



## Valorisation des activités cliniques SAD

### Présentation des chantiers

Présenté à Santé Québec

Par :  
MSSS

Le 27 janvier 2025

# AGENDA

- Objectifs de la démarche VSAD
- Diagnostic itération 1- Trajectoire psychosociale
  - 1. Contexte et projet
  - 2. Faits saillants
  - 3. Constats
  - 4. Recommandations
  - 5. Échéanciers et prochaines étapes
  - Annexes
- Diagnostic itération 2 – Trajectoire Soins infirmiers
  - 1. Contexte et projet
  - 2. Faits saillants
  - 3. Constats
  - 4. Recommandations
  - 5. Échéanciers et prochaines étapes
  - Annexe
- Diagnostic Itération 3 – Trajectoire d'ergothérapie
  - 1. Contexte
  - 2. Problématiques identifiées
  - 3. Constats et recommandations
  - 4. Échéanciers et prochaines étapes
  - Annexes
- Départage des recommandations MSSS - Santé Québec

# Objectifs de la démarche VSAD+

- Valoriser les rôles et responsabilités des intervenants du RSSS
- Réinvestir la capacité des intervenants dans des activités cliniques et à valeur ajoutée
- Intégrer les meilleures pratiques à travers le RSSS afin d'améliorer les services, pour une meilleure prise en charge des usagers et une réduction des listes d'attente
- En finalité : Des intervenants mobilisés qui offriront des services de qualité et en temps opportun aux usagers du SAD



# Diagnostic

## Itération 1- Trajectoire psychosociale

DOCUMENT DE TRAVAIL

# 1. Contexte et projet

DOCUMENT DE TRAVAIL

# 1.1 Récapitulatif de projet – Vert

## Objectifs

Le projet vise à optimiser à la fois les activités cliniques et non cliniques grâce à la collaboration entre la DGPSP et la DGAPA. Il vise à harmoniser de manière efficace les intervenants du réseau, leurs rôles et leurs responsabilités, réinvestir la capacité des intervenants dans les activités cliniques et à valeur ajoutée, intégrer les meilleures pratiques à travers le RSSS afin d'améliorer les services, en favorisant l'augmentation des visites à domicile, la réduction des listes d'attente et la stabilisation de l'équipe.

## Échéanciers

	Aujourd'hui												
	2023-2024										2024-2025		
Type d'intervenant	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin
Itération 1 S. psycho.	Planification	✓	Diagnostic	✓	Déploiement Pilote			Déploiement RSSS					
Itération 2 S. infirmiers				Planif.	Diagnostic	Déploiement Pilote			Déploiement RSSS				
Itération 3 À déterminer						Planif.	Diagnostic	Déploiement Pilote			Déploiement RSSS		
Itération 4 À déterminer								Planif.	Diagnostic	Déploiement Pilote			Dépl. RSSS

## Itération 1

- Valorisation des processus cliniques de la trajectoire psychosociale
  - Diagnostic opérationnel – Terminé
  - Proposition des recommandations – Terminé

## Enjeux et risques

- Aucune contingence sur les échéanciers en cas de délais ou d'imprévus

## 1.2 Contexte du SAD

- Le vieillissement de la population fait exploser la demande pour le SAD
  - Une proportion significative de cette population est atteinte de troubles neurocognitifs ou de problèmes de santé mentale :
    - 25% atteinte de démence (ICIS 2023, CEVQ 2020) ;
    - 12,5% atteinte de troubles neurocognitifs majeurs (CEVQ 2020, ICIS 2023)
  - Une proportion importante des aînés sont seuls, sans proches aidants :
    - 28% vivent seuls (ISQ 2021)
    - 15% sans proches aidants (Carney 2016, Graham 2018)
- Le SAD évolue dans un contexte de ressources limitées pour les prochaines décennies :
  - Ressources humaines dans le réseau et dans la société civile, incluant le communautaire
  - Ressources d'hébergement

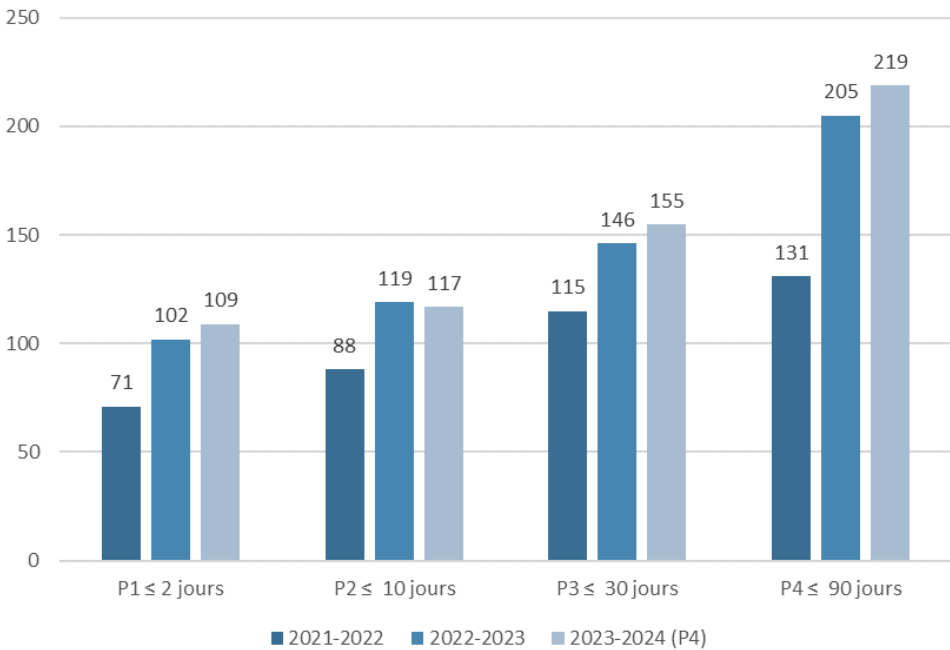
# 1.3 Portrait de l'attente SAD (Clientèle SAPA)

- 15 492 Usagers sont en attente d'un service psychosocial, au-delà du délai prescrit, avec un délai moyen de 108 jours pour une P1
- Le délai moyen d'attente d'un 1<sup>er</sup> service psychosocial est en continuelle augmentation

Attente d'un service psychosocial à domicile 2023-2024 (P4)

Niveau de priorité	Usagers en attente	Assignment > délai prescrit	Délai moyen en jour	Délai médian En jour
P1 ≤ 2 jours	899	822	108	46
P2 ≤ 10 jours	4 050	3 432	117	67
P3 ≤ 30 jours	8 703	6 988	155	107
P4 ≤ 90 jours	6 329	4 250	219	165
Total	19 944	15 492	165	109

Évolution du délai moyen d'attente d'un 1er service psychosocial à domicile



Source : Power BI – Centre d'activité 6561 – Services psychosociaux à domicile



# 1.4 Résumé de la méthode de collecte de données



## Établissements partenaires

### 6 établissements

- CIUSSS Capitale-Nationale
- CIUSSS Centre-Sud de Montréal
- CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS Estrie
- CISSS Montérégie-Ouest
- CISSS Outaouais



## CLSC visités

### 13 CLSC

- La Source Nord, La Source Sud, Montcalm
- Faubourgs, Verdun
- Rosemont, Mercier-Est-Anjou, St-Léonard
- King Est
- Beauharnois, Valleyfield
- Buckingham, Gatineau



## Journées d'observations

### 49 jours

- 9 observateurs sur le terrain
- Du 3 juillet au 4 août 2023
- Plus de 1600 activités cliniques et administratives observées



## Travailleurs sociaux

### 32 intervenants

- Observation des tâches quotidiennes reflétant une semaine normale de travail
- Chaque intervenant a été jumelé à un observateur



## Entrevues post-observations

### 6 entrevues

- 2h d'entrevue de groupe par établissement
- 91 participants au total
- Écoute des intervenants sur leurs irritants, gaspillages, opportunités et bons coups



## Sondage aux gestionnaires

### 9 répondants

- Portrait des charges de cas, routes de travail, partenariats et outils informatisés

## 2. Faits saillants

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 2.1 Faits saillants : Organisation du SAD

- L'objectif du SAD, tel que compris par le terrain, est de maintenir les individus le plus longtemps à domicile
  - La décision d'un patient de rester à la maison sera privilégiée, l'établissement déploiera, tant que possible, les services nécessaires indépendamment des circonstances
- À la suite d'une évaluation de l'usager, le SAD veille à la mise en place des services de soutien à domicile\* et d'aide à domicile\*\*, une fois que le patient démontre un minimum de limites :
  - Un ISO SMAF de 4+ = Admissibilité au soutien et à l'aide à domicile
  - Un ISO SMAF de 10+ = Admissibilité à l'hébergement longue durée
- Une fois un premier service rendu, le SAD place le patient au centre de sa démarche. Le patient bénéficie d'un intervenant pivot qui s'occupe de coordonner les démarches de mise en place de services autour de l'usager et du proche aidant
  - L'intervenant pivot restera assigné au dossier, à moins d'un départ
- Les services sont livrés par des ressources du RSSS, agences, entreprises communautaires et via des chèques emploi services
  - Une multitude de règles s'appliquent pour l'attribution des heures de services. Il n'y a pas de balises claires de plafond de services

\*soins infirmiers, services psychosociaux, réadaptation...

\*\*AVD, AVQ

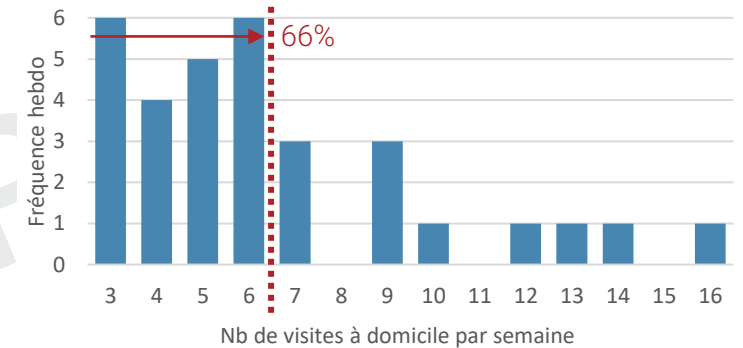
## 2.2 Faits saillants : Trajectoire psychosociale

- La trajectoire comprend :
  - La première évaluation des besoins et l'établissement d'un profil Iso-SMAF
  - Les démarches pour assurer la mise en place de services, ainsi que les liens avec le communautaire
  - L'assignation d'un pivot pour assurer les suivis et mettre à jour l'évaluation
  - Toutes autres tâches connexes : accompagnement pour suivis médicaux, finances, courses, etc.
- Les services de la trajectoire sont assurés par des travailleurs sociaux
  - Les actes soumis aux obligations de l'ordre des TS représentent une faible proportion des activités de la trajectoire psychosociale (ex : le mandat d'inaptitude)
  - Cependant, les activités de la trajectoire psychosociale, actes majoritairement non réservés aux TS, se soumettent aux exigences de l'ordre, teintées par la «philosophie TS de gestion du risque»
- Les TS utilisent un nombre important d'outils administratifs :
  - OCCI, PSI, notes d'interventions, évaluation du fonctionnement social (Ordre), statistiques, Cardex, demandes d'hébergements, avis de compromission, curatelle, régime de protection, mandat d'inaptitude, plan de travail auxiliaire, plan de surveillance intensive, fermeture de dossier, etc.

## 2.2 Travailleur social : Exemple planification d'horaire

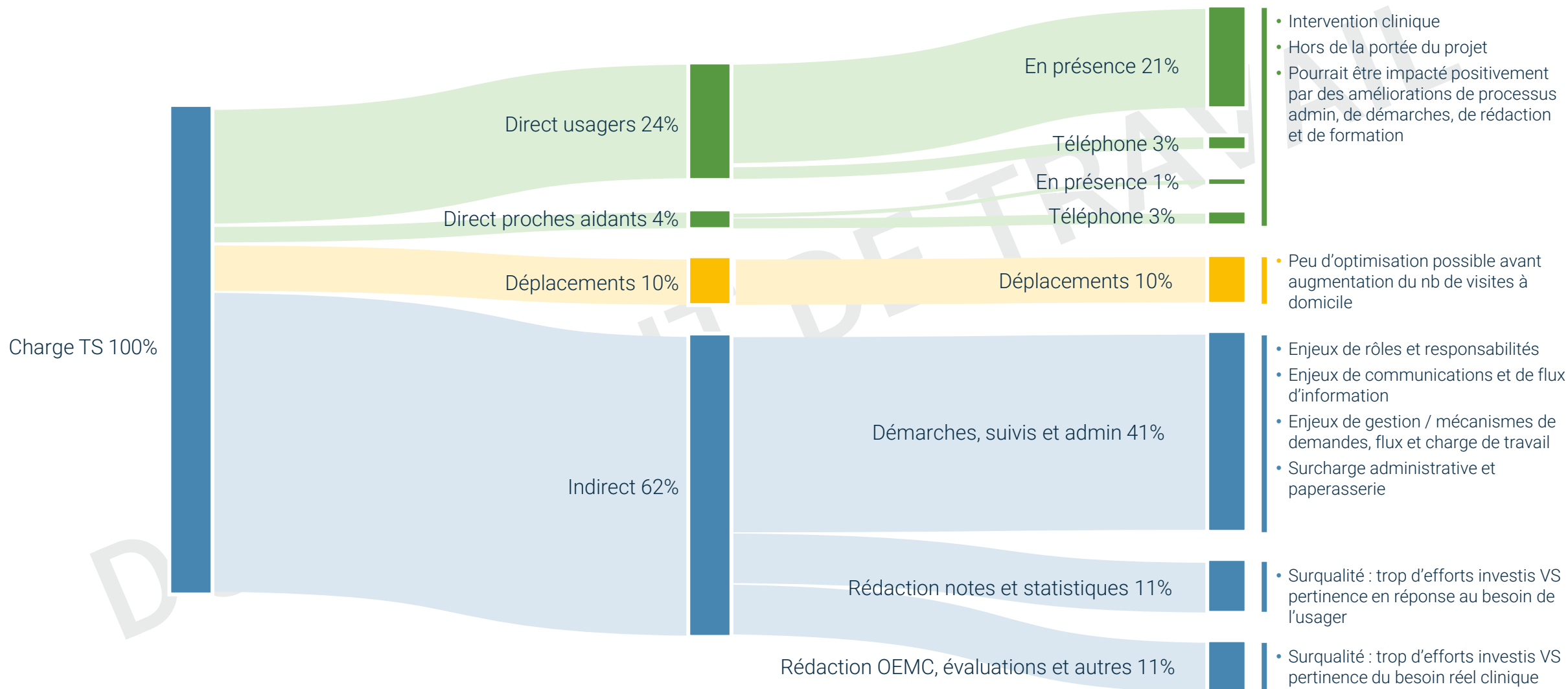
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8:00	Notes et stats	Visite à domicile	OCCI	Démarches et suivis	Démarches et suivis
9:00				Rencontre clinique	Démarches et suivis
10:00		Démarches et suivis		Notes et stats	
11:00					
12:00	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner
13:00	Notes et stats	Visite à domicile	Démarches et suivis	Démarches et suivis	Notes et stats
14:00		Visite à domicile	Rencontre d'équipe	Visite à domicile	
15:00		Démarches et suivis	Démarches et suivis	Démarches et suivis	
16:00					
17:00					

- L'intervenant planifie environ 6 visites à domicile par semaine



- 66% des horaires recensés présentent 6 visites et moins par semaine
- L'intervenant peut avoir quelques rencontres d'équipes, administratives et cliniques dispersées dans sa semaine
- L'intervenant se réserve également du temps de bureau pour :
  - Faire ses démarches et suivis
  - Compléter sa rédaction (notes, stats et OCCI)
    - Entrecoupée de démarches et suivis
- L'intervenant limite le nombre de visites à domicile afin de planifier suffisamment de temps pour compléter son travail de bureau

## 2.2 Travailleur social : Dispersion de la charge de travail



### 3. Constats

DOCUMENT DE TRAVAIL

# 3.1 Constats : Niveau stratégique (1/3)

## R10 - Revue stratégique du SAD

## R11 - Revue des critères de suivis et vigilance

- L'objectif avoué de garder les individus à la maison le plus longtemps possible est irréaliste dans le contexte du vieillissement de la population et des contraintes matérielles, humaines et financières
  - Implique une inévitable concentration de services sur une minorité d'individus, particulièrement dans un contexte de manque de places d'hébergement de longue durée
    - Les NSA hospitaliers ont priorité pour l'hébergement longue durée, ce qui accentue la pression sur le SAD pour conserver les gens à domicile
  - Cause un certain acharnement pour conserver des individus à domicile, même si ceux-ci ne devraient plus y être
  - Est inéquitable
    - Éthiquement difficile de justifier qu'un nombre aléatoire d'individus reçoivent un service A+, alors que d'autres font face à de longs délais d'attente
  - Est inefficace parce que les populations priorisées ne sont pas connues. On ne met pas les services à la bonne place
    - Le milieu agit encore comme s'il pouvait s'occuper de tous
  - Crée des attentes irréalistes auprès de la population et un certain désengagement des proches aidants
- Le manque de capacité du SAD implique de longs délais d'attente
  - Le SAD se déploie généralement lorsque le patient s'est déjà détérioré



## 3.1 Constats : Niveau stratégique (2/3)

- Le soutien à domicile prend en charge tous les patients qui sont ISO-SMAF 4+, sans exception

### R10 - Revue stratégique du SAD

### R11 - Revue des critères de suivis et vigilance

- Sans se poser la question sur quels profils d'utilisateurs le SAD devrait desservir
  - Le souhait de l'utilisateur à recevoir un soin à domicile
  - Sa capacité à recevoir un soin à domicile
  - La perception de la valeur ajoutée de cette prise en charge en lien avec l'objectif de rester à la maison
- Plusieurs services sont « gaspillés » auprès d'utilisateurs ayant des profils psychologiques instables ou désintéressés
- La philosophie de gestion du risque des TS mène à des inefficacités importantes

### R10 - Revue stratégique du SAD

### R11 - Revue des critères de suivis et vigilance

- Desservent les utilisateurs même lorsque ceux-ci ne le souhaitent pas
- Font le tour de tous les besoins des utilisateurs et proches aidants suite à un premier service, alors qu'ils ne sont pas nécessaires, demandés ou prioritaires
- Certains besoins non prioritaires d'un utilisateur pris-en-charge sont alors comblés VS des besoins prioritaires d'utilisateurs en attente
- Gardent les patients dans leur inventaire actif à vie et font des suivis réguliers « au cas où »
  - Cela a un impact significatif sur la capacité de baisser les listes d'attente, plus particulièrement le 1<sup>er</sup> service

## 3.1 Constats : Niveau stratégique (3/3)

- L'offre de services « Trouble mental » pour le soutien à domicile est inexistante **R09 - Créer une trajectoire SAD en santé mentale**
  - Il n'y a pas d'équivalent de DP pour la Santé Mentale
    - Que faut-il pour garder à la maison des individus atteints de parkinson, Alzheimer, bipolarité, démence, trouble personnalité limite...
  - Les services de Santé Mentale refusent de travailler sur des populations qui n'ont pas de potentiel de rétablissement
  - En l'absence d'une offre de services claire, ce sont les TS qui s'occupent de ces usagers, sans formation adéquate
- Chaque établissement semble avoir déterminé ses balises de plafond de services par usager  
**R11 - Revue des critères de suivis et vigilance**
  - Augmente le risque d'iniquité d'accès aux soins et services
- La prise en charge par un intervenant pivot unique mène à des inefficacités importantes  
**R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques**  
**R11 - Revue des critères de suivis et vigilance**
  - Les TS développent des liens très serrés avec les usagers, qui les mènent à faire des tâches connexes
    - Présence aux rdv médicaux, bancaires & finances, transport, courses...
  - Plusieurs intervenants se déplacent dans des mêmes lieux à forte densité de services, comme l'hôpital et les grandes RPA

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (1/4)

- L'ensemble de la tâche d'évaluation des besoins du SAD laisse peu ou pas du tout de place au jugement et à l'expertise des TS

R01 - Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant

R04 - Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale

R12 - Prise de note axée sur la pertinence clinique

- Obligation d'utiliser sans exception une série d'outils d'analyse particulièrement chronophages pour établir le profil et les besoins de l'utilisateur
- Obligation de mettre à jour sans exception les évaluations, à une fréquence spécifique, sans valeur ajoutée systématique
- Il n'y a pourtant que deux seuils de profils déterminants
  - ISO – SMAF 4 = Admissibilité au soutien et à l'aide à domicile
  - ISO – SMAF 10+ = Admissibilité à l'hébergement longue durée
- Chaque demande d'attribution de service par les TS requiert un processus d'approbation supplémentaire dans la plupart des établissements
- Dévalorisation du rôle du TS et désintérêt pour la pratique en SAD
- La charge de travail administrative des TS liées à la trajectoire psychosociale est démesurée
- Une importante charge de travail est consacrée aux démarches administratives de tout genre qui n'ont que peu de valeur ajoutée
  - Ce taux peut être significativement plus élevé dans certaines périodes de l'année

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (2/4)

- L'ordre des travailleurs sociaux occasionne une charge de travail administrative significative et inutile pour les travailleurs sociaux de la trajectoire psychosociale
  - Il n'est pas nécessaire d'être un TS pour identifier les besoins en SAD d'un usager **R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques**
    - Ce n'est pas un acte réservé par le code des professions
    - Seuls les mandats d'inaptitudes / avis de compromission / demande de curatelle sont des tâches « pures TS »
  - Les exigences véhiculées par l'ordre s'appliquent au-delà des actes réservés aux TS, ce qui entraîne un nombre important d'obligations déontologiques **R12 - Prise de note axée sur la pertinence clinique**
    - Évaluations du fonctionnement social, notes détaillées, plans d'intervention...
    - Vérifications de l'ordre
- Les TS héritent de la charge de travail liée à une organisation du travail et des processus sous optimaux
  - R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques**
  - R08 - Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes**
    - S'occupent d'une population où l'incidence de problèmes de santé mentale est élevée, sans ressources spécifiques ni trajectoires définies
    - Ne peuvent pas optimiser leurs interventions et leurs déplacements parce qu'ils sont régulièrement interpellés pour intervenir sur des urgences
    - Le SAD n'a pas de capacité excédentaire disponible pour gérer les bris de services « normaux » (absences, retards...) et ce sont les TS qui sont appelés à « faire quelque chose »
    - Les TS n'ont pas accès à de la capacité supplémentaire
      - Pas de listes officielles de bénévoles, d'aides, travailleurs autonomes (CES), etc.
      - Doivent s'occuper en priorité d'usagers quittant l'hôpital, avec souvent, peu ou pas du tout de planification de sortie

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (3/4)

- Le choix d'un indicateur de « % en présence de l'utilisateur » est inadéquat pour la trajectoire psychosociale **R02 - Amélioration de la pertinence des statistiques**
  - Les TS / intervenants pivots passent la majorité de leur temps à coordonner les services à l'utilisateur et non à lui fournir un service direct
  - Les statistiques en présence de l'utilisateur sont donc contre-productives car elles peuvent encourager et récompenser un comportement inefficace
- La trajectoire de sortie de l'hôpital d'un patient SAD est particulièrement inefficace autant pour l'hôpital que le SAD **R07 - Optimiser le processus de sortie du CH**
  - Le TS doit constamment se déplacer à l'hôpital pour évaluer la situation, faire signer des consentements, et préparer une potentielle sortie
  - A première vue, il semble y avoir un dédoublement des fonctions des équipes NSA et des TS pivots
- Sauf exception, les déplacements de TS ne sont pas optimisés
  - Généralement → un déplacement → un patient → un déplacement → un retour au bureau
  - Le Centre-Sud possède un modèle d'assignation basé sur la concentration de la demande, mais à première vue, c'est le seul

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (4/4)


- Les TS s'occupent de toutes les tâches liées au rôle de pivot, sans égards aux possibilités d'optimisation **R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques**
  - Demandes de curatelles / mandat d'inaptitudes / avis de compromission / régime de protection
  - Demande d'analyse du fonctionnement social
  - Requêtes liées aux CES (feuilles de temps, paiements, absences...)
  - Requêtes liées à l'ouverture et à la fermeture de dossiers
- Selon le milieu, le CES semble en perte d'intérêt **R06 - Révision des modalités du CES**
  - Salaire minimum à 15\$, CES à 19\$
  - Pas de compensation pour les déplacements (fréquents)
- Le SAD souffre de l'absence d'un dossier de patient unique. Cette problématique est déjà prise en charge pour l'ensemble du RSSS

## 4. Recommandations & Bénéfices

DOCUMENT DE TRAVAIL



# 4.1 Recommandations : Trajectoire psychosociale

Création de capacité

Court terme – 6 mois – Déploiement Itération 1

**R01 – Réduire les efforts induits par les obligations de l'Ordre inclus dans la suivante**

- Dédier une proportion de TS aux actes réservés : mandat d'incapacité, évaluation du fonctionnement social
- Spécialisation pour une augmentation de l'efficacité
- Soustraire des obligations de l'ordre les activités non réservées aux TS de la trajectoire psychosociale (notes, PSI, OCCI)

**R02 – Évaluation basée sur le jugement professionnel libellé officiel et devient R01**

- Éliminer l'OEMC / OCCI et l'utilisation des profils Iso-SMAF
- Développer deux grilles d'analyses simples pour faire l'identification des besoins SAD et d'hébergement
- Maintenir le processus d'approbation des services identifiés

**R03 – Éliminer la saisie des statistiques libellé revu et devient R02**

- Éliminer la saisie de statistiques pour la trajectoire psychosociale, parce qu'inutile
- Définir des nouveaux critères de mesure de la performance pour la trajectoire psychosociale

**R04 – Utiliser l'IA pour la transcription vocale**

- Accélérer la prise de note via l'intelligence artificielle – projet en cours de préparation


**R05 – Déléguer des tâches à faible valeur ajoutée pour le TS libellé revu**

- Évaluer les modes de fonctionnement pour que les besoins de l'utilisateur soient répondus par la ressource appropriée

Moyen terme – Calendrier de déploiement à déterminer

**R06 – Révision des modalités du CES**

- Revoir les mécanismes de gestion et processus des CES
- Revoir les conditions d'emploi des travailleurs CES

Optimisation des services

Moyen terme – Calendrier de déploiement à déterminer

**R07 – Optimiser le processus de sortie du CH**

- Revoir le processus de planification des sorties de l'hôpital
- Optimiser les déplacements et les sorties de l'hôpital

**R08 – Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes**

- Créer de la capacité de dépannage avec des équipes volantes dans l'ensemble des services fournis par l'équipe SAD pour limiter les bris de services

**R09 – Créer une trajectoire SAD en santé mentale**

- Création d'une trajectoire SAD SM, comme DP qui prendrait en charge les usagers aux prises avec des troubles cognitifs liés au vieillissement concomitant à un trouble SM

Long terme – Calendrier de déploiement à déterminer

Diagnostic des autres types d'intervenants

↓

**R10 – Revue stratégique du SAD**

- Statuer sur les priorités de clientèle et de résultats dans un contexte de ressources limitées
- Statuer sur la clientèle cible et les limites de services par usager

**R11 – Revue des critères de suivi et vigilance**

- Clarifier les critères de suivi et d'assignation d'un intervenant pivot auprès d'un usager (stabilité, risque de décompensation, etc.)
- Revoir la notion d'épisode de service incluant les critères de vigilance
- Questionner la pertinence de la notion de gestion du risque

MSSS | Direction générale de la planification stratégique et de la performance

24



# Nouvelle numérotation et nouveau libellé

R01	Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant (anciennement : Réduire les efforts induits par les obligations de l'Ordre )
R02	Amélioration de la pertinence des statistiques (anciennement : Éliminer la saisie des statistiques)
R03	Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier
R04	Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale
R05	Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques (anciennement : Déléguer des tâches à faible valeur ajoutée pour le TS)

# Liste complète des recommandations

R01	Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant
R02	Amélioration de la pertinence des statistiques
R03	Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier
R04	Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale
R05	Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques
R06	Révision des modalités du CES
R07	Optimiser le processus de sortie du CH
R08	Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes
R09	Créer une trajectoire SAD en santé mentale
R10	Revue stratégique du SAD
R11	Revue des critères de suivis et vigilance
R12	Prise de note axée sur la pertinence clinique
R13	Faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF

R14	Élimination du FAX
R15	Orientation visant de faciliter le stationnement
R17	Outils informatiques mobiles
R18	Orientation visant à optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels
R19	Orienation visant l'utilisation des ordonnances collectives
R20	Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire
R21	Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations
R22	Révision du continuum ambulatoire
R25	Création de trajectoires de services d'intervention rapide
R27	Réinstaurer l'autonomie professionnelle dans les processus d'allocation de financement des équipements et des aides techniques
R28	Évaluer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA
R29	Améliorer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien

## 4.2 Création de capacité : Estimation des bénéfices

- Le tableau suivant présente les différents scénarios d'estimation des bénéfices liés à la création de capacité :

Scénario	État actuel	Pessimiste	Réaliste	Optimiste
Estimation gains de capacité				
% Gains de capacité	-	12%	19%	26%
ETC gains de capacité	-	380	600	830
\$ ETC gains de capacité	-	33 100 000\$	52 400 000\$	71 900 000\$
Impact sur la charge de travail				
% Direct usager	24%	27%	29%	32%
% Direct proche aidant	4%	4%	5%	5%
% Déplacements	10%	11%	12%	13%
% Indirect / préparatoire	62%	57%	54%	49%
Impact sur la prise en charge d'utilisateurs				
Prise en charge moyenne / TS	40	45	49	54
Prise en charge nouveaux utilisateurs	-	17 100	29 400	44 100
Impact prise en charge sur la liste d'attente	19 900	2 800	-9 500	-24 200

- Seulement avec les gains de capacité, nous avons le potentiel d'éliminer théoriquement les listes d'attente
- Les changements à moyen et à long termes sur l'optimisation des services pourront permettre une meilleure pertinence, intensification et atteinte de résultats

## 5. Échéanciers et prochaines étapes

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 5.1 Diagnostic itération 2 : Sélection du corps d'emploi

Itération 2

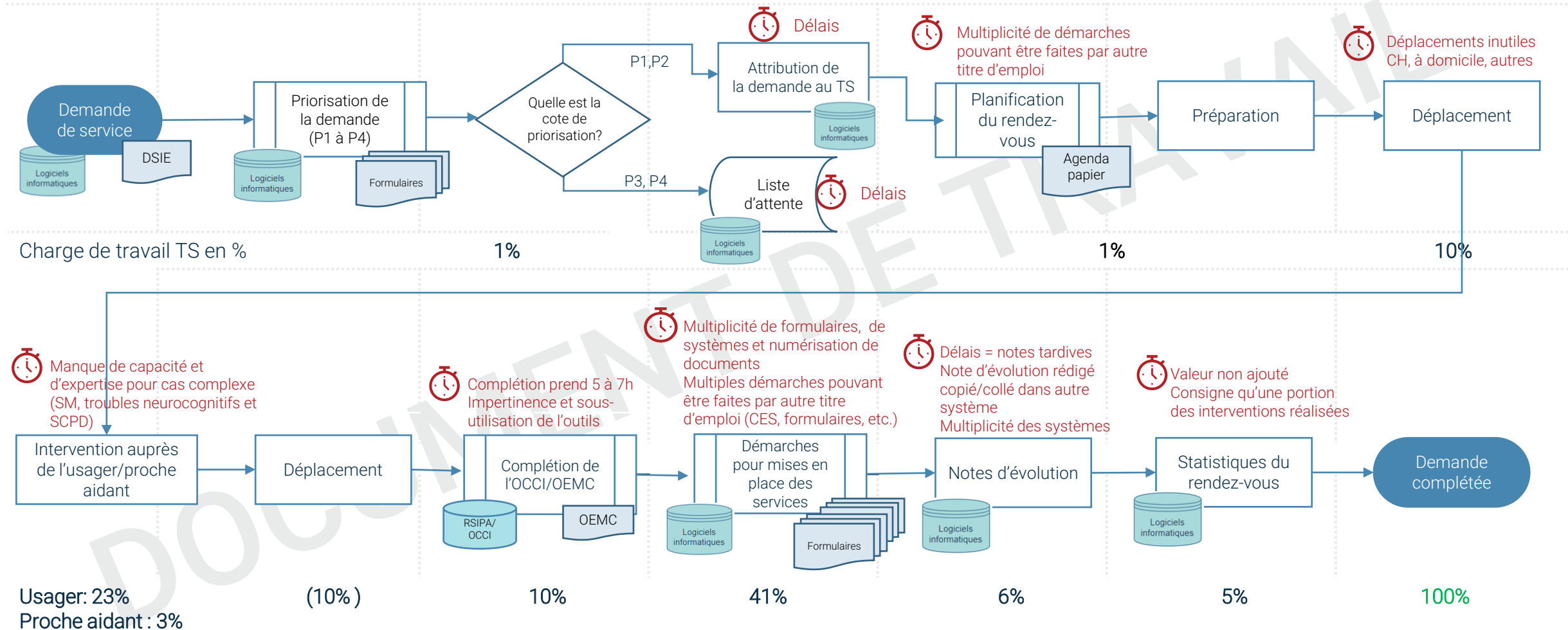
	ETC	% Heures indirectes	Usagers attente ≥ délai prescrit	Délai d'attente médian P1	Résultat pondéré	Priorité
<i>Pondération</i>	40%	30%	20%	10%	100%	
Services psychosociaux	3 150	76%	18 048	44	81%	1
Soins infirmiers	4 590	61%	2 898	18	69%	2
Ergothérapie	1 010	70%	11 619	134	59%	3
Physiothérapie	950	70%	9 488	72	52%	4
Nutrition	200	70%	3 718	64	38%	5
Inhalothérapie	340	70%	499	31	33%	6

- Nous recommandons d'utiliser l'analyse de priorisation multicritères pour identifier le corps d'emploi qui fera l'objet du diagnostic itération 2
- En raison du nombre d'ETC d'employés, du nombre d'usagers en attente et du ratio d'heures indirectes élevés, les soins infirmiers présentent le second plus grand potentiel

Annexes

DOCUMENT DE TRAVAIL

# I. Processus de mise en place d'un service à domicile



## II. Résultats des entrevues post observations

	Irritants	Opportunités	Bons coups
Outils / processus / administratif	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop de formulaires / pas informatisés (+ numérisation) et répétitivité des informations demandées</li> <li>• Nombreux logiciels qui ne sont pas interfacés</li> <li>• Complexité et lourdeur du Chèque Emploi Services (CES)</li> <li>• Statistiques non représentatives du travail accompli</li> <li>• Lourdeur du mécanisme d'hébergement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir le mécanisme d'hébergement</li> <li>• Revoir le processus CES</li> <li>• Abolir les statistiques</li> <li>• Formulaires électroniques</li> <li>• Logiciels interopérables</li> <li>• Dossier unique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documentation centralisée et accessible</li> </ul>
Pratique psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peu de reconnaissance du rôle du TS</li> <li>• Peu de place à leur évaluation et jugement professionnel</li> <li>• Les fonctions réelles de l'emploi ne correspondent pas à la formation des TS</li> <li>• Beaucoup de tâches et démarches administratives</li> <li>• OCCI trop long et pas adapté à l'utilisateur</li> <li>• Un temps fou pour toutes les diverses notes à faire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mettre à profit le jugement TS – repenser l'OCCI sous l'angle clinique et moins bureaucratique</li> <li>• Déléguer des tâches ou démarches administratives à d'autres équipes / corps d'emploi</li> <li>• Équiper les TS d'une interface de prise de notes / éliminer les notes non-pertinentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaborations inter-programmes</li> <li>• Travail interdisciplinaire</li> <li>• Formation SM et autres</li> <li>• Emploi des ASSS qui font des visites aux usagers isolés</li> <li>• Intervenants pivots attirés à des RPA</li> </ul>
Écosystème	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de places en hébergement</li> <li>• Manque de services SAPA pour les cas complexes de plus en plus nombreux (pertes cognitives, troubles de comportement, démence, santé mentale)</li> <li>• Communication / collaboration / compréhension avec CH : déficiente</li> <li>• Collaboration inexistante avec les médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir des équipes dédiées SM et Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence au SAD</li> <li>• Implication des médecins</li> <li>• Éduquer les équipes en CH sur le SAD</li> <li>• Augmenter le nombre de places en hébergement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Équipe de collaborations avec l'expertise du CMG de l'Institut Philippe Pinel pour des cas cliniques complexes SM</li> </ul>



# III. Résultats du sondage aux gestionnaires

## Catégories des questions posées :

- Q1 - Q3: Information sur les répondants
  - 6 établissements - 9 répondants : Directeur adjoint SAPA, Chefs de programme et coordonnateurs
- Q4 - Q9 : Portrait de la charge de cas des TS SAD
  - Médiane de 40 charges de cas par intervenant
- Q10 - Q14 : Portrait des routes de travail des TS SAD
  - 63% des routes sont répartis par secteur – 13% des routes planifiées avec un logiciel (ARPO, Outlook, Maya, Tableau maison...)
  - Plusieurs outils de suivi de la charge de cas : I-CLSC, outil maison, TBG...
- Q15 - Q16 : Portrait de la collaboration et partenariat inter directions
  - Requête de service, Formulaire de référence, Référence au guichet des directions cliniques, concertation clinique...
- Q17 - Q23 : Portrait des démarches réalisées par le TS pour l'usager du SAD
  - Ententes RPA, ententes EÉSSAD, PEFSAD, CMD, PPA, mandats d'inaptitudes et régimes de protection
- Q24 - Q29 : Portrait des divers systèmes informatisés au SAD
  - I-CLSC, ARPO, TBG, Liste d'attente Excel maison, SharePoint, SAFIR, Power BI, Système local, Cartable de l'intervenant
- Q30 : Idées d'amélioration
  - RH : Jumelage TS-TTS, perfectionnement de l'anglais... - TI: Système d'information unique, diminution des formulaires et de la redondance, outils plus performants (certaine automatisation pour les statistiques-kilométrage, notes, OCCI), cadre normatif moins rigide – Processus : Hiérarchisation de l'offre de services, balises claires de l'organisation du travail, simplification des références internes, faciliter la prise en charge des usagers présentant un trouble SM et DI...



# Diagnostic

Itération 2- Trajectoire des soins infirmiers

DOCUMENT DE TRAVAIL

# 1. Contexte

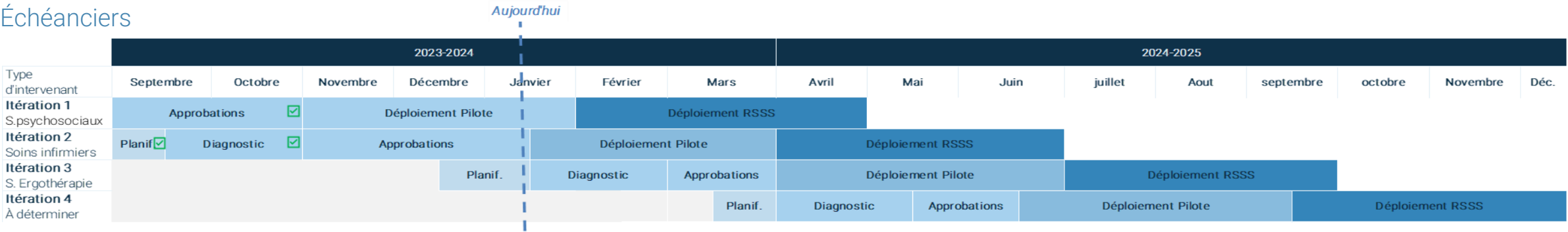
DOCUMENT DE TRAVAIL

# 1.1 Récapitulatif de projet – Vert

## Objectifs

Le projet vise à optimiser à la fois les activités cliniques et non cliniques grâce à la collaboration entre la DGPSP et la DGAPA. Il vise à harmoniser de manière efficace les intervenants du réseau, leurs rôles et leurs responsabilités, réinvestir la capacité des intervenants dans les activités cliniques et à valeur ajoutée, intégrer les meilleures pratiques à travers le RSSS afin d'améliorer les services, en favorisant l'augmentation des visites à domicile, la réduction des listes d'attente et la stabilisation de l'équipe.

## Échéanciers



### Itération 1 - Valorisation des processus cliniques de la trajectoire psychosociale

- Diagnostic opérationnel – Terminé
- Dépôt des recommandations – Terminé
- Approbation des recommandations - Terminé
- Développement des indicateurs de mesure des bénéfices du projet VSAD+ – En cours
- Déploiement pilote
  - R01 - Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant SAD-SAPA, pilotage des nouvelles balises d'évaluation – En cours
  - R02 - Amélioration de la pertinence des statistiques, préparation du déploiement – En cours
  - R03 - Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier, préparation du déploiement – En cours
  - R04 - Dépôt d'un bilan préliminaire de la phase exploratoire pour la transcription vocale (IA) – En cours

### Itération 2 - Valorisation des processus cliniques de la trajectoire des soins infirmiers

- Diagnostic opérationnel – Terminé
- Proposition des recommandations – En cours
- Planification du développement des indicateurs de mesure des bénéfices du projet VSAD+ – En cours

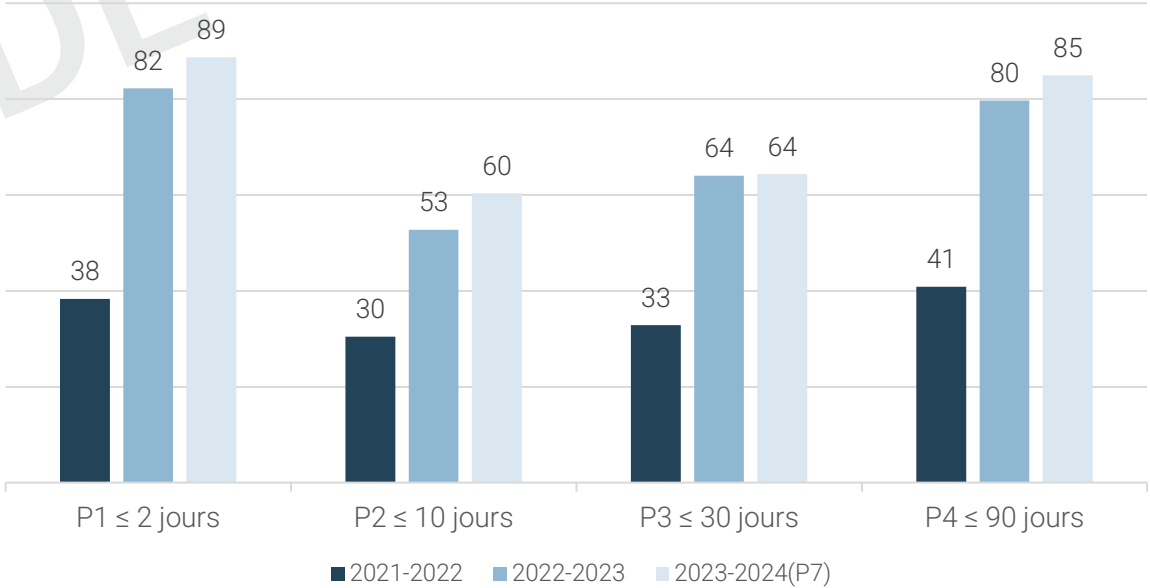
# 1.2 Portrait de l'attente SAD (Clientèle SAPA)

- 3 122 usagers nouvellement assignés durant la P7, dont 2 729 usagers sont en attente d'un service en soins infirmiers, au-delà du délai prescrit. Le délai moyen d'attente est de 89 jours pour une P1
- Le délai moyen d'attente en soins infirmiers est en légère hausse pour les P1 et P2

Attente d'un service  
Soins infirmiers à domicile 2023-2024 (P7)  
Total provincial

Niveau de priorité	Usagers en attente	Usagers nouvelle ment assignés	Assignat ion > délai prescrit	Délai moyen en jour	Délai médian En jour
P1 ≤ 2 jrs	1 178	618	916	89	23
P2 ≤ 10 jrs	1 730	1 079	909	60	12
P3 ≤ 30 jrs	1 737	1 053	651	64	18
P4 ≤ 90 jrs	883	373	253	85	36
Total	5 537	3 122	2 729	72	19

Évolution du délai moyen d'attente  
en soins infirmiers à domicile  
Total provincial



Source : Power BI – Centre d'activité 6173 – Services en soins infirmiers

# 1.3 Résumé de la collecte de données

## Établissements partenaires

**6** établissements

- CIUSSS Capitale-Nationale
- CIUSSS Centre-Sud de Montréal
- CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS Estrie
- CISSS Montérégie-Ouest
- CISSS Outaouais

## CLSC visités

**13** CLSC

- Des Rivières, Limoilou, Portneuf
- Faubourgs, Verdun
- Mercier-Est-Anjou, Rosemont, St-Léonard
- King Est
- Haut St-Laurent, Vaudreuil-Soulanges
- Buckingham, Gatineau

## Journées d'observations

**53** jours

- 11 observateurs sur le terrain
- Du 18 septembre au 6 octobre 2023
- Plus de 2600 activités cliniques et administratives observées

## Infirmiers & Infirmiers aux.

**37** intervenants

- Observation des tâches quotidiennes reflétant une semaine normale de travail
- Chaque intervenant a été jumelé à un observateur

## Entrevues post-observations

**6** entrevues

- 2h d'entrevue de groupe par établissement
- 94 participants au total
- Écoute des intervenants sur leurs irritants, gaspillages, opportunités et bons coups

## Sondage aux gestionnaires

**7** répondants

- Portrait des charges de cas, routes de travail, partenariats et outils informatisés

## 2. Faits saillants

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 2.1 Faits saillants : organisation du SAD (1/2)

À l'image des travailleurs sociaux, les infirmières poursuivent également l'objectif du SAD qui, tel que compris par le terrain, vise à maintenir les individus à domicile le plus longtemps possible **R10 - Revue stratégique du SAD**

### **R11 - Revue des critères de suivis et vigilance**

- Les infirmières organisent des services « en mode » demeurer à domicile, pour certains usagers qui devraient être en hébergement, parfois jusqu'à 4 services par jour : réveil, dîner, souper, coucher
- Services A+, donc couverture de besoins non prioritaires (VS les priorités de la liste d'attente)
- Une proportion des usagers desservis sont en mesure de se déplacer avec une « certaine aisance »
- Les infirmières ont entre 60 et 80 charges de cas
  - Dans le cas de soins infirmiers, les critères de maintien ou de sortie de la charge de cas sont clairs
  - Dans les cas où l'infirmière est intervenante pivot avec d'autres services non-infirmiers, les défis de sortie sont les mêmes que pour le TS
- Les infirmières se retrouvent pivot dans 30 à 70 % des dossiers **R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques**
  - Souvent, en raison des délais d'attente et du manque de capacité des autres corps d'emploi, l'infirmière se retrouve pivot par défaut
  - Elle doit alors entreprendre les démarches OCCI, voir à la mise en place de tous les services, etc.
- Les plus petits CIUSSS semblent plus agiles, processus plus simples et rapides  
Exemple processus de prélèvement sanguin
  - CIUSSS urbain : processus en plusieurs étapes, formulaires, admin, scan, courriels, etc.
  - CISSS région : processus minimaliste, l'infirmière imprime ses étiquettes et va faire le prélèvement
- Les sorties de l'hôpital présentent de nombreux irritants **R07 - Optimiser le processus de sortie du CH**
  - Information manquante, intervenants SAD non avisés du statut de l'utilisateur, notamment les entrées et les sorties
    - Parfois des annonces de sorties le jour même, alors que les services SAD ne sont pas en place
  - Le CH promet des services SAD que le CLSC ne peut pas toujours livrer dans les conditions et les délais promis



## 2.1 Faits saillants : organisation du SAD (2/2)

- L'automobile est requise pour l'exécution du travail à domicile par l'employeur, pourtant on ne prévoit pas :

### R15 - Orientation visant de faciliter le stationnement

- Du stationnement au CLSC
  - Lorsque les places sont limitées, l'attribution des places se font selon l'ancienneté de l'ensemble des employés du CLSC
- Du stationnement au centre hospitalier
- Des vignettes de stationnement pour le stationnement de rue
- Ceci augmente le temps de stationnement en plus d'être un irritant pour les intervenants
  - Recherche d'une place disponible
  - Stationnement situé loin du CLSC ou point de service
  - Changement de place de stationnement, selon les restrictions de la ville. Ex : max 2h, plage horaire autorisée, etc.
- L'accès à un médecin est souvent difficile :

### R13 - Faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF SAD

Parfois difficile de rejoindre le médecin de famille et le spécialiste des usagers

- Plusieurs usagers du SAD sans médecins, mêmes s'ils souffrent de maladies chroniques / multiples comorbidités
- Pas toujours de couverture lors de vacances, congés de maternité, départ à la retraite, etc.
- S'il n'y a pas des médecins ou IPS dans le SAD, il n'y a pas de mécanismes d'accès facile et rapide pour les infirmières
  - Doit attendre sur la ligne du GAP (parfois plus de 2h)
  - Doit se débrouiller avec ses contacts non officiels
    - Certaines infirmières par contact et bons échanges de services se créent des réseaux informels de porte d'entrée
  - Enjeux encore plus importants lors de demandes plus urgentes
- Il y a des médecins qui ne se déplacent pas à domicile
  - Un usager n'a pas vu son médecin depuis 2 ans, l'infirmière fait le lien et le médecin prescrit à distance
- La clientèle orpheline se retrouve à l'urgence
  - Risque de décompensation

### R19 - Orientation visant l'utilisation des ordonnances collectives

## 2.2 Faits saillants : Trajectoire infirmière (1/3)

- La trajectoire comprend :
  - La dispensation de soins infirmiers
    - Majoritairement des soins de plaies, gestion de médicaments, injections, prises de sang et évaluations
    - De l'enseignement sur les soins (ou autosoins) auprès de l'utilisateur, des proches aidants, auxiliaires, ASSS et travailleurs CES
  - L'organisation des services de soins infirmiers avec les autres ressources : **R18 - Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels**
    - Plan d'intervention
    - Délégation aux autres ressources :
      - Infirmières auxiliaires
      - ASSS (incluant loi 90)
      - Préposés aux bénéficiaires
    - Démarches, suivis et bris de services
  - L'organisation des autres services non-infirmiers lorsque l'infirmière est pivot sur le dossier
- Les infirmières ont une notion mieux définie de fin d'épisode de soins pour les soins infirmiers (à savoir quand fermer l'épisode de services)
  - Par contre, d'autres services non-infirmiers peuvent les forcer à garder le dossier actif
- Il n'y a pas d'utilisateurs en attente de services en soins infirmiers
  - Les premiers soins sont généralement dispensés en 24 à 48h (priorité 1)
  - Des listes d'attentes « virtuelles » sont générées par :
    - Des OCCI non complétés dans RSIPA : les infirmières donnent le soin et font l'OCCI par la suite / lorsque la capacité le permet
    - Doublons liés à l'utilisation d'une bascule vers un autre système informatique (Arpo vs ICLSC)
    - Le temps que l'ASI crée le profil de l'utilisateur pour la saisie de la statistique, etc.

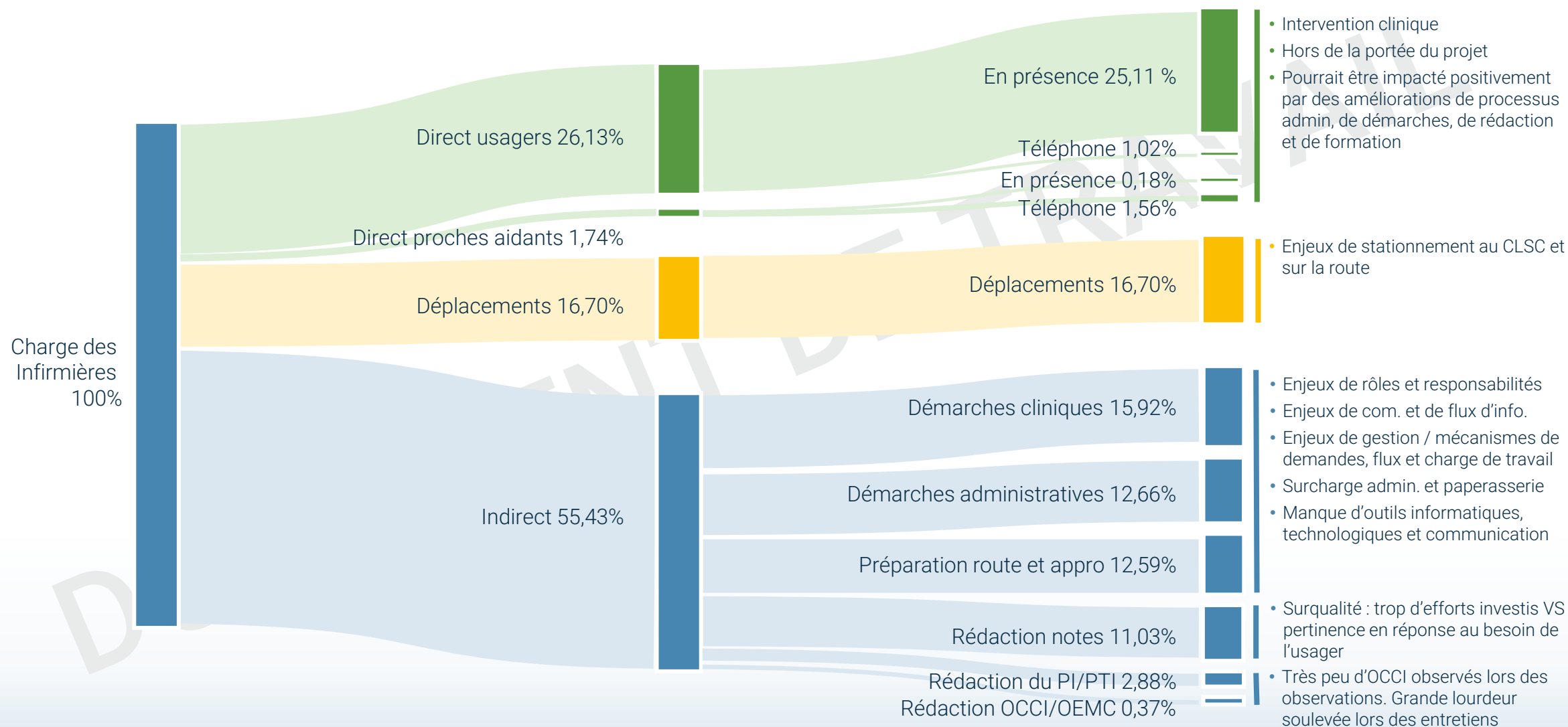
## 2.2 Faits saillants : Trajectoire infirmière (2/3)

- Les infirmières sont responsables d'organiser les soins, leur horaire, les routes, etc.
- Elles font aussi beaucoup de démarches simples auprès des usagers qui ne nécessitent pas une expertise infirmière R05 - Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques
- R14 - Élimination du FAX
  - Faxer des documents
  - Numérisation de documents
  - Impression de documents, formulaires et étiquettes
  - Obtenir des informations sur les dossiers des usagers. Ex : profil pharmaceutique
- Les infirmières pivot font également des OCCI, mais faible pertinence clinique de leur côté R01 - Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant
  - Incluant les MAJ annuelles, qui demandent de compléter un OCCI aux 1 à 2 semaines pour garder la cadence et rester à jour (si charge de cas de 60 à 80 dossiers)
  - Les services sont d'abord mis avec le SMAF et l'OEMC, l'OCCI à postériori pour la forme
  - Les OCCI ne sont que très rarement consultées par les infirmières, voir presque jamais
- Les infirmières, à l'image des TS, prennent également beaucoup de notes détaillées, notamment sur les interactions avec l'utilisateur, les téléphones, courriels, l'environnement psychosocial, etc. R04 - Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale R12 - Prise de note axée sur la pertinence clinique
  - Notes pour des soins non-infirmiers
    - Ex : l'utilisateur est de bonne humeur et réceptif aux services
  - Notes pour des soins infirmiers récurrents / sans changement de condition
    - Ex : donner des médicaments tous les jours, stomie aux deux jours, etc.

## 2.2 Faits saillants : Trajectoire infirmière (3/3)

- Une grande partie des efforts de la charge administrative ou des démarches administratives sont causés par des systèmes désuets et non interconnectés **R21 - Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations**
  - On a reproduit les processus « anciens papier » dans un environnement informatique, mais les flux de travail semblent demeurer en mode « papier » mais « virtuel »
  - On n'a pas retravaillé les processus en mode efficacité des flux de travail, « intake », gestion de la demande et suivis
  - Les infirmières travaillent dans un système isolé souvent sur leurs propres outils, non connectés, non disponibles aux TS et autres intervenants
- Il y a une faible utilisation des outils informatisés en déplacement : **R17 - Outils informatiques mobiles**
  - Impression de documents : dossiers usagers et plan de la route
  - Prise de notes papier, avec double saisie au bureau
  - Certains n'ont pas de téléphone cellulaire
  - Certains ont un cellulaire mais pas d'Internet mobile (utilisent leur propre cellulaire pour les données)
- Le fax est dans la majorité des cas requis pour communiquer avec les médecins, et souvent avec la pharmacie **R14 - Élimination du FAX**
  - Un fax comprend jusqu'à 4 pages à préparer, imprimer, envoyer, scanner et archiver au dossier
  - En plus de l'envoi, l'infirmière doit retourner à la machine récupérer la confirmation de réception
    - Impression rapide des observations, jusqu'à 20% des fax ne passent pas
  - Ce sont les mêmes informations qu'on enverrait par courriel, il n'y a pas de valeur ajoutée pour ce mode de communication :
    - C'est plutôt une exigence des partenaires qui ne veulent pas changer leur processus. Ex : le médecin ne lit pas ses courriels
    - Ou bien pour des raisons de sécurité (courriels non sécurisés). Le Fax est-il vraiment plus confidentiel alors que les médecins ont accès à une adresse sécurisée du MSSS .med ?
- Certains logiciels pour la trajectoire infirmière compilent automatiquement les statistiques à partir du PI et de l'horaire des rendez-vous (Ex : Qualicode)

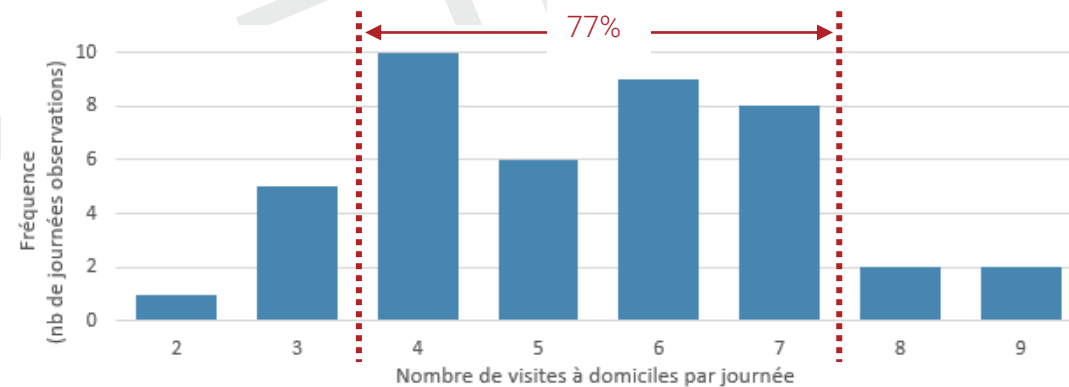
## 2.3 Faits saillants : Dispersion de la charge de travail



## 2.4 Faits saillants : Exemple de planification d'une journée

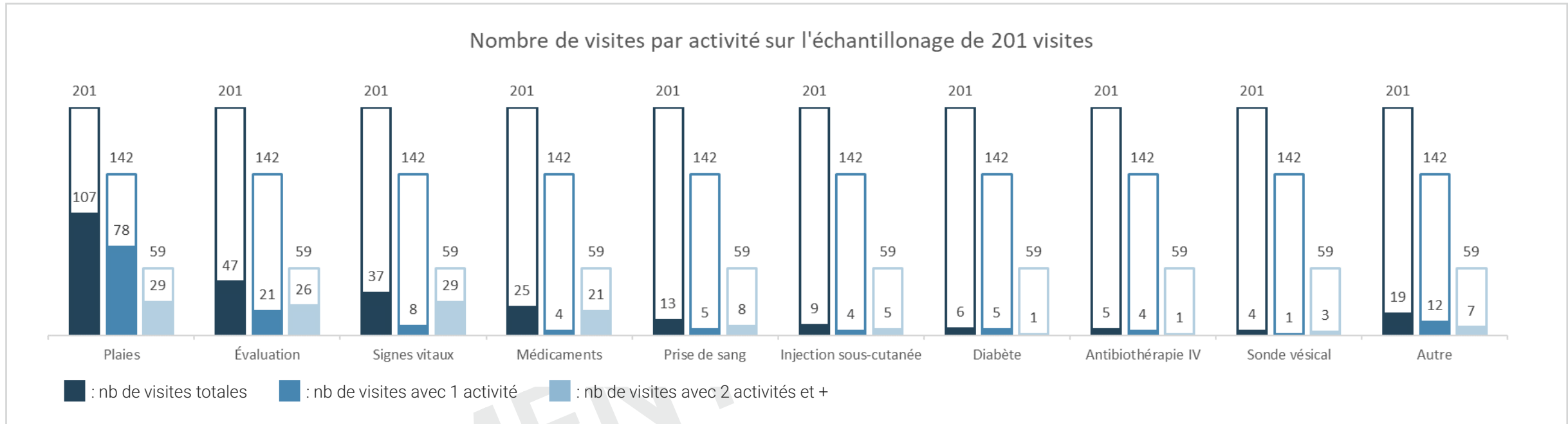


- Une journée typique d'infirmière est constituée
  - De visites à domiciles en avant-midi
  - De travail de bureau en après-midi
  - À de rares occasions, de visites non planifiées en pm. Ex : urgences
- Les infirmières ont généralement entre 4 et 7 visites à domicile par jour



- Les tâches de bureau sont constituées principalement de démarches, suivis, rédactions et tâches administratives
- À l'occasion, la rédaction de PI/PTI et de notes est complétée sur la route entre les visites, mais la grande majorité est faite au bureau

## 2.5 Faits saillants : Portrait des visites et activités réalisées



- Dans 70% des cas, l'infirmière ne se déplace que pour une seule activité, de ce pourcentage du nombre de visites à domicile
  - 54% sont pour des soins de plaies
  - 15% sont pour des activités d'évaluation
  - 12% sont pour des signes vitaux, médicaments et diabète
  - 6% sont pour des prises de sang et injections
  - 12% sont pour d'autres types de soins / activités
- Le 30% restant les infirmières se déplacent pour différentes combinaisons de 2 activités ou plus
  - Les prises de signes vitaux et de médicaments sont exécutées en même temps que d'autres activités dans une proportion de 80%

### 3. Constats

DOCUMENT DE TRAVAIL



## 3.1 Constats : Niveau stratégique (1/2)

- On ne manque pas d'infirmières, mais de tout le reste (TS, ergo, physio, aides, etc.), les infirmières font beaucoup de tâches « autres tâches connexes »
  - Pas de liste d'attente en soins infirmiers
  - Déséquilibre dans le reste, goulots d'étranglement, charge de travail et flux de travail mal balancés
  - Les infirmières se retrouvent à combler les autres corps d'emploi en manque de main-d'œuvre **R08 - Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes**
- Étant donné qu'il n'y a pas de listes d'attente en soins infirmiers, les partenaires du RSSS font des demandes de soins infirmiers SAD pour avoir une porte d'entrée / sauter les listes d'attente, alors que le service aurait dû être donné par une autre trajectoire **R20 - Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire**
  - Cela crée des demandes de plusieurs autres services, non prioritaires, et les listes d'attentes augmentent
  - L'infirmière se retrouve à faire plusieurs démarches pour l'utilisateur au lieu du TS ou d'un autre intervenant.
- Les infirmières SAD sont au bout de la chaîne / des trajectoires de soins, toute erreur ou service non rendus en amont finit sous leur responsabilité, elles doivent s'en occuper **R08 - Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes**

## 3.1 Constats : Niveau stratégique (2/2)

- Les infirmières n'ont pas toujours un accès facile à un médecin **R13 - Faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF**
  - Pour la fluidité des services SAD, l'accès à un médecin de manière efficace est essentiel
  - Les IPS apparaissent beaucoup plus agiles et efficaces. Ex : prescription rapide par courriel simples **R18 - Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels** **R19 - Orientation visant l'utilisation des ordonnances collectives**
    - Ex: infection de plaie, l'infirmière a pris une photo, envoyée à l'IPS par courriel, prescription crème reçue dans l'heure suivante
    - VS médecin envoi d'un FAX, ou difficile à rejoindre, ou pas de médecin
- La trajectoire de sortie de l'hôpital d'un patient SAD est particulièrement inefficace autant pour l'hôpital que le SAD **R07 - Optimiser le processus de sortie du CH**
  - Pression de fluidité hospitalière ou de la famille pour sortir les usagers de l'hôpital
  - Les sorties sont conditionnelles à la mise en place des services SAD
  - L'hôpital crée des attentes envers l'utilisateur et sa famille et autorise des sorties basées sur cette promesse, alors qu'il n'y a pas vraiment de garantie sur la mise en place de services SAD
    - Ex: l'hôpital promet 1 visite SAD le lendemain de la sortie, des équipements dans la première semaine, alors que le CLSC priorise et ne peut pas répondre à ces échéanciers
- Critères pour forcer l'hébergement très restrictifs :
  - Le SAD devient un outil de gestion du risque **R10 - Revue stratégique du SAD**
    - Le SAD se fait reprocher quand un usager vit ou meurt dans des conditions difficiles
    - Mais les intervenants du SAD ne peuvent forcer l'hébergement, même si c'est leur recommandation
    - Donc ils se retrouvent obligés de faire une sorte « d'acharnement » avec une grande quantité de services pour assurer la sécurité de l'utilisateur
  - Pour les personnes qui ne devraient pas être à domicile, mais plutôt en hébergement **R22 - Révision du continuum ambulatoire**
    - Les services du SAD assurent une certaine sécurité → donc l'utilisateur n'est pas en danger → donc on ne peut pas forcer l'hébergement
    - Par contre : que se passerait-il si les services SAD n'existaient pas ? Dans plusieurs situations l'utilisateur serait en danger.

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (1/3)

- Manque d'agilité VS jugement professionnel **R01 - Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant**
  - La surbureaucratisation engendre des inefficacités importantes
  - Il y aurait intérêt à repenser nos processus pour s'appuyer davantage sur le jugement professionnel et redonner plus d'agilité et de liberté d'action/décision aux professionnels
    - Les petits centres présentent beaucoup plus d'agilité pour les flux interprofessionnels / interdisciplinaires alors que les grands centres tendent à se donner une structure bureaucratique comprenant plusieurs étapes et formulaires de références
- Le champ d'exercice des infirmières auxiliaires n'est pas utilisé à son plein potentiel, il en résulte des visites réalisées par les infirmières qui pourraient être évitées
  - Il n'y a pas d'uniformité dans l'utilisation du champ d'exercice des infirmières auxiliaires dans le RSSS **R18 - Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels**
- La loi 90 pourrait aller plus loin et permettre la délégation d'autres services simples **R18 - Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels**
  - Une infirmière peut enseigner certains soins aux proches aidants, mais pas à des ASSS plus expérimentées, même pour des produits courants comme de la crème ou des pansements médicamenteux
- Selon la volumétrie de notre échantillonnage, le potentiel de gain de capacité par l'élimination de rendez-vous (c'est-à-dire le nombre de déplacements pour une seule activité qui pourraient être éliminés par l'utilisation de technologies ou objets connectés), et selon notre connaissance limitée des technologies, nous apparaît assez limité comparativement à l'ensemble de la charge de travail d'une infirmière :
  - Signes vitaux = 4% des visites. Ex : objets connectés
  - Médicaments = 2% des visites. Ex : pilulier électronique
  - Diabète = 2% des visites. Ex : lecteur de glycémie

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (2/3)

- Une grande partie du travail administratif est causée par des exigences externes au besoin clinique ou du cadre de leurs responsabilités
  - Exigences de l'ordre
  - Exigences de l'employeur
  - Exigences des partenaires (GMF, hébergement, etc.)
- Il n'y a pas de contrôle sur ce qui peut être demandé aux infirmières par les partenaires **R11 - Revue des critères de suivis et vigilance**
  - N'importe quel partenaire peut émettre ses exigences, formulaires, démarches administratives, pour répondre à ses propres exigences administratives, sans égard aux efforts causés du côté du SAD
  - Comme les infirmières sont au bout de la chaîne, elles sont dans l'obligation de répondre aux requêtes
    - Ex : Médecin qui doit faire une démarche admin mais qui ne sait pas comment / quel formulaire, l'infirmière fait les démarches pour lui procurer le formulaire
  - Il n'y a pas de méthode de contrôle pour que ces exigences demeurent des investissements d'efforts raisonnables

## 3.2 Constats : Niveau opérationnel (3/3)

- Systèmes de référence toujours papier, les infirmières ont des outils informatiques relativement efficaces, mais le reste de l'environnement de partenaires n'est pas intégré et généralement en « papier virtuel » R21 - Aignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations
  - Les infirmières doivent combiner les deux mondes, ce qui cause des inefficacités dans les échanges d'information et des dédoublements
  - Parfois, la seule limite à l'intégration des autres corps d'emplois ou de fonctionnalités additionnelles sont les coûts des licences
- Les infirmières ne sont pas équipées pour le travail sur la route R17 - Outils informatiques mobiles
  - Beaucoup d'impression de documents et de double saisie au bureau
  - De nombreux autres corps d'emplois sont mieux équipés pour la route, même dans certains emplois du public. Ex : les policiers, les agents de stationnement, les représentants de ventes, les livreurs, etc.
- Les communications entre les différents intervenants par courriel et clavardage sont très peu utilisées (VS téléphone et FAX), alors que ce sont des modes de communication efficaces que tous les autres domaines d'affaires ont adoptés depuis longtemps R15 - Orientation visant de faciliter le stationnement

R17 - Outils informatiques mobiles

## 3.3 Constats : Outils informatiques

- Les tâches de bureau représentent 55% du temps
  - La majorité des inefficacités sont causées par le papier numérique, formulaires et flux de travail papier
  - On ne pourra pas optimiser cette portion de la charge de travail sans se doter d'outils « intake et workflow » adéquats
- Moment charnier, car conjoncture d'une multitude de partenaires travaillent sur les outils informatisés
  - Systèmes vieillissants
  - Établissements à différents niveaux technologiques
  - DGTI en finalisation d'un dossier d'affaires - DA
  - Travaux en cours dans RSIPA
  - Pilote Alaya-Care au CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal
  - Autres établissements sur la plateforme Qualicode
  - Groupes d'experts / de recherches qui émettent des recommandations
  - Représentations de compagnies en innovation et TI
- Nos observations terrain et notre collecte de données nous pointent vers des opportunités qui ne semblent pas, selon nos connaissances actuelles des dossiers, à l'avant-plan des discussions
  - Il semble y avoir une attention particulière sur :
    - Optimisation des routes (17% de déplacement VS 55% tâches indirectes)
      - Organisation par secteur est suffisante pour le moment, impact réel sur la trajectoire infirmière est limité
    - Objets connectés (potentiel élimination de 8% de déplacements avec des activités unique)
  - Alors qu'optimiser le travail de bureau présente de meilleurs gains potentiels, donc serait la première priorité
    - Également un facteur important pour le moral des employés / rétention
- Il y a une opportunité de coordonner les efforts des partenaires vers des objectifs et initiatives prioritaires afin de maximiser l'impact des investissements des changements technologiques sur la capacité

## 4. Recommendations

DOCUMENT DE TRAVAIL



## 4.1 Recommandations : Trajectoire infirmière (1/2)



### Création de capacité – Court terme

6 mois – Déploiement Itération 2

#### R01 – Évaluation basée sur le jugement professionnel

- Laisser à l'intervenant le choix de l'outil OCCI à utiliser : SMAF et plus, au besoin
- Retirer les obligations reliées aux mises-à-jour, selon le jugement professionnel
- Mise-à-jour lorsqu'il y a changement dans la condition de l'utilisateur
- Statuer sur les modalités pour les demandes d'hébergement

#### R04 – Utiliser l'IA pour la transcription vocale

- Accélérer la prise de note via l'intelligence artificielle – projet en cours de préparation

#### R12 – Prise de note axée sur la pertinence clinique

- Cases à cocher pour les tâches du plan d'intervention complétées et notes par exception
- Développement d'un guide de meilleures pratiques pour la prise de notes efficace

#### R13 – Faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF

- Usager du SAD ont priorité dans l'allocation d'un MdF (parce qu'un usager avec des besoins chroniques)
- Accès ligne directe au GAP pour les intervenants de santé
- Intégrer des MdF à l'équipe SAD à l'image du CIUSSS-CS (5 MdF, 1 jr semaine chacun)

#### R14 – Élimination du FAX

- Utilisation des adresses courriels créées pour le GAP pour les échanges avec le médecin (courriels .med sécurisé) et le pharmacien

#### R15 – Faciliter le stationnement

- Parce que la voiture est un requis pour le travail, les intervenants du SAD devraient avoir priorité dans l'attribution des vignettes au CLSC
- Entente avec les villes pour des vignettes de stationnement



### Création de capacité – Moyen terme

X mois – Calendrier de déploiement à déterminer

#### R16 – Recentrer le rôle de l'infirmière autour des soins infirmiers

- Focus sur la prodigation de soins infirmiers et l'organisation des services infirmiers avec les infirmières auxiliaires et ASSS
- Retrait des fonctions pivot et autres tâches connexes pour tout ce qui n'est pas soins infirmiers
- Permettre aux infirmières d'appliquer tout leur champ de pratique

#### R17 – Outils informatiques mobiles

- Remplacer l'ordinateur par une tablette connectée
- Remplacer le téléphone de bureau par le cellulaire



## 4.1 Recommandations : Trajectoire infirmière (2/2)



### Optimisation des services – Court terme

Court terme – Calendrier de déploiement à déterminer

#### R07 – Optimiser le processus de sortie du CH

- Revoir le processus de planification des sorties de l'hôpital
- Optimiser les déplacements et les sorties de l'hôpital

#### R18 – Optimiser le processus et exigences de la loi 90

- Utilisation de tous les actes autorisés
- Élargissement de la L90 : des actes vers les ASSS
- Optimiser le processus (réduire la paperasse)

#### R19 - Utilisation des ordonnances collectives

- Permettre à l'infirmière d'exercer certaines activités réservées à partir de son évaluation, sans avoir à obtenir une ordonnance individuelle du médecin, ni une évaluation médicale préalable



### Optimisation des services – Long terme

Long terme – Calendrier de déploiement à déterminer

#### Diagnostic des autres types d'intervenants

#### R10 – Revue stratégique du SAD

- Statuer sur les priorités de clientèles et de résultats dans un contexte de ressources limitées
- Statuer sur la clientèle cible et les limites de services par usager

#### R11 – Revue des critères de suivis et vigilance

- Clarifier les critères de suivi et d'assignation d'un intervenant pivot auprès d'un usager (stabilité, risque de décompensation, etc.)
- Revoir la notion d'épisode de service incluant les critères de vigilance
- Questionner la pertinence de la notion de gestion du risque
- Revoir les requis pour « forcer » un hébergement

#### R20 – Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire

- Modélisation des niveaux de services requis pour chaque type d'intervenant
- Création des cellules de travail interdisciplinaires balancées avec une fluidité et une agilité des processus
- Implantation de mécanismes de gestion des inventaires et redistribution de la capacité

#### R21 – Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations

- Définir/actualiser les processus de gestion de la demande, référence, charge de cas, flux de travail et d'information pour supporter les démarches cliniques, les suivis et démarches administratives

## 4.2 Création de capacité : Estimation des bénéfices

- Le tableau suivant présente les différents scénarios d'estimation des bénéfices liés à la création de capacité :

Scénario	État actuel	Pessimiste	Réaliste	Optimiste
Estimation gains de capacité				
% Gains de capacité	-	8%	14%	20%
ETC gains de capacité	-	350	650	920
\$ ETC gains de capacité	-	31 500 000\$	58 800 000\$	84 100 000\$
Impact sur la charge de travail				
% Direct usager	26%	28%	30%	32%
% Direct proche aidant	2%	2%	2%	2%
% Déplacements	16%	18%	19%	20%
% Indirect / préparatoire	56%	53%	49%	45%
Impact sur la prise en charge d'usagers				
Prise en charge moyenne / TS	60	65	70	75
Prise en charge nouveaux usagers	-	22 000	44 200	67 800
Impact prise en charge sur la liste d'attente	5 537	-16 463	-38 663	-62 263

- Avec les gains de capacité projetés, étant donné qu'il n'y a pas de listes d'attente, nous pouvons entrevoir que l'implantation des recommandations permettrait :
  - D'intensifier les services SAD auprès des usagers actuels
  - De rediriger de la capacité vers d'autres services manquants de ressources
  - D'offrir de nouveaux services

## 5. Échéanciers et prochaines étapes

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 5.1 Diagnostic itération 3 : Sélection du corps d'emploi

	ETC	% Heures indirectes	Usagers attente ≥ délai prescrit	Délai d'attente médian P1	Résultat pondéré	Priorité
<i>Pondération</i>	40%	30%	20%	10%	100%	
Services psychosociaux	3 150	76%	18 048	44	81%	1
Soins infirmiers	4 590	61%	2 898	18	69%	2
Itération 3 Ergothérapie	1 010	70%	11 619	134	59%	3
Physiothérapie	950	70%	9 488	72	52%	4
Nutrition	200	70%	3 718	64	38%	5
Inhalothérapie	340	70%	499	31	33%	6

- L'identification des corps d'emploi des itérations 1 et 2 s'est basée sur l'analyse multicritère, ci-dessus
- Pour l'itération 3
  - Nous recommandons de poursuivre avec les Ergothérapeutes puisqu'ils constituent un goulot d'étranglement avec plus de 11 000 usagers en attente, au-delà du délai prescrit
  - Nous ne recommandons pas de poursuivre avec les ASSS, ni avec les infirmières auxiliaires, en raison de l'absence de listes d'attente

# I. Résultats du sondage aux gestionnaires

## Catégories des questions posées et les réponses

### Q1 - Q3: Information sur les répondants

- 6 établissements - 7 répondants : Directeur adjoint SAPA, Chefs de programme et coordonnateurs

### Q4 - Q9 : Portrait de la charge de cas des infirmiers et infirmiers aux. SAD

- Médiane de 60 charges de cas par infirmier. Médiane de 13 charges de cas par infirmier aux.

### Q10 - Q14 : Portrait des routes de travail des infirmiers ou infirmiers aux. SAD

- Les routes sont majoritairement réparties par secteur – Les routes sont planifiées avec de multiples logiciels (ARPO, Carte, Plage d'organisation, SyMO, Maya, Teams, Outil d'identification selon code postal...) – Les usagers sont assignés par l'ASI
- Multiples outils de suivi de la charge de cas : I-CLSC, SyMO, Formulaires informatisés, Outils maison (Excel), TBG...

### Q15 - Q16 : Portrait de la collaboration et partenariat interdirections

- Requête aux guichets des autres directions, Corridor bien établi, Rencontre avec équipe spécialisée, Référence interne, Discussion avec gestionnaires, Réception des DSDA, Procédure de résolution des enjeux...
- Corridors de service inclut: RPA, communautaire, Médecins, Pharmaciens, Privé, Proches aidants, Bénévoles...

### Q17 - Q23 : Portrait des démarches réalisées par les soins infirmiers pour l'usager du SAD

- Ententes/Liaisons avec RPA, CH, Centre de réadaptation, Pharmacien d'officine, Médecin de famille...

### Q24 - Q29 : Portrait des divers systèmes informatisés au SAD

- Pas de liste d'attente en soins infirmiers, pas de systèmes spécifiques pour gérer la liste d'attente.
- Tous les soins infirmiers sont codés comme P1 en respectant les priorités de P1 à P4 du cadre Normatif de I-CLSC

### Q30 : Idées d'amélioration

- RH: Rôle et les responsabilités d'une infirmière pivot; Déléguer aux agents administratifs toutes les tâches admin. Intégrer un médecin/IPS; Plus d'infirmières auxiliaires formées, plus de ressources communautaires; Optimiser l'environnement de travail; Faciliter les déplacements et les stationnements; Ajouter point de chute pour les dépôts de laboratoires pour les secteurs plus éloignés...
- Processus: Modifier les exigences du MAH pour avoir l'OCCI révisé selon le jugement clinique si usager en attente de relocalisation. Modifier l'exigence de faire l'OCCI chaque année; Optimiser les processus d'accès aux services; Soutien médical dans l'équipe SAD pour les usagers sans médecin de famille; Meilleure communication et collaboration entre hôpitaux et SAD...
- Outil: Logiciel unique pour tous les intervenants des SAD; UN SEUL dossier client informatisé ; Améliorer le logiciel interfacé avec les logiciels des Hôpitaux pour les notes; Accessibilité aux autres disciplines collaboratrices; Accès à un logiciel WEB en télétravail pour l'OCCI et plan d'intervention (PI), diminuer le temps de rédaction; internet, logiciel permettant de travailler sur la route ou à domicile; Éliminer les fax; Outils plus performants...



# Diagnostic

Itération 3- Trajectoire d'ergothérapie

DOCUMENT DE TRAVAIL

# 1.1Récapitulatif du chantier VSAD – Vert

## Objectifs

Le projet vise à optimiser à la fois les activités cliniques et non cliniques grâce à la collaboration entre la DGPSP et la DGAPA. Il vise à harmoniser de manière efficace les intervenants du réseau, leurs rôles et leurs responsabilités, réinvestir la capacité des intervenants dans les activités cliniques et à valeur ajoutée, intégrer les meilleures pratiques à travers le RSSS afin d'améliorer les services, en favorisant l'augmentation des visites à domicile, la réduction des listes d'attente et la stabilisation de l'équipe.

## Échéanciers

Échéanciers

Aujourd'hui

	2023-2024					2024-2025								
Type d'intervenant	Novembre	Décembre	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Itération 1 S.psychosociaux	Déploiement Pilote					Déploiement RSSS								
Itération 2 Soins infirmiers	Approbations			Déploiement Pilote					Déploiement RSSS					
Itération 3 S. Ergothérapie		Planif.	Diagnostic				Approbations		Déploiement Pilote				Déploiement RSSS	
Itération 4 À déterminer								Planif.	Diagnostic			Approbations	Déploiement Pilote	

Itération 1 -Valorisation des processus cliniques de la trajectoire psychosociale

- Diagnostic opérationnel et approbation des recommandations – Terminé
- Développement des indicateurs de mesure des bénéfices du projet – En cours
- Déploiement pilote et RSSS– En cours

Itération 2 -Valorisation des processus cliniques de la trajectoire des soins infirmiers

- Diagnostic opérationnel et approbation des recommandations – Terminé
- Développement des indicateurs de mesure des bénéfices du projet – En cours
- Déploiement pilote et RSSS – Débuté

Itération 3 -Valorisation des processus cliniques de la trajectoire des S. ergothérapie

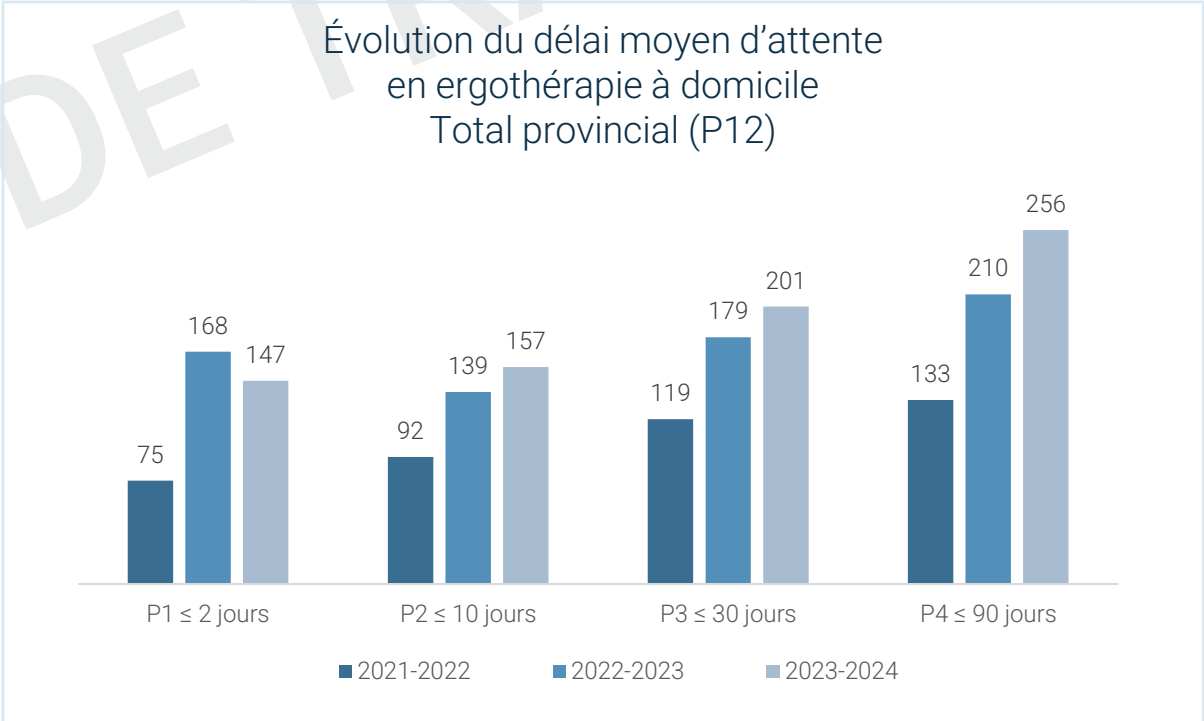
- Diagnostic opérationnel – Terminé
- Proposition des recommandations – En cours

Statut	Recommandations
En cours	R01 - Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant
En cours	R02 - Amélioration de la pertinence des statistiques
En cours	R03 - Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier
En cours	R04 - Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale
En cours	R13 - Faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un médecin de famille
Débuté	R14 - Élimination du FAX
Débuté	R15 - Faciliter le stationnement
Débuté	R18 - Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non professionnels
Débuté	R19 - Utilisation des ordonnances collectives
Débuté	R23 - Soustraire des obligations de l'ordre les activités non réservées
À venir	R12 - Prise de note axée sur la pertinence clinique
À venir	R22 - Révision du continuum ambulatoire

# 1.2 Portrait de l'attente SAD (Clientèle SAPA)

- **14 371 usagers** en attente d'un service en ergothérapie, dont **2 511 nouvellement assignés** durant la P12, dont **11 282 usagers** sont en attente d'un service en ergothérapie, **au-delà du délai prescrit**. Le délai moyen d'attente est de **147 jours pour une P1**
- Le délai moyen d'attente en ergothérapie est en hausse pour les P1, P2, P3 et P4
- Les listes d'attente sont longues en ergothérapie
  - Les services aux usagers identifiés P1 sont généralement dispensés hors délais
  - Les P3-P4 ne seront jamais vus, sauf lorsque la condition de l'usagers se détériore et devient P1 ou P2

Attente d'un service Ergothérapie à domicile 2023-2024 (P12) Total provincial					
Niveau de priorité	Usagers en attente	Usagers nouvellement assignés	Assignation > délai prescrit	Délai moyen en jour	Délai médian en jour
P1 ≤ 2 jrs	323	114	293	147	67
P2 ≤ 10 jrs	2 835	822	2 401	157	87
P3 ≤ 30 jrs	6 072	1 021	4 970	201	142
P4 ≤ 90 jrs	5 000	551	3 618	256	185
Total	14 371	2 511	11 282	219	144



Source : Power BI – Centre d'activité 7161 – Ergothérapie à domicile



# 1.3 Résumé de la collecte de données

## Établissements partenaires

**6 établissements**

- CIUSSS Capitale-Nationale
- CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS Est-de-l'Île-de-Montréal
- CIUSSS Estrie CHUS
- CISSS Montérégie-Ouest
- CISSS Outaouais

## CLSC visités

**14 CLSC**

- Limoilou, Haute St-Charles, Haute-Ville, Portneuf et Ste-Foy
- Jeanne-Mance, Verdun
- De l'Est, O-Guimond, Rivières Prairies, St-Léonard
- Magog
- Châteauguay
- Gatineau

## Journées d'observations

**38 jours**

- 8 observateurs sur le terrain
- Du 17 janvier au 8 février 2024
- 48 semaines de calendrier reçues
- Plus de 1959 activités cliniques et administratives observées

## Ergos

**25 intervenants**

- Observation des tâches quotidiennes reflétant une semaine normale de travail
- Chaque intervenant a été jumelé à un observateur

## Entrevues post-observations

**6 entrevues**

- 2h d'entrevue de groupe par établissement
- Environ **140 participants**
- Écoute des intervenants sur leurs irritants, gaspillages, opportunités et bons coups

## Sondage aux gestionnaires

**6 répondants**

- Portrait des charges de cas, routes de travail, partenariats et outils informatisés

# 1.3.1 Les outils de collecte

## Grille observations itération 3 Ergo.docx

HEURE : (HH : MM) 09:00		ACTIVITÉ		LOGICIEL	GASPILLAGE \ OPPORTUNITÉ
VOLET COMMUNICATION		VOLET CLINIQUE	VOLET ADMINISTRATIF		
	Appel - Autres (Admin/ Clinique)	En présence de l'utilisateur	Tâches administratives		
	Appel - CH (Admin / Clinique)	En présence du proche aidant	Préparer la route		
	Appel - Intervenant (Clinique)	Évaluation en ergothérapie	Rédaction note au dossier		
	Appel - Médecin (Clinique)	Appro - matériel & Prêt d'équipement	Saisie des statistiques		
	Appel - Proche aidant (Clinique)	Démarches et discussion clinique/usager	Rencontre administrative		
	Appel - Usager (Clinique)	Rédaction du PI	Saisie des statistiques		
x	Message vocal (Administratif)	Rédaction du rapport d'évaluation d'ergo	Lecture et réponse de courriel		
	Pause/Dîner	Rédaction OCCI/OEMC	Autre : décrire l'activité ci-dessous		
	Fin de journée	Rencontre clinique /interdisciplinaire	Inconnu/Ne s'applique pas		
LIEU DE L'ACTIVITÉ		DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ			
	CLSC (Bureau)	Prise des messages de la messagerie vocale			
	CHSLD				
	Domicile usager				
	RPA - RI				
	Hôpital				
	Déplacement				
	Autre				
	Ne s'applique pas				

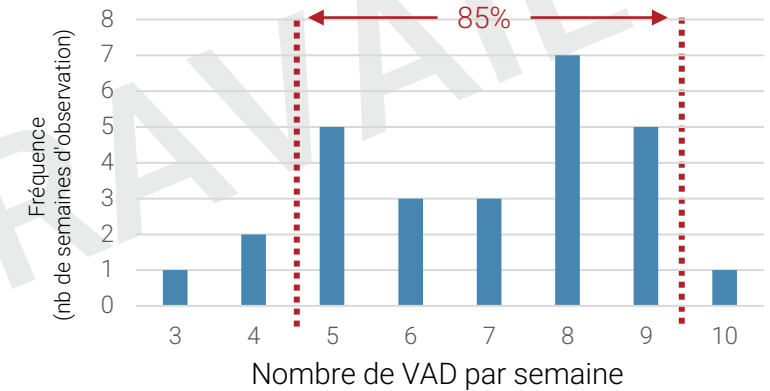
## Compilation observations Ergo - version originale.xlsm

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
Date d'observation	Établissement	Titre d'emploi	Observateur	Nom de l'intervenant	Heure	Durée	Lieu	Activité	Logiciel/Outil utilisé	Description	Gaspillage/opportunité
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	8:15	0:50	CLSC (Bureau)	Inconnu/Ne s'applique pas		Accueil, présentation de l'équipe d'ergo et explications du projet VSAD	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:05	0:05	CLSC (Bureau)	Démarches et discussion clinique/usager	Document papier	Prends connaissance d'une nouvelle demande de services	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:10	0:02	CLSC (Bureau)	Tâches administratives	Citrix, SIC Plus, Outlook	Ouverture des systèmes	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:12	0:02	CLSC (Bureau)	Lecture et réponse de courriel	Outlook	Rédige courriel de rappel pour le médecin qui n'a pas bien complété le formulaire pour une demande de marchette défrayée par le RAMQ	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:14	0:02	CLSC (Bureau)	Appro - matériel & Prêt d'équipement	Outlook	Rédige demande de marchette défrayée par le RAMQ	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:16	0:04	CLSC (Bureau)	Rédaction note au dossier	SIC Plus	Rédige note au dossier pour le rappel pour le médecin	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:20	0:05	CLSC (Bureau)	Appro - matériel & Prêt d'équipement	Formulaire papier	Complète demande de prêt d'équipement long terme	Opportunité: assistant en réadaptation (s'occupe de rencontrer à domicile l'utilisateur faire signer les formulaires de demande d'équipement RAMQ. L'Ontario ont des as de l'ergothérapeute et du physiothérapeute formation collégiale
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:25	0:04	CLSC (Bureau)	Rédaction note au dossier	Word, SIC Plus	Utilise des gabarits de notes monté sur Word, fait copie collé dans SIC Plus	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:29	0:01	CLSC (Bureau)	Tâches administratives	Imprimante	Numérisation des demandes de prêts	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:30	0:05	CLSC (Bureau)	Appro - matériel & Prêt d'équipement	Formulaire papier	Complète demande de prêt d'équipement	Gaspillage: pourrait être complété par age
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:35	0:05	CLSC (Bureau)	Appel - Autres (Admin/ Clinique)	Téléphone	Reçoit appel agente adm. du prêt d'équipement	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:40	0:02	CLSC (Bureau)	Rédaction note au dossier	SIC Plus	Poursuit complétion de la note au dossier usager pour le prêt d'équipement	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:42	0:03	CLSC (Bureau)	Tâches administratives	Imprimante	Numérisation des demandes de prêts d'équipements	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:45	0:01	CLSC (Bureau)	Rencontre administrative	Outlook	Envoie demandes de prêts numérisés de prêts d'équipements au programme AVD-AVQ	
2024-01-30	CISSS de l'Outaouais	Ergothérapeute	Marie-Claude Brunell	Amélie Laverdière	9:46	0:02	CLSC (Bureau)	Démarches et discussion clinique/usager	SIC Plus	Première visite : vérification des informations au dossier de l'utilisateur	

# 1.4 Ergothérapeutes : Exemple planification d'horaire

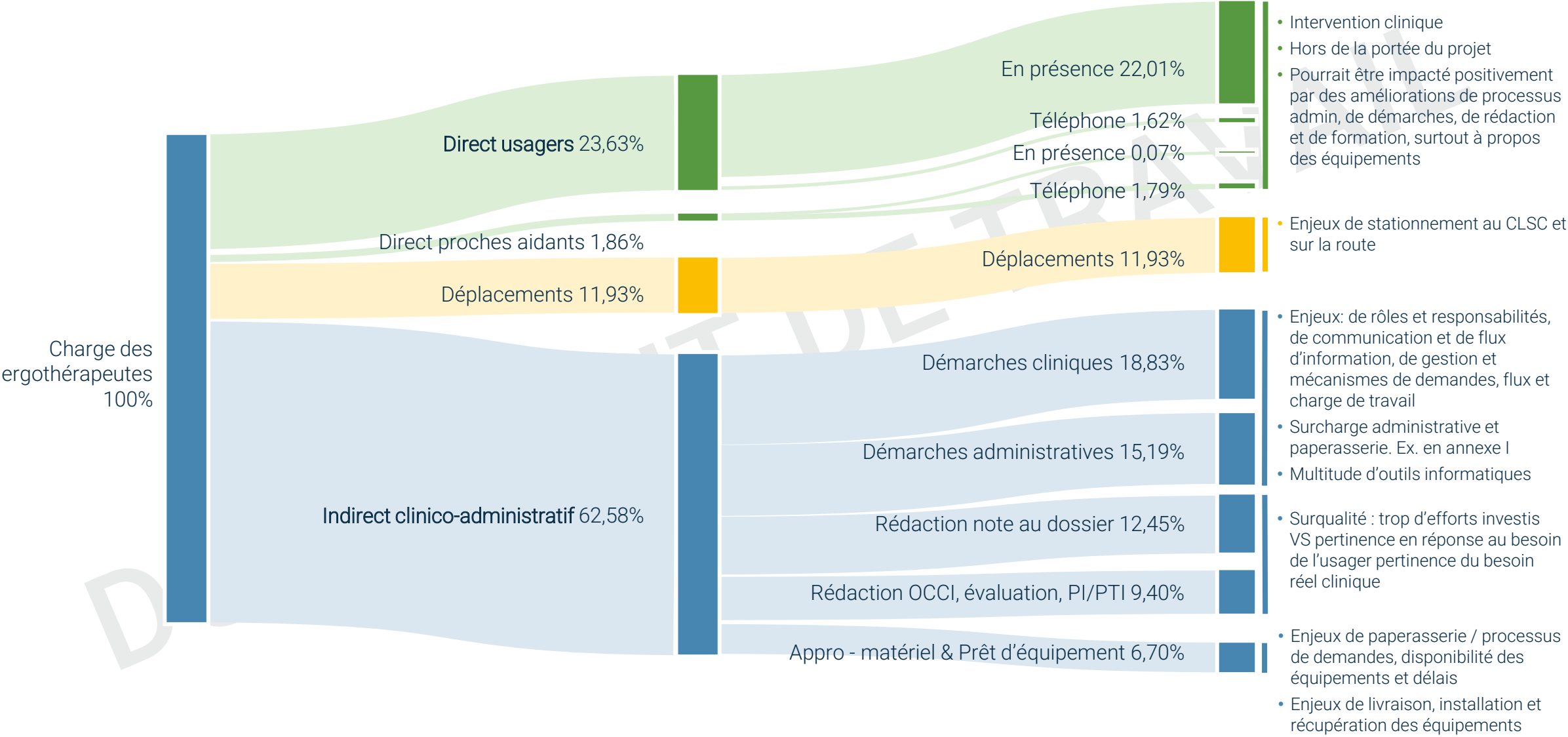
	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
8:00	Planification	Planification	Tenue de dossier (Notes au dossier, Évaluation, Statistiques)	Planification	Démarches et suivis pour usager
9:00		Visite à domicile		Rencontre clinique	
10:00	Visite à domicile		Visite à domicile	Tenue de dossier (Notes au dossier, Évaluation, Statistiques)	
11:00	Démarches et suivis pour usager	Démarches et suivis pour usager	Visite à domicile		Visite à domicile
12:00	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner	Dîner
13:00	Tenue de dossier (Notes au dossier, Évaluation, Statistiques)	Démarches et suivis pour usager	Démarches et suivis	Démarches et suivis	Tenue de dossier (Notes au dossier, Évaluation, Statistiques)
14:00			Rencontre d'équipe	Visite à domicile	
15:00				Visite à domicile	
16:00			Démarches et suivis pour usager	Démarches et suivis pour usager	
17:00					

- L'ergothérapeute planifie environ 7 visites à domicile par semaine (n=27 semaines complètes)

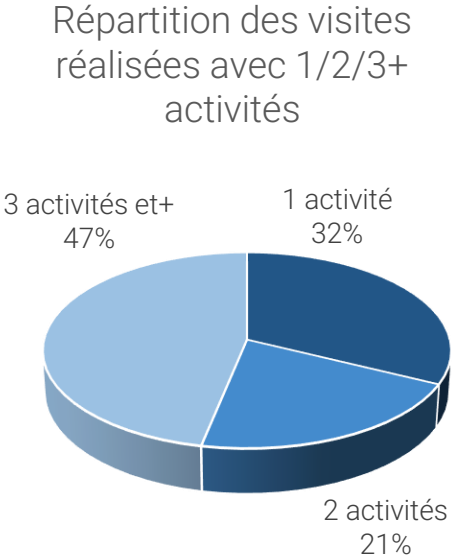


- 85% des horaires recensés présentent 5 à 9 visites par semaine
- L'ergothérapeute peut avoir des rencontres d'équipes interdisciplinaires et des rencontres de cogestion dispersées dans sa semaine
- L'ergothérapeute se réserve également du temps de bureau pour :
  - Faire ses démarches et suivis pour l'utilisateur
  - Faire sa tenue de dossier
    - Entrecoupée de démarches et suivis
- L'ergothérapeute limite le nombre de visites à domicile afin de planifier suffisamment de temps pour compléter son travail de bureau

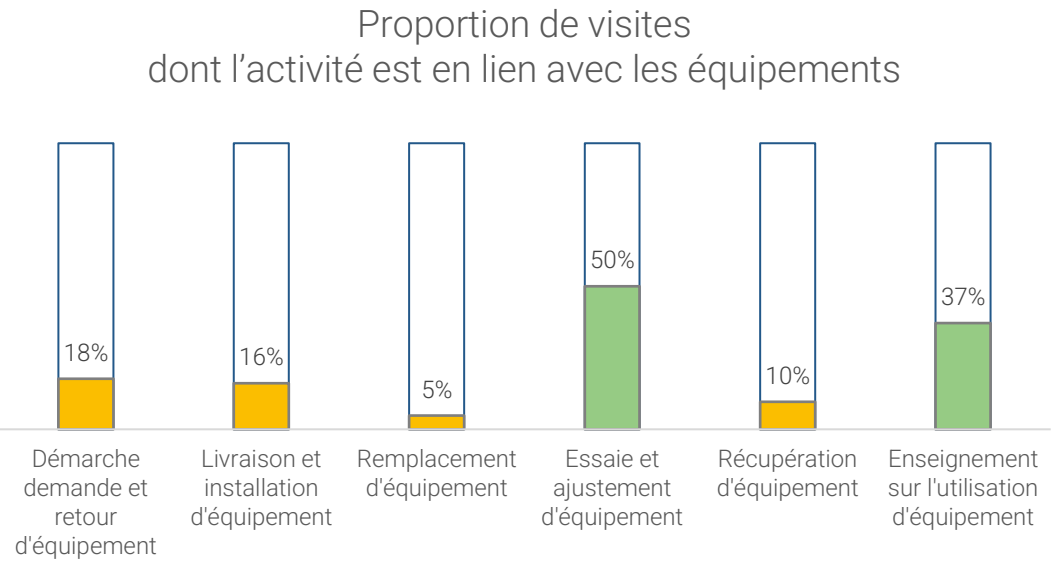
# 1.5 Dispersion de la charge de travail



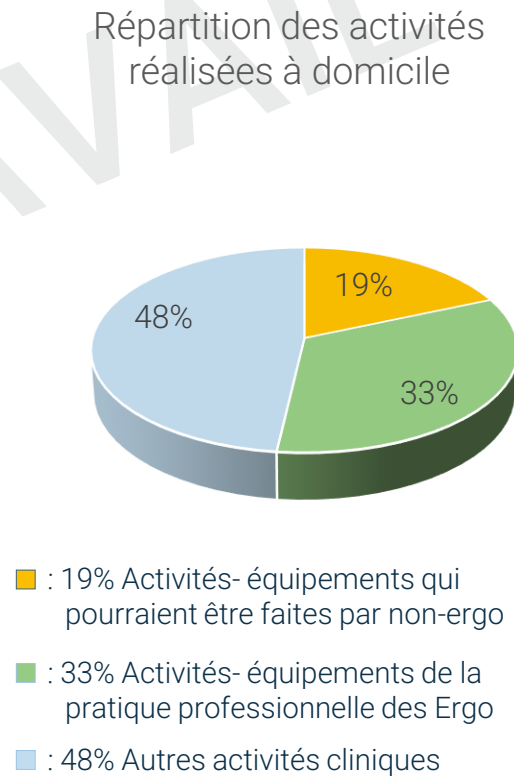
# 1.6 Portrait des visites et des activités réalisées



- : nb visites avec 1 activité ( Total=20 )
- : nb visites avec 2 activités ( Total=13 )
- : nb visites avec 3 activités ( Total=29 )



- En général, dans 68% des visites, l'ergothérapeute se déplace pour les activités liées aux équipements :
- Dans les visites pour 1 activité, 40% des visites liées aux équipements;
  - Dans les visites pour 2 activités, 62% des visites liées aux équipements;
  - Dans les visites pour 3 activités et plus, 90% des visites liées aux équipements;



## 2. Problématiques identifiées

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 2.1 Problématiques identifiées

### Problème 1 – Manque d’efficacité dans la réponse au besoin, même pour les demandes simples

- Les usagers demeurent sur la charge de cas de l’ergothérapeute, même lorsque l’épisode de services d’ergothérapie est terminé.
- Peu de sortie d’usager, peu de nouvelle prise en charge (peu d’extrait, peu d’intrait)
- Longue liste d’attente; les P3 et les P4 ne sont jamais vus
- La productivité du système et des services en Ergothérapie est nettement insuffisante pour rencontrer la demande de services et les besoins sur les listes d’attentes.

### Problème 2 - Les activités clinico-administratives sont chronophages

- Démarches administratives et cliniques, rédaction notes et rapports d’évaluation
- Trop de temps passé à faire des activités administratives à valeur non ajoutée pour l’usager

### Problème 3 - Le processus d’équipement est complexe et les délais sont longs

- Financements multiples, activités d’approvisionnement, etc.
- Obtenir l’équipement est compliqué pour les ergothérapeutes

### 3. Constats et recommandations

DOCUMENT DE TRAVAIL



# 3.1 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 ont 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

## 3.2 Activités clinico-administratives chronophages

### PROBLÈME 2

Trop de temps est passé à faire des activités clinico-administratives à valeur non ajoutée pour l'usager

Démarches clinico-administratives : **33,69 %**

Rédaction de notes et évaluation : **21,85 %**

### CONSTATS

L'ergo passe l'équivalent de la moitié des heures de visites à rédiger les notes évolutives au dossier (12.45%)

En accord avec Brousseau (2020), les ergos traînent encore le vestige historique de la conception de dresser un tableau complet de l'autonomie de la personne, notamment l'évaluation globale physique et environnementale lorsque le besoin d'intervention est spécifique

La rédaction de notes détaillées et complètes est guidée par les exigences de l'Ordre, la gestion du risque et la formation universitaire

Une grande partie du travail administratif est causée par les exigences législatives, les processus organisationnels et les outils bureaucratiques des différentes entités (MSSS, les établissements de santé, les demandeurs de services et les agents payeurs)

### RECOMMANDATIONS

#### R12\* – Rédaction de la note évolutive axée sur la pertinence clinique

- Rédaction de notes pertinentes, concises et précises

*Écrire moins en ergothérapie invite aussi à se remettre en question et à avoir confiance en ses compétences pour rester centré sur le client et ses occupations. (source: Brousseau, 2020).*

#### R04\* – Utiliser l'IA pour la transcription vocale

- Accélérer la prise de note via l'intelligence artificielle – projet en cours de préparation

#### R26 – Recentrer le rôle de l'ergothérapeute autour des soins en ergothérapie

- Focus sur la dispensation des soins et services en ergothérapie SAPA
- Retrait des fonctions pivot SAPA

\* : Recommandation reconduite des itérations précédentes

# 3.3 Processus d'équipement complexe - Financement.....

PROBLÈME 3	RECOMMANDATIONS
<p>Obtenir l'équipement est compliqué pour les ergothérapeutes, tant au niveau du financement que de l'approvisionnement. Les délais sont trop longs pour l'utilisateur, allant jusqu'à 8 mois.</p> <p>Appro - Matériel &amp; Prêt d'équipement : <b>6,70 %</b></p> <p><b>CONSTATS</b></p> <p>Manque de confiance au jugement clinique et professionnel :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Beaucoup de justifications demandées par les agents payeurs (ex : formulaires de 20 pages pour le programme d'attribution de triporteurs et quadriporteurs)</li><li>• Le Dx du médecin est toujours demandé même si le retrait du billet médical a été entériné par l'Ordre des médecins</li><li>• Nombreuses demandes d'exception selon les observations terrain</li></ul> <p>Le financement des équipements est complexe et se fait en fonction :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• du type de clientèle / programme /DX / profil Iso-SMAF</li><li>• des 21 programmes publics, du seuil de financement et des agents payeurs (MSSS, RAMQ, IRDPQ, IUCPQ, Aide sociale, PAD, IUCPQ, SAAQ, Revenu Canada, Municipalités, SHQ, CNESST, etc.)</li><li>• Le financement partiel nécessite souvent de trouver deux agents payeurs</li><li>• Balises datent de 2003-2004, listes d'aide-techniques ne sont plus à jour, menant à des démarches additionnelles pour des demandes d'exception</li><li>• Les programmes ne semblent pas adaptés à la clientèle SAPA, qui a des besoins évolutifs, contrairement à la clientèle DP</li></ul>	<p> <b>R27 – Réinstaurer l'autonomie professionnelle dans les processus d'allocation de financement des équipements et des aides techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retrait de l'exigence du diagnostic dans les formulaires de demande en informant les agents payeurs du droit de prescrire des aides à la mobilité par les ergothérapeutes et s'assurer d'une mise à jour des formulaires à cet effet</li></ul>

## 3.4 Processus d'équipement complexe - Appro

### PROBLÈME 3

Obtenir l'équipement est compliqué pour les ergothérapeutes, tant au niveau du financement que de l'approvisionnement. Les délais sont trop longs pour l'utilisateur

Ex:

Délai déambulateur: **8 mois**

Délai fauteuil roulant adapté: **3 mois**

### CONSTATS

Plusieurs démarches administratives et suivis sont nécessaires par les Ergos pour obtenir l'équipement

- recherche de prix et comparaisons web
- demande d'achat d'équipement au Service d'aide technique/Approvisionnement
- multiplication des suivis pour la livraison

Manque de planification de l'inventaire et des achats

- les équipements ne sont pas disponibles lorsque l'ergo en a besoin
- l'inventaire est difficile à suivre

Pour compenser l'absence d'équipements au moment requis, des mesures temporaires doivent être mises-en-place afin d'assurer la sécurité de l'utilisateur

- Préposé aux bénéficiaires pour aider l'utilisateur dans ses manœuvres lorsque les équipements ne sont pas installés (ex: les aides-techniques de la salle de bain (planche de bain, support de bain, etc.)
- Prêt d'équipement temporaire générant des visites et des suivis supplémentaires pour l'installation et la récupération

Le reconditionnement / réutilisation des aides-techniques n'est pas une généralité dans les parcs

### RECOMMANDATIONS

#### R28 – Faire un diagnostic sur les processus d'approvisionnement et les programmes de financement

- Diagnostiquer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA
- Diagnostiquer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien

#### R28 DEVIENT:

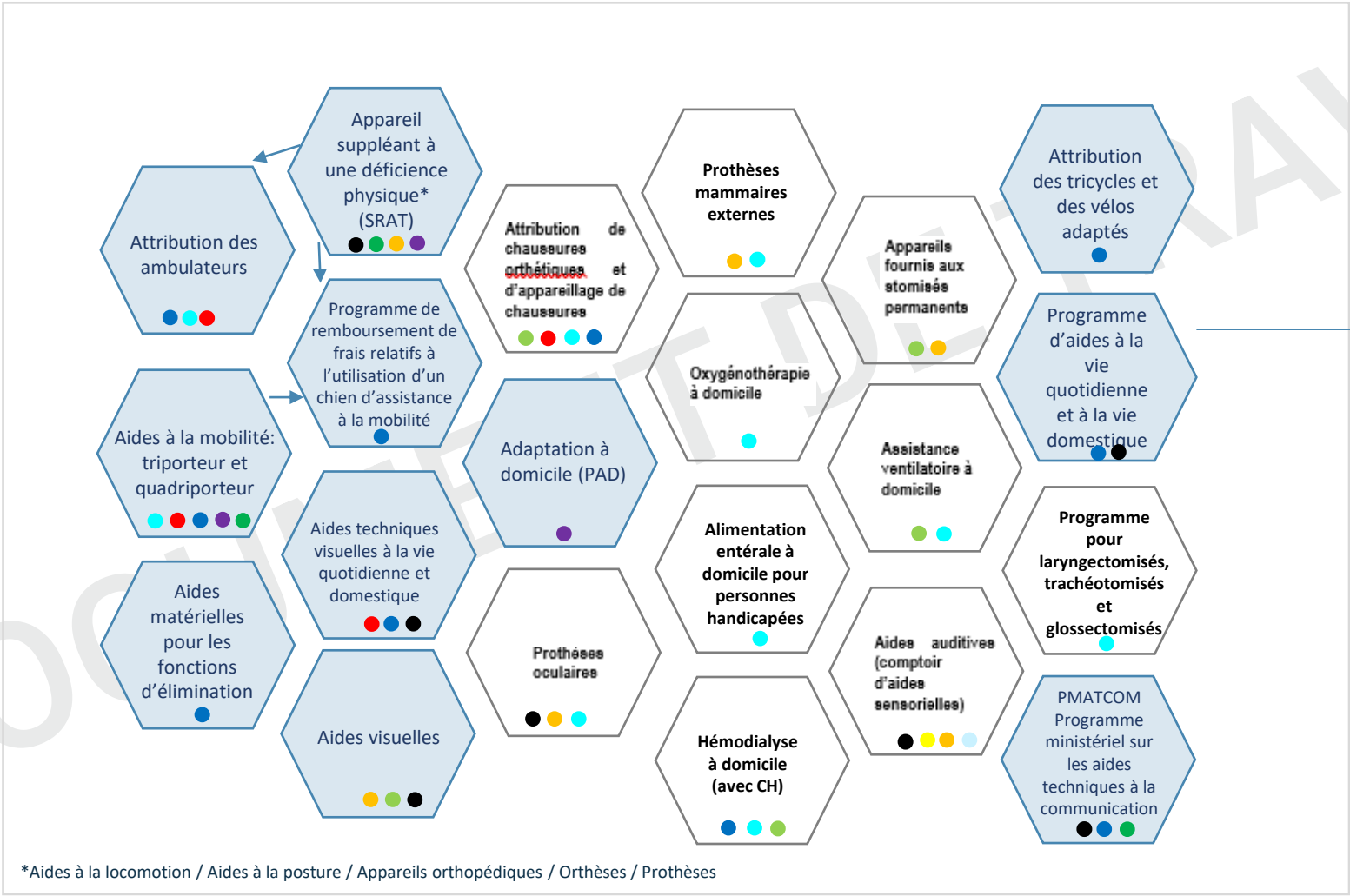
R28- Évaluer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA

R29- Améliorer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien

# Écosystème des 21 prog. d'aides-tech.



## FINANCEMENTS

- Anciens combattants
- SAAQ
- CNESST
- IVAQ
- MSSS
- DGAPA (MSSS)
- RAMQ
- SHQ – Société de l’habitation du Québec
- Centres de réadaptation
- CH/Md
- MESS – ministère de l’Emploi et de la solidarité sociale (aide-sociale)
- ☒ Crédits d’impôts (frais médicaux et maintien autonomie aîné)





\*Comité composé d'ergothérapeutes. Les aides techniques qui y sont abordées sont celles non couvertes par la RAMQ. Ce sont donc principalement les aides techniques nécessaires au maintien à domicile, aux soins, à l'autonomie et à la sécurité des bénéficiaires. Information et échange clinique / Formation et diffusion / Éthique

## 3.5 Sommaire des nouvelles recommandations

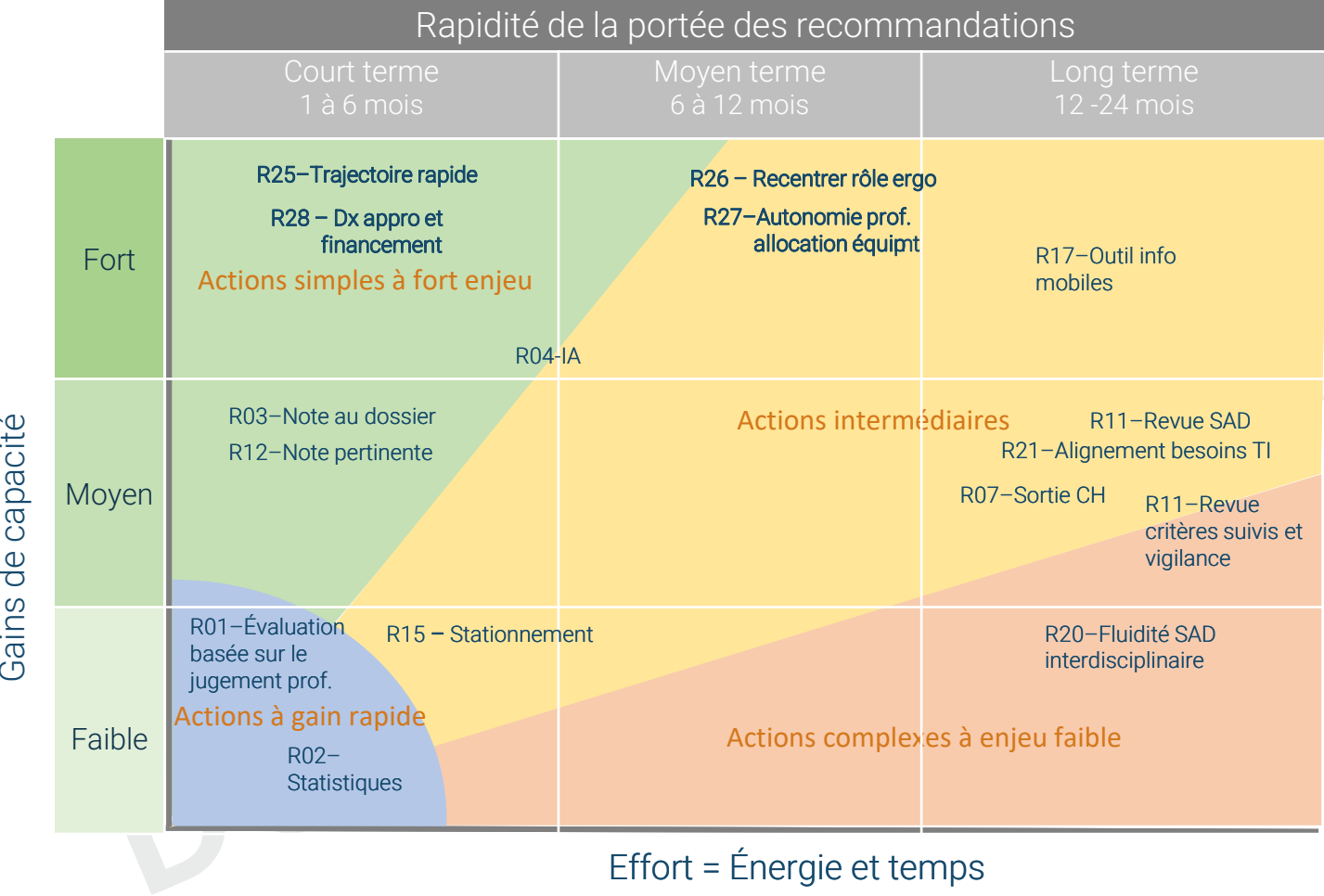
 Création de capacité	 Optimisation des services
Itération 3	Itération 3
<p>Court terme</p> <p><b>R25 – Création de trajectoires de services d'intervention rapide pour réduire les risques, favoriser l'autonomie et le maintien à domicile de l'utilisateur</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Créer une équipe de services d'intervention rapide (traité-terminé)</li><li>• 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)</li><li>• Inventaire de base d'aide technique disponible pour les besoins immédiats</li><li>• Développer des activités de groupe en prévision de besoins d'adaptation. Ex: Clinique de fauteuil roulant, en amont de chirurgie (PTG et PTH)</li></ul> <p><b>R28 – Faire un diagnostic sur les processus d'approvisionnement et les programmes de financement</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diagnostiquer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA</li><li>• Diagnostiquer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien</li></ul>	<p>Moyen et long terme</p> <p><b>R26 – Recentrer le rôle de l'ergothérapeute autour des soins en ergothérapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Focus sur la dispensation de soins et services en ergothérapie</li><li>• Retrait des fonctions pivot SAPA</li></ul> <p><b>R27 – Réinstaurer l'autonomie professionnelle dans les processus d'allocation de financement des équipements et des aides techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Retrait de l'exigence du diagnostic dans les formulaires de demande en informant les agents payeurs du droit de prescrire des aides à la mobilité par les ergothérapeutes et s'assurer d'une mise à jour des formulaires à cet effet</li></ul>

## 3.6 Recommandations reconduites

 Création de capacité	 Optimisation des services
Itérations 1- 2 et 3	Itérations 1- 2 et 3
<p><b>Court terme</b></p> <p><b>R01 – Évaluation basée sur le jugement professionnel toutes trajectoires – En cours</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Laisser à l'intervenant le choix de l'outil OCCI à utiliser : SMAF et plus, au besoin</li><li>• Retirer les obligations reliées aux mises-à-jour, selon le jugement professionnel</li><li>• Mise-à-jour lorsqu'il y a changement dans la condition de l'utilisateur</li><li>• Statuer sur les modalités pour les demandes d'hébergement</li></ul> <p><b>R03 – Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier – En cours</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Développer un guide des meilleures pratiques de la tenue de dossier</li></ul> <p><b>R04 – Utiliser l'IA pour la transcription vocale – En cours</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Accélérer la prise de note via l'intelligence artificielle</li></ul> <p><b>R12 – Rédaction de la note évolutive axée sur la pertinence clinique</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Assujettir / Balancer les requis administratifs avec la gravité de la demande</li></ul> <p><b>R15 – Faciliter le stationnement – En cours</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Parce que la voiture est un requis pour le travail, les intervenants du SAD devraient avoir priorité dans l'attribution des vignettes au CLSC</li><li>• Entente avec les villes pour des vignettes de stationnement</li></ul> <p><b>Moyen terme</b></p> <p><b>R17 – Outils informatiques mobiles</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Remplacer l'ordinateur par une tablette connectée</li><li>• Remplacer le téléphone de bureau par le cellulaire avec données</li></ul>	<p><b>Moyen et long termes</b></p> <p><b>R07 – Optimiser le processus de sortie du CH</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Revoir le processus de planification des sorties de l'hôpital</li><li>• Optimiser les déplacements et les sorties de l'hôpital</li></ul> <p><b>R10 – Revue stratégique du SAD</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Statuer sur les priorités de clientèles et de résultats dans un contexte de ressources limitées</li><li>• Statuer sur la clientèle cible et les limites de services par usager</li></ul> <p><b>R11 – Revue des critères de suivis et vigilance</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Clarifier les critères de suivi et d'assignation d'un intervenant pivot auprès d'un usager (stabilité, risque de décompensation, etc.)</li><li>• Revoir la notion d'épisode de service incluant les critères de vigilance</li><li>• Questionner la pertinence de la notion de gestion du risque</li><li>• Revoir les requis pour « forcer » un hébergement</li></ul> <p><b>R20 – Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Modélisation des niveaux de services requis pour l'utilisateur pour chaque type d'intervenant</li><li>• Création des cellules de travail interdisciplinaires balancées avec une fluidité et une agilité des processus</li><li>• Implantation de mécanismes de gestion des inventaires et redistribution de la capacité</li></ul> <p><b>R21 – Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Définir/actualiser les processus de gestion de la demande, référence, charge de cas, flux de travail et d'information pour supporter les démarches cliniques, les suivis et démarches administratives</li></ul>



# 3.7 Matrice des recommandations



**Recommandations**  
**Court terme**  
R01 – Évaluation basée sur le jugement professionnel toutes trajectoires  
R02 – Amélioration de la pertinence des statistiques  
R03 – Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier  
R04 – Utiliser l’IA pour la transcription vocale  
R12 – Rédaction de la note évolutive axée sur la pertinence clinique.  
R15 – Faciliter le stationnement  
**R25 – Création de trajectoires de services d’intervention rapide pour réduire les risques, favoriser l’autonomie et le maintien à domicile de l’usager**  
**R28 – Faire un diagnostic sur les processus d’approvisionnement et les programmes de financement**

**Moyen et long terme**  
R07 – Optimiser le processus de sortie du CH  
R10 – Revue stratégique du SAD  
R11 – Revue des critères de suivis et vigilance  
R17 – Outils informatiques mobiles  
R20 – Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire  
R21 – Alignement/ajustement des besoins d’affaires TI basé sur les observations  
**R26 – Recentrer le rôle de l’ergothérapeute autour des soins en ergothérapie**  
**R27 – Réinstaurer l’autonomie professionnelle dans les processus d’allocation de financement des équipements et des aides techniques**

Légende:  
Recommandations reconduites **Nouvelles recommandations (en gras)**



## 4. Échéanciers et prochaines étapes

DOCUMENT DE TRAVAIL

## 4.1 Diagnostic itération 3.1 : Sélection du corps d'emploi

Itération 3.1

	ETC	% Heures indirectes	Usagers attente ≥ délai prescrit	Délai d'attente médian P1	Résultat pondéré	Priorité
<i>Pondération</i>	40%	30%	20%	10%	100%	
Services psychosociaux	3 150	76%	18 048	44	81%	1
Soins infirmiers (inf. & inf. aux.)	4 590	61%	2 898	18	69%	2
Ergothérapie	1 010	70%	11 619	134	59%	3
Physiothérapie	950	70%	9 488	72	52%	4
Nutrition	200	70%	3 718	64	38%	5
Inhalothérapie	340	70%	499	31	33%	6

Pour la suite:

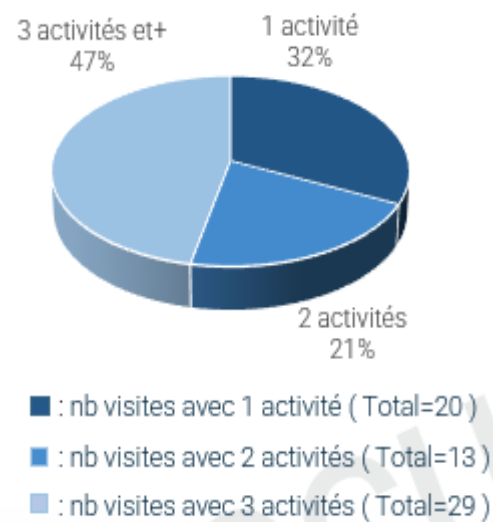
- Nous ne recommandons pas de poursuivre avec les physiothérapeutes compte tenu de la capacité limitée du RSSS
- Nous recommandons de poursuivre avec la livraison des recommandations transversales pour tous les titres d'emploi des professionnels de SAD, notamment pour les R01, R02, R03, R04 et R12
- Et de poursuivre avec les ergothérapeutes en itération 3.1, afin de créer de la capacité en lien avec le processus d'équipement qui est complexe et les délais qui sont longs. En effet, dans 68% des visites à domicile, l'ergothérapeute se déplace notamment, pour les activités liées aux équipements, la réalisation d'un diagnostic sur les processus d'approvisionnement et les programmes de financement s'avère tout indiqué.

# Annexe I: Démarches administratives – Liste d'exemples.....

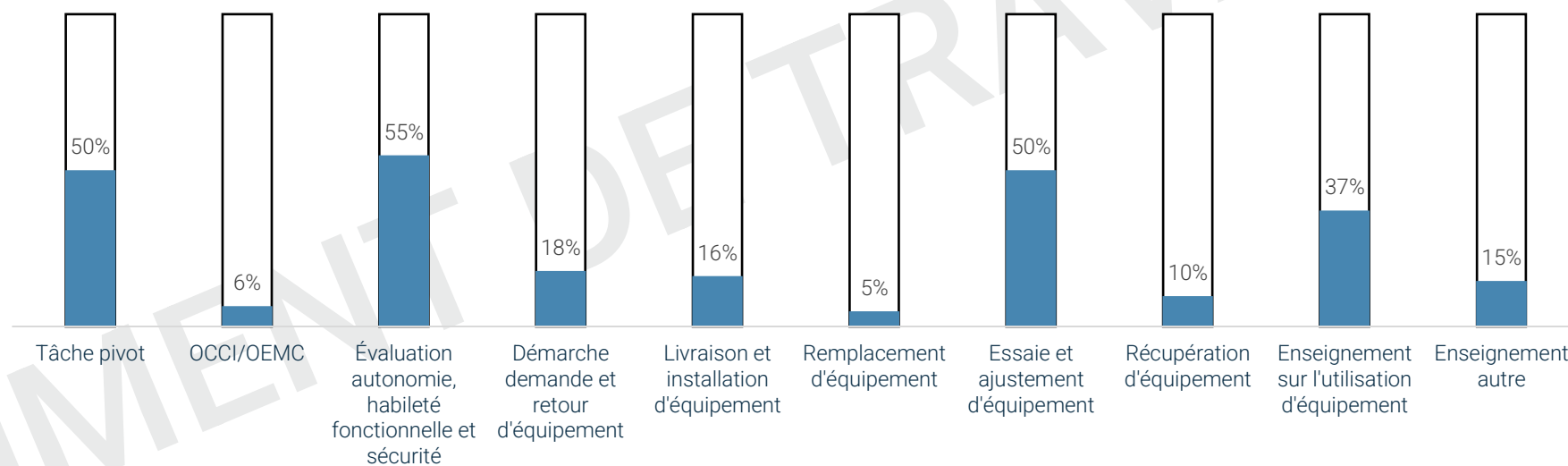
1. Chercher et compléter des formulaires
2. Imprimer, numériser, envoyer les formulaires
3. Gérer la charge de cas (nouvelle demande et fermeture)
4. Planifier l'horaire des VAD – préparer la route
5. Lire, rédiger et envoyer les courriels
6. Lire, rédiger et envoyer les textos
7. Compléter feuille de temps et frais de déplacements

# Annexe II: Portrait des visites et des activités réalisées

Répartition des visites réalisées avec 1/2/3+ activités



Activités réalisées lors des visites à domicile



# Annexe III Cadre de gestion prog. petits équipements

## Appareils pour le soutien à domicile et Aides techniques aux AVQ-AVD

Source: Cadre de gestion des programmes des petits équipements (MSSS, MAJ 2023)

**Contexte:** pour supporter la politique de soutien à domicile: Chez soi le premier choix, qui elle vise à accroître les services offerts à domicile aux personnes qui en ont besoin et ainsi diminuer la liste d'attente pour ces services. Cette démarche s'inscrivait aussi dans les efforts du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour réduire les recours non appropriés aux urgences et les séjours en milieu hospitalier, tout en permettant aux personnes d'obtenir les soins dont elles ont besoin chez elles.

**Financement :** réservé à l'acquisition d'appareils et d'aides techniques sur une base non récurrente. Il vise à permettre aux établissements de renouveler ou bonifier leur banque d'équipements pour répondre aux besoins des clientèles à domicile. Afin d'obtenir des tarifs compétitifs pour l'acquisition d'appareils ou d'aides techniques, les établissements sont invités à se servir de leur pouvoir d'achat en tant que réseau et à faire appel aux corporations d'achats en commun. Les critères de répartition financière ont été déterminés à partir des indices populationnels et des besoins de chaque région. Pour ce qui est de la répartition entre les deux volets, elle est de la responsabilité des établissements de la déterminer en fonction de leurs besoins.

**Modalités :** Le financement autorisé permet l'acquisition ou le renouvellement d'appareils ou d'aides techniques d'une **valeur de 300 \$ ou plus**. Puisqu'il s'agit d'un financement sous forme d'autorisation d'emprunt, il est important de respecter cette directive. Les aides techniques sont prêtées sur une base court terme (trois mois et moins), renouvelable, aux personnes visées par la politique de soutien à domicile. Ces aides techniques sont valorisables (récupération, nettoyage, remise à neuf et réattribuée). Le CAG émet des ententes de groupe couvrant les AVD-AVQ demandées par les établissements.

**Clientèles :** Les clientèles admissibles au programme des petits équipements de soutien à domicile sont celles étant admissibles aux services de soutien à domicile, en conformité avec la Politique de soutien à domicile « Chez soi : Le premier choix » et dont le besoin de soutien technique ne peut être répondu par autre programme.

Note: Toute demande d'ajout d'équipement au présent cadre de gestion doit être adressée à [josee.chouinard@msss.gouv.qc.ca](mailto:josee.chouinard@msss.gouv.qc.ca)

# Annexe IV: Sondage aux gestionnaires - Résultats

## Q1 – Q3 : Information sur les répondants

- 6 établissements - 6 répondants : Directeur adjoint SAPA, Chefs de programme et coordonnateurs

## Q4 – Q7 : Portrait de la charge de cas des ergothérapeutes SAD

- Médiane de 35 (entre 17 et 48) charges de cas par ergo.

## Q8 – Q12 : Portrait des routes de travail des ergothérapeutes SAD

- 50% des routes sont réparties par secteur – territoire. Chez la majorité des établissements, les ergothérapeutes s'assignent de façon autonome les nouvelles charges de cas selon leur capacité.
- Multiples outils de suivi de la charge de cas : OGCC, ARPO, I-CLSC, Outils maison (Excel), TBG...

## Q13 – Q14 : Portrait de la collaboration et partenariat

- Référence inter établissement ou interne; Rencontres interdisciplinaires; Référence inter-établissement; Procédures de référencement selon les différents guichets; Ressources communautaires.

## Q15 – Q18 : Portrait des démarches réalisées par les ergothérapeutes pour l'usager du SAD

- Ententes/Liaisons avec CH, Centre de réadaptation, Médecin de famille...

## Q19 – Q24 : Portrait des divers systèmes informatisés au SAD

- Multiples outils de suivi de liste d'attente en ergos: I-CLSC, Excel, Arpo, SharePoint, Oasis, Myle, Horaire plus...
- Les délais sont calculés en fonction du cadre normatif avec les 4 niveaux de priorité.

## Q25 : Idées d'amélioration

- Utilisation de la technologie au service des ergothérapeutes tel que la dictée pour la rédaction des rapports et note d'évolution, la compilation automatique de Stat suite à la rédaction d'une note.
- Diminution de la charge administrative (documents à compléter, dédoublement d'informations)
- Allègement de la paperasse à compléter pour l'accès aux services et aux subventions
- Soustraire les ergothérapeutes du rôle d'intervenant pivot et privilégier les activités disciplinaires spécifiques aux ergothérapeutes
- Simplifier le processus d'acquisition et divers programmes des équipements ainsi que l'accès aux subventions et aux équipements
- Que les fournisseurs et programmes régionaux assurent la livraison, le transport et l'assemblage des équipements ainsi que la récupération des équipements
- Privilégier l'autonomie professionnelle de l'ergothérapeute et avoir l'accès au médecin de famille
- Représentation auprès de l'OEQ pour alléger les normes de tenue de dossier



# Proposition de répartition des recommandations entre Santé Québec et le MSSS

Responsabilité	Recommandations/Composantes	Itération	Réalisation	Commentaires
MSSS - DGAPA	R01- Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant	Transversal	Court terme	On termine à la DGAPA
MSSS - DGAPA	R02- Amélioration de la pertinence des statistiques	Transversal	Court terme	On termine à la DGAPA
Santé Québec	R03- Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier	Transversal	Court terme	<b>TERMINÉ</b>
MSSS - DGPSP	R04- Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale	Transversal	Court terme	DAIA: preuve de concept et pilote. Transfert à Santé Québec pour le déploiement RSSS
Santé Québec	R05- Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques	Transversal	Moyen terme	Transfert de dossier à planifier avec Santé Qc
MSSS - DGAPA	R06- Révision des modalités du CES	Itération 1	Moyen terme	Travaux en cours à la DGAPA, hors chantier VSAD
Santé Québec	R07- Optimiser le processus de sortie du CH	Transversal	Moyen terme	
Santé Québec	R08- Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes	Itération 2	Long terme	
Santé Québec	R09- Créer une trajectoire SAD en santé mentale	Itération 1	Long terme	
MSSS - DGAPA	R10- Revue stratégique du SAD	Transversal	Long terme	Travaux en cours à la DGAPA, hors chantier VSAD
Santé Québec	R11- Revue des critères de suivis et vigilance	Transversal	Long terme	
MSSS - DGPSP	R12- Prise de note axée sur la pertinence clinique	Transversal	Moyen terme	Travaux en cours, Santé Qc participe aux travaux
MSSS - DGAPA	R13- Orientation visant à faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF	Transversal	Long terme	Termine le pilote, partage les résultats et si positif, Santé Québec pour déploiement RSSS
Santé Québec	R14- Élimination du FAX	Transversal	Court terme	
MSSS - DGPSP	R15- Orientation visant à faciliter le stationnement	Transversal	Moyen terme	En cours avec AMD de Montréal
Santé Québec	R17- Outils informatiques mobiles	Itération 2	Moyen terme	
MSSS - DGAPA	R18- Orientation visant à optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels	Itération 2	Terminé	Poursuite de l'accompagnement via TEAMS pour soutenir les équipes dans leurs questionnements.
MSSS - DGAPA	R19- Orientation visant l'utilisation des ordonnances collectives	Itération 2	Court terme	
Santé Québec	R20- Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire	Transversal	Long terme	
Santé Québec	R21- Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations	Itération 2	Long terme	
MSSS - DGAPA	R22- Révision du continuum ambulatoire	Transversal	Long terme	Consigne par DGAPA, appliquer par Santé Québec
Santé Québec	R25- Création de trajectoires de services d'intervention rapide	Itération 3	Court terme	Transfert de dossier à planifier avec Santé Qc
MSSS - DGAPA	R27- Réinstaurer l'autonomie professionnelle dans les processus d'allocation de financement des équipements et des aides techniques	Itération 3	Moyen terme	
MSSS - DGPSP	R28- Évaluer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA	Itération 3	Moyen terme	
Santé Québec	R29- Améliorer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien	Itération 3	Moyen terme	



# Vers Santé Québec

Responsabilité	Recommandations/Composantes	Début	Fin	Itération	Commentaires
Santé Québec	R03- Standardisation et simplification de la tenue des notes au dossier	2023-12-10	2024-05-14	Transversal	TERMINÉ
Santé Québec	<b>R05- Recentrer le rôle des professionnels sur les services cliniques</b>	2024-11-08	À déterminer	Transversal	Transfert de dossier à planifier avec Santé Qc -court terme
Santé Québec	R07- Optimiser le processus de sortie du CH	À déterminer		Transversal	
Santé Québec	R08- Créer de la capacité de dépannage via des équipes volantes	À déterminer		Itération 2	
Santé Québec	R09- Créer une trajectoire SAD en santé mentale	À déterminer		Itération 1	
Santé Québec	R11- Revue des critères de suivis et vigilance	À déterminer		Transversal	
Santé Québec	R15- Élimination du FAX	2024-07-01	2026-03-31	Transversal	En cours avec DGTI
Santé Québec	R17- Outils informatiques mobiles	À déterminer		Itération 2	
Santé Québec	R20- Balancement des ressources pour une fluidité SAD interdisciplinaire	À déterminer		Transversal	
Santé Québec	R21- Alignement/ajustement des besoins d'affaires TI basé sur les observations	À déterminer		Itération 2	
Santé Québec	<b>R25- Création de trajectoires de services d'intervention rapide</b>	À déterminer		Itération 3	Transfert de dossier à planifier avec Santé Qc – court terme
Santé Québec	R28- Améliorer le continuum d'approvisionnement en établissement, incluant, gestion d'inventaire, de prêts d'équipements, de livraison, d'installation de récupération et d'entretien en collaboration avec CISSSCA	À déterminer		Itération 3	

# Reste à la DGAPA

Responsabilité	Recommandations/Composantes	Début	Fin	Statut Pilote	Statut RSSS	Itération	Réalisation	Commentaires
MSSS - DGAPA	R01- Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant	2023-11-14	2024-12-20	Terminé	En cours	Transversal	Court terme	On termine à la DGAPA
MSSS - DGAPA	R02- Amélioration de la pertinence des statistiques	2023-11-14	2024-12-20	Terminé	En cours	Transversal	Court terme	On termine à la DGAPA
MSSS - DGAPA	R06- Révision des modalités du CES	2023	À déterminer	Pas de pilote	Non débuté	Itération 1	Moyen terme	Travaux en cours hors VSAD
MSSS - DGAPA	R10- Revue stratégique du SAD	À déterminer				Transversal	Long terme	Travaux en cours hors VSAD
MSSS - DGAPA	R13- Orientation visant à faciliter l'accès des intervenants de santé au SAD à un MdF	2023-11-05	À déterminer	En cours		Transversal	Long terme	Termine le pilote, partage les résultats et si positif, relais à Santé Québec pour déploiement RSSS
MSSS - DGAPA	R18- Optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels	2024-02-01	2024-12-20	Pas de pilote	En cours	Itération 2	Terminé	Accompagnement via un canal TEAMS conçu pour soutenir les équipes dans leurs questionnements. En équipe avec la DSSI du MSSS.
MSSS - DGAPA	R19- Orientation visant l'utilisation des ordonnances collectives	2024-02-01	2024-12-20	Pas de pilote	En cours	Itération 2	Court terme	
MSSS - DGAPA	R22- Révision du continuum ambulatoire	2024-06-15	2024-12-31	Pas de pilote	En cours	Transversal	Long terme	Consigne par DGAPA, appliquer par Santé Québec
MSSS - DGAPA	R27- Réinstaurer l'autonomie professionnelle dans les processus d'allocation de financement des équipements et des aides techniques	À déterminer				Itération 3	Moyen terme	

# Reste à la DGPSP

Responsabilité	Recommandations/Composantes	Début	Fin	Statut Pilote	Statut RSSS	Itération	Réalisation	Commentaires
MSSS - DGPSP	R04- Utilisation de l'Intelligence Artificielle (IA) pour la transcription vocale	2024-09-03	À déterminer	Reporté	Reporté	Transversal	Court terme	DAIA: preuve de concept et pilote. Transfert à Santé Québec pour le déploiement RSSS
MSSS - DGPSP	R12-Prise de note axée sur la pertinence clinique	2024-08-01	2025-02-28	En cours		Transversal	Moyen terme	
MSSS - DGPSP	R15- Orientation visant à faciliter le stationnement	2024-02-14	2025-09-30	N/A	En cours	Transversal	Moyen terme	Avec AMD de Montréal
MSSS - DGPSP	R28- Évaluer l'écosystème du financement des aides techniques pour la clientèle SAPA	À déterminer				Itération 3	Moyen terme	

