

---

Analyse du déploiement  
du réseau de services intégrés  
auprès des personnes âgées en Montérégie

---

Rapport régional

Avril 2011

**Agence de la santé  
et des services sociaux  
de la Montérégie**

Québec 

**Une publication du secteur Appréciation de la performance**

Direction de la gestion de l'information et des connaissances  
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

**Auteur**

Robert Ste-Marie

**Collaborateurs**

Louise Lamoureux  
Nancy Lefebvre  
Lynn Villeneuve

**Coordination**

Johanne Fournier

**Secrétariat et mise en pages**

Anne-Marie Delorme

## TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE .....	5
CONTEXTE DE L'ANALYSE .....	6
COMPOSANTES DU RSIPA.....	6
SOURCES ET MÉTHODE D'ANALYSE .....	6
1. RÉSULTATS DU DÉPLOIEMENT EN MONTÉRÉGIE .....	7
2. COMPARAISON DES RÉSULTATS 2008-2010 .....	10
3. PROFILS TYPES DES 11 CSSS DE LA MONTÉRÉGIE.....	13
4. COMPOSANTES PRIORITAIRES À DÉVELOPPER EN MONTÉRÉGIE .....	15
ANNEXES.....	17



## SOMMAIRE

L'implantation des réseaux de services intégrés auprès des personnes âgées (RSIPA) constitue une des priorités contenues dans les orientations ministérielles depuis 2005 au Québec ainsi qu'un objectif présent dans le plan stratégique 2010-2015. Dans cette perspective, le ministère de la Santé et des Services sociaux a développé un outil de suivi à l'implantation de ces réseaux (OSIRSIPA) qui a déjà été rempli par les CSSS en 2008 et en 2010. À partir de la compilation des résultats, le présent rapport régional analyse le déploiement du réseau de services intégrés auprès des personnes âgées dans les 11 CSSS de la Montérégie. Il fait d'abord le point sur le niveau de déploiement actuel des RSIPA en 2010 pour chaque CSSS et compare les résultats obtenus avec ceux de 2008. Dans un deuxième temps, l'analyse identifie les composantes des RSIPA les plus solidement implantées en Montérégie et suggère certaines actions prioritaires à mettre en œuvre afin d'optimiser les réseaux de services intégrés dans la région. Le présent rapport régional est accompagné de 11 rapports locaux qui analysent le RSIPA de chaque CSSS.

### Résultats du déploiement en Montérégie

Le déploiement des RSIPA est en bonne voie en Montérégie. Le niveau régional d'implantation en 2010 est de 55,1 %. Notons que l'objectif national visé par le plan stratégique 2010-2015 est de 55 %.

Plus de 50 % du niveau de déploiement est atteint dans 7 CSSS (dont 2 ont atteint le seuil minimum de 70 % à partir duquel les effets du RSIPA se font sentir dans l'offre de services auprès des personnes âgées). Sept des neuf composantes du RSIPA présentent des résultats relativement homogènes et équilibrés entre eux.

L'existence des guichets d'accès au RSIPA, la disponibilité du soutien à l'expertise gériatrique et la coordination du RSIPA sous la responsabilité d'un cadre constituent des forces du RSIPA en Montérégie. À l'inverse, la gestion et la coordination des PI et des PSI constituent pour l'ensemble des CSSS une difficulté majeure au développement optimal des RSIPA sur le territoire (résultat moyen de 17 %). Plusieurs facteurs concourent à l'attribution d'un faible résultat à cette composante. Mis à part le petit nombre d'usagers du RSIPA avec un PI ou un PSI complété, le résultat s'explique surtout par l'absence généralisée de plans de formation visant le perfectionnement des compétences des gestionnaires de cas (7 CSSS sur 11) et le

fait que 8 CSSS sur 11 n'ont pas développé une démarche formelle d'appréciation de la qualité des PSI.

### Comparaison 2008-2010

Entre 2008 et 2010, le niveau de déploiement des RSIPA en Montérégie est passé de 44 à 55 %, soit une augmentation relative de 24 % alors que celui du Québec est passé de 37 à 52 % (augmentation relative de 40 %). La Montérégie a donc relativement moins progressé que plusieurs autres régions depuis la première évaluation en 2008. Un recul a été constaté principalement pour la gestion de cas et l'assignation d'une personne responsable.

Tous les CSSS, sauf 3, ont progressé entre 2008 et 2010. En outre, on constate de moins grandes variations dans les niveaux de déploiement entre les CSSS en 2010 qu'en 2008.

Les résultats obtenus par les 11 CSSS dans le déploiement des RSIPA permettent de les regrouper selon 4 profils types : (A) Seuil minimal atteint (2 CSSS); (B) En bonne voie (4 CSSS); (C) Efforts à fournir (3 CSSS); (D) Retard majeur (2 CSSS). La majorité des CSSS (6/11) ont atteint soit le seuil minimal de déploiement de 70 % (2) ou sont sur la bonne voie de l'atteindre (4).

La principale lacune dans le déploiement des RSIPA en Montérégie concerne les éléments relatifs à la continuité et la coordination des services. En effet, on y constate une très faible utilisation des PI/PSI encore en 2010, phénomène commun à l'ensemble des CSSS.

Compte tenu des très faibles résultats, le renforcement de la coordination et de la gestion des PI/PSI devra constituer la principale priorité de la région pour les prochaines années. Les actions relatives au développement de la composante PI/PSI dans chacun des territoires pourraient bénéficier d'un effort concerté régionalement par l'ensemble des CSSS. À cette priorité incontournable, s'ajoute comme deuxième action prioritaire la nécessité d'améliorer les mécanismes de coordination principalement en mettant en place des modalités d'évaluation du fonctionnement des RSIPA partagées par l'ensemble des partenaires. Enfin, la troisième priorité régionale devra porter sur le partage de l'information clinique (Système de communication) d'autres informations cliniques que l'OEMC et les profils Iso-SMAF. L'effort devra également porter sur la transmission de l'information clinique pertinente dès que l'usager utilise différents services du réseau (urgence, UCDG, URFI, etc.).

## CONTEXTE DE L'ANALYSE

Le réseau des services intégrés pour personnes âgées (RSIPA) est le modèle d'organisation de services privilégié pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie. Le plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie visait à compléter la mise en place des RSIPA sur le territoire québécois d'ici 2010. À cette fin, le ministère a développé un outil de suivi à l'implantation de ces RSIPA (OSIRSIPA) afin d'en connaître le niveau d'implantation dans chaque CSSS. Une première évaluation a été réalisée à l'hiver 2008 et une seconde en 2010, au terme de l'échéancier quinquennal fixé par le plan d'action ministériel. Une analyse portant sur l'évaluation de 2008 a déjà été réalisée en Montérégie; elle mettait l'accent sur les pistes d'action prioritaires à développer pour chacun des CSSS eu égard au déploiement de diverses composantes du RSIPA<sup>1</sup>.

La présente analyse fait le point sur le déploiement actuel des RSIPA dans chaque CSSS de la Montérégie en 2010 et compare les résultats obtenus avec ceux de 2008.

## COMPOSANTES DU RSIPA

Le modèle d'organisation du RSIPA retenu au Québec s'appuie sur 9 composantes. Chacune d'elles est essentielle au fonctionnement optimal du RSIPA. Dans le cadre de l'élaboration de l'OSIRSIPA, chaque composante s'est vue attribuer un poids sur la base d'avis issus d'un groupe d'experts. Cette pondération reflète l'importance relative de chaque composante dans le RSIPA.

En 2010, préalablement à la seconde évaluation provinciale, le groupe d'experts a réexaminé les poids accordés précédemment aux différentes composantes du RSIPA et certains changements ont été apportés à la première pondération.

<sup>1</sup> DGIC, Fascicules sur le déploiement des RSIPA par CSSS parus en novembre 2008.

Le tableau suivant présente les 9 composantes du RSIPA et leur pondération respective en 2008 et en 2010.

**Tableau 1 Pondération des composantes du RSIPA**

Composantes	Pondération	
	2008	2010
Guichet d'accès RSIPA	14,89 %	11,0 %
Système d'évaluation des besoins (OEMC)	12,59 %	13,2 %
Système de communication (partage de l'information clinique)	11,57 %	12,6 %
Gestion de cas	21,03 %	14,2 %
PI et PSI	5,17 %	14,2 %
Médecin de famille	5,67 %	7,4 %
Équipe de gériatrie	4,07 %	6,8 %
Personne responsable	8,10 %	7,8 %
Mécanisme de coordination	16,91 %	12,8 %
TOTAL DES COMPOSANTES	100,00 %	100,0 %

Parmi les composantes, 4 ont vu leur pondération diminuer : *Guichet d'accès RSIPA*, *Gestion de cas*, *Personne responsable* et *Mécanismes de coordination* alors que les 5 autres étaient réévaluées à la hausse. Soulignons entre autres la gestion de la coordination et du monitoring du *PI/PSI* dont l'importance s'est accrue considérablement : sa pondération est passée de 5,2 à 14,2 %.

## SOURCES ET MÉTHODE D'ANALYSE

Les sources des données proviennent des réponses à l'OSIRSIPA colligées par chacun des CSSS à l'automne 2010 et transmises à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

L'analyse des résultats est basée sur le niveau d'atteinte de chaque composante. Ce niveau d'atteinte (en %) est obtenu par le rapport du nombre de résultats obtenus à cette composante sur la pondération de cette

dernière. Ainsi, un résultat brut de 4,93 % pour une composante dont la pondération est de 12,6 % (*Système de communication*) donnera un **niveau d'atteinte de 39,1 %** (4,93 sur 12,6 %). Ce niveau d'atteinte signifie que le CSSS atteint 39,1 % de la pondération attribuée à cette composante, selon le modèle du RSIPA. Les résultats de la Montérégie représentent la moyenne des résultats des CSSS.

Afin de permettre la comparaison entre les résultats des deux années, malgré les modifications apportées aux pondérations, les niveaux d'atteinte pour chaque composante ont été calculés en utilisant comme base commune la pondération de 2010, et ce, autant pour les résultats de 2008 que de 2010. Seule cette façon de faire permet la comparaison entre les résultats des deux évaluations.

## 1. RÉSULTATS DU DÉPLOIEMENT EN MONTÉRÉGIE

**Le déploiement des RSIPA est en bonne voie en Montérégie : le niveau régional de déploiement est de 55 %. Plus de 50 % de celui-ci est réalisé dans 7 CSSS (dont 2 ont atteint le seuil minimum de 70 % à partir duquel les effets du RSIPA se font sentir dans l'offre de services auprès des personnes âgées).**

**Sept des neuf composantes du RSIPA présentent des résultats relativement homogènes et équilibrés entre eux.**

**L'existence des guichets d'accès au RSIPA, la disponibilité du soutien à l'expertise gériatrique et la coordination du RSIPA sous la responsabilité d'un cadre constituent des forces du RSIPA en Montérégie.**

**La gestion et la coordination des PI et des PSI représentent pour l'ensemble des CSSS une difficulté majeure au développement optimal des RSIPA sur le territoire de la Montérégie.**

**Tableau 2 Résultats des composantes du RSIPA en Montérégie**

Composantes	Pondération 2010	MONTÉRÉGIE
		2010
Guichet d'accès RSIPA	11,0 %	71,1 %
Système d'évaluation des besoins (OEMC)	13,2 %	69,8 %
Système de communication (partage de l'information clinique)	12,6 %	52,2 %
Gestion de cas	14,2 %	59,1 %
PI et PSI	14,2 %	17,0 %
Médecin de famille	7,4 %	56,4 %
Équipe de gériatrie	6,8 %	77,5 %
Personne responsable	7,8 %	72,7 %
Mécanisme de coordination	12,8 %	43,1 %
<b>TOTAL DES COMPOSANTES</b>	<b>100,0 %</b>	<b>55,1 %</b>

**Tableau 3 Résultats pour l'ensemble des composantes par CSSS**

CSSS	TOTAL DE COMPOSANTES	
	2010	Rang
Haut-Saint-Laurent	32,4 %	11
Suroît	62,7 %	3
Jardins-Roussillon	56,3 %	7
Champlain	39,3 %	9
Pierre-Boucher	59,0 %	5
Haut-Richelieu–Rouville	62,3 %	4
Richelieu-Yamaska	33,0 %	10
Pierre-De Saurel	48,6 %	8
Pommerai	76,8 %	2
Haute-Yamaska	77,6 %	1
Vaudreuil-Soulanges	57,6 %	6
<b>MONTÉRÉGIE</b>	<b>55,1 %</b>	

En 2010, le niveau de déploiement du RSIPA en Montérégie est de 55 %. Pour toutes les composantes, sauf celle du *PI/PSI* et, dans une moindre mesure, les mécanismes de coordination, on constate une faible variation des résultats (tableau 2).

Il faut souligner que les CSSS La Pommeraie et de la Haute-Yamaska ont dépassé le niveau de 70 % pour l'ensemble des composantes. Ce niveau de 70 % est important, car il s'agit du seuil minimal d'intégration des services au-delà duquel le RSIPA génère des effets significatifs sur l'offre de services auprès des personnes âgées<sup>2</sup>. Deux autres CSSS présentent des résultats qui s'approchent de ce seuil (plus de 62 %) : du Suroît et Haut-Richelieu-Rouville.

Quand on examine chacune des composantes du RSIPA, les résultats les plus élevés se retrouvent dans les trois composantes suivantes : l'accès au soutien d'une expertise gériatrique - *Équipe de gériatrie* (77 %), la coordination du RSIPA sous la responsabilité propre d'une seule personne - *Personne responsable* (73 %) et l'existence d'un guichet d'accès - *Guichet d'accès RSIPA* (71 %). Par contre, ces composantes figurent parmi celles dont la pondération est la plus faible.

D'autre part, seule la composante des *PI/PSI* présente de très faibles résultats (seulement 17 %); ceux-ci viennent loin derrière les résultats des autres composantes. Avec la *Gestion de cas*, il s'agit de la composante dont le poids relatif dans le modèle du RSIPA est le plus important (14,2 %). Notons au passage que la même composante présentait également les plus faibles résultats en Montérégie en 2008 (voir section 2).

À l'analyse de la compilation des résultats de la composante *PI/PSI*, plusieurs facteurs concourent à l'attribution de cette faible note en Montérégie. En premier lieu, on constate pour la région un faible pourcentage d'utilisateurs du RSIPA ayant un PI complété ou mis à jour (1,3 %) ou un PSI complété ou mis à jour (2,4 %). Au-delà de ces statistiques, le faible résultat s'explique surtout par l'absence généralisée de plans de formation visant le perfectionnement des compétences des gestionnaires de cas (7 CSSS sur 11) et le fait que 8 CSSS sur 11 n'ont pas développé une démarche formelle d'appréciation de la qualité des PSI.

Une deuxième composante présentant un faible résultat au niveau de la région est celle des *Mécanismes de coordination* (43,1 %). Encore ici, l'analyse des réponses aux questionnaires suggère deux facteurs explicatifs de ce résultat. Le premier est l'absence de modalités d'évaluation du fonctionnement du RSIPA partagées par l'ensemble des partenaires; le deuxième, le fait que dans plusieurs CSSS, le fonctionnement du RSIPA est peu diffusé dans les instances tels le conseil d'administration, le comité de direction ou auprès des intervenants ou des partenaires du milieu.

Enfin, pour les autres composantes, les principaux constats régionaux qui ressortent de l'analyse des réponses à l'évaluation sont les suivants :

#### *OEMC (Q28 à Q34) :*

En Montérégie, il existe généralement des mécanismes de suivi de la qualité pour la complétion de l'OEMC surtout en CLSC; par ailleurs, ces mécanismes sont beaucoup moins présents en CHSLD et en CH. La plupart du temps, ils prennent la forme d'un mentorat clinique (les premiers mois qui suivent la formation à l'OEMC) ou celle de la présence d'un conseiller clinique. Notons aussi que dans l'année près du tiers des usagers RSIPA en Montérégie ont bénéficié d'une évaluation ou d'une réévaluation (32 %).

#### *Système de communication (Q35 à Q38) :*

Tous les CSSS partagent certaines informations cliniques par voie électronique. La nature des informations partagées touche essentiellement l'OEMC et les profils Iso-SMAF. À l'inverse, les renseignements diagnostiques (6 CSSS) ou de nature psychosociale (5 CSSS), les PI (1 CSSS), PII et PSI (aucun CSSS) constituent des informations peu partagées électroniquement. En général, l'information clinique nécessaire n'est pas transmise au médecin de famille de l'utilisateur lors de séjours à l'urgence, UCDG, URFI, hôpital, ou lorsqu'une réévaluation ou des modifications sont faites au PI, PII ou PSI (dans le cas de 7 CSSS sur 11). À l'inverse, lorsque l'utilisateur a un gestionnaire de cas, l'information est systématiquement transmise à ce dernier lors des mêmes circonstances que précédemment, et ce, dans la majorité des CSSS.

<sup>2</sup> R. HÉBERT, M.-F. DUBOIS, M. RAICHE, N. DUBUC et GROUPE PRISMA-ESTRIE, *Les impacts du réseau de services PRISMA : méthodologie et données de base*, in : Hébert R., Tourigny A, et Raiche M. L'intégration des services : le fruit de la recherche pour nourrir l'action. Edisem 2007, chapitre 11.



*Gestion de cas (Q16 à Q27b) :*

Tous les CSSS ont des intervenants qui occupent la fonction de gestionnaire de cas. Cette fonction est généralement établie de façon formelle au sein du RLS et presque exclusivement occupée par un professionnel en service social. Les modèles de gestion de cas privilégiés sont différents d'un territoire à l'autre en Montérégie : 1 CSSS privilégie le modèle unique, 5 CSSS un modèle hybride et 5 autres un modèle mixte (voir tableau Modèle de gestion de cas à la page 16). En moyenne, chaque gestionnaire de cas est responsable de 25 usagers du RSIPA. Toutefois, seulement 1,1 % des usagers RSIPA sont suivis en gestion de cas. En plus de cet état de fait, 3 autres facteurs peuvent expliquer le résultat régional de 59 % à cette composante. Il s'agit (a) du profil de compétences du gestionnaire de cas qui est établi dans 6 CSSS seulement; (b) du pourcentage de gestionnaires de cas formés à la fonction (69 %); (c) d'une faible diffusion aux partenaires du RLS des critères d'inscription et de cessation des services de gestion de cas. Dans ce dernier cas, seulement 4 CSSS sur 11 diffusent cette information; alors que pour les 11 CSSS, les critères d'inscription et de cessation sont formellement définis.

*Médecin de famille (Q44 à Q48) :*

Le médecin de famille est informé de l'assignation d'un gestionnaire de cas à un usager dans près des deux tiers des CSSS (7/11). Par ailleurs, les réponses indiquent qu'il est difficile d'établir des modalités de communication ou de collaboration entre le médecin de famille et l'équipe de soins lorsque le lieu de pratique du médecin est en clinique privée comparativement au CLSC ou à l'hôpital. Pour seulement 3 CSSS de la Montérégie, le médecin de famille est systématiquement sollicité à contribuer aux PI ou aux PSI.

*Équipe de gériatrie (Q43) :*

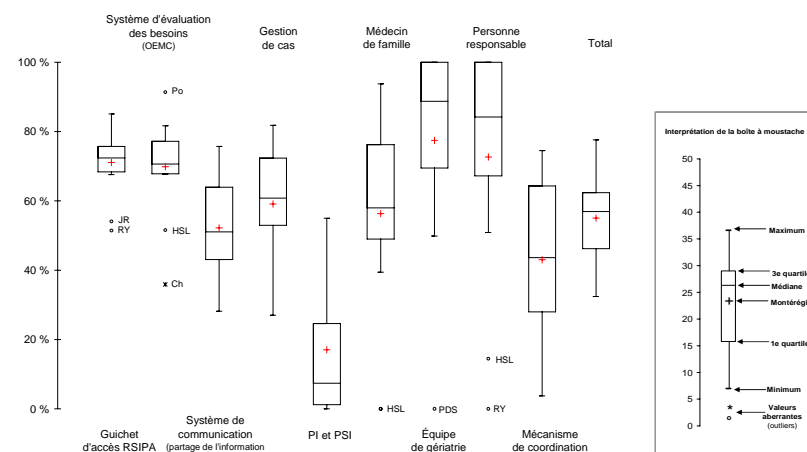
Le résultat élevé de 77 % s'explique par le fait qu'au moins 9 CSSS ont développé des ententes formelles encadrant le soutien d'une expertise gériatrique à la première ligne pour (a) l'évaluation/diagnostic; (b) le traitement ou; (c) la réadaptation. Par contre, seulement 6 CSSS ont établi

des ententes afin de bénéficier d'un transfert d'expertise de l'approche gériatrique en première ligne.

*Personne responsable (Q4 à Q5c) :*

Dans 8 CSSS de la Montérégie, la coordination de l'ensemble du RSIPA est sous la responsabilité propre d'une seule personne qui, dans la majorité des cas, occupe une fonction de cadre intermédiaire. À l'exception de l'animation de comités de niveau stratégique (réalisée dans seulement 4 CSSS), cette personne assume toutes les autres fonctions dévolues à sa responsabilité (coordination des gestionnaires de cas, évaluation de l'atteinte des objectifs, coordination interdirections et entre les niveaux de concertation).

**Figure 1 Distribution des CSSS selon les composantes du RSIPA (2010)**



La figure précédente, appelée « la boîte à moustaches », représente la distribution des résultats des 11 CSSS pour chacune des composantes du RSIPA. Elle permet entre autres de connaître la dispersion des valeurs autour de la moyenne régionale (voir l'interprétation de la boîte à moustaches) (la figure est reproduite en grand format en annexe IV).

La figure illustre bien que la composante *PI/PSI* présente, et de loin, les plus faibles résultats. Pour cette composante, les établissements se répartissent en deux principaux groupes : la moitié des CSSS ont des résultats sous la barre des 7 % et 3 CSSS obtiennent des résultats supérieurs à 47 %.

La figure montre également, pour les composantes *Guichet d'accès RSIPA* et *OEMC*, que les CSSS présentent des résultats relativement similaires et regroupés, bien qu'on y retrouve certaines données extrêmes. Ces résultats traduisent une plus grande homogénéité dans l'implantation de ces deux composantes entre les CSSS de la Montérégie. Par exemple, en ce qui a trait au *Guichet d'accès RSIPA*, presque tous les CSSS ont mis en place les diverses fonctions prévues, à l'exception des relances préventives; et dans tous les CSSS, on retrouve une panoplie étendue d'outils disponibles pour soutenir le personnel du guichet d'accès.

Pour les composantes *Équipe de gériatrie* et *Personne responsable*, les résultats sont les plus élevés : la moitié des CSSS ont des résultats supérieurs à 80 %.

Quatre CSSS obtiennent une note de 0 % dans l'une ou l'autre des quatre composantes suivantes : *PI/PSI*, *Médecin de famille*, *Équipe de gériatrie* et *Personne responsable*. Ces résultats démontrent des lacunes au niveau de l'intégration de services ou l'information peut être mal colligée.

Notons finalement que le CSSS du Haut-Saint-Laurent présente des valeurs extrêmes et basses dans 3 composantes (*OEMC*, *Médecin de famille* et *Personne responsable*) et que Richelieu-Yamaska présente des valeurs extrêmes dans deux composantes (*Guichet unique RSIPA* et *Personne responsable*).

## 2. COMPARAISON DES RÉSULTATS 2008-2010

**Tous les CSSS, sauf 3, ont progressé entre 2008 et 2010. On constate une plus grande homogénéité des résultats entre CSSS en 2010 qu'en 2008.**

**La Montérégie a relativement moins progressé que plusieurs autres régions depuis 2008. Un recul a été constaté principalement pour la gestion de cas et l'assignation d'une personne responsable.**

Tableau 4 Comparaison des résultats du RSIPA en Montérégie entre 2008 et 2010

Composantes	Pondération 2010	MONTÉRÉGIE			Comparaison
		2008	2010	Écart relatif	
Guichet d'accès RSIPA	11,0 %	40,9 %	71,1 %	73,8 %	😊
Système d'évaluation des besoins (OEMC)	13,2 %	67,6 %	69,8 %	3,4 %	😊
Système de communication (partage de l'information clinique)	12,6 %	20,8 %	52,2 %	151,5 %	😊
Gestion de cas	14,2 %	75,2 %	59,1 %	-21,4 %	😞
PI et PSI	14,2 %	16,5 %	17,0 %	3,4 %	😊
Médecin de famille	7,4 %	33,0 %	56,4 %	70,6 %	😊
Équipe de gériatrie	6,8 %	28,1 %	77,5 %	175,6 %	😊
Personne responsable	7,8 %	79,9 %	72,7 %	-9,1 %	😞
Mécanisme de coordination	12,8 %	35,5 %	43,1 %	21,2 %	😊
TOTAL DES COMPOSANTES	100,0 %	44,2 %	55,1 %	24,6 %	😊

Figure 2 Écarts entre les résultats du déploiement de 2008 et 2010 pour l'ensemble de la Montérégie

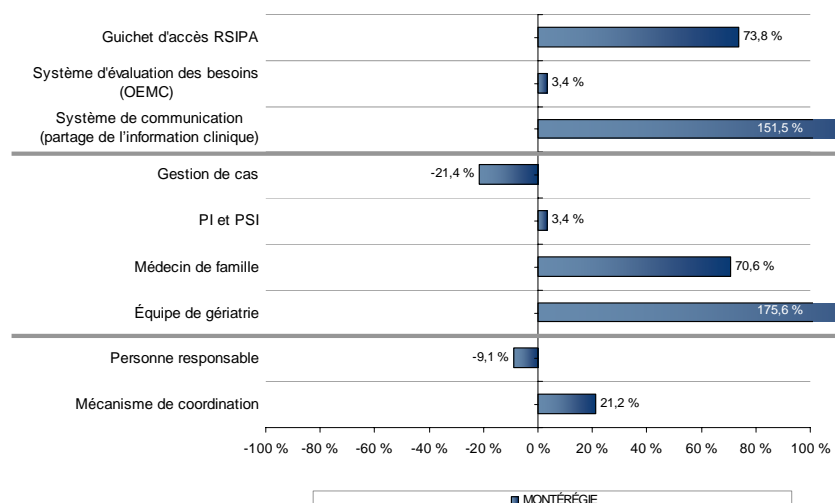


Tableau 5 Comparaison des résultats 2008-2010 selon les CSSS

CSSS	TOTAL DES COMPOSANTES			
	2008	2010	Écart relatif	Comparaison
Haut-Saint-Laurent	24,5 %	32,4 %	32,3 %	😊
Suroît	53,4 %	62,7 %	17,3 %	😊
Jardins-Roussillon	59,6 %	56,3 %	-5,5 %	😞
Champlain	59,5 %	39,3 %	-33,9 %	😞
Pierre-Boucher	59,2 %	59,0 %	-0,3 %	😐
Haut-Richelieu-Rouville	29,0 %	62,3 %	114,5 %	😊
Richelieu-Yamaska	25,1 %	33,0 %	31,4 %	😊
Pierre-De Saurel	25,1 %	48,6 %	93,3 %	😊
Pommeraie	38,0 %	76,8 %	102,1 %	😊
Haute-Yamaska	73,1 %	77,6 %	6,2 %	😊
Vaudreuil-Soulanges	39,6 %	57,6 %	45,4 %	😊
MONTÉRÉGIE	44,2 %	55,1 %	24,6 %	😊

Le tableau 4 montre que seules 2 composantes n'ont pas progressé : *Personne responsable* (-9 %) et *Gestion de cas* (-21 %). Pour ce dernier, le résultat était relativement élevé en 2008 (75 %) alors qu'il n'atteint que 59 % en 2010. Ces reculs, entre 2008 et 2010, ne constituent pas un résultat marginal : 9 des 11 CSSS ont connu une baisse de résultats pour la composante *Gestion de cas* et 4 pour celle de *Personne responsable*. Deux autres composantes (*OEMC* et *PI/PSI*) présentent des résultats presque identiques en 2008 et 2010 (+3,4 %).

Les augmentations sont très variables en fonction des composantes touchées : 4 ont des augmentations supérieures à 70 %. Par ailleurs, les augmentations les plus importantes (les résultats ont plus que doublé) sont survenues dans les composantes *Système de communication* et *Équipe de gériatrie*. En 2008, il faut noter que ces composantes présentaient les plus faibles résultats.

En 2010, si seulement 2 CSSS ont dépassé le seuil de déploiement de 70 %; en 2008, 1 seul CSSS était dans cette situation (de la Haute-Yamaska) (tableau 5).

Tel qu'observé en 2010, 2 CSSS présentent un niveau de déploiement de l'ensemble des composantes du RSIPA inférieur à la moitié de la cible de 70 % : du Haut-Saint-Laurent (32 %) et Richelieu-Yamaska (33 %). En 2008, ils présentaient également les plus faibles résultats (respectivement 24 et 25 %).

Entre 2008 et 2010, 8 CSSS ont vu leurs résultats augmenter. Il y a eu une diminution pour 2 CSSS (Jardins-Roussillon et Champlain, qui lui a connu une baisse majeure de 59 à 39 %) et pour le CSSS Pierre-Boucher, les résultats sont restés stables. Il faut noter que les 3 CSSS qui n'ont pas progressé couvrent des territoires regroupant plus de 40 % des personnes âgées de la Montérégie.

En 2008, 3 CSSS atteignaient à peine un niveau de déploiement de 25 % du RSIPA sur leur territoire. Tandis qu'en 2010, tous présentent minimalement des résultats supérieurs à 30 %.

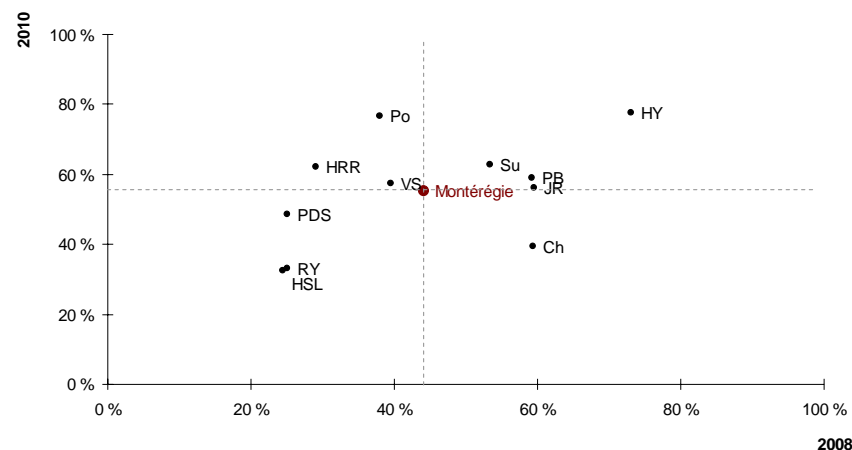
Toujours entre 2008 et 2010, 9 des 11 CSSS ont connu une diminution de leurs résultats dans la composante *Gestion de cas*. Les composantes *OEMC* et *PI/PSI* viennent ensuite avec 5 CSSS chacune (tableau 6).

C'est dans les composantes *Système de communication* (7 CSSS) et *Médecin de famille* (7 CSSS) que se retrouve le plus grand nombre de CSSS ayant connu la plus forte augmentation des résultats (plus de 66 % par rapport à 2008). Lors de la collecte des premières données, ces 2 composantes présentaient des résultats parmi les plus faibles (21 et 33 % respectivement). Les résultats améliorés de 2010 corrigent donc les lacunes observées dans ces composantes en 2008 (tableau 6).

**Tableau 6** Nombre de CSSS selon le niveau d'augmentation des résultats pour chaque composante

Composantes	Pondération 2010	Diminution 2008 à 2010	Augmentation			Somme
			0 à 33 %	33 à 66 %	66 % ou +	
Guichet d'accès RSIPA	11,0 %	3	4	1	3	11
Système d'évaluation des besoins (OEMC)	13,2 %	5	2	3	1	11
Système de communication (partage de l'information clinique)	12,6 %	0	2	2	7	11
Gestion de cas	14,2 %	9	1	1	0	11
PI et PSI	14,2 %	5	5	0	1	11
Médecin de famille	7,4 %	2	2	0	7	11
Équipe de gériatrie	6,8 %	1	5	0	5	11
Personne responsable	7,8 %	4	6	1	0	11
Mécanisme de coordination	12,8 %	3	2	2	4	11
TOTAL DES COMPOSANTES	100,0 %	3	4	1	3	11

**Figure 3** Mise en relations des résultats de 2008 et de 2010 par CSSS



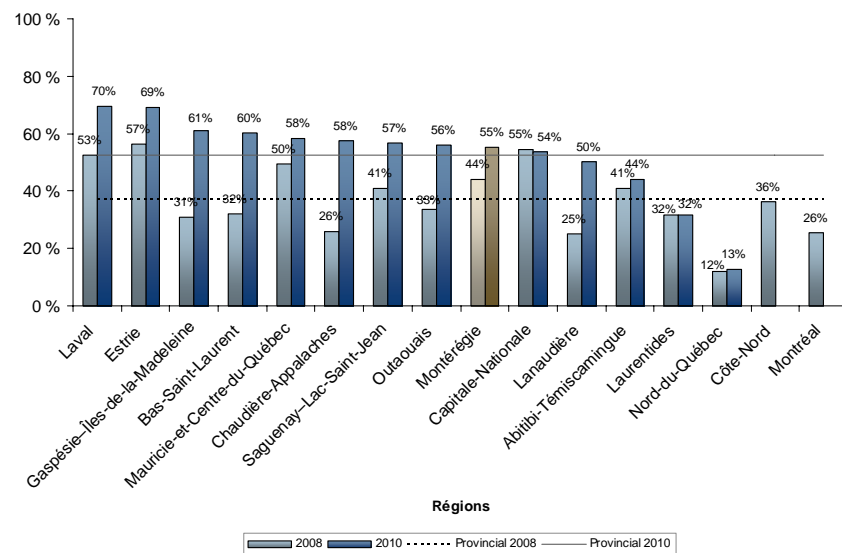
Lorsque l'on met en relation les résultats du niveau de déploiement des RSIPA de 2008 (en abscisse) avec ceux de 2010 (en ordonnée), on obtient le nuage de points précédent. On y constate que 3 CSSS, qui présentaient des résultats inférieurs à la moyenne en 2008 (Richelieu-Yamaska, du Haut-Saint-Laurent et Pierre-De Saurel), présentent toujours en 2010 des résultats inférieurs à la moyenne montérégienne. Par contre, 3 autres CSSS (Haut-Richelieu-Rouville, La Pommeraie et de Vaudreuil-Soulanges) ont amélioré leur performance relative en passant de résultats inférieurs à la moyenne régionale en 2008 à des résultats au-dessus de la moyenne en 2010.

Dans les cas des CSSS Haut-Richelieu-Rouville et La Pommeraie, les augmentations constatées ont été impressionnantes. Pour le premier, les résultats sont passés de 29 à 62 % et pour le deuxième, ils ont doublé, passant de 38 à 76 %. Le CSSS La Pommeraie est donc le deuxième, après le CSSS de la Haute-Yamaska, à atteindre le seuil minimal de déploiement des RSIPA de 70 %.

Le CSSS Champlain constitue le seul CSSS qui, ayant des résultats supérieurs à la moyenne en 2008, a régressé et obtenu des résultats sous la moyenne en 2010.

Finalement pour les CSSS Jardins-Roussillon, du Suroît, Pierre-Boucher et de la Haute-Yamaska, les résultats du déploiement du RSIPA demeurent supérieurs à la moyenne régionale autant en 2008 qu'en 2010.

Figure 4 Comparaison des résultats globaux par régions sociosanitaires



Le niveau de déploiement des RSIPA en Montérégie est passé de 44 à 55 % entre 2008 et 2010, soit une augmentation relative de 24 % alors que celui du Québec passe de 37 à 52 %<sup>3</sup>.

Occupant le cinquième rang des régions en 2008 pour le niveau de déploiement des RSIPA, la Montérégie se place au neuvième rang en 2010.

<sup>3</sup> Les régions de Montréal et de la Côte-Nord sont exclues des calculs de 2010; les données n'étant pas disponibles le 20 février 2011.

L'augmentation des résultats pour notre région a été moins importante que pour d'autres régions ou même pour l'ensemble du Québec. Les faibles résultats obtenus par Pierre-Boucher, Champlain et Jardins-Roussillon semblent avoir contribué de façon importante à la faible augmentation régionale.

### 3. PROFILS TYPES DES 11 CSSS DE LA MONTÉRÉGIE

**À partir des résultats, on peut identifier 4 profils types chez les CSSS de la Montérégie qui se distinguent par certaines caractéristiques de leur niveau de déploiement.**

**La majorité des CSSS (6/11) ont atteint soit le seuil minimal de déploiement de 70 % (2 CSSS) ou sont sur la bonne voie de l'atteindre (4 CSSS).**

Une analyse plus fine des résultats<sup>4</sup> de 2010 des CSSS aux 9 composantes du RSIPA montre que les 11 établissements se répartissent en 4 groupes.

Un premier groupe est formé de 2 CSSS seulement (de la Haute-Yamaska et La Pommeraie). C'est le groupe qui a les résultats les plus élevés dans l'ensemble, et ce, pour plusieurs composantes (Seuil minimal atteint).

Le deuxième groupe, formé de 4 CSSS (Haut-Richelieu-Rouville, de Vaudreuil-Soulanges, du Suroît et Pierre-Boucher), présente des résultats élevés pour quelques composantes et les résultats se situent tous au-dessus des moyennes régionales (En bonne voie).

Le troisième groupe est composé de 3 CSSS (Jardins-Roussillon, Champlain et Pierre-De Saurel). On y retrouve des résultats mitigés dans l'ensemble et généralement sous ou près des moyennes régionales (Efforts à fournir).

<sup>4</sup> Analyse par classification ascendante hiérarchique qui permet de regrouper les CSSS sur la base de l'homogénéité de leurs résultats (clusters).

Enfin, le quatrième groupe est formé de 2 CSSS (du Haut-Saint-Laurent et Richelieu-Yamaska). Ce groupe présente les plus faibles résultats dans plusieurs composantes (Retard majeur).

Tableau 7 Profils types des CSSS

	<b>Groupe 1</b> <i>--Seuil minimal atteint--</i>	<b>Groupe 2</b> <i>--En bonne voie--</i>	<b>Groupe 3</b> <i>--Efforts à fournir--</i>	<b>Groupe 4</b> <i>--Retard majeur--</i>
<b>CSSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haute-Yamaska</li> <li>• La Pommeraie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suroît</li> <li>• Pierre-Boucher</li> <li>• Haut-Richelieu–Rouville</li> <li>• Vaudreuil-Soulanges</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jardins-Roussillon</li> <li>• Champlain</li> <li>• Pierre-De Saurel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haut-Saint-Laurent</li> <li>• Richelieu-Yamaska</li> </ul>
<b>Caractéristiques du groupe</b>	Présente les résultats les plus élevés dans l'ensemble. Ces résultats sont bien répartis dans toutes les composantes. Le groupe n'a pas de résultats faibles.	Le groupe présente des résultats élevés dans plusieurs composantes et des résultats faibles dans seulement deux. De façon générale, les résultats sont supérieurs aux moyennes régionales.	Le groupe présente des résultats mitigés dans l'ensemble selon les composantes. Les résultats sont inférieurs aux moyennes régionales.	Présente les résultats les plus faibles sur toutes les composantes sauf une (Guichet unique RSIPA).
<b>Forces</b>	Toutes les composantes, sauf Gestion de cas	Système de communication, Gestion de cas, Équipe de gériatrie	Gestion de cas PI/PSI.	Guichet unique RSIPA
<b>Lacunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune lacune majeure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• OEMC</li> <li>• PI/PSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanisme de coordination</li> <li>• Médecin de famille</li> <li>• Système de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestion de cas</li> <li>• PI/PSI</li> <li>• Médecin de famille</li> <li>• Personne responsable</li> </ul>
<b>Composantes à développer en priorité</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PI/PSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PI/PSI</li> <li>• Système de communication</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mécanisme de coordination</li> <li>• PI/PSI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin de famille</li> <li>• PI/PSI</li> <li>• Personne responsable</li> </ul>

#### 4. COMPOSANTES PRIORITAIRES À DÉVELOPPER EN MONTRÉGIE

**La principale lacune obtenue dans le déploiement des RSIPA en Montérégie concerne les éléments relatifs à la continuité et la coordination des services. En effet, on y constate une très faible utilisation des PI/PSI en 2008 et 2010.**

**L'utilisation des PI/PSI devra constituer la principale priorité de la région pour les prochaines années. Le développement de mécanismes de coordination ainsi que des systèmes de communication pour améliorer le partage de l'information clinique devra aussi être soutenu.**

**Ainsi, les actions relatives au développement de la composante PI/PSI dans chacun des territoires pourraient bénéficier d'un effort concerté régionalement par l'ensemble des CSSS.**

Tableau 8 Composantes prioritaires développer selon les CSSS

Composantes	Haut-Saint-Laurent	Suroît	Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Pierre-De Saurel	Pommeraie	Haute-Yamaska	Vaudreuil-Soulanges	MONTRÉGIE	Nombre de CSSS par composante (Total)
Guichet d'accès RSIPA													0
Système d'évaluation des besoins (OEMC)				3									1
Système de communication (partage de l'information clinique)		3	2			3			3			3	4
Gestion de cas		2							2		3		3
PI et PSI	2	1		1	1	1	3	2	1	1	1	1	10
Médecin de famille	1				3		1				2		4
Équipe de gériatrie			3					1					2
Personne responsable	3						2						2
Mécanisme de coordination			1	2	2	2		3		2		2	6
TOTAL DES COMPOSANTES													32

Les composantes qui devront être développées en priorité en Montérégie dans les prochaines années ont été identifiées à partir des 3 plus faibles résultats de chaque CSSS obtenus dans les composantes du RSIPA. Ainsi, pour le CSSS du Haut-Saint-Laurent, la priorité 1 à développer est la composante *Médecin de famille* puisque le CSSS y a obtenu son plus faible résultat et ainsi de suite pour les priorités 2 et 3. Seulement 3 cibles d'amélioration ont été identifiées pour chaque CSSS.

Quand, pour une priorité identifiée dans un CSSS, le résultat à la composante se situait dans le dernier quartile des résultats de la région, cette priorité devient prépondérante. Dans le tableau 8, le numéro de ces priorités apparaît en rouge (le tableau est reproduit en grand format en annexe III).

Pour l'ensemble de la Montérégie, le tableau montre nettement que la composante du *PI/PSI* constitue une priorité cruciale autant par la moyenne montréalaise des résultats obtenus (17 %) que par le nombre de CSSS pour lesquels elle constitue la première priorité (8 CSSS) ou la deuxième priorité (2 CSSS). Il n'y a qu'un seul CSSS pour lequel le *PI/PSI* ne représente pas l'une des trois priorités. Ainsi, les actions relatives au développement de cette priorité dans chacun des CSSS pourraient bénéficier d'un effort concerté régionalement par l'ensemble des CSSS.

À cet égard, le faible pourcentage d'utilisateurs pour lesquels un PI ou un PSI a été complété ou mis à jour (respectivement 1 et 3 %) représente un retard important. D'autre part, la mise en place d'un plan de formation pour les gestionnaires de cas à l'utilisation du PSI doit constituer une action à mettre en œuvre dans au moins 7 CSSS. Les prochaines années également devront mettre l'accent sur la mise en place d'une démarche formelle d'appréciation de la qualité des PSI. Celle-ci étant absente pour 8 des 11 CSSS de la Montérégie.

La deuxième cible d'amélioration montréalaise identifiée pour 7 CSSS est la composante des *Mécanismes de coordination* (43 %). On constate que pour 5 CSSS, cette priorité constitue également la deuxième priorité.

Afin de développer cette composante, les actions futures devront porter surtout sur les modalités d'évaluation de l'atteinte des objectifs du RSIPA et sur la diffusion des résultats d'évaluation du fonctionnement du RSIPA. En Montérégie, les résultats montrent que l'harmonisation des outils, procédures et pratiques cliniques ne semble pas poser de problèmes.

Enfin la troisième cible régionale qui rejoint 5 CSSS est le *Système de communication (partage de l'information clinique)*. Si en Montérégie, la transmission électronique de l'OEMC et des profils Iso-SMAF, est acquise, il reste néanmoins beaucoup de chemin à faire pour partager par voie électronique d'autres informations cliniques (renseignements diagnostiques, informations de nature psychosociale) et surtout les plans d'intervention et les plans de service individualisé. L'effort devra également porter sur la transmission de l'information clinique pertinente dès que l'utilisateur utilise différents services du réseau (urgence, UCDG, URFI, etc.).

#### MODÈLE DE GESTION DE CAS

	Modèle		
	Unique	Mixte	Hybride
Clientèle	Homogène (seulement GC)	Hétérogène (admissibles et non admissibles GC)	Homogène (GC)
Rôle GC	Coordination	Coordination partagée avec rôle professionnel	Coordination (majeure)  rôle professionnel (mineure)

Source : HARRISSON, Claire, *Gestion de cas - Comparaison entre les orientations ministérielles et les données probantes*, RCA Personnes âgées – RSIPA, DGIC, version du 21 décembre 2010.



## ANNEXES

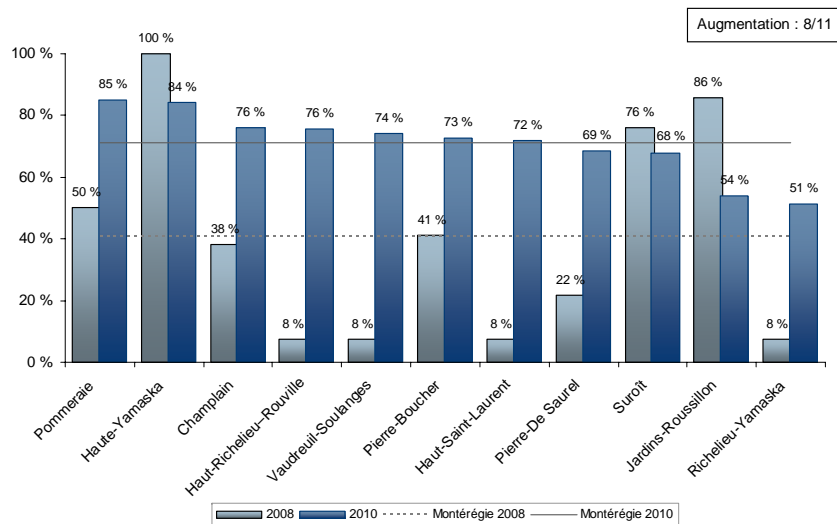


CSSS	Guichet d'accès RSIPA		Système d'évaluation des besoins (OEMC)		Système de communication (partage de l'information clinique)		Gestion de cas		PI et PSI	
	2008 Pondération : 2010 (11,0 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (13,2 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (12,6 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (14,2 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (14,2 %)	2010
Haut-Saint-Laurent	7,6 %	72,1 %	58,8 %	51,6 %	0,0 %	33,8 %	33,7 %	27,0 %	10,8 %	0,1 %
Suroît	76,1 %	67,6 %	89,7 %	76,1 %	39,1 %	64,2 %	84,8 %	54,6 %	33,8 %	13,4 %
Jardins-Roussillon	85,6 %	54,1 %	66,1 %	80,7 %	37,6 %	49,7 %	90,7 %	72,3 %	22,0 %	53,1 %
Champlain	38,1 %	76,0 %	94,4 %	35,9 %	19,8 %	38,1 %	100,0 %	67,0 %	31,2 %	1,4 %
Pierre-Boucher	41,1 %	72,7 %	95,4 %	67,9 %	19,8 %	61,0 %	100,0 %	72,7 %	31,2 %	1,6 %
Haut-Richelieu–Rouville	7,6 %	75,6 %	19,2 %	71,4 %	20,1 %	65,2 %	85,6 %	76,2 %	6,1 %	3,2 %
Richelieu-Yamaska	7,6 %	51,5 %	54,6 %	74,2 %	6,1 %	28,2 %	87,7 %	32,7 %	0,0 %	0,6 %
Pierre-De Saurel	21,8 %	68,6 %	47,9 %	67,7 %	3,4 %	44,8 %	39,1 %	54,9 %	9,6 %	11,6 %
Pommeraie	50,1 %	85,1 %	68,1 %	91,4 %	20,9 %	63,9 %	0,0 %	62,5 %	0,0 %	55,0 %
Haute-Yamaska	100,0 %	84,4 %	89,7 %	81,7 %	49,4 %	75,7 %	100,0 %	81,8 %	36,4 %	47,5 %
Vaudreuil-Soulanges	7,6 %	74,3 %	59,4 %	69,8 %	12,2 %	49,9 %	64,5 %	48,2 %	0,0 %	0,0 %
MONTRÉGIE	40,9 %	71,1 %	67,6 %	69,8 %	20,8 %	52,2 %	75,2 %	59,1 %	16,5 %	17,0 %

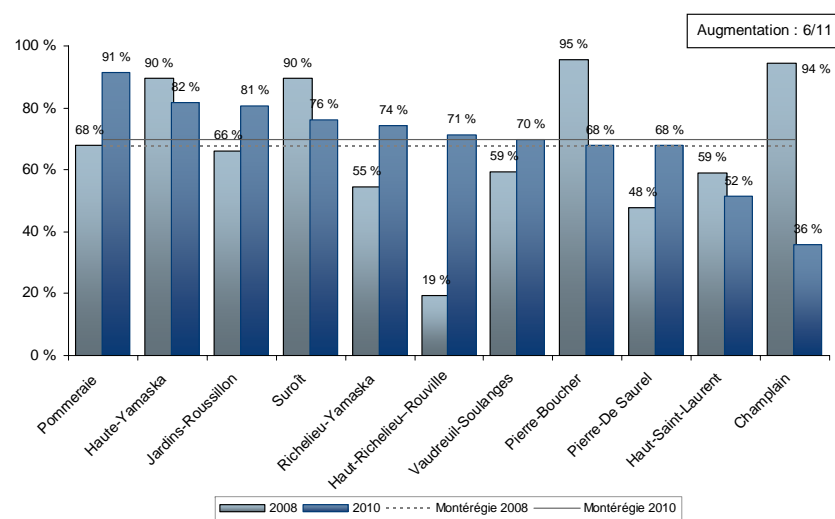
CSSS	Médecin de famille		Équipe de gériatrie		Personne responsable		Mécanisme de coordination		Total des composantes	
	2008 Pondération : 2010 (7,4 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (6,8 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (7,8 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (12,8 %)	2010	2008 Pondération : 2010 (100 %)	2010
Haut-Saint-Laurent	0,0 %	0,0 %	0,0 %	75,6 %	91,0 %	14,5 %	19,5 %	25,9 %	24,5 %	32,4 %
Suroît	40,5 %	81,9 %	10,0 %	100,0 %	63,2 %	77,2 %	22,2 %	67,2 %	53,4 %	62,7 %
Jardins-Roussillon	56,3 %	55,4 %	39,9 %	51,2 %	100,0 %	80,0 %	44,5 %	14,2 %	59,6 %	56,3 %
Champlain	22,6 %	52,2 %	49,9 %	49,9 %	100,0 %	50,9 %	46,3 %	3,8 %	59,5 %	39,3 %
Pierre-Boucher	22,6 %	59,6 %	49,9 %	100,0 %	100,0 %	88,5 %	39,1 %	44,2 %	59,2 %	59,0 %
Haut-Richelieu–Rouville	22,6 %	69,6 %	0,0 %	100,0 %	77,8 %	88,5 %	18,5 %	48,4 %	29,0 %	62,3 %
Richelieu-Yamaska	36,7 %	0,0 %	0,0 %	75,6 %	0,0 %	0,0 %	8,9 %	32,3 %	25,1 %	33,0 %
Pierre-De Saurel	41,7 %	74,3 %	0,0 %	0,0 %	63,2 %	100,0 %	8,1 %	28,7 %	25,1 %	48,6 %
Pommeraie	29,3 %	93,8 %	59,9 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	51,0 %	71,0 %	38,0 %	76,8 %
Haute-Yamaska	76,6 %	93,8 %	59,9 %	100,0 %	84,2 %	100,0 %	55,9 %	63,4 %	73,1 %	77,6 %
Vaudreuil-Soulanges	14,7 %	39,5 %	39,9 %	100,0 %	84,6 %	100,0 %	76,8 %	74,5 %	39,6 %	57,6 %
MONTRÉGIE	33,0 %	56,4 %	28,1 %	77,5 %	79,9 %	72,7 %	35,5 %	43,1 %	44,2 %	55,1 %

<sup>5</sup> Les résultats de 2008 sont obtenus en utilisant la pondération de 2010.

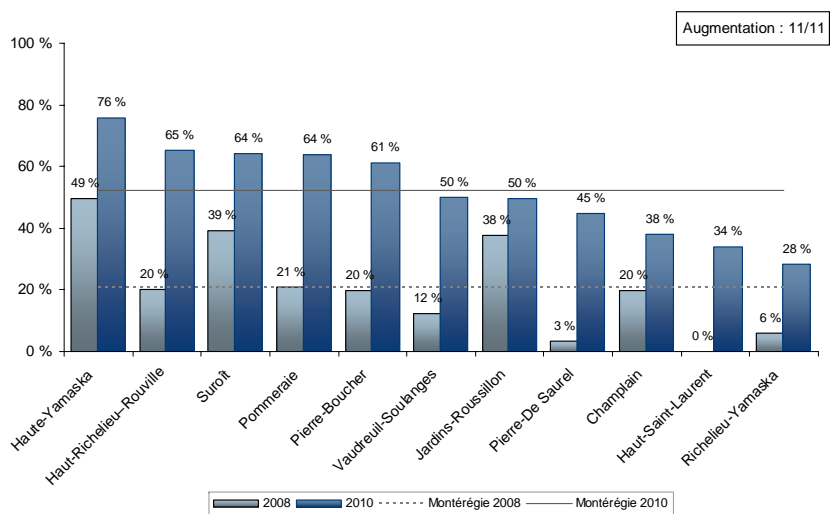
Guichet d'accès RSIPA



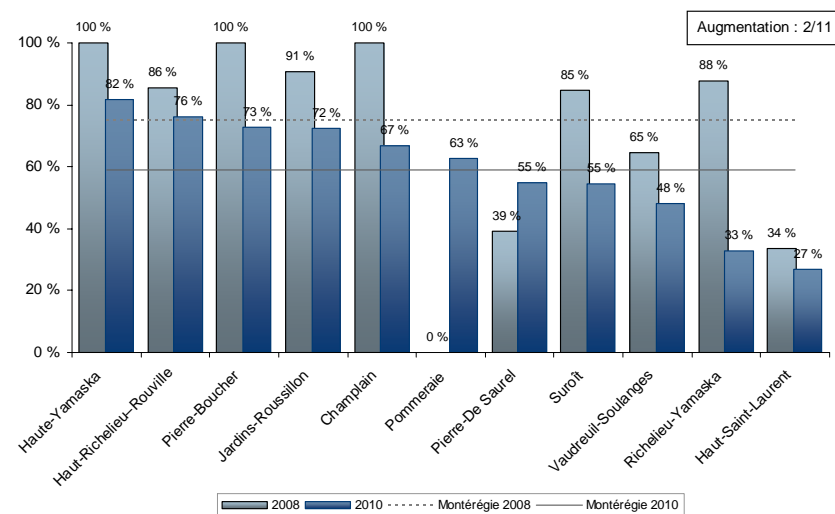
Système d'évaluation des besoins (OEMC)



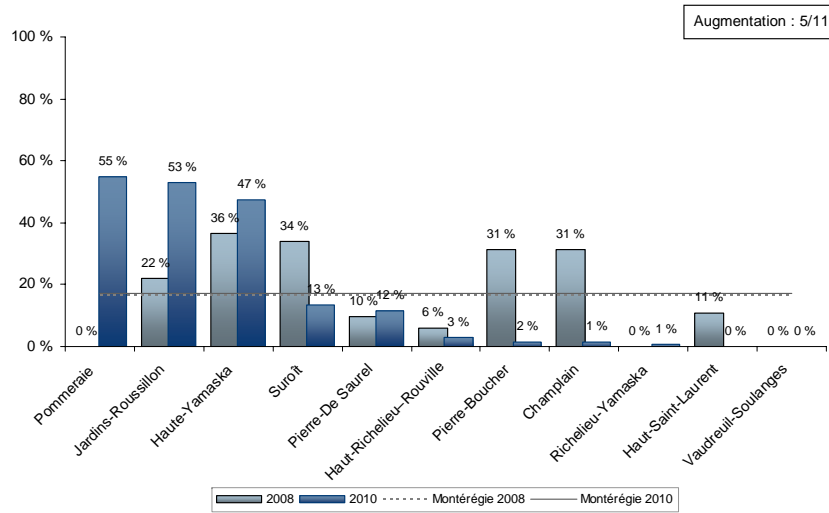
Système de communication (partage de l'information clinique)



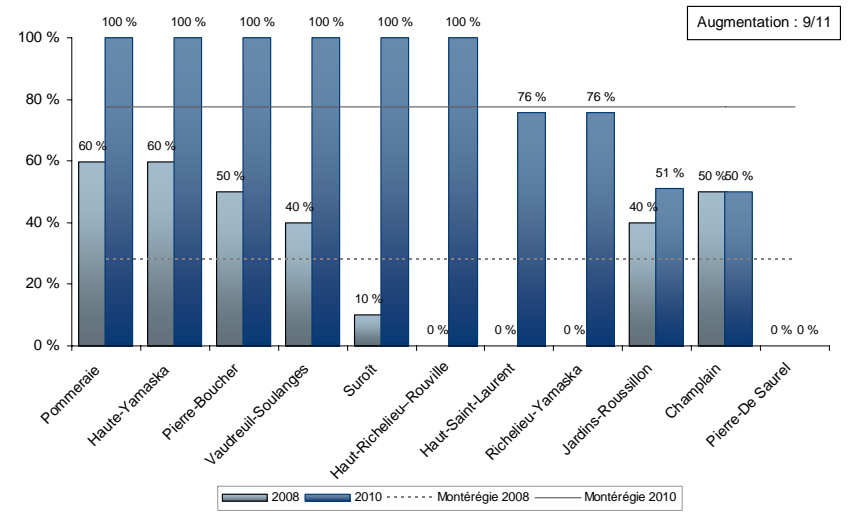
Gestion de cas



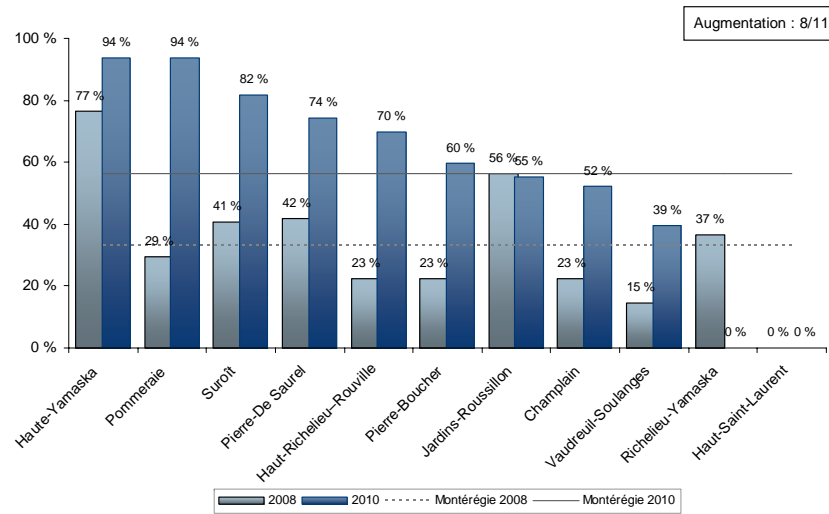
PI et PSI



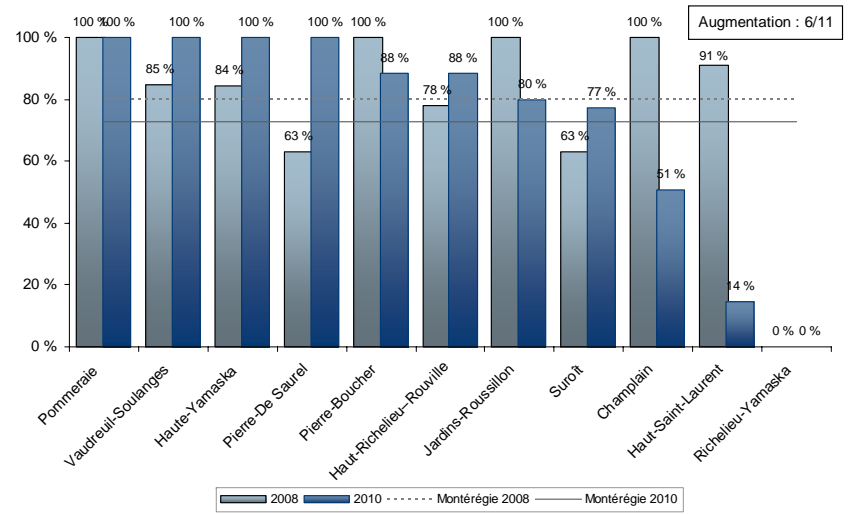
Médecin de famille



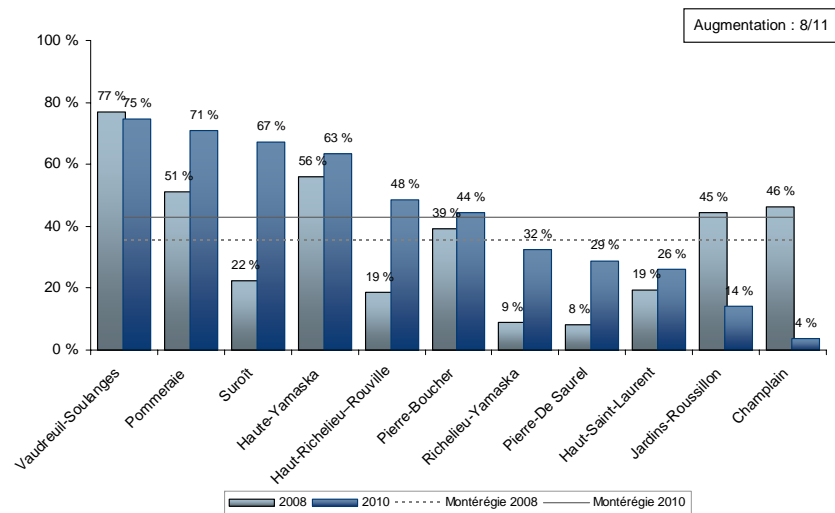
Équipe de gériatrie



Personne responsable



Mécanisme de coordination



Composantes	Haut-Saint-Laurent	Suroît	Jardins-Roussillon	Champlain	Pierre-Boucher	Haut-Richelieu-Rouville	Richelieu-Yamaska	Pierre-De Saurel	Pommevoie	Haute-Yamaska	Vaudreuil-Soulanges	MONTÉRÉGIE	Nombre de CSSS par composante (Total)
Guichet d'accès RSIPA													0
Système d'évaluation des besoins (OEMC)				3									1
Système de communication (partage de l'information clinique)		3	2			3			3			3	4
Gestion de cas		2							2		3		3
PI et PSI	2	1		1	1	1	3	2	1	1	1	1	10
Médecin de famille	1				3		1				2		4
Équipe de gériatrie			3					1					2
Personne responsable	3						2						2
Mécanisme de coordination			1	2	2	2		3		2		2	6
<b>TOTAL DES COMPOSANTES</b>													32

