



HAL
open science

DÉFINITION DES PANIERS DE SERVICES EN RÉADAPTATION ET DÉTERMINATION DES COÛTS ASSOCIÉS POUR LA CLIENTÈLE EN DÉFICIENCE VISUELLE

Chantale Roy, Michel Coulmont, Jean Desrochers

► **To cite this version:**

Chantale Roy, Michel Coulmont, Jean Desrochers. DÉFINITION DES PANIERS DE SERVICES EN RÉADAPTATION ET DÉTERMINATION DES COÛTS ASSOCIÉS POUR LA CLIENTÈLE EN DÉFICIENCE VISUELLE. La place de la dimension européenne dans la Comptabilité Contrôle Audit, May 2009, Strasbourg, France. pp.CD ROM. halshs-00459418

HAL Id: halshs-00459418

<https://shs.hal.science/halshs-00459418>

Submitted on 23 Feb 2010

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DÉFINITION DES PANIERS DE SERVICES EN RÉADAPTATION ET DÉTERMINATION DES COÛTS ASSOCIÉS POUR LA CLIENTÈLE EN DÉFICIENCE VISUELLE

Chantale Roy, D.Sc. Gestion, M.Sc. compt., CA, Professeure titulaire à l'Université de Sherbrooke, Faculté d'administration - Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (Québec) J1K 2R1, Courriel : Chantale.Roy@USherbrooke.ca

Michel Coulmont, DBA, MBA, D.E.S.S., Professeur agrégé à l'Université de Sherbrooke - Faculté d'administration - Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (Québec) J1K 2R Courriel : Michel.Coulmont@USherbrooke.ca

Jean Desrochers, PhD. Administration, MBA., Professeur titulaire à l'Université de Sherbrooke, Faculté d'administration - Université de Sherbrooke, Sherbrooke, (Québec) J1K 2R1, Courriel : Jean.Desrochers@USherbrooke.ca

Résumé

Ce document a pour objectif de présenter les paniers de services et les coûts qui y sont associés pour des profils de clientèle en déficience visuelle. Via le savoir des experts, une approche inductive a permis de décrire et de circonscrire les paniers de services des établissements de réadaptation en déficience physique (ERDP), tandis que les coûts ont été déterminés à partir de l'analyse des coûts de trois ERDP du Québec.

Mots clés : Panier de services, réadaptation en déficience physique, profils clientèle, déficience visuelle, coûts.

Abstract

The objective of this document is to present the service bundles and the associated cost for the patient profiles of the visually impaired. Using experts in the field, an inductive approach has permitted to describe and to define the service bundles of the Physical Impairment Rehabilitation Facilities (PIRF), while the cost were determined by analyzing the costs of three PIRF in Quebec

Key words: *Service bundles; rehabilitation in physical impairment; patient profiles; visual impairment; costs*

INTRODUCTION

La mondialisation renforce les confrontations des modèles de sociétés qui comportent de multiples dimensions : économiques, politiques, sociales et culturelles. Ainsi, tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, vivent des choix difficiles dans l'administration des services à dispenser à la population. En effet, les changements qui se produisent dans l'environnement global affectent non seulement la disponibilité des ressources, mais module aussi l'arbitrage de l'allocation. L'importance du secteur de la santé et des services sociaux et l'intérêt de la population envers les services en santé, en font un secteur stratégique en terme d'allocation de ressources.

Compte tenu des disparités relatives à la dispensation des services de réadaptation en déficience physique¹ (DP) sur l'ensemble du territoire québécois, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) mentionne la nécessité de définir un panier de services pour chaque catégorie de déficience, par groupe d'âge et d'établir les standards d'effectifs de même que les composantes des différentes équipes d'intervention (MSSS, 2002a). Le développement d'un panier de services pour la clientèle en DP devrait permettre d'assurer un niveau et une qualité de services comparables sans égard au lieu de desserte. C'est dans cette avenue de recherche que cette étude fut menée. Elle avait pour objectifs la définition des paniers de services en DP et la détermination des coûts associés à ces paniers. Bien que cette étude ait été réalisée pour l'ensemble des DP, seuls les résultats relatifs aux profils de clientèle en déficience visuelle² (DV) sont abordés.

La suite de ce document est divisée en quatre sections. La recension des écrits et les considérations théoriques seront d'abord présentés, puis le cadre opératoire, ensuite les principaux résultats de l'étude et finalement la conclusion.

1 RECENSION DES ECRITS ET CONSIDERATIONS THEORIQUES

Cette section vise à présenter le cadre théorique de l'étude. D'abord, elle expose la recension des écrits constituant le cadre d'analyse. Puis, elle traite des éléments ou considérations théoriques à l'égard des services de réadaptation et du coût des services cliniques.

¹ Personne, de tous âges, dont la déficience d'un système organique entraîne ou risque selon toutes probabilités d'entraîner des incapacités significatives et persistantes (incluant épisodiques) reliées à l'audition, à la vision, au langage ou aux activités motrices et pour qui la réalisation des activités courantes ou l'exercice des rôles sociaux sont ou risquent d'être réduits. La nature des besoins de ces personnes fait en sorte que celles-ci doivent recourir, à un moment ou à un autre, à des services spécialisés de réadaptation et, lorsque nécessaire, à des services de soutien à leur participation sociale. (MSSS, 2003).

² Les personnes qui ont une déficience visuelle présentent sur le plan de l'acuité visuelle ou du champ de vision des incapacités significatives et persistantes susceptibles de restreindre leur participation sociale. (AERDPQ, 2000).

1.1 Recension des écrits

Si, à ce jour, la nature des services de réadaptation devant être offerts à un usager ayant une DV a fait l'objet de plusieurs études, il n'en n'est pas de même pour la quantité (nombre d'heures de services). La plupart des études se sont principalement intéressées aux impacts psychosociaux liés à la DV, aux outils de mesure de l'adaptation psychosociale, aux diverses stratégies d'adaptation ainsi qu'à la réadaptation fonctionnelle relative à l'orientation et à la mobilité, aux aides techniques et à l'adaptation environnementale. Par exemple, à partir de diverses méthodologies de recherche, Lampert et Lapolice (1995), Shuttleworth et al. (1995), Warren (1995), Brody (1999), McCabe et al. (2000), Khan et al. (2002), Ryan (2002) et Reeves (2004) ont cherché à identifier quelle était la nature du travail des professionnels en réadaptation pour DV. À l'exception de Warren (1995) et de Coulmont (2008), aucun auteur ne semble toutefois avoir cherché à identifier l'influence de la quantité des services sur les résultats cliniques d'un usager atteint d'une DV inscrit en réadaptation.

Bref, il y a un manque de recherche systématique sur l'efficacité des programmes de réadaptation en DV (Reeves, 2004). Il est sans doute possible d'expliquer ce vide par la jeunesse des programmes de réadaptation en DV et par des critères et des définitions de la DV relativement différents d'un pays à l'autre qui engendrent des disparités quant aux aides et services offerts (Ouellet et Descent, 2000). De plus, dans une perspective étendue à toute la réadaptation en DP, il n'existe pas ou presque pas de standard scientifique pour les services requis (nature et quantité) ni pour les coûts (Bouchard, 2001).

1.2 Considérations théoriques à l'égard des services de réadaptation

Au Québec, dans le milieu de la santé et des services sociaux, on utilise couramment la notion de panier de services. Bien que ce concept ne semble pas clairement défini dans la littérature, il est utilisé dans plusieurs domaines et plusieurs pays où on semble toujours lui accorder le même sens. Ainsi, le concept en télécommunications désigne un ensemble de services offerts au même groupe de clients et regroupés en raison de leur complémentarité (Conseil des Ministres, 2000). Le système de santé français réfère aussi au panier de services qu'il définit comme la liste des services de santé et des biens médicaux faisant l'objet d'une prise en charge par tutelle et/ou par financement d'un système de santé (Haut comité de la santé publique, 2000). On constate donc que l'expression paniers de services réfère à un ensemble de services destinés à un groupe de clients présentant des similarités. Dans le cadre de l'étude, les définitions suivantes sont adoptées.

- Panier de services : désigne la nature et la quantité de services nécessaires et suffisants pour un profil de clientèle donné ayant une déficience physique.
- Nature des services : correspond aux disciplines requises pour effectuer les activités nécessaires auprès des clients d'un profil de clientèle donné.
- Disciplines : correspondent aux différentes professions pratiquées par les intervenants, par exemple, ergothérapeute, physiothérapeute, etc.
- Activités : réfèrent aux types de services ou d'interventions de réadaptation rendus par les différentes disciplines.
- Quantité de services : correspond au total d'heures de prestation de services à l'usager qui sont nécessaires et suffisantes. Elle s'obtient en multipliant la fréquence par les

heures de prestation de services à l'utilisateur, à l'intérieur d'un épisode de temps donné, par exemple, 3 heures par semaine pendant 2 mois.

- Heures de prestations de services à l'utilisateur : représentent le temps des activités cliniques réalisées par les intervenants pour des clients.
- Fréquence : indique le nombre de fois qu'une activité est répétée au cours d'une période de temps donnée, par exemple, 1 fois par semaine.
- Épisode de temps : correspond à l'horizon temporel pendant lequel les services sont offerts selon une intensité constante (exemple : durant le premier mois après l'accident).
- Profil de clientèle : représente un regroupement de clients ayant des besoins de consommation de services similaires.

1.3 Considérations théoriques à l'égard des coûts des services

La détermination des coûts des différents services de réadaptation des établissements de réadaptation en déficience (ERDP) du Québec est difficilement réalisable puisque les normes et les pratiques de la comptabilisation des établissements concernés ne nous donnent en aucune manière les coûts de revient des services qu'ils dispensent. Le système de comptabilité, selon les directives du manuel de gestion financière du MSSS (2002b), est organisé pour une gestion par centre d'activités. On distingue généralement trois catégories de centres d'activités (Hébert et al. 1997) : 1- les services de traitements (intervention auprès des usagers : les services professionnels des éducateurs, ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes, etc.); 2- les services de soutien (appui aux activités des traitements : entretien ménager, buanderie, etc.); et 3- les services généraux et administratifs (tous les autres services qui soutiennent l'organisation).

La catégorie des services de traitements représente les coûts cliniques des services offerts. Les catégories des services de soutien et des services généraux et administratifs constituent les coûts qui ne peuvent pas être directement attribués aux services dispensés tout en étant, toutefois, essentiels à leur réalisation. La somme des coûts cliniques reliés au service offert avec une juste attribution des autres coûts devrait permettre d'établir le coût de revient d'un service offert.

Dès lors, les coûts par prestation et par usager sont déterminés à partir d'une attribution spécifique des coûts cliniques et d'une allocation (répartition) d'une juste part des coûts des services de soutien et des services généraux et administratifs. Afin de répartir ces derniers, il est possible d'utiliser plusieurs méthodes qui, bien évidemment, donneront des résultats différents compte tenu de la clé de répartition choisie.

Étant donné l'importance des coûts indirects dans les établissements de santé et des services sociaux (Halgand, 2000; MacArtur et Stranaham, 1998; Nobre et Biron, 2001), il est important de prêter une attention particulière à la méthode de répartition utilisée. Les établissements de santé et des services sociaux sont des organisations complexes qui produisent différents types de services. Freeman et Scott (1985) rapportent que la complexité en milieu hospitalier est mise en évidence par l'augmentation du niveau de compétence des employés, par l'adoption des technologies modernes et par l'augmentation du nombre de services fournis. Or, les organisations complexes sont celles qui sont censées tirer le plus parti de la répartition des coûts indirects à l'aide de la méthode de la comptabilité par activités. De plus, la faible traçabilité des processus de consommation de ressources par les séjours invite à

se tourner vers la comptabilité par activités (Halgand, 2000). Celle-ci suppose le recours à plusieurs bases de répartition (les inducteurs de coûts) qui se doivent d'être étroitement reliés à la nature des coûts répartis (Cooper et Kaplan, 1987).

Notons que la comptabilité par activités se développe de façon favorable dans le milieu hospitalier anglo-saxon. Elle y est vue comme une alternative aux systèmes traditionnels de coût. En revanche, dans le milieu hospitalier français, elle semble moins favorable (Nobre et Biron, 2001). Les expérimentations françaises réalisées, jusqu'à maintenant, concernent principalement les fonctions médico-techniques ou logistiques : stérilisation (Gourieux et al., 2000; Rabiller et Bouillit-Chabert, 1999), radiologie, (Garrot, 1995), laboratoire (Bellocq et al., 2001). Mises à part quelques exceptions, telles que l'expérimentation de Nobre et Biron (2001), la comptabilité par activités n'a pas réellement été utilisée dans l'évaluation des services médicaux et chirurgicaux français.

Même si la comptabilité par activités semble, sans aucun doute, l'approche théorique la plus sophistiquée et la plus détaillée, elle n'a pas été appliquée à la détermination des coûts des paniers de services de la présente étude. En effet, seul le coût des services des traitements, appelé services cliniques, a été considéré.

2 CADRE OPERATOIRE

L'étude vise à établir des services et des coûts standards de services pour des profils de clientèles spécifiques. À notre connaissance, il n'existe pas de modèle conceptuel sur les relations entre les profils de clientèles, les paniers de services et les coûts de ces paniers, s'appliquant au secteur de la réadaptation en déficience physique. C'est pourquoi l'étude s'appuie sur les savoirs du milieu via une approche empirique inductive en réalisant une recherche participative basée sur l'opinion des experts du milieu de la réadaptation en déficience physique. Sans référence à la théorie ancrée à la Glaser et Strauss (1967) puisque le but n'est pas nécessairement de développer des théories, le raisonnement inductif est utile en l'absence de littérature éclairante afin de faire émerger de nouveaux savoirs. Cette recherche ne répond pas non plus aux impératifs de la recherche-action puisqu'il n'y a ni action ni boucle d'évaluation d'apprentissage et de contrôle de l'action (Lavoie et al., 1996; Offredi, 1981) Elle peut toutefois être considérée comme une stratégie de recherche participative (collaborative ou coopérative) permettant d'explorer diverses facettes du savoir des experts concernés sur le terrain. Ce type de recherche est assez commun dans le domaine médical. (Green et al., 1995). Pour la détermination des coûts, une approche basée sur l'observation est privilégiée. Afin d'établir des paniers de services, des profils de clientèles en fonction des besoins de consommation de services ont, tout d'abord, été identifiés.

2.1 Détermination des profils de clientèles en DV et regroupement des profils en grappes

L'établissement des profils de clientèles en DV à partir de critères de classification a permis de catégoriser la clientèle selon des caractéristiques qui influencent sa consommation de services requis, nécessaires et suffisants en terme de nature et de quantité.

Pour déterminer les profils de clientèle en DV, une méthodologie rigoureuse basée sur une approche inductive a été orchestrée en deux phases³. La première concerne l'identification des critères de classification de la clientèle et la deuxième, la détermination des profils de clientèle (Roy et al., 2005). Compte tenu du nombre de profils obtenus, ces profils ont été par la suite classés en grappes de profils.

2.1.1 Critères de classification

Les critères de classification permettent la classification de la clientèle selon des caractéristiques qui influencent sa consommation de services en terme de nature et de quantité (Roy et al., 2005). Souhaitant obtenir une liste de critères majoritairement transversaux, c'est-à-dire utilisables pour toutes les déficiences physiques, un groupe de discussion multidisciplinaire et multi-déficiences ont répondu à la question suivante :

« Selon votre expérience, quels sont les critères qui permettraient de classer la clientèle en DP en fonction de ses besoins de consommation de services cliniques, sans égard aux approches ? »

Suite à la période de discussion, quatorze critères de classification ont été identifiés : 1 - Âge ; 2 - Dynamique d'apparition de la déficience ; 3 - Mode d'évolution de la déficience ; 4 - Stade des interventions ; 5 - Caractéristiques fonctionnelles ; 6 - Profil résidentiel ; 7 - Profil occupationnel ; 8 - Problématiques complexes et/ou multi-déficiences ; 9 - Ressources du réseau familial, social et communautaire aidant ; 10 - Ressources du milieu ; 11 - Langue ; 12 - Origine ethnique (culture) ; 13 - Distance à parcourir ; et 14 - Nombre de milieux familiaux. Une description plus précise de ces critères est présentée en annexe 1.

2.1.2 Profils de clientèle en DV

Des profils de clientèle en DV dont les besoins en terme de services seraient suffisamment différents pour qu'ils se distinguent les uns des autres ont été identifiés (Roy et al., 2005). Pour ce faire, un groupe de discussion multidisciplinaire, formé à partir d'intervenants dans les programmes de DV, ont répondu à la question suivante :

« Selon votre expérience, quelles sont les combinaisons des modalités des critères identifiés qui permettraient de classer la clientèle d'une DP de façon à déterminer des profils de clientèle qui se distinguent de par leur consommation de services cliniques en terme de nature et de quantité, sans égard aux approches ? »

Les participants au groupe de discussions ont d'abord ordonnancé, de la manière qui leur apparaissait la plus logique et par consensus, les critères. Ils ont ensuite entrepris la détermination des profils en débutant par les profils les plus complexes, c'est-à-dire ceux exigeant le plus de services de réadaptation. Par la suite, ils ont simplifié le nombre de profils, lorsque cela était pertinent, en modifiant les combinaisons des modalités des critères pour finalement déterminer 393 profils en DV.

³ L'étude ici présentée fait partie intégrante d'une recherche étendue à toutes les DP. Par conséquent, par souci d'homogénéité, les critères établis dans cette première phase le sont pour toutes les catégories de DP plutôt qu'uniquement pour la DV.

Notons que les profils de clientèle furent traités de manière à déterminer les «services requis nécessaires et suffisants» plutôt qu'à décrire les services actuels. Suivant cet objectif, les résultats obtenus proposent aussi des profils pour les clientèles n'étant pas actuellement desservies par les ERDP, mais dont les besoins sont présents.

2.1.3 Grappes de profils de clientèle en DV

Pour définir les paniers de services, il s'est avéré pertinent de classer les profils de clientèles en grappes qui ont été validées par les intervenants du réseau spécialisé de la réadaptation en déficience physique. Une grappe de profils se définit par le regroupement de profils dont la clientèle présente des similarités au niveau de ses besoins en terme de services. Les profils contenus dans les grappes, bien qu'ils présentent une similarité, se distinguent les uns des autres en terme de nature et de quantité de services requis de par les différentes combinaisons des modalités des critères (exemples : présence ou non d'une multi-déficience, réseau de support personnel aidant ou non). Les profils en déficience visuelle ont été regroupés en trois grandes grappes soit :

- 1) Tous les profils de la clientèle à l'âge de la retraite (65 ans et plus) ayant une déficience visuelle (DV-01). Cette grappe regroupe 80 profils.
- 2) Tous les profils de la clientèle de l'âge préscolaire au secondaire (0 à 17 ans) ayant une déficience visuelle (DV-02). Cette grappe regroupe 72 profils.
- 3) Tous les profils de clientèle de 17 ans à 64 ans ayant une déficience visuelle (DV-03). Cette grappe regroupe 241 profils.

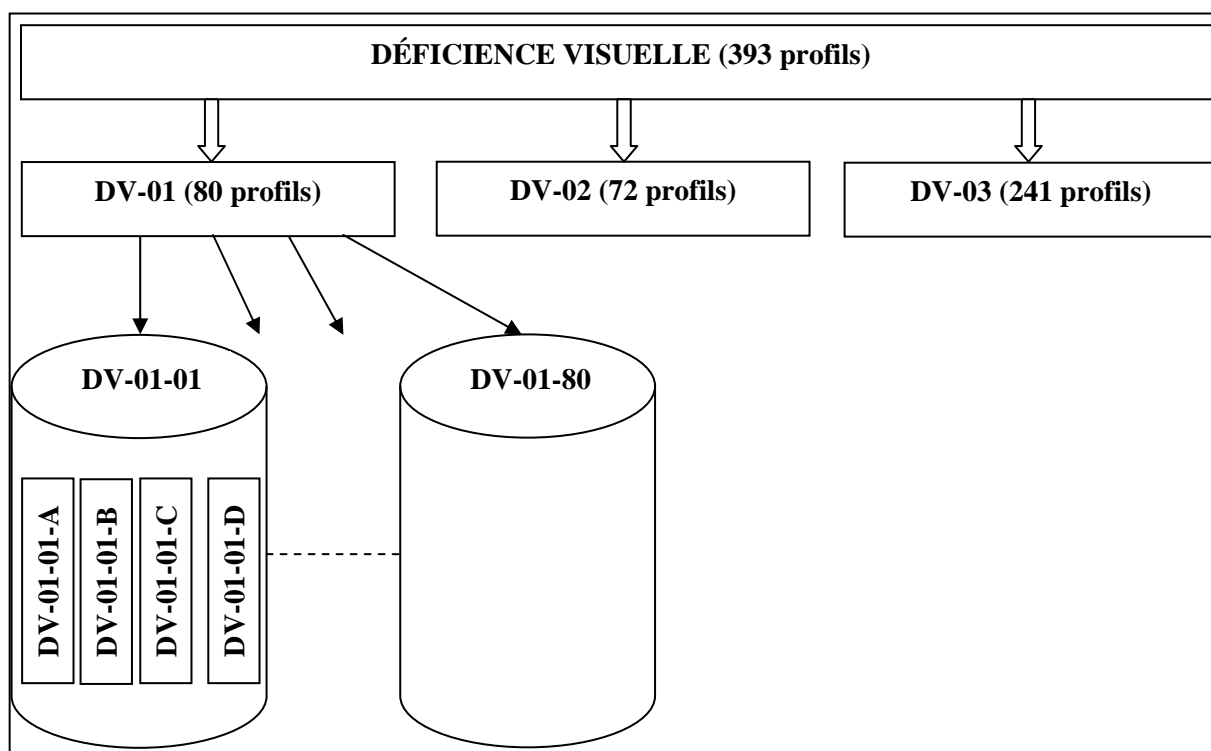
2.2 Paniers de services

Les paniers de services (portion des services directs à l'utilisateur) ont été définis à l'aide d'un groupe de discussion par grappe de profils de clientèle. Ces groupes étaient chargés de définir les services requis nécessaires et suffisants pour chacun des profils de clientèle contenus dans la grappe qui leur était assignée en répondant à la question suivante :

«Selon votre expérience, quels sont les services cliniques nécessaires et suffisants en moyenne, en terme de nature et de quantité, pour chacun des profils de clientèle en déficience physique contenus dans la grappe de profils qui vous est présentée, sans égard aux approches? »

À l'aide de questionnaires (un par grappe) auprès des intervenants du réseau spécialisé de la réadaptation en déficience physique du Québec, une validation a été faite. Dans chacune des grappes, les différents profils sont discriminés en fonction des besoins de services des individus. La figure 1 un présente la hiérarchie des paniers de service en déficience visuelle.

Figure 1. Hiérarchie des paniers en déficience visuelle



Ainsi, le groupe de profils DV-01-01 signifie que l'utilisateur est un nouveau client âgé de 65 ans et plus. Il souffre d'une déficience visuelle mais est fonctionnellement voyant de type « B » ce qui signifie qu'il a de la difficulté à lire et écrire, mais il peut circuler⁴. L'évolution de la déficience est soit stable ou soit évolutive. Il n'a pas de problématique complexe ou de multi déficiences. Il réside à domicile ou en résidence pour personnes âgées autonomes. Il n'est pas aux études il n'occupe pas un emploi ou n'a pas besoin d'interventions pour en occuper un et n'occupe pas de responsabilités importantes (ex. : président d'une association bénévole).

À ce profil général, commun à tous, se rajoute des besoins de services complémentaires. Ainsi, nous observons la présence de profils DV-01-01-A à D. Ceux-ci signifient :

DV-01-01-A : Besoin d'un psychologue ou d'un travailleur social

DV-01-01-B : Besoin d'un SRDV (informatique)

DV-01-01-C : Besoin d'un SOM

DV-01-01-D : Besoin d'un ergothérapeute

2.3 Coûts des paniers de services

La définition des paniers de services permet d'identifier les besoins en terme d'heures de prestations de services directs à l'utilisateur (HPSD) et ce, par discipline. Pour déterminer le coût d'un panier de services, il faut ajouter les heures de prestations de services indirects à l'utilisateur

⁴ Voir annexe 1 pour plus de détails.

(HPSI) associées à la réalisation des HPSD et multiplier toutes ces heures par un coût horaire moyen par discipline.

La stratégie de recherche qui nous semble la plus appropriée pour définir le rapport entre les heures de prestations de services directs à l'utilisateur et indirects à l'utilisateur ainsi que les coûts horaires par discipline, est sans doute une étude sur le terrain «field observation» dans laquelle une analyse détaillée des heures de prestation de services et des coûts sera effectuée auprès de trois ERDP. Le choix des trois établissements a été fait en tenant compte des disparités inhérentes à chacun des établissements de réadaptation en déficience physique quant à la taille, la situation géographique, la dispensation des services de réadaptation fonctionnelle intensive et de la multidisciplinarité des programmes de réadaptation offerts.

Dans les ERDP, ces services sont identifiés en termes d'heures de prestations de services (HPS). Ces heures représentent le temps des activités cliniques réalisées par les intervenants pour des clients, ce qui correspond aux heures de prestations de services directs et indirects. Ces HPS sont présentées à l'annexe 2. Pour cette étude, les heures de prestations de services à l'utilisateur (HPS) sont divisées en 2 catégories :

- Les heures de prestations de services directs à l'utilisateur (HPSD) représentent le temps des activités réalisées par les intervenants en présence de l'utilisateur dans l'établissement, en présence de l'utilisateur hors de l'établissement et en absence de l'utilisateur dans ou hors de l'établissement de même que le temps consacré au plan d'intervention et au plan de service pour un utilisateur (exemple : 2 heures).
- Les heures de prestation de services indirects à l'utilisateur (HPSI) représentent le temps des activités associées au client réalisées par les intervenants : le déplacement nécessaire à la prestation, la tenue de dossier et la préparation des activités de réadaptation.

La cueillette des données sur les HPSD, les HPSI et sur les coûts s'est faite à partir des rapports financiers AS 471⁵ et des rapports statistiques internes des trois établissements choisis pour l'exercice financier 2007-2008. Bien qu'on veuille identifier le nombre d'HPSD à l'utilisateur requis, il faut rappeler qu'en plus de celles-ci, les intervenants effectuent d'autres types d'interventions indirectement au client, dont il faut tenir compte dans le coût des prestations de services. Dans le cadre de cette étude, nous qualifions ces heures d'heures de prestations de services indirects à l'utilisateur (HPSI). Tous les ERDP relèvent les heures de prestations de services (HPS) prodigués aux clients par les intervenants (AERDPQ, 2003).

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous nous intéressons principalement aux services à offrir de manière directe (HPS₁₀₀ ; HPS₂₀₀; HPS₃₀₀ et HPS₅₀₀) et indirecte (HPS₆₀₀; HPS₇₀₀ et HPS₈₀₀), pour un client en particulier. En ce qui concerne les HPSD, ce sont les groupes de discussion concernant les paniers de services qui nous ont amené à les déterminer. Les rapports statistiques internes des ERDP sur les HPSD et HPSI réellement dispensées et sur la moyenne de leurs coûts sont utilisés pour estimer les coûts à prévoir pour les services à offrir. Le rapport du nombre d'HPSI réellement consommées sur les HPSD qui ont été réellement dispensées durant une année financière a servi de base pour estimer les HPSI à prévoir pour offrir les services jugés «nécessaires et suffisants».

Finalement, les HPS₅₀₀ «Rencontre de coordination du plan d'intervention individualisé (PII) ou plan de service individualisé (PSI)» comportent une certaine particularité qui fait qu'une

⁵ Le rapport financier AS-471 est un rapport prescrit par le MSSS pour un exercice financier de 12 mois.

procédure particulière a été utilisée pour les estimées. En effet, selon la définition de l'AERDPQ (2003), les HPS₅₀₀ permettent de comptabiliser le temps consacré à des activités qui regroupent plusieurs intervenants qui doivent coordonner un ensemble d'activités pour ou avec un usager, soit : les rencontres pour l'élaboration ou la révision des plans d'interventions ou des plans de services et les rencontres de discussion de cas effectuées en l'absence de l'utilisateur. Dans le cadre de l'étude sur les paniers de services, l'appréciation du temps «nécessaire et suffisant» pour les rencontres interdisciplinaires de coordination ne correspond pas en totalité à la définition du code 500. Ainsi, dans l'étude, seule la portion relative aux rencontres de plans d'interventions et de services a été décrite, puis validée, par les intervenants experts qui ont exprimé leur perception dans le cadre de la démarche de définition des paniers de services. L'autre portion, relative aux réunions multidisciplinaires a été obtenue grâce à une consultation auprès des coordonnateurs cliniques de chacun des programmes cliniques à l'étude. Il leur a été demandé d'estimer la part relative de l'HPS 500 tel que définit par l'AERDPQ consacrées aux rencontres de plans d'interventions et de services. Cette estimation a été faite en groupe de discussion constitué des intervenants cliniques et dirigé par le coordonnateur clinique de chacun des programmes de réadaptation à l'étude.

De plus, pour estimer les coûts associés aux profils, le tarif horaire moyen par discipline ou service a tout d'abord été identifié. Pour ce faire, les salaires et les avantages sociaux auxquels sont ajoutés les coûts fixes du programme ont été considérés pour calculer le coût de chaque discipline. Ensuite, afin de tenir compte des heures de prestations de services indirectes (HPSI), le rapport entre les prestations directes et totales (directes et indirectes) soit : $HPSD / (HPSD + HPSI)$ ont également été déterminé pour chaque discipline. Ce rapport permet d'imputer les coûts directs et indirects selon le nombre d'heures de prestations directes déterminées lors des discussions de groupe. Par exemple, si un profil demande une heure de prestation de service directe et que le rapport est de 0,5 alors, le nombre d'heure total est de $(1/0,5)$ deux heures. Le tableau 1 nous présente les coûts horaires moyens (CtHM) des 3 ERDP par discipline ainsi que le rapport entre les heures de prestations directes et totales.

Tableau 1 : Coût horaire moyen des trois établissements par discipline et rapport entre les HPSD et HPSI

DISCIPLINE (DV)	CtHM _{discipline}	HPSD/(HPSD + HPSI)
Coordonnateur	63,38 \$	43,75%
Éducateur en réadaptation visuel	40,89 \$	78,67%
Éducateur spécialisé	55,52 \$	52,99%
Ergothérapeute	69,87 \$	50,25%
Psychologue	106,80 \$	71,32%
Spécialiste en réadaptation des déficiences visuelles (SRDV)	50,57 \$	57,40%
Spécialiste en orientation-mobilité (SOM)	63,19 \$	51,55%
Travailleur social (TS)	80,84 \$	54,42%

Il apparaît dans un premier temps, que le taux horaire moyen pour chaque heure de coordination est de 63,38\$. Dans un second temps, le rapport entre le temps de prestation directe de service et le temps de prestation totale est de 43,75%. Ainsi, quand un profil requiert une heure de prestation de services directes dispensée par un coordonnateur, cela signifie que le temps de prestations total consacré par cette discipline est de 2,29 heures soit : $1/0,4375$. Le coût estimé

est donc de 2,29 heures fois 63,38\$ soit 145.14\$ par heure de prestations directe. De plus, dès qu'il y a plus d'une possibilité quant aux disciplines requises, des moyennes sont utilisées pour le coût horaire moyen (CtHM) ainsi que pour le rapport entre les heures de prestations directes et totales.

3 RESULTATS

Le panier de services et les coûts associés ont été déterminés pour l'ensemble de la grappe de profils DV-01. Le tableau 2 présente les résultats pour le profil DV-01-01. La partie supérieure du tableau expose les résultats pour la partie commune des profils. Les parties inférieures présentent les services complémentaires.

Tableau 2 : Panier de services et coûts par profils

DV-01-01 - Panier de services communs à toute la clientèle du profil : 2 556,66\$				
Disciplines	Activité/Épisode	Heures directes requises	Heures ajustées	Coûts
Travailleur sociale ou SRDV	Inscription; Évaluation - 1 ^{er} mois; PI/PSI ⁶ - 1 ^{er} mois.	4,41	7,89	521,82 \$
SRDV ou éducateur spécialisé ou ergothérapeute	Évaluation - 1 ^{er} mois; Interventions - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois; PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	8,66	16,18	958,20 \$
Coordonateur clinique	Évaluation - 1 ^{er} mois; Interventions - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois; PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	7,5	17,14	1086,54 \$
DV-01-01-A - Une partie de la clientèle de ce profil aura besoin en plus des services communs				
Psychologue ou TS	Interventions - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois; PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	13,16	20,93	1962,81 \$
DV-01-01-B - Une partie de la clientèle de ce profil aura besoin en plus des services communs				
SRDV	Interventions - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois; PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	19,82	34,53	1746,19 \$

⁶ PI : plan d'intervention individualisé ; PSI : plan de service individualisé.

DV-01-01-C - Une partie de la clientèle de ce profil aura besoin en plus des services communs				
SOM	Interventions - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois; PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	4,91	9,53	601,88 \$
DV-01-01-D - Une partie de la clientèle de ce profil aura besoin en plus des services communs				
Ergothérapeute	PI/PSI - 1 ^{er} mois; PI/PSI - 2 ^{ième} au 6 ^{ième} mois.	1,16	2,31	161,31 \$

Les disciplines, les épisodes de temps, les heures de prestations de services directes, les heures ajustées ainsi que le coût total pour dispenser les services de façon nécessaires et suffisantes ont été identifiés. Ainsi, il appert que le coût total pour la partie commune est de 2 566,56\$. Selon chaque profil supplémentaire, s'ajoute des coûts allant de 161,31\$ pour des services d'ergothérapie à 1962,81\$ pour des services de psychologie ou de travailleur social. Parfois, un individu peut avoir une combinaison de ces différents services.

Tel que définit dans cette étude, il est impossible de trouver des éléments de comparaisons relatifs aux coûts standards des services de réadaptation en déficience visuelle par manque d'écrits sur le sujet. Cependant, l'étude réalisée par Coulmont (2008), dans laquelle un système de classification (de type groupe fonctionnel homogène) pour personnes âgées référées en DV est élaboré, montre des résultats au regard de ces standards tout à fait cohérent de part leur ordre de grandeur.

4 CONCLUSION

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'écrits scientifiques décrivant des profils de clientèle basés sur les besoins en terme de services pour la clientèle en déficience visuelle ainsi que pour les autres clientèles en déficience physique. De la même manière, on ne retrouve pas de paniers de services ni de coûts pour ces profils. Les résultats ainsi que les avenues de recherche potentielles permettront de combler un vide dans la littérature tout en ayant des retombées importantes dans le milieu professionnel de la réadaptation.

La définition des paniers de services en réadaptation et la détermination des coûts associés permettent de revoir les modalités actuelles d'allocation budgétaire dans les établissements de réadaptation en déficience physique. En effet, les modalités actuelles d'allocation budgétaire sur base historique et l'absence de normes pour les services rendus peuvent provoquer des disparités quant aux services offerts à chaque type de clientèles ainsi que des disparités régionales. À long terme, la mise en place de normes de services nécessaires et suffisants permettra au Ministère de la santé et des services sociaux, d'une part, d'établir les besoins de la communauté en matière de financement des programmes de réadaptation à partir d'études épidémiologiques et d'autre part, d'allouer plus objectivement les budgets d'opération et de développement pour la déficience physique. Ce système devrait également contribuer à rendre les services en déficience physique plus équitables à travers l'ensemble du réseau de la

réadaptation en déficience physique et ainsi améliorer le niveau de satisfaction de la population.

D'un point de vue managérial, l'élaboration de normes de services à rendre et la connaissance des coûts moyens de ces services permettront aux gestionnaires des centres de réadaptation d'appliquer quelques-unes des techniques de gestion industrielle, telles que le budget flexible, l'analyse des écarts, les contrôles de coûts et d'analyse comparative (benchmark). Ces normes constitueront des éléments d'information très utile à l'évaluation de la performance financière. Finalement, les limites de l'étude permettent de jeter un regard critique sur les résultats présentés. D'abord, en regard des services, il est important de souligner que la généralisation des résultats est limitée par plusieurs facteurs contextuels aux services donnés en réadaptation de la déficience physique au Québec. La généralisation des résultats de l'étude ne pourrait donc pas être faite sans la prise en compte de ces différents facteurs contextuels. Ensuite, en regard des coûts, seuls les coûts spécifiques ont été considérés et de plus, rappelons que quel que soit le modèle de répartition des coûts utilisé, l'estimation du coût des prestations de services comportera toujours une part d'incertitude. En fait, il n'existe pas de modèle de répartition parfait ou exempt d'erreur. Tout au plus, un modèle proposé reflètera ce que nous pensons être la meilleure estimation des coûts.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2000) Rôles des Établissements de Réadaptation en Déficience Physique, Document d'orientation. Montréal : Association des Établissements de Réadaptation en Déficience Physique du Québec.

Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec. (2003) Cadre de Référence pour la Collecte des Données sur les Activités Professionnelles des Intervenants des Établissements de Réadaptation. Adopté par le conseil d'administration de l'AERDPQ.

Bellocq JP., Biron N., Kessler S., Penaud M., Faujour V., Ospel J., Supper E., Barthel A., Roussel JF., Mechine-Neuville A., Marcellin L., Lang-Averous G. et Chenard MP. (2001) " Mesure de l'activité et des coûts en ACP hospitalo-universitaire par la méthode ABC (activity-based costing) ", Annales Pathologie, Juillet, vol. 21, n° 3, pp. 215-32.

Bouchard É.N. (2001) L'Évaluation de la Performance en Réadaptation en Déficience Physique : Esquisse d'un Modèle Global de Gestion, Projet de recherche.

Brody B.L., Williams R.A., Thomas R.G., Kaplan R.M., Chu R.M. et Brown S.I. (1999) " Age-related macular degeneration: a randomized clinical trial of a self-management intervention ", Annals of Behavioral Medicine, vol. 21, n° 4, pp. 322-9.

Conseil des Ministres (2000) Décret no 2000-083/PRE/PM/MC/MCIA Portant sur les Modalités d'Établissement et de Contrôle des Tarifs de Services de Télécommunications, Burkina Faso, Unité Progrès-Justice. (www.artel.bf/Contrôle.html)

Cooper R. et Kaplan R.S. (1987) " How cost accounting systematically distorts product cost ", dans Bruns W.J. Jr. et Kaplan R.S. (dir.), Accounting and Management: Field Study Perspectives (pp. 204-228), Boston, MA: Harvard Business School Press.

Coulmont M. (2008) Évaluation de l'Efficacité Clinique et Mesure de l'Effizienz des Interventions de Réadaptation en Déficience Visuelle pour Personnes Âgées, Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke.

Freeman R.J. et Scott R.B. (1985) " The essentials of hospital accounting ", The CPA Journal, January, pp. 40-45.

Garrot T. (1995) Le Management des Activités en Milieu Hospitalier, Thèse de Sciences de Gestion, Université de Nice.

Glaser B.G. et Strauss A.L. (1967) The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research, Chicago, Aldine Publishing Company.

Gourieux B., Biron N., Nobre T. et Beretz L. (2000) " La méthode ABC en stérilisation ", Echanges, n° 168, juillet, pp. 45-51.

Green L.W., George M.A., Daniel M., Frankish C.J., Herbert C.J. et Bowie W.R. (1995) Study of Participatory Research in Health Promotion: Review and Recommendations for the Development of Participatory Research in Health Promotion in Canada, Vancouver, BC: University of British Columbia, report for the Royal Society of Canada. Saisie le 28 septembre 2004, http://www.ihpr.ubc.ca/frameset/frset_publicat.htm.

- Halgand N. (2000) " Calcul des coûts et contrôle budgétaire de l'hôpital : éléments d'analyse comparée du nouveau cadre comptable ", Actes du XXIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, 18-19 mai, Angers.
- Haut comité de la santé publique (2000) Rapport sur le Panier de Biens et Services de Santé, Première Approche, Rapport à la conférence nationale de santé 2000.
- Hébert R., Dubuc N., Buteau M., Roy C., Desrosiers J., Bravo J., Trottier L. et St-Hilaire C. (1997) Services Requis par les Personnes Âgées en Perte d'Autonomie, Québec : Gouvernement du Québec, MSSS.
- Khan S.A., Das T., Kumar S.M. et Nutheti R. (2002) " Low vision rehabilitation in patients with age-related macular degeneration at a tertiary eye center in Southern India ", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 30, pp. 404-410.
- Lampert J. et Lapolice D.J. (1995) " Functional considerations in evaluation and treatment of the client with low vision ", *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 49, n° 9, pp. 885-890.
- Lavoie L., Marquis D. et Laurin P. (1996) *La Recherche-Action : Théorie et Pratique*, Manuel d'Autoformation, Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- MacArtur J.B. et Stranaham H.A. (1998) " Cost driver analysis in hospitals: A simultaneous equation approach ", *Journal of Management Accounting Research*, vol. 10, pp. 279-312.
- McCabe P., Nason F., Turco P.D., Friedman D. et Seddon J.M. (2000) " Evaluating the effectiveness intervention using an objective and subjective measure of functional performance ", *Ophthalmic Epidemiology*, vol. 7, n° 4, pp. 259-270.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002a) *Constats et Pistes de Solutions Proposés Découlant du Portrait de Situation des Orientations Ministérielles en Déficience Physique de 1995*, Document de travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2002b) *Manuel de Gestion Financière. Normes et Pratiques de Gestion. Tome 1. Dernière mise à jour régulière le 15 avril 2002*. Québec : Gouvernement du Québec, MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003) *Pour une Véritable Participation à la Vie de la Communauté : Orientations Ministérielles en Déficience Physique; Objectifs 2004-2009*, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Services des personnes handicapées.
- Nobre T. et Biron N. (2001) " Application de la méthode ABC au calcul des coûts par pathologie : le cas de la chirurgie infantile ", Actes du XXIIIème Congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, 17-19 mai, Metz.
- Offredi C. (1981) " La recherche-action ou aspects d'un débat plus large sur l'intellectuel et son rapport à l'action, *Revue internationale d'action communautaire* ", *La recherche-action : enjeux et pratiques*, Québec : Payette et Simms, vol. 5, n° 45, pp. 82-88.
- Ouellet C. et Descent M. (2000) *Les Personnes Aînées Ayant une Déficience Visuelle Acquisse : Synthèse des Principales Tendances en Réadaptation Visuelle au Cours de la Décennie 1989-1999*, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, déficience visuelle (programme Aînées).
- Rabiller P., Bouillit-Chabert A. (1999) " La gestion par activités à l'hôpital, le cas de la stérilisation ", *Echange*, n° 155, pp. 26-32.

Reeves B.C., Harper R.A. et Russell W.B. (2004) " Enhanced low vision rehabilitation for people with age related macular degeneration: A randomised controlled trial ", *The British Journal of Ophthalmology*, vol. 88, n° 11, pp. 1443-9.

Roy, C. Desrochers J. Boislard R., Coulmont M., Guay C. et Yorn C. (2005) Détermination des Profils de Clientèle en Déficience Physique et Élaboration de Méthodologies pour Définir les Paniers de Services de Réadaptation et pour Déterminer les Coûts Inhérents, Rapport de recherche, Office des personnes handicapées du Québec.

Ryan K.M. (2002) " Rehabilitation services for older people with visual impairments ", *Re:view*, vol. 34, n° 1, pp. 31-48.

Shuttleworth G.N., Dunlop A., Collins J.K. et James C.R.H. (1995) " How effective is an integrated approach to low vision rehabilitation? Two years follow up results from south Devon ", *British Journal of Ophthalmology*, vol. 79, pp. 719-723.

Warren M. (1995) " Providing low vision rehabilitation services with occupational therapy and ophthalmology: A description ", *The American Journal of Occupational Therapy*, vol. 49, n° 9, pp. 877-883.

Annexe 1 : Liste des critères de classification

1 - Âge : Désigne les différentes étapes de vie (1- 0-4 ans [âge du préscolaire]; 2 – de 5 à 17 ans [âge du primaire et du secondaire]; 3 – de 18 à 64 ans [Âge des études supérieures, du travail ou autres]; et 4 – de 65 ans et plus [Âge de la retraite]).

2 - Dynamique d'apparition de la déficience : Regroupe la clientèle selon les circonstances d'apparition de la déficience (1 - Inné ou congénital [Déficience présente à la naissance] et 2 - Acquis [Déficience qui s'est présentée après la naissance]).

3 - Mode d'évolution de la déficience : Définit le rythme de progression, d'évolution de la déficience (1 - Stable [Signifie que la déficience n'est pas à un stade où elle évolue]; et 2 - Évolutif [Signifie que la déficience est à un stade où elle progresse, et où les capacités dégèrent]).

4 - Stade des interventions : Indique la raison pour laquelle le client fait appel aux services de réadaptation, s'il s'agit d'un nouveau client, d'un nouveau besoin ou d'un suivi (1- Nouveau client [Lorsqu'il s'agit d'une nouvelle demande, d'un nouveau client ou d'un client ayant de nouveaux besoins et nécessitant une évaluation des services à offrir]; et 2 - Suivi du client [Poursuite des interventions vis-à-vis d'un client dont les besoins sont identifiés]).

5 - Caractéristiques fonctionnelles : Regroupe la clientèle selon ses capacités fonctionnelles et l'impact de celles-ci sur ses habitudes de vie (1- Fonctionnellement voyant A [Le client peut lire, écrire et circuler avec peu de difficultés]; 2- Fonctionnellement voyant B [Le client a de la difficulté à lire, mais peut écrire et circuler avec peu de difficultés]; 3- Fonctionnellement voyant C [Le client peut lire et écrire avec peu de difficultés, mais a de la difficulté à circuler]; et 4- Fonctionnellement aveugle D [Le client a de la difficulté à lire, écrire et circuler]).

6 - Profil résidentiel : Indique le milieu de vie, le type de résidence dans lequel habite le client (1- Domicile [Le client habite sa résidence personnelle ou une résidence pour personnes âgées autonomes]; 2- Ressources intermédiaires et familiales [Une ressource intermédiaire est une entreprise avec ou sans but lucratif qui possède un lien contractuel avec un établissement public de la santé pour offrir un milieu de vie et des services à des personnes qui ne sont pas en mesure de vivre seules. Lorsqu'il n'est pas possible de maintenir un enfant dans sa famille, il peut être placé dans une famille d'accueil. (réf. site web du ministère de la santé et des services sociaux). Ces ressources sont appelées « résidences d'accueil » quand elles hébergent des adultes. Dans le réseau de la santé, on regroupe ces deux vocables sous l'étiquette « ressources de types familiales »]; 3- Résidence pour personnes âgées semi-autonomes; et 4- CHSLD [centre d'hébergement de soins de longue durée]).

7 - Profil occupationnel : Indique le rôle social occupé par le client. À noter que la notion de loisirs n'est pas mentionnée puisque l'on considère que les intervenants doivent en tenir compte pour tous les clients (1- Garderies et préscolaire [Le client va à la garderie ou à la pré-maternelle]; 2- Étudiant [Le client a le statut d'étudiant au niveau primaire et suivants]; 3- Travailleur [Le client occupe, ou a besoin d'interventions en vue d'occuper, un emploi ou un rôle social autre que celui d'étudiant ou de travailleur]; et 4- Autres [Le client n'est considéré par aucune des autres catégories précédentes]).

8 - Problématiques complexes et/ou multi-déficiences : Indique la présence ou l'absence de conditions autres que celles liées à la déficience visuelle du client, ce qui rend l'attribution des services plus complexe (ex. : problèmes de santé mentale, toxicomanie, alcoolisme, déficience intellectuelle, déficience motrice, etc.) Le critère permet de tenir compte du temps requis pour la

collaboration entre établissements et intervenants (Oui [Il y a présence chez le client d'une ou de problématiques complexes et/ou d'une ou de multi-déficiences. Du temps pour les arrimages est alors nécessaire ; les apprentissages peuvent exiger plus de temps/interventions]; et Non [Il n'y a pas de problématiques complexes ou de multi-déficiences chez le client. Les arrimages et les apprentissages demandent moins de temps]).

9 - Ressources du réseau familial, social et communautaire aidant : Représente le support à la réadaptation provenant de l'entourage humain immédiat du client, qu'il s'agisse de gens faisant partie du milieu familial, social ou communautaire.

10 - Ressources du milieu : Indique la disponibilité de ressources dans le milieu de vie du client qui ne font pas partie des services offerts par les centres de réadaptation, mais qui contribuent à faciliter la réadaptation du client et ainsi à diminuer les besoins en terme de services (exemple : activités de loisirs déjà adaptées, camps de jour spécialisés, etc.)

11 - Langue : Représente les différences linguistiques nécessitant le recours à des interprètes.

12 - Origine ethnique (culture) : Représente la clientèle ayant des valeurs, croyances ou habitudes de vie nécessitant du temps supplémentaire de la part des intervenants afin d'intervenir adéquatement auprès de ce dernier.

13 - Distance à parcourir : Fait référence aux disparités régionales en ce qui concerne l'étalement géographique de la clientèle sur le territoire, ce qui fait en sorte que les intervenants ont plus ou moins de distances à parcourir pour offrir certains des services.

14 - Nombre de milieux familiaux : Indique le nombre de milieux familiaux différents avec lesquels le client doit conjuguer. Les milieux familiaux multiples s'appliquent aux enfants. Pour la déficience visuelle, les groupes d'âge visés sont : 0 à 4 ans et 5 à 17 ans.

Annexe 2 : Définition des heures de prestation de services (HPS)

Extrait du cadre de référence pour la collecte des données sur les activités professionnelles des intervenants des établissements de réadaptation. (Adopté par le conseil d'administration de l'AERDPQ, le 21 février 2003).

Une HPS est toujours associée à une intervention significative auprès d'un usager identifié.

100 action en interaction avec l'utilisateur dans l'établissement

Cet indicateur regroupe les évaluations, interventions d'adaptation et de réadaptation ainsi que les interventions de soutien à l'intégration effectuées en présence de l'utilisateur lorsque l'intervenant est dans l'établissement. Ces actions visent le développement de l'autonomie et le soutien à l'intégration.

Ces actions peuvent se dérouler sur une base individuelle ou de groupe. L'enregistrement des données se fait par usager selon les normes établies. Elles peuvent inclure des appels téléphoniques, mais ne comprennent pas les réunions formelles.

200 action en interaction avec l'utilisateur hors de l'établissement

Cet indicateur se définit et s'enregistre comme le précédent, la seule différence étant le lieu où se déroulent les activités, à savoir hors de l'établissement (ex. : interventions auprès de l'utilisateur à son lieu de résidence, à la garderie, à l'école, à son lieu de travail, etc.).

300 action en l'absence de l'utilisateur dans ou hors de l'établissement

Il s'agit d'interventions visant à favoriser l'intégration sociale de l'utilisateur en agissant en collaborateur ou comme expert auprès des autres acteurs dans l'environnement de l'utilisateur.

Cet indicateur regroupe toutes les activités faites pour un utilisateur précis, mais en l'absence de celui-ci, et ce, sans égard au lieu où se déroule l'activité.

À titre d'exemple, il comprend : une rencontre avec l'employeur ou un éventuel employeur de l'utilisateur, le temps passé avec un professeur ou le directeur d'école, le temps passé avec un collègue de travail ou d'études de l'utilisateur, le temps passé pour une démarche de support à l'intégration, le temps passé par l'intervenant traitant à demander à ses collègues de travail des conseils applicables pour l'utilisateur.

400 intervention de type collectif

Cet indicateur est en lien avec un « usager organisme », un milieu d'intégration identifiable.

Il s'agit d'interventions réalisées à titre d'expert ou de consultant auprès d'acteurs de l'environnement qui permettent l'amélioration des chances d'intégration d'une population cible donnée. Ces interventions visent la collectivité, des groupes, des organisations et autres, identifiés comme des milieux d'intégration. Ces interventions rendent compte, en particulier, de l'apport de l'établissement dans le but de diminuer les obstacles (facteurs environnementaux) et les situations de handicap pour un ensemble de personnes ayant une déficience physique.

Ces interventions s'adressent au milieu scolaire, de loisir, de travail ou autre.

Les interventions auprès de ces milieux sont des activités visant à favoriser l'adaptation de leurs services aux besoins des personnes ayant une déficience physique. Cet indicateur comprend le temps consacré par un intervenant pour préparer et dispenser les activités suivantes : information; formation; et assistance.

L'indicateur comprend le temps consacré à des activités réalisées en lien avec les services rendus à un usager collectif, notamment le temps de déplacement.

500 rencontre de coordination du plan d'intervention individualisé (pi) ou plan de service individualisé (psi)

Cet indicateur permet de comptabiliser le temps consacré à des activités qui regroupent plusieurs intervenants qui doivent coordonner un ensemble d'activités pour ou avec un usager, soit : rencontres pour l'élaboration ou la révision des plans d'interventions ou des plans de services; et rencontres de « discussion de cas » effectuées en l'absence de l'usager.

L'usager n'est pas nécessairement présent et le lieu n'a pas d'importance.

600 déplacement en relation avec les services aux usagers

Cet indicateur porte sur le temps de déplacement nécessaire à la prestation des interventions. Il n'inclut pas les déplacements sans rapport avec des interventions.

Si le déplacement s'effectue pour plusieurs usagers, le temps est divisé et enregistré pour chacun d'eux.

700 tenue de dossiers

Cet indicateur comprend le temps utilisé pour la lecture ou la rédaction de documents, rapports ou autres en lien avec les interventions auprès d'un usager (ex. : rapport d'évaluation, document de préparation au PII ou PSI, correction de tests, notes évolutives, etc.)

800 conception, planification et préparation d'activités, fabrication, etc.

Cet indicateur comprend tout le temps consacré à la préparation des interventions et aux actions de conception, de planification et de préparation d'activités cliniques, incluant la préparation de matériel. Pour ce qui est des aides techniques, il comprend le temps de conception, de fabrication et d'adaptation, les appels téléphoniques pour répertorier des solutions, la recherche de soumissionnaires, d'agents payeurs, etc.

900 interventions multiples auprès d'usagers

Cet indicateur comprend le temps consacré à des activités réalisées auprès de plusieurs usagers pour une période de temps donnée lorsqu'il n'est pas pertinent ou possible de départager ce temps entre chacun des usagers. Contrairement aux autres indicateurs d'HPS (100 à 800), le temps qui lui est associé n'est toutefois pas inscrit au nom d'un usager identifié.

L'usage de cet indicateur est réservé aux intervenants autorisés spécifiquement par l'établissement à l'utiliser (ex. : coordonnateurs cliniques, intervenants d'un programme à fort roulement, etc.).