



Valorisation des activités cliniques SAD

Itération 3 – Trajectoire ergothérapie

R25 – Création de trajectoires de services d'intervention rapide

État de la situation

Présenté à :

Isabelle Simard

Josée Arpin

Par : Myriam Tinsa

Le 10 février 2025



Agenda

- 1) Enjeu de manque d'efficacité dans la réponse au besoin
- 2) Définition du mandat
- 3) Facteurs de succès
- 4) Documentation état actuel
- 5) Gestion comparative des aides techniques
- 6) Motifs de référence
- 7) Bons coups
- 8) Définition d'une intervention rapide
- 9) Liste des interventions rapides et potentiel des interventions rapides
- 10) Enjeux et contraintes
- 11) PEC hors ergothérapie
- 12) Prochaines étapes
- 13) Rencontre de rétroaction avec le partenaire
- 14) Recommandations

1. Enjeu de manque d'efficacité dans la réponse au besoin

PROBLÈME 1

Peu de sorties d'usagers, peu de nouvelles prises en charge.

Pour la période 12, 2023-2024

Nombre d'usagers ayant reçu une seule intervention en ergothérapie en P-11 (traité-terminé): **2 842**

Nombre d'usagers nouvellement assignés en P-12 : **2 511**

Cumul des usagers en attente: **14 371**

Cumul des usagers ayant eu accès à un service: **18 532**

Délai moyen Priorité 1 en P12: **147 jours** vs objectif 2 jours

CONSTATS

Plusieurs démarches cliniques et administratives à faire pour mettre en place les services nécessaires (31% des ergos jouent un rôle pivot)

Lorsque l'ergo occupe un rôle pivot, il ne peut fermer le dossier et aller au suivant / va à l'encontre de l'idée du « traité-terminé »


Usager retombe en arrière de la liste d'attente trois mois après la fermeture du dossier. Ainsi, par mesure de précaution, les ergos conservent l'usager au dossier

Présence de flux tiré (prise de nouveaux cas) et flux poussé (urgence) dans les équipes

RECOMMANDATIONS

 **R25 – Création de trajectoires de services d'intervention rapide pour réduire les risques, favoriser l'autonomie et le maintien à domicile de l'usager**

- Créer une équipe de services d'intervention rapide (traité-terminé)
- Projet pilote personne dédiée à l'équipe ergo (proposition: duo avec l'ergo dédié uniquement à l'installation/adaptation rapide du milieu se concentrant au traitement rapide des besoins, par secteur)
- Inventaire de base disponible pour les besoins immédiats
- Développer des activités de groupe en prévision de besoins d'adaptation. Ex: Clinique de fauteuil roulant, en amont de chirurgie (PTG et PTH)

 : Recommandation permettant d'augmenter la prise en charge rapidement

2. Définition du mandat

Contexte

Les besoins en soutien à domicile, ainsi que les listes d'attente ne cessent d'augmenter en raison d'une pénurie d'effectifs sans précédent. Ce manque de ressources nous contraint à envisager des alternatives au recrutement. De fait, en date du 31 mars 2024, 13 739 usagers étaient en attente d'un service en ergothérapie à domicile avec un délai moyen d'attente de 211 jours.

De plus, les services ne sont pas organisés pour répondre rapidement à des besoins simples. Par ailleurs, 31% des ergothérapeutes ont un rôle pivot, impactant ainsi leur capacité liée à la charge de cas, et ce, même lorsque l'épisode de soins est fermé, allant à l'encontre de l'idée du « traité-terminé ». Dans ce contexte, la mise en place d'une équipe d'intervention rapide constitue une des opportunités à privilégier, puisqu'elle présente un haut potentiel de gain en capacité. Cette valorisation permettrait d'améliorer la productivité, de réduire les listes d'attente et d'agir en mode préventif auprès de la clientèle.

Objectifs

- 1) Créer une équipe d'intervention rapide (IR) en ergothérapie pour augmenter le nombre de traités – terminés et réduire le nombre d'usagers en attente
- 2) Sécuriser le milieu de vie et réduire les risques
- 3) Favoriser l'autonomie et le maintien à domicile de l'utilisateur

Portée

- Clientèle SAPA à domicile
- Tous les niveaux de priorité, principalement P3 et P4
- Adaptation simple et rapide du milieu avec les aides techniques

Parties prenantes

- MSSS
- Réseau
- Agents payeurs

Bénéfices potentiels

- 1) Gain de capacité et augmentation du nombre de visites à domicile
- 2) Réduction des délais d'attente
- 3) Augmentation des heures directes auprès de l'utilisateur
- 4) Amélioration de l'expérience (PREMs) et de la satisfaction (PROMs)

Enjeu

- Pénurie de main d'œuvre
- Disponibilité des équipements + Délais de livraison
- Période estivale

Prérequis

- Ergothérapeute n'est pas l'intervenant pivot
- Personne – ressource pour installer l'équipement
- Inventaire de base + Véhicule + Stationnement

3. Facteurs de succès



4. Documentation état actuel



Collecte de données CEMTL



1. Parties prenantes
2. Nombre ETC par CLSC/RLS
3. Fournisseurs
4. Mode fonctionnement au guichet
5. Prise en charge des demandes
6. Listes d'attente P3 et P4 (août 2024)
7. Prêts d'équipements
8. Mode de gestion des aides techniques
9. Logiciels et outils
10. Entrevues
11. Ateliers
12. Visite terrain
13. Questionnaires

Constats

1. Les intervenants ne sont pas en mesure de définir une intervention rapide ni de fournir des données relatives à ces interventions dites rapides : cela va nécessiter des ateliers
2. 65% des usagers en attente sont en DP : 181 usagers SAPA (117 en P3 et 64 en P4) en attente et 341 usagers DP (117 en P3 et 224 en P4) en attente
3. L'admissibilité au prêt d'équipement est universelle pour la clientèle DP mais ne l'est pour la clientèle SAPA qu'en cas d'urgence ou de précarité financière (24% des usagers SAPA bénéficient du prêt d'équipements).
4. Pour la grande région de Montréal, il y a une entente d'achat et donc une obligation contractuelle de s'approvisionner auprès des fournisseurs : si l'équipement est en inventaire, l'installation se fera par la Maison André Viger (MAV) sinon par le fournisseur. De plus, la MAV charge des frais additionnels pour toute intervention conjointe avec l'ergothérapeute. Ainsi, la solution du camion sera difficilement applicable et risquera de créer un processus parallèle qui fait fi de tous les processus actuels relatifs aux fournisseurs et au service d'aides techniques.
5. Par ailleurs, il ne faudra pas négliger les coûts rattachés au camion (par exemple les coûts d'immobilisation) et à l'embauche de l'homme à tout faire ainsi que les considérations CNEST et syndicales
6. Enfin, d'autres CISSS font également de l'impartition et sont liés contractuellement, sans compter que certains CISSS ont 1 ou 2 ergothérapeutes à domicile et pourront difficilement appliquer la solution du camion

Pour pallier ces contraintes, la formule du blitz est préférable car elle offrira plus de flexibilité aux établissements en fonction des ressources disponibles et des particularités régionales. Ceux qui voudront se doter d'un camion et/ou embaucher un homme à tout faire pourront le faire.

5. Gestion comparative des aides techniques

Questions	Mode de fonctionnement en matière de prêt d'équipement				
	CEMTL	CISSMO	CCSMTL	CIUSSCN	CIUSSSE - CHUS
Politique d'admissibilité	Admissibilité universelle pour DP DI-TSA, Seuil financier pour SAPA	Admissibilité universelle	Admissibilité universelle (prêt et achat) pour DP DI-TSA SAPA, prêt si en inventaire	Admissibilité par clientèle et par durée Critères plus restrictifs pour SAPA	Prêt CT, Admissibilité universelle, basé sur le besoin clinique; prêt LT pour profil de clientèle avec SMAF > 6
Parcs d'équipements	Entrepôt régional à MAV	Plusieurs parcs Projet d'un parc centralisé	Entrepôt régional à MAV	Parc centralisé; pour les essais, flotte de petits équipements gérés localement (par CLSC)	Parc par RLS, prêt inter parcs au besoin
Responsable des aides techniques	Service des aides techniques	Logistique	Équipe d'agents administratifs dans les équipes SAD	Logistique ou localement (personnel CLSC)	Direction de l'approvisionnement et de la logistique (DAL) en partenariat avec un membre de l'équipe clinique du SAD
Mode de fonctionnement	MAV pour Entreposage, Entretien, Réparation, Livraison, Cueillette, Installation	Logistique	MAV pour Entreposage, Entretien, Réparation, Livraison, Cueillette, Installation	Logistique sauf Livraison/Cueillette sous - traitée	Entreposage, Entretien et Réparation par DAL; Transport par DAL ou sous traitant selon le RLS
Entente d'achat	Entente d'achat regroupée régionale	Oui	Entente d'achat regroupée régionale	Oui	Oui
Logiciel	MPE I CLSC	MPE I CLSC Projet d'implantation FasterWeb	MPE I CLSC	FasterWeb	MPE I CLSC
Guichets	GAPPA, Guichet DP, Guichet DI-TSA	Guichet SAD GASSA Guichet DI-TSA	Guichet SAD	Accès intégré harmonisé ou Référence interne	Les comités d'allocation de services et d'aide à domicile (CASAD) SAPA et DPDITSA
Prêts d'équipements actifs par profil					
Usagers en attente par profil	35%, SAPA, 65% DP	97% SAPA, 3% DP	73.81% SAPA, 8.36% DP, 2.18% Soins palliatifs, 15.64% Autres	En attente d'équipements, 82.8% DP, 9.4% SAPA, 4.7% SAPA, 3.1% Soins palliatifs	RLS Memphrémagog, 20% DP et 80% SAPA; RLS Coaticook, 20% DP et 80% SAPA; RLS Haut-Saint-François, 53% SAPA, 28% DP et 19% autres; RLS de Sherbrooke, 71% SAPA et 29% DP; RLS du Granit, 60% SAPA et 40% DP; RLS Val-Des-Sources, 79% SAPA et 21% DP; RLS Val-Saint-François, 82% SAPA et 18% DP; RLS La Pommeraiie, 72% SAPA, 27.5% DP et 0.5% DITSA; RLS de la Haute-Yamaska, 53% SAPA, 45% DP et 2% DITSA
Nombre d'ergos SAD par RLS par profil	Tous les ergos DP sont pivots mais ils ne sont pas pivots dans tous les dossiers de leur charge de cas Ergo DP sur 2 territoires : PDI et LTEASSLSM Ergo SAPA par CLSC	Pivot dans tous les dossiers unidisciplinaires et SLA			
Usagers en attente par priorité par motif					

6. Motifs de référence



6.1 Motifs P3 et P4 non harmonisés



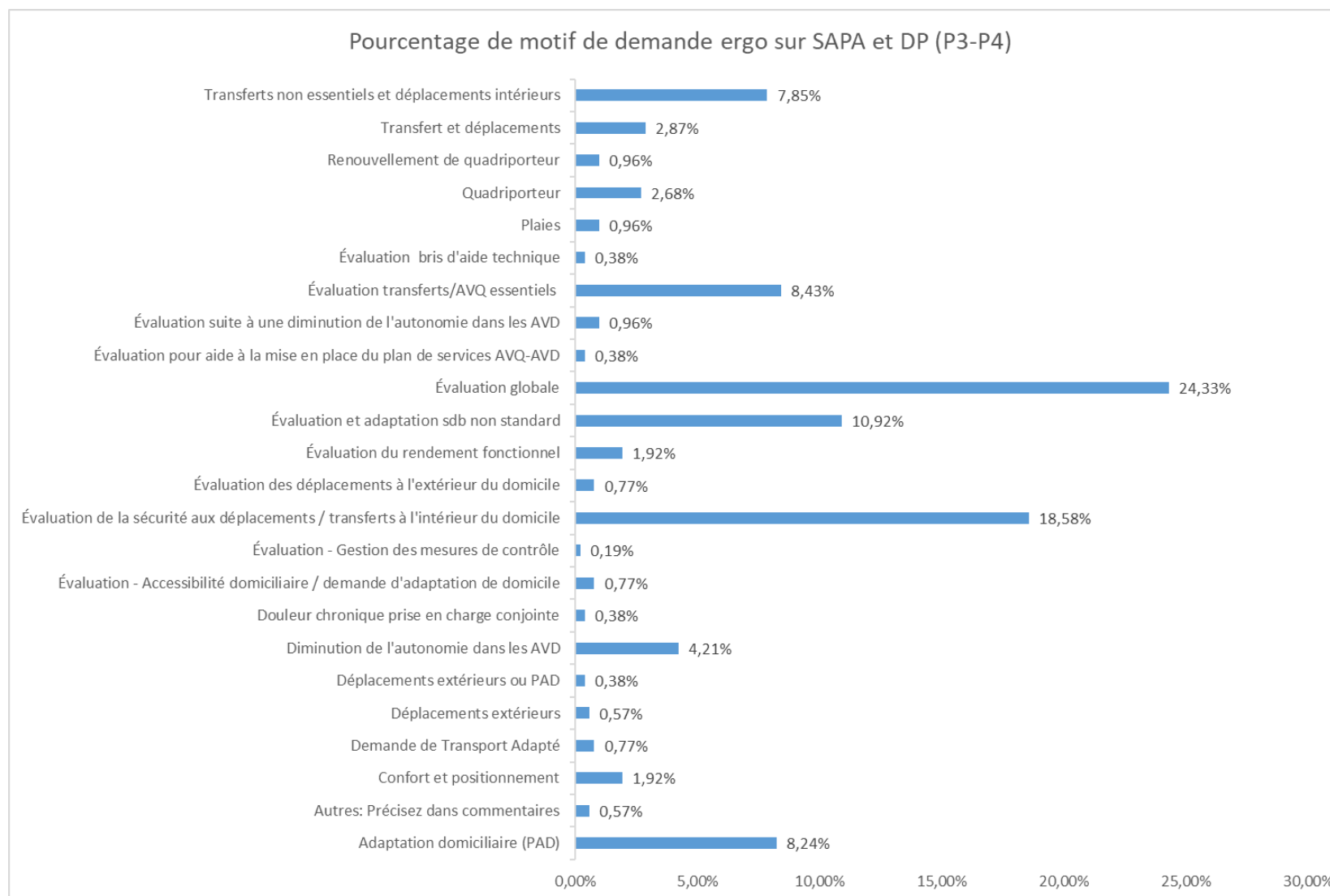
Motifs SAPA

Évaluation globale
Évaluation - Déplacements et transferts
Évaluation de la sécurité aux déplacements / transferts à l'intérieur du domicile
Évaluation et adaptation sdb non standard
Évaluation globale / évaluation des besoins
Évaluation pour aide à la mise en place du plan de services AVQ-AVD
Évaluation suite à une diminution de l'autonomie dans les AVD
Déplacements extérieurs ou PAD
Évaluation - Accessibilité domiciliaire / demande d'adaptation de domicile
Évaluation des déplacements à l'extérieur du domicile
Évaluation - Gestion des mesures de contrôle
Évaluation reliées aux plaies
Évaluation du rendement fonctionnel
Évaluation SDB
Demande de transport adapté
Transferts et déplacements
Prévention de plaies
Soins palliatifs
Demande de PAD
Prise en charge pour assurer le continuum de service
SAD Express

Motifs DP

Évaluation globale
Adaptation domiciliaire PAD
Confort et positionnement
Déménagement
Diminution de l'autonomie dans les AVD
Mesures de contrôle et alternatives
Plaies
Quadriporteur
Renouvellement de quadriporteur
Sécuriser salle de bains/Techniques de soins
Évaluation bris d'aide technique
Évaluation transferts/AVQ essentiels
Douleur chronique prise en charge conjointe
Tranferts non essentiels et déplacements intérieurs
SLA
Déplacements extérieurs

6.2 Répartition des motifs non harmonisés

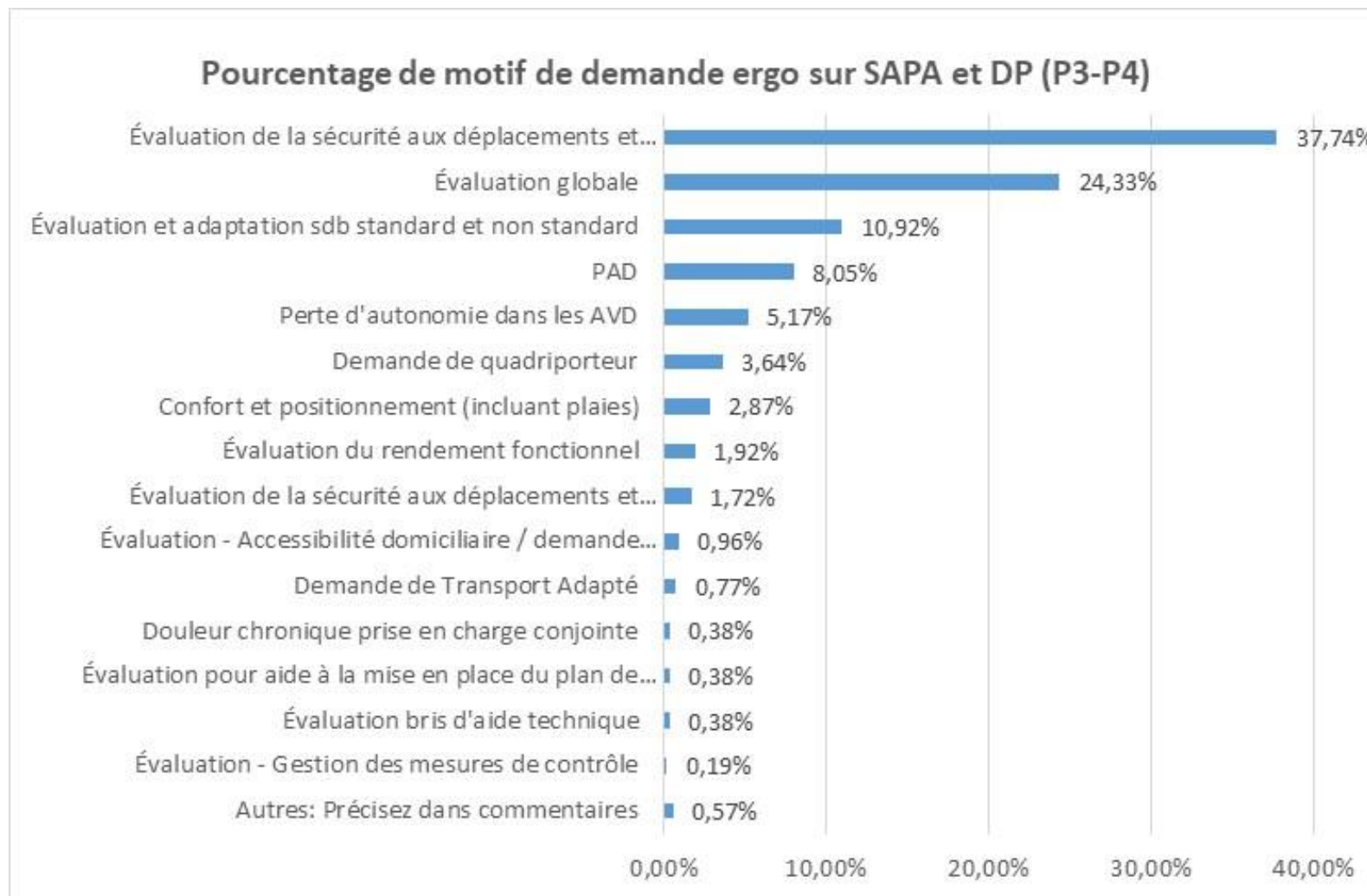


6.3 Proposition d'harmonisation

Numéro	Proposition d'harmonisation - Motifs de référence SAPA et DP
1	Évaluation de la sécurité aux déplacements et transferts à l'intérieur du domicile
2	Évaluation de la sécurité aux déplacements et transferts à l'extérieur du domicile
3	Évaluation - Accessibilité domiciliaire /demande d'adaptation de domicile
4	PAD
5	Confort et positionnement (incluant plaies)
6	Demande de transport adapté
7	Demande de Quadriporteur
8	Évaluation et adaptation sdb standard et non standard
9	Perte d'autonomie dans les AVD
10	Évaluation bris d'aide technique
11	Douleur chronique prise en charge conjointe
12	Évaluation globale
13	Évaluation du rendement fonctionnel
14	Évaluation pour aide à la mise en place du plan de services AVQ-AVD
15	Évaluation - Gestion des mesures de contrôle

- Les motifs 12, 13, 14 et 15 ne seront plus des motifs à utiliser, parce qu'ils sont jugés trop vagues, mais sont maintenus pour l'instant car 26.82% des usagers sont en attente avec ce motif, appliquer le principe de la majeure, guichet pourra préciser pour les exceptions
- Gestion des comportements à risque, les quadriporteurs ne sont plus gérés en cliniques depuis l'été 2024

6.4 Répartition des motifs harmonisés (Août 2024)



7. Bons coups



Initiatives pour traiter rapidement les demandes de service

1. Entreposage des équipements P1 au CLSC
2. Évaluation réalisée par un professionnel externe au SAD : demande de prêt d'équipement à partir du guichet DP ou par SAC SAPA pour éviter l'ouverture de demande
3. Cliniques de transport adapté ou de quadriporteur : permettent de voir plusieurs usagers en même temps et sont animées par des ergothérapeutes, des physiothérapeutes ou des technologues en physiothérapie
4. Transfert de certaines demandes tel que les demandes d'adaptation de la salle de bain à la physiothérapie ou aux auxiliaires désignés (ASSSD) en tâche partagée avec les ergothérapeutes
5. Recrutement d'assistants en réadaptation (étudiants en ergothérapie ou en physiothérapie), afin de décharger les professionnels en déléguant certaines activités non réservées du plan d'intervention, notamment la recherche de soumissions, le suivi d'aides techniques, etc.
6. Projet pilote sur les mesures d'appoints (activités ponctuelles visant à minimiser le préjudice ou la détérioration durant l'attente de services) avec la mise en place de 4 séances conseil adressées aux usagers présentant une demande de services non-prioritaire : Prévenir les chutes et adapter son domicile; Groupe PAD; Bouger et rester actif; Trouver la bonne ressource. Pour le moment, 6 séances de 2h30.
7. Mise en place de stratégies pour mieux identifier les besoins simples versus les demandes qui peuvent englober plusieurs besoins et qui font en sorte que la PEC peut durer plus longtemps
8. Pour SAPA, les ergothérapeutes ont de plus en plus un mandat de traité – terminé car ils agissent plus à titre de consultant dans les dossiers SAD et ne sont pas pivots. Pour DP, certains ergothérapeutes sont encore pivots.
9. Exploiter davantage la proposition de solutions alternatives à partir du guichet (211, communautaire...)

8. Définition intervention rapide

Proposition de définition

Une intervention rapide est une activité de complexité **faible à modérée**, de priorité **P3 ou P4**, réalisée par un **intervenant en réadaptation** (ergothérapeute, physiothérapeute, TRP, SAC, Assistant en réadaptation) ou un **ASSSD**, prise en charge au **guichet**, par les **équipes SAD**, lors de **cliniques** ou de **séances conseil**, complétée le **jour même** ou sur une période de **14 jours**, et nécessitant au maximum **1 à 3 VAD**.

9. Liste des interventions rapides IR

- 5 interventions rapides sur 6, pris en charge par les équipes terrain
- Tout peut être une IR, cela va dépendre des critères d'exclusions
- Il faudra distinguer les IR de PEC rapide, les P1 et P2 ont une PEC mais ne sont pas forcément des IR

Numéro	Interventions rapides	Usagers Août 2024	Priorité	Nombre VAD	Nature VAD	Niveau complexité	Durée PEC	Intervenant
1	Évaluation et adaptation sdb non standard avec critères d'exclusion (problèmes cognitifs, obésité, AVC etc.)	2	P3, P4	3 à 4	Évaluation, Commande, Suivi de la réception	Faible à Modéré	Fonction délais de livraison	Ergothérapeute et Intervenant en réadaptation
2	Confort et positionnement (incluant plaies)	15	P3, P4	2 à 3	Évaluation, Commande ou Inscription clinique CRCL, Installation, Suivi	Modéré	Fonction délais de livraison	Ergothérapeute
3	Demande de transport adapté	4	P3, P4	1 à 2	Évaluation, Suivi Évaluation	Faible	Fonction vitesse de traitement	Ergothérapeute Physiothérapeute TRP, Clinique TA
4	Évaluation bris d'aide technique	2	P3, P4	1 à 2	Évaluation, Commande, Installation, Suivi Intervention au guichet?	Faible	Fonction délais de livraison	Ergothérapeute Physiothérapeute
5	Évaluation de la sécurité aux déplacements et transferts à l'extérieur du domicile	9						Ergothérapeute Physio, TRP
6	Évaluation de la sécurité aux déplacements et transferts à l'intérieur du domicile avec critères d'exclusion (fauteuil roulant, leviers, élargissement des portes etc.)	197 mais 6 ergo, 45 physio						Ergothérapeute Physio, TRP

9.1 Potentiel des interventions rapides



1. **522 usagers** de priorité P3 et P4 en attente au mois d'août 2024, dont **34.67%** SAPA (181 usagers)
2. **26.82%** des usagers en attente avec un motif de référence à préciser comme évaluation globale (140 usagers DP et SAPA)
3. **17.82%** des usagers en attente (93 usagers DP et SAPA) pourraient être traités rapidement (**21.5%** SAPA, 20 usagers)
4. Parmi les usagers pouvant bénéficier d'une intervention rapide, **30.11%** seront pris en charge par les équipes SAD (28 usagers SAPA et DP) dont **39.29%** SAPA (**11 usagers**)

10. Enjeux et contraintes



1. Très peu d'usagers impactés : 28 usagers dont 11 SAPA, potentiellement un peu plus avec les déplacements et transferts à l'intérieur du domicile
2. Manque de continuité
3. Pas les mêmes motifs de référence utilisés d'un CIUSSS à l'autre, donc pour chaque CIUSSS, il faudra identifier les interventions rapides
4. Pas le même mode de fonctionnement d'un CIUSSS à un autre
5. Pas la même proportion SAPA vs DP
6. Capacité variable d'un CIUSSS à l'autre

11. PEC hors ergothérapie



Prise en charge hors Ergothérapie	
Transfert et déplacements non essentiels	Physio ou TRP
PAD	Privé
Diminution de l'autonomie dans les AVD	TRP si physique
Déplacements extérieurs	Physiothérapie
Demande de transport adapté	Physiothérapie
Quadriporteur	Physiothérapie
Douleur chronique, prise en charge conjointe	Physiothérapie
PAD ((groupe d'information sur ressources au privé et option sans accompagnement)	
Évaluation transfert et déplacement simple	TRP, ASSSD
Évaluation et adaptation sdb standard	TRP, ASSSD
Évaluation pour mise en place du plan de service AVQ/AVD	ASSSD

12. Prochaines étapes



Activités pour compléter la preuve de concept

1. Critères d'exclusion et questions
2. Algorithme de prise en charge
3. Processus de fermeture, de réassignation et de re priorisation des dossiers
4. Offre de service
5. Organisation du travail
6. Cible par période, par intervenant
7. Tenue de dossier
8. Liste des aides techniques par interventions rapides
9. Estimation des besoins par période
10. Approvisionnement et entreposage
11. Impact sur le processus de prêt d'équipement et arrimage avec MAV
12. Tests
13. Analyse des résultats
14. Optimisation
15. Estimation des bénéfices

13. Rencontre de rétroaction avec le partenaire



1. Mandat bénéfique qui a permis de sensibiliser les gestionnaires quant aux différentes pratiques
2. Réflexion sur les différentes pratiques internes
3. Ménagement dans la terminologie utilisée
4. Harmonisation des motifs de référence
5. Standardisation des méthodes de travail au guichet
6. Création d'une équipe de 3 personnes pour prendre en charge les usagers en attente depuis 1000 jours et plus (60 usagers par intervenant)

14. Recommandations

1. Transférer le mandat à Santé Québec car :
 - Mandat opérationnel
 - Nombre d'usagers SAPA impactés **+/- 11 usagers**
 - Rendement vs efforts
2. Poursuivre les travaux avec l'établissement partenaire, avec possibilité d'inclure un second établissement avec plus d'usagers SAPA sur la liste d'attente (Montréal Ouest ou Centre Sud par exemple)

