

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Sous-ministériat à la performance



Valorisation des activités cliniques SAD

JOURNÉE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ - ÂÎNÉS

Présenté par :

Josée Chouinard, Directrice du soutien à domicile, MSSS

Marc-Nicolas Kobrynsky, Sous-ministre adjoint, MSSS

Isabelle Caron, Coordinatrice de projets stratégiques, Santé Québec

Le 27 mars 2025



**Santé
et Services sociaux**
Québec 

Québec 
Santé Québec

AGENDA

- Contexte et projet VSAD+
- Constats du SAD
- Diagnostics
 - Itération 1- Trajectoire psychosociale
 - Dispersion de la charge de travail
 - Principaux constats
 - Itération 2 – Trajectoire soins infirmiers
 - Dispersion de la charge de travail
 - Principaux constats
 - Itération 3 – Trajectoire d'ergothérapie
 - Dispersion de la charge de travail
 - Principaux constats
- Recommandations
- Mesures et résultats
- Immersion au cœur des équipes de soutien à domicile par Santé Québec

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

 Ce manque de ressources nous contraint à envisager des alternatives au recrutement

Projet VSAD+

- Dans ce contexte, la valorisation des activités clinico-administratives constitue une opportunité à privilégier, puisqu'elle présente un haut potentiel de gain en capacité
- Ainsi, le MSSS s'est engagé dans une démarche de valorisation des activités cliniques en SAD, nommée « Projet VSAD+ »
- Le projet VSAD+ a observé, jusqu'à présent, 3 trajectoires du SAD afin d'émettre des recommandations pour valoriser les processus cliniques :
 - Itération 1 – **Services psychosociaux**
 - Itération 2 – **Soins infirmiers**
 - Itération 3 – **Ergothérapie**

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 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

Sommaire du chantier

Collecte terrain et diagnostic - 7 établissements Visités

Services psychosociaux

Juin à août 2023

13 CLSC

49 jours d'observations

32 intervenants observés

Soins infirmiers

Septembre 2023 à janvier 2024

13 CLSC

53 jours d'observations

37 intervenants observés

Services d'ergothérapie

Janvier à mars 2024

14 CLSC

38 jours d'observations

25 intervenants observés

Recommandations et implantation

6 recommandations

8 recommandations

6 recommandations

Création de capacité et optimisation des services

Constats du SAD



Les sorties de l'hôpital présentent de nombreux enjeux

Des annonces de sorties du CH le jour même, alors que les intervenants ne sont pas avisés
Le CH promet des services SAD que le CLSC ne peut pas toujours livrer dans les conditions ou délais promis



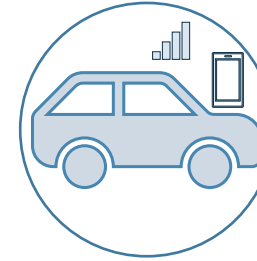
L'accès à un médecin est souvent difficile

Difficultés de rejoindre le médecin de famille et le spécialiste pour les usagers SAD
Plusieurs usagers du SAD sans médecins, mêmes s'ils souffrent de maladies chroniques et de comorbidités
La clientèle orpheline se retrouve à l'urgence



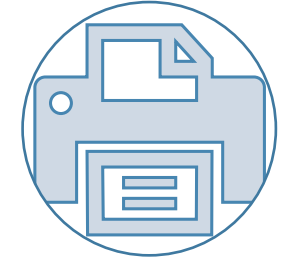
Des systèmes désuets et non interconnectés

Causent une surcharge de travail et des démarches administratives supplémentaires
On a reproduit les processus « papier » dans un environnement informatique, les flux de travail semblent demeurer « papier » mais mode virtuel



Faible utilisation des outils informatisés en déplacement

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 ou ont un cellulaire mais pas d'Internet mobile (utilisent leur propre cellulaire pour les données)



Le fax est requis pour communiquer avec les médecins et la pharmacie

Ce sont les mêmes informations qu'on enverrait par courriel, il n'y a pas de valeur ajoutée pour ce mode de communication qui est une exigence des partenaires



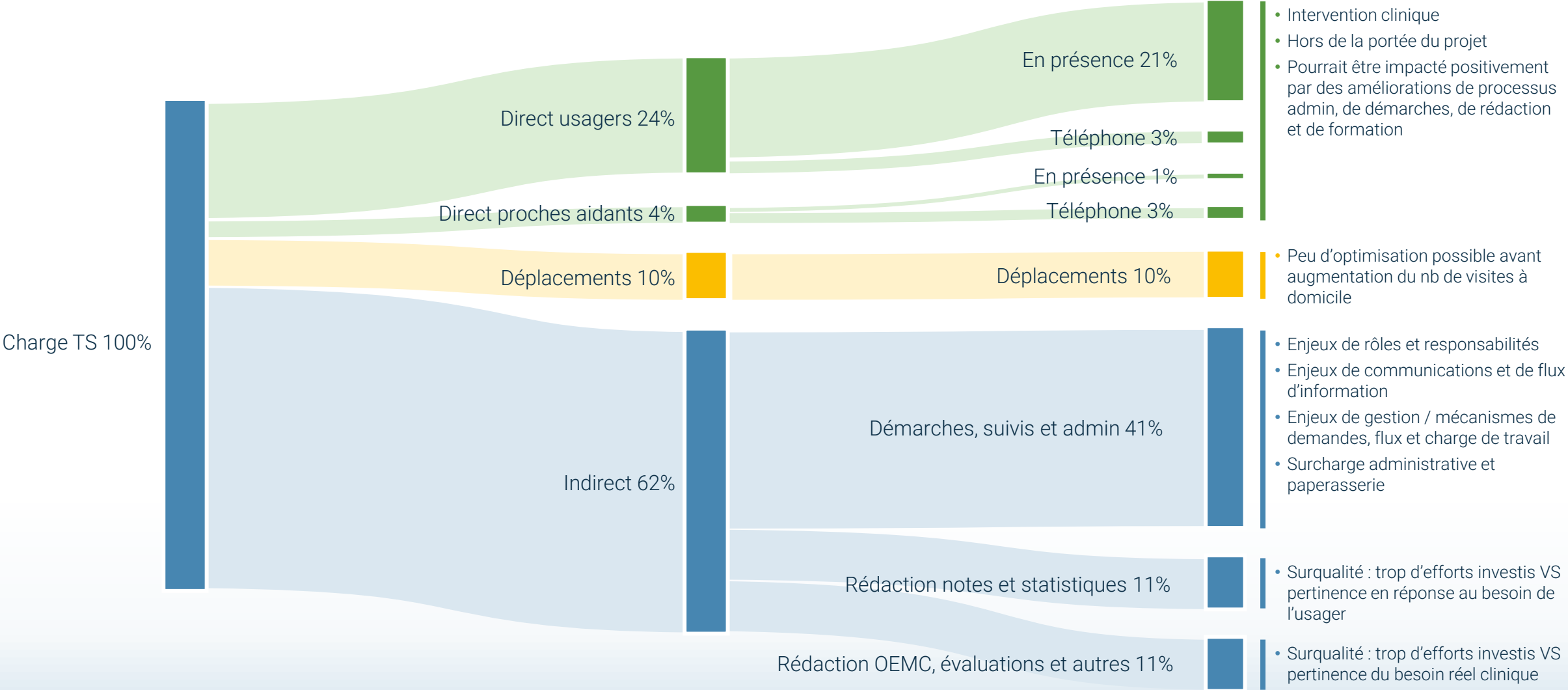
Diagnostics

Itération 1- Trajectoire psychosociale

Itération 2- Trajectoire soins infirmiers

Itération 3- Trajectoire d'ergothérapie

Dispersion de la charge de travail des TS



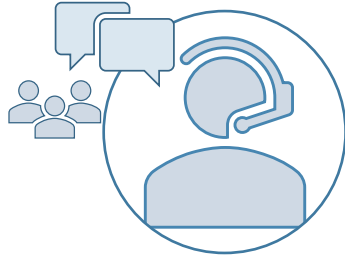
Constats des services psychosociaux



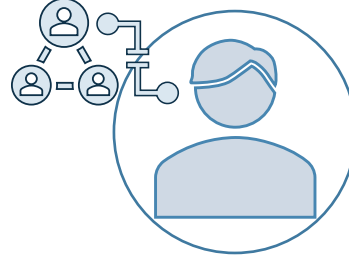
La philosophie de gestion du risque mène à des inefficacités importantes

Faire le tour de tous les besoins des usagers et proches aidants à la suite d'un premier service, alors que la situation ne le requiert pas

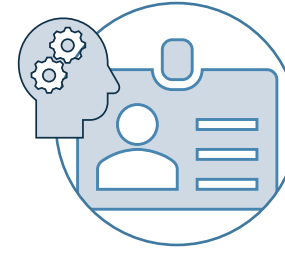
Certains besoins non prioritaires d'un usager pris-en-charge sont alors comblés VS des besoins prioritaires d'usagers en attente



Les TS pivots passent la majorité de leur temps à coordonner les services à l'utilisateur et non à lui fournir un service direct



Les TS héritent de la charge de travail liée à une organisation du travail et des processus sous optimaux



L'ensemble de la tâche d'évaluation des besoins laisse peu ou pas de place au jugement et à l'expertise clinique

Obligation d'utiliser une série d'outils d'analyse pour établir le profil et les besoins de l'utilisateur

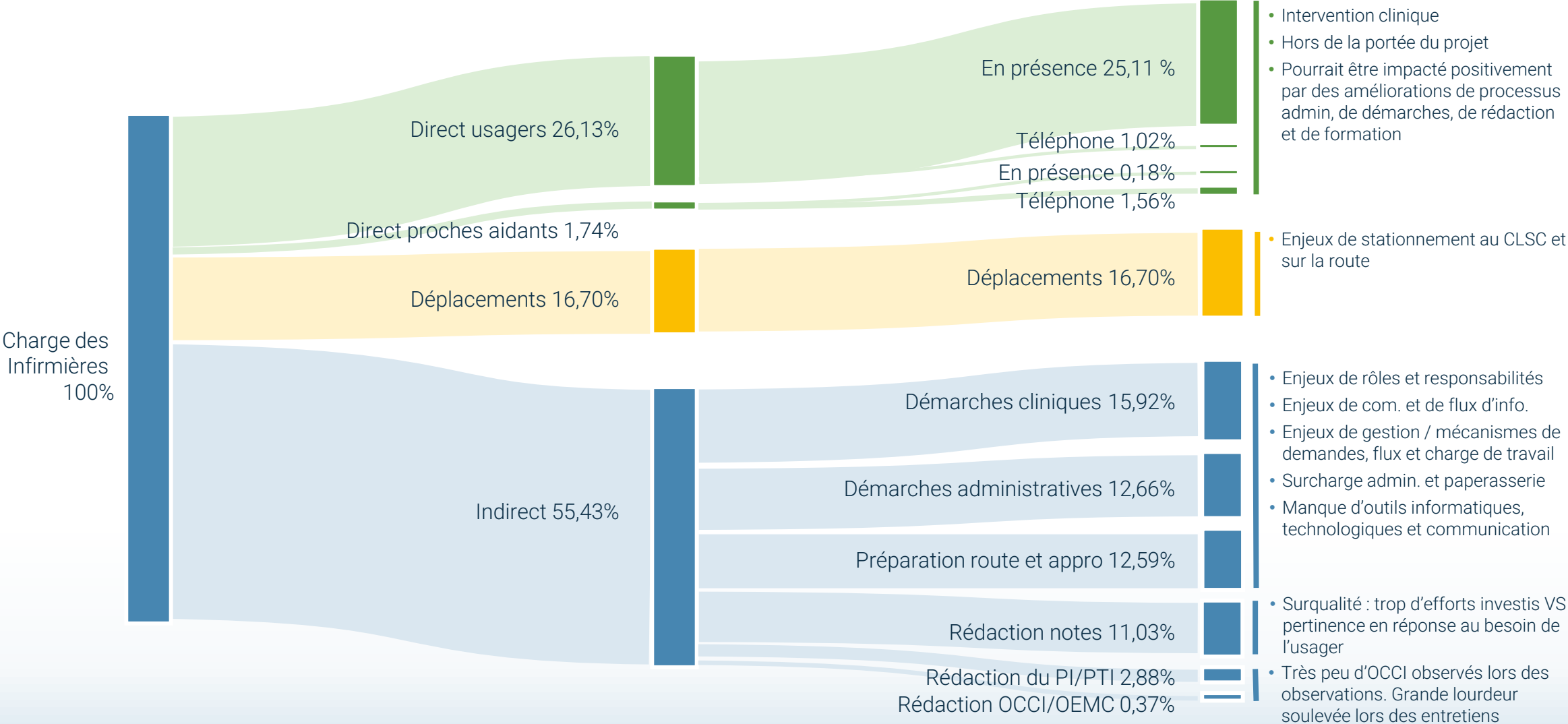
Obligation de mettre à jour sans exception les évaluations, à une fréquence spécifique, sans valeur ajoutée systématique



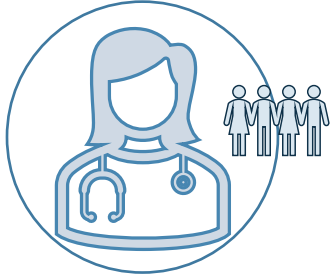
Confusion dans l'interprétation des exigences de diverses provenances

Soit celles de l'établissement, des ordres professionnels, les obligations de l'Agrément, etc.

Dispersion de la charge de travail des infirmières



Constats en Soins infirmiers



Les infirmières se retrouvent à combler les autres corps d'emploi en manque de main-d'œuvre



**Pas de listes d'attente en soins infirmiers
Ils deviennent une porte d'entrée**

Les partenaires du RSSS font des demandes de soins infirmiers SAD pour avoir une porte d'entrée pour contourner les listes d'attente, alors que le service aurait dû être donné par une autre trajectoire



Manque de reconnaissance du jugement professionnel

La sur bureaucratisation engendre des inefficacités importantes
Repenser les processus pour s'appuyer davantage sur le jugement professionnel et redonner plus d'agilité, de liberté de décision / d'action et d'autonomie professionnelle



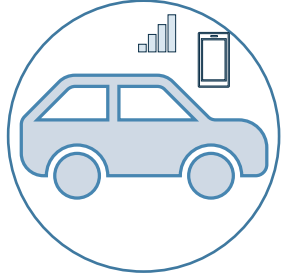
Le champ d'exercice des infirmières auxiliaires n'est pas utilisé à son plein potentiel

Il en résulte des visites réalisées par les infirmières qui pourraient être évitées



La Règle de soins nationale pour les non-professionnels pourrait permettre la délégation de services simples

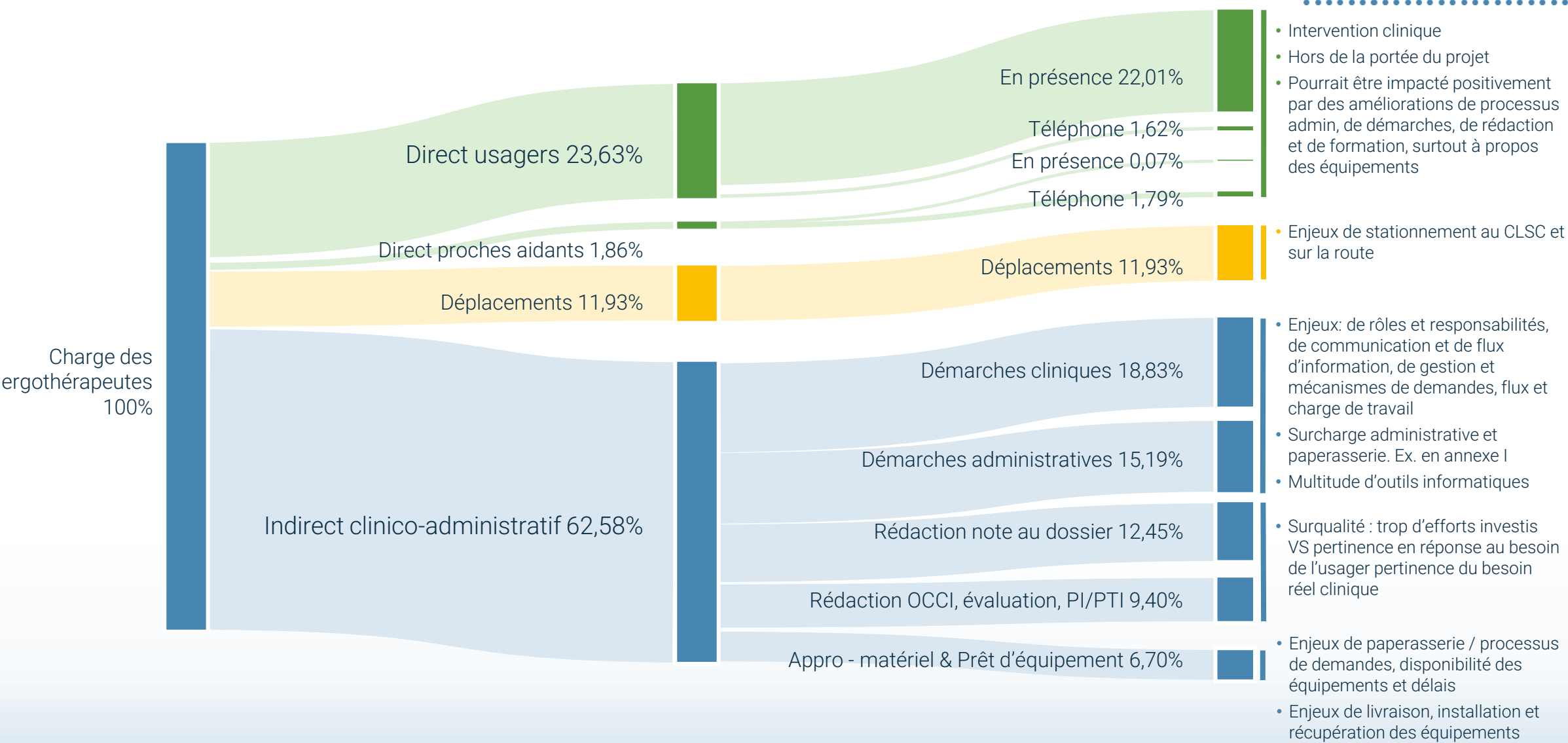
Une infirmière peut enseigner certains soins aux proches aidants, mais pas à des ASSS plus expérimentées, même pour des produits courants comme de la crème ou des pansements médicamenteux



Les infirmières ne sont pas équipées pour le travail sur la route

Beaucoup d'impression de documents et de doubles saisies au bureau
De nombreux autres corps d'emploi 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.

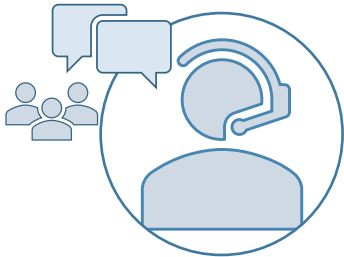
Dispersion de la charge de travail des ergothérapeutes



Principaux constats en ergothérapie



Une grande partie du travail administratif est causée par les exigences législatives, les processus organisationnels et les outils bureaucratiques des différentes entités



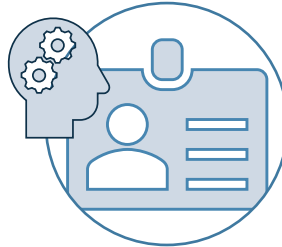
Plusieurs démarches cliniques et administratives à faire pour mettre en place les services nécessaires

Le tiers des ergothérapeutes a le rôle d'intervenant pivot
 L'intervenant pivot ne peut fermer le dossier et aller au suivant : cela va à l'encontre de l'idée du « traité-terminé »
 Les ergos conservent le dossier de l'utilisateur ouvert afin d'éviter que l'utilisateur retourne en liste d'attente bien que l'épisode de service soit terminé



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

La rédaction de notes détaillées et complètes est guidée par la perception des exigences de toute nature, la gestion du risque et la formation universitaire



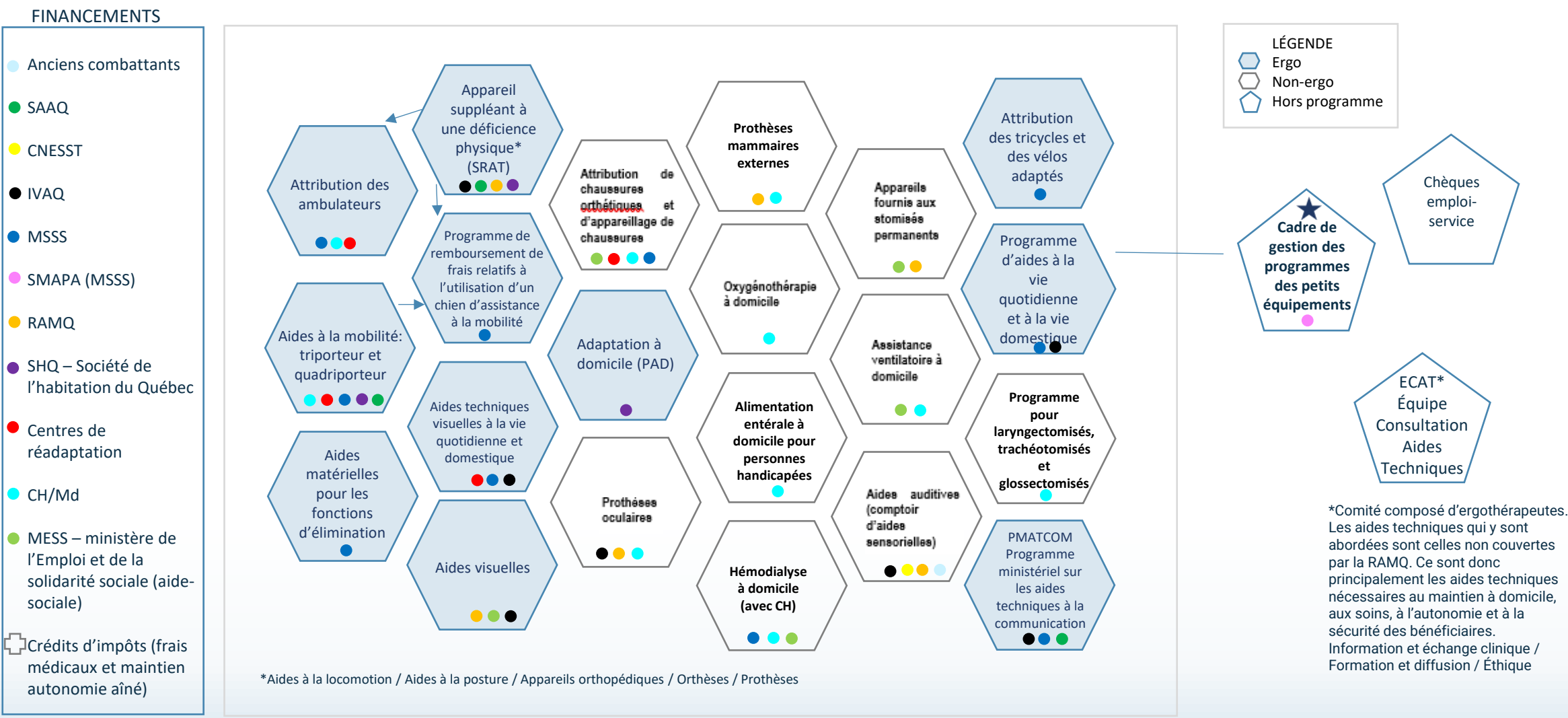
Manque de reconnaissance du jugement professionnel

Le diagnostic du médecin est toujours demandé même si le retrait de l'exigence du billet médical a été entériné par le collège des médecins
 Nombreuses demandes d'exceptions selon les observations terrain



Les programmes ne semblent pas adaptés à la clientèle SAPA qui a des besoins évolutifs

Écosystème des 21 programmes d'aides-techniques



Principaux constats – financement et approvisionnement.....



Le financement des équipements est complexe

Se fait en fonction du type de clientèle, du seuil de financement et des agents payeurs

Le financement partiel nécessite souvent de trouver 2 agents payeurs

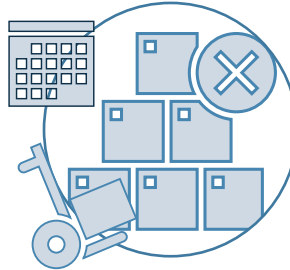
Les balises sont passées date



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

Recherches de prix et comparaisons web

Demandes d'achat d'équipement au Service d'aides techniques et d'approvisionnements



Manque de planification de l'inventaire et des achats

Les équipements ne sont pas disponibles lorsque l'ergo en a besoin

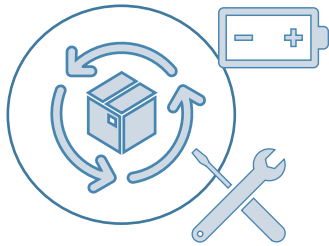
L'inventaire est difficile à suivre et n'est pas à jour



Pour compenser l'absence d'équipements au moment requis, des ressources doivent être déployées pour assurer la sécurité de l'utilisateur

Préposés aux bénéficiaires pour aider l'utilisateur à domicile lorsque les équipements ne sont pas installés

Prêts d'équipements 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 d'équipements

Recommandations



Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant

Amélioration de la pertinence des statistiques



Les évaluations standardisées en soutien à domicile

Nouvelles consignes d'utilisation

Mise en contexte

Dans le cadre du projet de valorisation des activités cliniques en soutien à domicile, il est nécessaire de réviser les lignes directrices sur l'utilisation des évaluations standardisées afin de s'assurer de leur pertinence pour la clientèle. Cette mise à jour vise spécifiquement les personnes recevant des soins et des services de soutien à domicile.

Pour les autres milieux de pratique (CHSLD, MDA MA, urgence, unités et soins ambulatoires, hôpital de jour, URFI, UTRF, etc.), les Lignes directrices concernant l'utilisation de l'évaluation globale (OÉMC) ou du SMAF-seul (MSSS, 2018) demeurent en vigueur.

Des travaux pour simplifier l'évaluation globale (OÉMC) sont en cours afin de réduire le temps de réalisation et d'optimiser son utilisation. En attendant que cette version simplifiée soit disponible au sein du RSIPA, l'utilisation de l'évaluation préliminaire peut être à privilégier pour un nouvel usager.

La nature du besoin, de courte ou de longue durée, ainsi que le jugement clinique de l'intervenant orienteront le choix de l'évaluation (professionnelle ou standardisée) à réaliser auprès de l'usager.

- Besoin de courte durée : besoin dont la fin du service requis peut être prévue ou anticipée au moment de l'évaluation
- Besoin de longue durée : besoin dont la fin du service requis ne peut être prévue ou anticipée au moment de l'évaluation

Ces nouvelles consignes présentent les exigences minimales fixées par le MSSS quant à l'outil à utiliser pour les évaluations et réévaluations. Au-delà de ces exigences minimales, le jugement clinique de l'intervenant constitue la pierre angulaire de la prise de décision dans le choix de l'évaluation et de sa fréquence selon la situation de l'usager en cohérence avec les bonnes pratiques de suivi, les procédures de l'établissement et le contexte légal.

Liste des sigles et acronymes

AVD : Activités de la vie domestique	RAC : Résidences à assistance continue	SAP : Service d'assistance personnelle
CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée	RI-RTF : Ressources intermédiaires et de type familial	SMAF : Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
MDA MA : Maison des aînés et maison alternative	RSIPA : Réseau de services intégrés pour les personnes adultes	URFI : Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux	SAD : Soutien à domicile	UTRF : Unité transitoire de récupération fonctionnelle
OÉMC : Outil d'évaluation multiclientèle		

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Guide de pertinence statistique en soutien à domicile

CADRE NORMATIF – Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)

Octobre 2024

Votre gouvernement

Québec

Outil « Aide à la pertinence et à la concision de la tenue de dossier en SAD » et son Annexe - Ergothérapie

AIDE À LA PERTINENCE ET À LA CONCISION DE LA TENUE DE DOSSIER EN SOUTIEN À DOMICILE

1 ANALYSER LA DEMANDE DE SERVICES

Recadrage de la demande de services axée sur les Habitudes de vie (HDV) problématiques

- Répondre à 2 questions
 - Quoi - Quelles sont les occupations / HDV problématiques à évaluer ?
 - Pourquoi - Quelle est la finalité de l'évaluation ?
- Recadrer en possession de toute l'information requise (ex. les attentes de l'utilisateur et les facteurs compromettant le maintien à domicile).

Un mauvais recadrage peut mener à une évaluation trop vaste ou trop circonscrite.

2 ÉVALUER LES BESOINS DU CLIENT

Analyse Personne-Environnement-Occupation (PEO)

- Valider si une évaluation antérieure a récemment été complétée afin de ne pas réécrire les données pertinentes. Le cas échéant, y référer en citant la source (ex: notes et évaluations d'un autre professionnel).
- Cibler les HDV problématiques et les facteurs contributifs facilitants et entravants.
- Construire l'analyse sur des données objectives et triangulées (répondant à la demande de service recadrée).
- L'évaluation standardisée (préliminaire, OÉMC ou SMAF) n'est pas obligatoire et elle est laissée au jugement clinique de l'intervenant. Elle ne se substitue pas à l'évaluation en ergothérapie.

3 ÉLABORER LE PLAN D'INTERVENTION

Plan d'intervention (PI) ciblant les HDV problématiques

- Identifier des objectifs et des moyens d'intervention ciblant les HDV problématiques.
- Viser des objectifs observables et mesurables qui permettront d'évaluer l'impact des interventions et des recommandations.

4 MENER L'INTERVENTION ET CLÔTURER L'ASSIGNATION

Intervention sur les HDV problématiques

- Suivre et réévaluer les HDV problématiques ciblées dans le PI.
- Documenter l'intervention à l'aide des questions suivantes :
 - Ce qui a été fait et pourquoi ?
 - Nouvelle observation pertinente ?
 - Résultats ?
- Éviter de reproduire la visite à domicile/scénario dans une rédaction chronologique.
- Éviter de décrire le détail des démarches administratives (nom du formulaire, date et destinataire sont suffisants).
- Fermer l'assignation lorsque les objectifs du PI sont atteints ou lorsque l'impact de l'intervention a atteint son maximum.

MYTHES

L'ERGOTHÉRAPEUTE DOIT TOUT ÉVALUER - FAUX

L'ergothérapeute n'a pas à faire un portrait complet systématique pour chaque usager. Il est rare que tous les HDV, les facteurs environnementaux et personnels compromettent le maintien à domicile.

L'ergothérapeute doit s'en tenir aux HDV problématiques et facteurs contributifs.

Peu importe le motif de référence, l'ergothérapeute doit faire appel à son jugement clinique et déterminer les HDV problématiques à évaluer.

L'ERGOTHÉRAPEUTE DOIT RÉPONDRE À TOUTES LES ATTENTES, SOIT CELLES DE L'USAGER, DU PROCHE AIDANT OU DU RÉFÉRENT - FAUX

L'ergothérapeute doit répondre à la demande de service qu'il a recadrée selon son jugement clinique.

L'ERGOTHÉRAPEUTE DOIT GARDER L'ASSIGNATION OUVERTE AFIN DE RÉPONDRE AUX BESOINS ÉVOLUTIFS DES USAGERS EN PERTE D'AUTONOMIE - FAUX

Les épisodes de services doivent avoir un début et une fin. Il est pertinent de cesser l'intervention lorsque cela est justifié et que son impact atteint son maximum.

L'utilisateur ayant de nouveaux besoins doit faire l'objet d'une nouvelle demande de services qui sera dûment priorisée.

PRÉJUDICES

INIQUITÉ OPÉRATIONNELLE PORTE PRÉJUDICE AUX USAGERS EN ATTENTE AYANT DES BESOINS PRIORITAIRES

Une évaluation ou une intervention au-delà des HDV problématiques occasionne une sur-mobilisation des intervenants.

Ne pas fermer l'assignation, mène l'ergothérapeute à répondre aux nouveaux besoins de l'utilisateur (hors PI) et à multiplier les suivis et la tenue de dossier.

Ordre des ergothérapeutes du Québec

En collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux

Garder le cap sur le fil conducteur des HDV problématiques

- Ne pas redocumenter l'information déjà consignée au dossier usager et y référer en citant les sources
- Abolir le verbatim et le descriptif chronologique. Cibler et résumer les informations pertinentes
- Se mettre dans la peau du lecteur pour rédiger et adopter une rédaction concise et structurée permettant un repérage rapide des informations pertinentes
- Nul n'est obligé de compléter toutes les sections des gabarits / canevas. Viser la pertinence

Publié: Janvier 2025

ANNEXE - AIDE À LA PERTINENCE ET À LA CONCISION DE LA TENUE DE DOSSIER EN SOUTIEN À DOMICILE

SECTION A

Situation avec défis, bonnes pratiques et exemples de notes au dossier

SECTION B

Exemples de rédaction structurée

SECTION A - Situations avec défis, bonnes pratiques et exemples de notes au dossier

1 - ANALYSER LA DEMANDE DE SERVICES

Demande de services large et imprécise	
Situations avec défis	Bonnes pratiques
<p>Extrait « demande de services » :</p> <p>« Service ergothérapie SVP, pour chutes et évaluation globale des besoins à domicile. »</p> <p>Signature, inf. B. Sc -SAD »</p> <p>Défi 1 : Cette demande très large et imprécise peut amener l'ergothérapeute à évaluer et documenter plus d'habitudes de vie (HDV) que nécessaire.</p> <p>Défi 2 : Tous les besoins de l'utilisateur et de la famille ne doivent pas nécessairement être adressés en ergothérapie. L'ergothérapeute peut restreindre son mandat selon son jugement professionnel en fonction de son processus de recadrage de la demande de services.</p>	<p>Stratégies recommandées</p> <p>Quoi ?</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionner le référent, les autres intervenants au dossier, l'utilisateur et l'entourage pour identifier les HDV réellement problématiques qui compromettent le maintien à domicile, et qui sont pertinentes d'adresser en ergothérapie. <p>Pourquoi ?</p> <p>Résultat : Un travail de recadrage de la demande de services permet d'identifier les HDV réellement problématiques et facteurs personnels et environnementaux contributifs qui devront être évalués.</p> <p>Ainsi, l'ergothérapeute n'aura pas l'impression de devoir tout évaluer. Cette étape est cruciale pour éviter à l'ergothérapeute de s'éparpiller et pour offrir une base solide aux étapes suivantes du processus d'intervention.</p>

MSSS | Sous-ministériat à la performance

19

Orientation visant à optimiser le processus et exigences des activités confiées aux non-professionnels



**ACTIVITÉS DE SOINS CONFIÉES
À DES AIDES-SOIGNANTS**

**ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS
ET SOINS INVASIFS D'ASSISTANCE AUX
ACTIVITÉS DE LA VIE QUOTIDIENNE**

RÈGLE DE SOINS NATIONALE

ARTICLES 39.7 ET 39.8

DU CODE DES PROFESSIONS

**Votre
gouvernement**

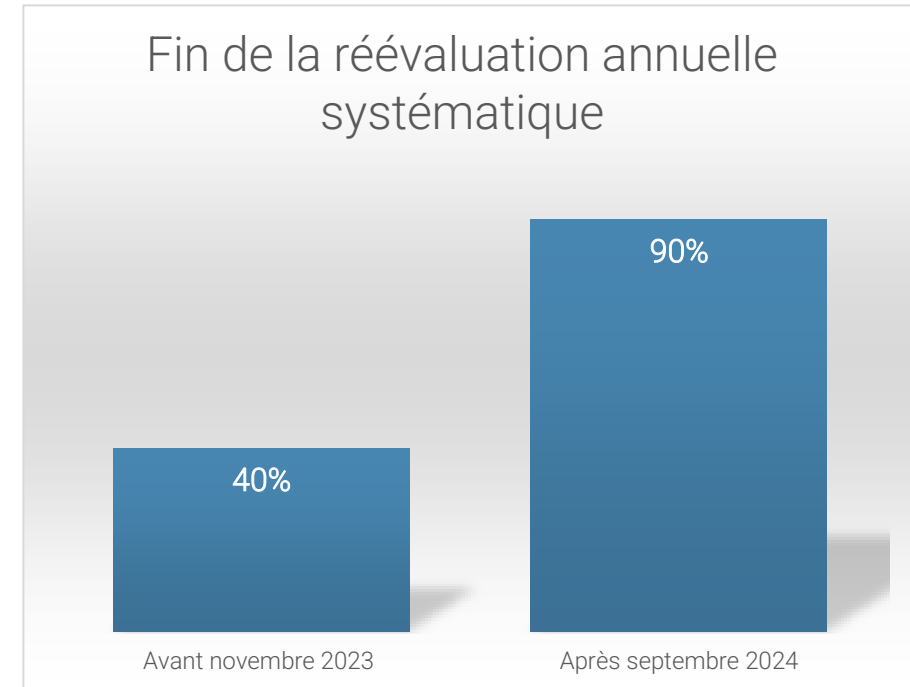
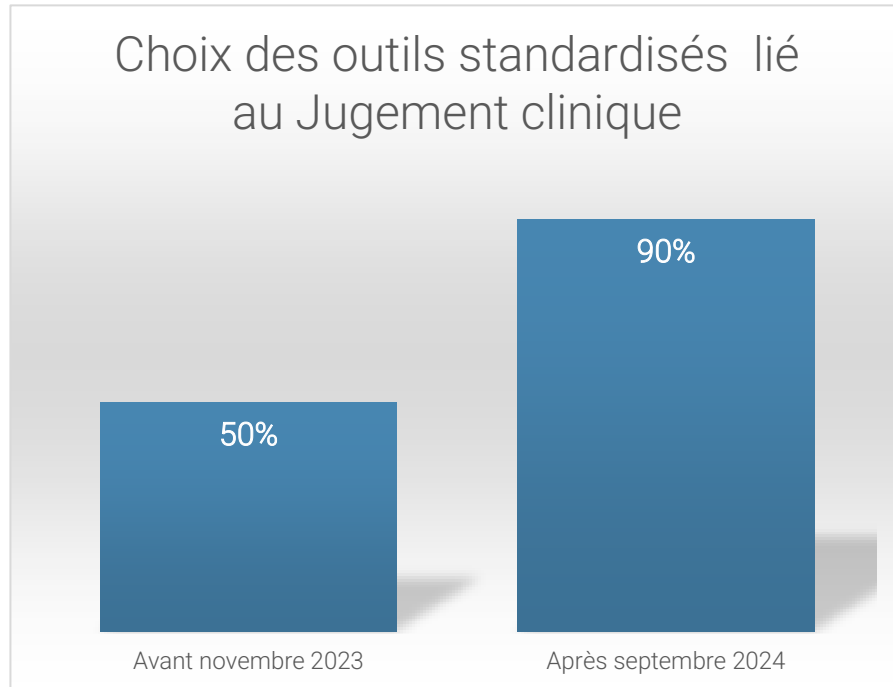
Québec

Mesures et résultats



Évaluation basée sur le jugement clinique de l'intervenant

Taux de satisfaction en regard des nouvelles directives



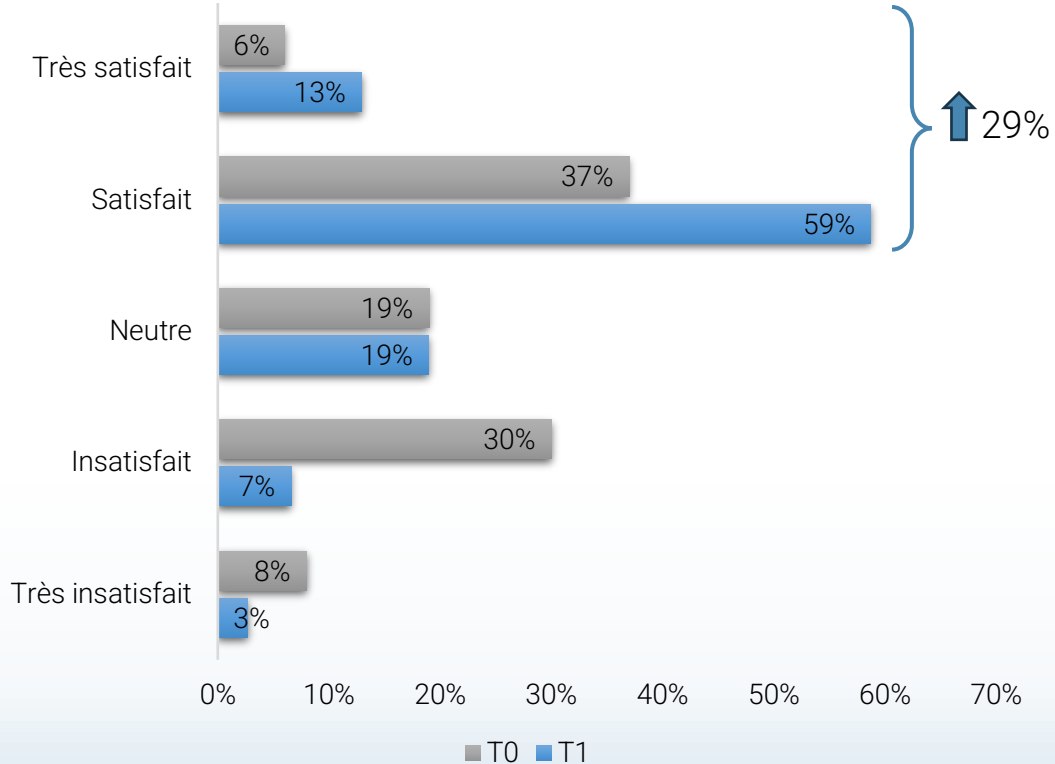
LES BÉNÉFICES DES NOUVELLES DIRECTIVES:

- La fin des réévaluations annuelles systématique a réduit considérablement la pression et le stress chez les intervenants;
- Les intervenants apprécient le fait de choisir l'outil d'évaluation adapté à la condition de l'usager. C'est un sentiment de reconnaissance de leur jugement professionnel et leur autonomie professionnelle.

Taux de satisfaction générale

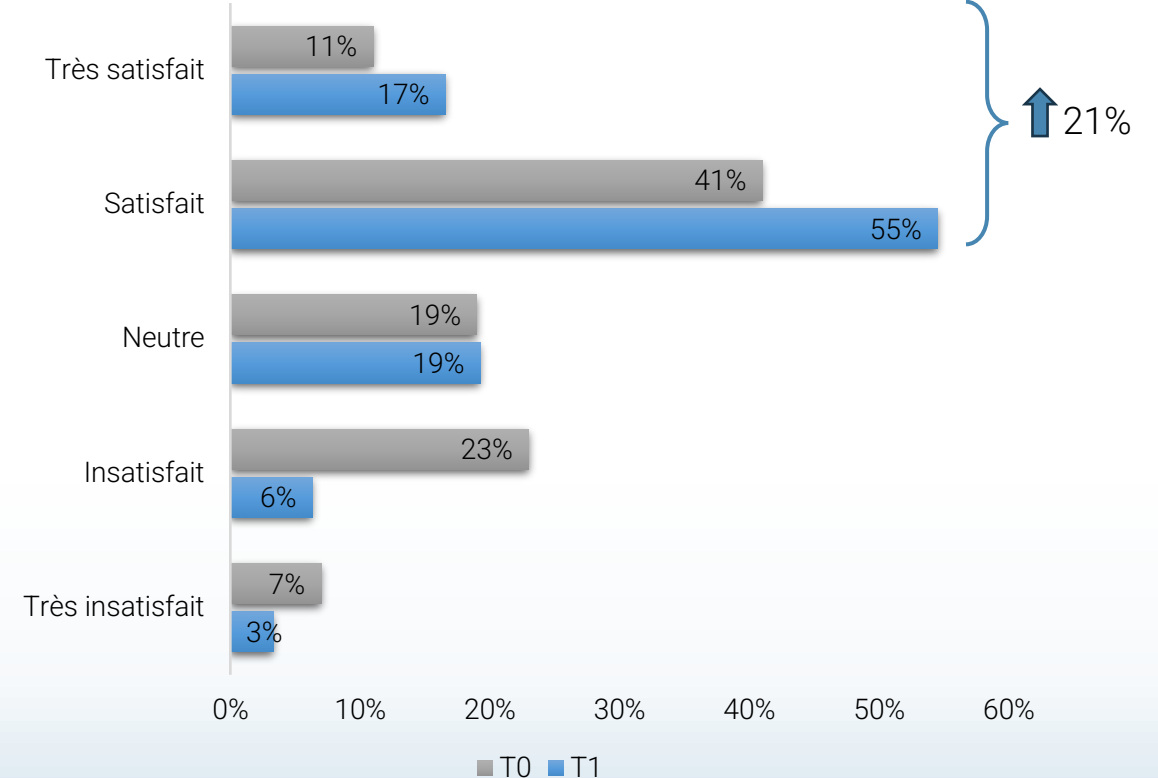
Niveau de satisfaction quant à l'exercice du jugement professionnel

- ❖ La satisfaction générale de l'exercice du jugement professionnel a augmenté de 29 %



Niveau de satisfaction quant à l'autonomie professionnelle

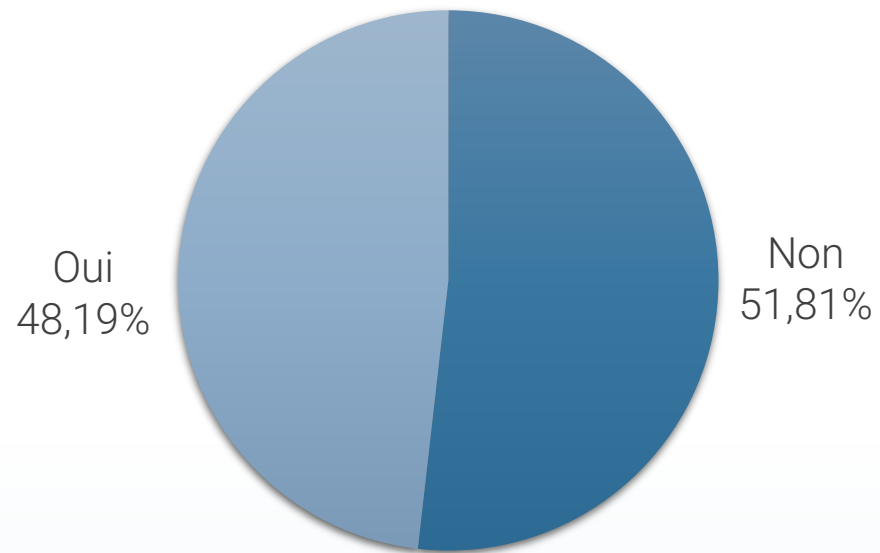
- ❖ La satisfaction générale de l'autonomie professionnelle a augmenté de 21%



Sondage sur les gains de capacité au 1^{er} mars 2024

Est-ce que l'application des nouvelles balises vous a permis de dégager de la capacité pour prendre de nouveaux usagers dans votre charge de cas?

Dégager de la capacité et prise de nouveaux usagers



Évolution de l'utilisation des outils d'évaluation standardisés

**Gains en capacité
au 8 février 2025**

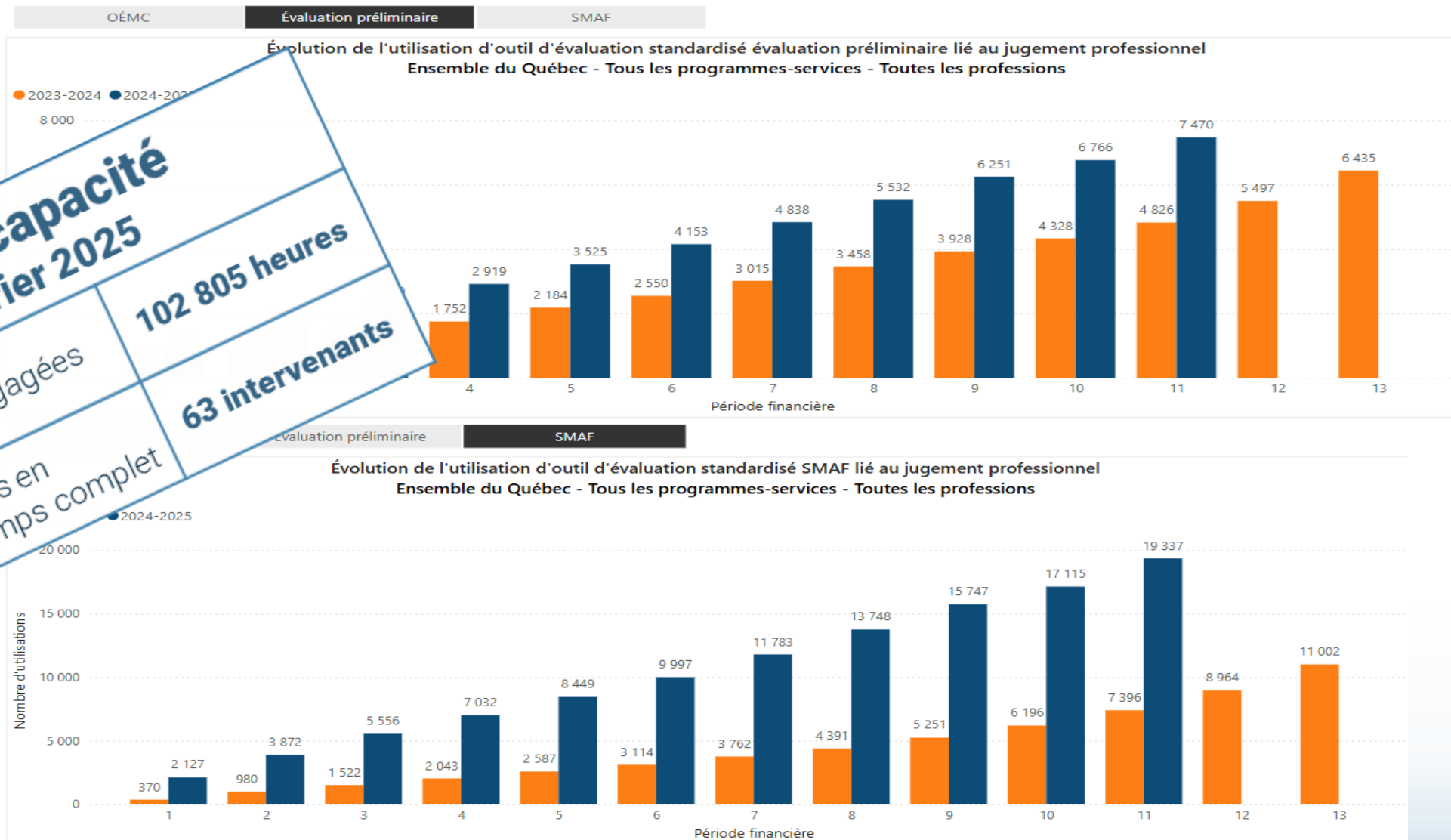
Total des heures dégagées


102 805 heures

63 intervenants

Heures converties en
intervenant à temps complet

1 ETC= 1640 hres
1 ETC = moyenne de 35 usagers





Immersion au cœur des équipes de soutien à domicile par Santé Québec

Immersion au cœur des équipes de soutien à domicile (1/2)

Approche Santé Québec : Une posture proactive et ancrée dans la réalité du terrain

Quelques réflexions préliminaires émergentes et BONS COUPS observés des établissements visités!



L'USAGER/PROCHES COMME PARTENAIRE DE SES SOINS : Impliquer l'utilisateur et ses proches dans toutes les étapes qui le concernent pour son maintien à domicile. Comprendre son projet de vie, ses objectifs, ses préoccupations, etc.

LE GUICHET D'ACCÈS CISSS ou CIUSSS : un leader central et stratégique, pilier d'une trajectoire optimisée. Assure la mobilisation des ressources et des partenaires et de la communauté.



- Porte d'entrée unique et harmonisée !



- Collaboration *tissée serrée* avec le réseau communautaire

POSITIONNER LE SAD COMME UNE EXPERTISE :

- La gestion de la complexité des soins et services à domicile : l'ajustement de l'offre de services aux réalités du domicile ;
- Une approche centrée sur l'utilisateur et la valorisation de ses capacités.

Immersion au cœur des équipes de soutien à domicile (2/2)

Approche Santé Québec : Une posture proactive et ancrée dans la réalité du terrain

INTERDISCIPLINARITÉ :



Une approche clinique interdisciplinaire renforcée par cellules de travail :
= Qualité et pertinence clinique ;
= Meilleure gestion du risque.

OPTIMISATION DES PROCESSUS :



- Révision systématique des listes d'attente/charges de cas ;



- Utilisation stratégique des données (tableaux de bord) : Permet un regard en temps réel des listes d'attente et des délais pour prévoir ajustements ;



- Analyse en temps réel des charges de cas.



INFIRMIÈRES DÉDIÉES AU PARTENARIAT AVEC LES RPA :

- SOUTIEN RESPONSABLES RESSOURCES ;
- SOUTIEN AUX USAGERS.

Mais plus encore ... Dynamisme des équipes SAD !!

