

**CSSS-IUGS**  
**GÉRER LES LISTES D'ATTENTE DU SERVICE AUX PERSONNES**  
**AGÉES ET AUX PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE**

**Geneviève Brodeur**  
**Bertille Peraud**  
**Steeve Sénéchal**  
**Benoît Tanguay**



**CSSS – IUGS**  
**GÉRER LES LISTES D’ATTENTE DU SERVICE AUX PERSONNES**  
**AGÉES ET PERSONNES EN PERTE D’AUTONOMIE**

Présenté à monsieur Louis CÔTÉ dans le cadre du cours MMP 805  
MANAGEMENT PAR LES PROCESSUS

Par  
Geneviève BRODEUR  
Bertille PERAUD  
Steeve SÉNÉCHAL  
Benoît TANGUAY

FACULTÉ D’ADMINISTRATION



Recherche et rédaction :

Geneviève BRODEUR  
Bertille PERAUD  
Steeve SÉNÉCHAL  
Benoît TANGUAY

Mise en pages des pages titres et endos :

Nancy Hamel, Direction de la coordination et des affaires académiques, CSSS-IUG de Sherbrooke



*Le CSSS-IUGS est un centre affilié universitaire (CAU) du secteur social et un institut universitaire de gériatrie (secteur santé)*

Vous pouvez obtenir ce document à l'adresse suivante :

**Maryline Brault, technicienne en documentation**

Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke  
Direction de la coordination et des affaires académiques  
500, rue Murray, bureau 100  
Sherbrooke (Québec) J1G 2K6  
819 562-9121, poste 47011  
mbrault.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca

ISBN-13 : 978-2-922997-57-6 (Version PDF)

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Québec 2008

Dépôt légal : Bibliothèque nationale du Canada 2008

## Table des matières

|  |           |
|--|-----------|
| <b>SOMMAIRE MANAGÉRIAL</b> .....                                   | <b>2</b>  |
| <b>REMERCIEMENTS</b> .....   | <b>5</b>  |
| <b>AVANT-PROPOS</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>INTRODUCTION</b> .....  | <b>8</b>  |
| DÉFINITION DU MANDAT .....   | 9         |
| <b>LE CSSS-IUGS</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>LA SITUATION DU SOUTIEN À DOMICILE</b> .....                    | <b>12</b> |
| L'ACCUEIL .....  | 12        |
| L'ÉVALUATION .....   | 12        |
| LES ZONES .....  | 14        |
| <b>ANALYSE DES CHAMPS DE FORCES MOTRICES ET RESTRICTIVES</b> ..... | <b>17</b> |
| <b>RECOMMANDATIONS ET IMPLANTATION</b> .....                       | <b>19</b> |
| <b>CONCLUSION</b> .....  | <b>28</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....   | <b>29</b> |
| <b>ANNEXE 1 – PROCESSUS ACTUEL COMPLET</b> .....                   | <b>30</b> |
| <b>ANNEXE 1 (A) -- ÉVALUATION</b> .....                            | <b>31</b> |
| <b>ANNEXE 1 (B) – ÉQUIPES DE ZONES</b> .....                       | <b>32</b> |
| <b>ANNEXE 2 – FORCES MOTRICES ET RESTRICTIVES</b> .....            | <b>33</b> |
| <b>ANNEXE 3 – NOUVEAU PROCESSUS</b> .....                          | <b>36</b> |
| <b>ANNEXE 3 (A) – ÉQUIPES DE ZONE</b> .....                        | <b>37</b> |

## **SOMMAIRE MANAGÉRIAL**

Dans le cadre de l'analyse du programme PA-PPA au sein du CSSS-IUGS, certains éléments ont été pris en considération concernant les limites du mandat :

- Culture organisationnelle chez les professionnels de la santé;
- Pressions budgétaires;
- Augmentation des besoins de la population;
- Changements à venir à l'automne au sein du PA-PPA;
- Limite de temps causé par le calendrier scolaire.

**Le programme PA-PPA est le programme de soutien à domicile pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie du CSSS-IUGS.**

- Le CSSS est né de la fusion des CLSC, des CHSLD et de l'IUGS du territoire de la ville de Sherbrooke
- Sa mission est d'améliorer la santé et le bien-être de toute la population dont il a la responsabilité.
- Le programme PA-PPA est constitué d'une équipe d'évaluation et d'équipe de zone, quatre au total.

**Il existe une problématique de liste d'attente entre l'évaluation et la prise en charge des dossiers dans les équipes de zones.**

**Cheminement d'une demande :**

Accueil → Évaluation → Zones

**Accueil :**

- L'accueil est fait à l'intérieur d'un délai de 48 heures par une infirmière et une secrétaire médicale.
- Leurs principales fonction est d'évaluer l'éligibilité du patient par rapport aux critères PA-PPA.

**Évaluation :**

- L'évaluation est faite par une équipe multidisciplinaire.
- Le dossier est classé par ordre de priorité selon l'état du patient.
- À ce moment, il existe une première liste d'attente, avant l'évaluation.
- Un intervenant prend le dossier en charge et procède à l'évaluation.
- Le résultat de cette évaluation est l'établissement du PSI.

**Zones :**

- L'attente majeure se situe entre ces deux étapes.
- C'est à ce moment que les soins sont dispensés aux patients.
- Une autre évaluation est faite par les intervenants dans les zones pour classer les dossiers selon une grille d'analyse.
- Après cela, il y a une possibilité d'attente dans la prestation des soins selon le type de soins requis.

**Champs de forces :**

- Certaines forces motrices et restrictives ont été relevées. Ces forces agissent sur l'organisation de manière directe et indirecte. Nous nous sommes appuyés sur celles-ci pour bâtir nos recommandations.

**Recommandations :**

- Élaboration de recommandations permettant le perfectionnement du processus dans un cadre d'amélioration continue. Ces recommandations sont suivies d'une stratégie d'implantation.
  - Redonner le temps consacré à l'évaluation par l'équipe AEIOR;
  - Utiliser la technologie;
  - Implanter une stratégie de mobilisation;
  - Développer la multidisciplinarité des intervenants et des évaluateurs;
  - Réingénierie du processus.

## **REMERCIEMENTS**

Ce travail n'aurait pu être possible sans la disponibilité et les conseils des personnes que nous avons consultés.

À ce titre, nous tenons à remercier sincèrement Madame Johanne Archambault et Madame Hélène Laprise qui nous ont permis de travailler sur ce mandat et nous ont donné accès aux ressources informationnelles dont nous avons besoin.

Ce travail n'aurait pas non plus été possible sans la participation de Monsieur David Bergeron, agent de relations humaines (ARH) ; Madame Ghislaine Boulet, responsable auxiliaires familiales et sociales ; Madame Edith Champlain, assistant à la coordination professionnelle (ACP) ; Madame Naomie Dufour, ARH ; Madame Pauline Lemire, infirmière ; Monsieur Clermont Payeur, ACP, Madame Sylvie Rousseau, inhalothérapeute ; Madame Manon Roy, ACP; Madame Louise Turcot, assistante au superviseur immédiat (ASI).

Nous tenons particulièrement à souligner l'importante contribution de Madame Carole Tardif, ASI, pour le temps et les conseils qu'elle nous a donnés.

Nous remercions également nos enseignants pour les précieux conseils qu'ils nous ont apportés tout au long de ce travail.

## AVANT-PROPOS

Considérant la complexité émanant du système de santé, il nous est impossible de suggérer des recommandations pour tous les problèmes qui pourraient être rencontrés. Certaines dynamiques présentes à l'intérieur du système ne relèvent tout simplement pas du CSSS-IUGS et il serait impertinent face à notre mandat de chercher à les régler. Le cloisonnement des professions à l'intérieur du système de santé en est un exemple concret. Cependant, il serait tout aussi improductif de les ignorer puisqu'ils existent et ont un impact sur le système et les gens qui y travaillent. Il est donc important de prendre en considération les points suivants tout en rappelant qu'ils ne sont pas inclus dans notre champ d'intervention, ni à l'intérieur de celui du CSSS-IUGS. En vue de réaliser notre mandat avec des recommandations réalistes, il faut donc considérer les points suivants :

- L'environnement de la santé contient plusieurs **professions distinctes** étant donné la spécialisation nécessaire afin de bien soigner les gens. Cependant, ces professions fonctionnent **en silos**, d'une manière très cloisonnée. Nous sommes conscients qu'une ouverture au décloisonnement des professions ne relève pas de la direction du CSSS-IUGS, mais bien des ordres professionnels et du Gouvernement. Cette culture organisationnelle étant très ancrée chez les professionnels, il sera difficile de changer certaines pratiques et relations entre les différentes professions.
  
- Bien que profitant d'une augmentation des budgets année après année, les **ressources restent manquantes** de l'avis de plusieurs personnes rencontrées. La pression budgétaire actuelle et future est hors de notre contrôle et de celui de la direction du CSSS-IUGS.

- Ce manque de ressources chronique est aussi une conséquence de **l'augmentation des besoins de la population**. Celle-ci étant toujours plus vieillissante, les besoins iront en croissant. La solution de réduire l'accès ne peut être envisagée puisqu'elle irait à l'encontre de la mission du CSSS-IUGS.
  
- Lors des différentes entrevues réalisées, il a été question de **changements à venir à l'automne** dans la structure du PA-PPA. Ceux-ci ne peuvent être pris en compte en raison de la limite de temps qui nous est imposée par le calendrier scolaire. Notre intervention prenant fin vers la fin du mois de juin.
  
- Finalement, la **limite de temps** qui nous est imposée par le calendrier scolaire ne permet pas de réaliser une analyse aussi exhaustive qu'il serait nécessaire de faire. Le mandat est donc ajusté en conséquence.

## INTRODUCTION

« Les personnes âgées de 65 ans et plus verront leur nombre croître au cours des prochaines décennies. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est très préoccupé de cette augmentation et plusieurs actions ont été posées, d'autres sont à venir, pour s'assurer du mieux-être de ce groupe de population et pour ajuster le réseau sociosanitaire à cette réalité. »<sup>1</sup>

Pour répondre à ce défi, le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) a mis en place plusieurs services coordonnés et intégrés grâce aux *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Ce document est la trame de l'organisation des services offerts pour cette partie de la population québécoise. La qualité et l'adaptation des services sont le dénominateur commun.

Avec la publication du *Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie : Un défi de solidarité*, le MSSS annonce un changement de direction majeur dans l'organisation des services. Les façons de faire ont été revues et reformulées de manière à répondre aux attentes et besoins des bénéficiaires et de leurs proches aidants, ainsi qu'aux préoccupations exprimées par toute la société.

De cette manière les réseaux de services intégrés ainsi développés doivent répondre au développement des activités de promotion et de prévention, de manière à soigner les personnes le plus en amont possible. Le MSSS croit que ces réseaux de services sont porteurs d'améliorations extrêmement significatives qui permettent de s'assurer que les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs proches puissent obtenir, sans difficultés et sans interruption, les services médicaux ou sociaux dont elles ont besoin, qu'elles vivent à domicile ou en milieu d'hébergement.

Cependant, avec une population âgée en constante croissance, les services de santé pour les personnes âgées et les personnes en perte d'autonomie (PA-PPA) se voient

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé et des services sociaux du Québec

maintenant débordés par des files d'attente qui s'allongent de mois en mois. La situation n'est pas prête de se stabiliser car le système de prévention permet à la fois de prendre en charge les personnes avant que leur situation ne soit inextricable mais fait augmenter les besoins en ressources. De plus, le phénomène de vieillissement de la population ne fait que s'accroître chaque année. Dans un souci de répondre au mieux aux attentes des bénéficiaires de ces services de santé, le Centre de santé et de services sociaux et l'Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) nous demande d'intervenir pour étudier les solutions possibles et les pistes à suivre pour améliorer le service à domicile aux personnes âgées et personnes en perte d'autonomie (PA-PPA).

Le mandat est précisé ci-dessous. Pour y répondre nous procédons à une analyse minutieuse du cadre de prestation de ces services et du contexte dans lequel ils sont offerts. Ensuite, nous réalisons un diagnostic des informations obtenues et enfin, nous apportons nos recommandations.

## **DÉFINITION DU MANDAT**

Il nous a été demandé d'analyser le processus pour trouver une solution palliative à la zone de stockage des dossiers en attente. Les buts poursuivis sont les suivants :

- Réduire les délais d'attente ;
- Optimiser le suivi et la réévaluation des dossiers en attente (et en cours) ;
- Désengorger la phase d'évaluation des dossiers des patients.

Dans ce contexte, il nous est demandé d'analyser le processus actuel de gestion des dossiers des patients de la phase d'accueil à leur prise en charge effective par les équipes de zones. Après ce diagnostic, nous devrions être en mesure de proposer des recommandations en vue d'une modification partielle ou totale du processus actuel. Les autres niveaux du processus ne seront donc pas touchés à moins qu'il en soit nécessaire. Dans ce cas, une revue des risques et des précautions à prendre sera précisée.

## LE CSSS-IUGS

Le 5 février 2005 marque la création officielle du Centre de santé et services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS). Cela découle du regroupement de l'IUGS<sup>2</sup> et des CHSLD<sup>3</sup> avec les CLSC<sup>4</sup> de la région sherbrookoise. Pour l'année 2005-2006, l'organisation employait 2331 personnes réparties en 13 pavillons et points de services. Le CSSS-IUGS compte aussi de nombreux partenaires disséminés sur son territoire qui coïncide avec la ville de Sherbrooke dont le monde municipal, le milieu scolaire, les ressources communautaires et les entreprises d'économie sociale. L'aspect IUGS est important car il s'agit d'un centre affilié avec l'Université de Sherbrooke, poursuivant des objectifs d'enseignement, de recherche et de diffusion d'expertise avec 36 chercheurs rien que pour le dossier du vieillissement, ce qui en fait le plus important centre de recherche au Canada. Le but des CSSS à l'échelle nationale est d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services. La mission du CSSS-IUGS va comme suit :

« Améliorer la santé et le bien-être de toute la population dont il a la responsabilité, par :

- ✓ La coordination de l'ensemble des services requis à cette fin;
- ✓ Des soins et des services généraux;
- ✓ Des soins et des services spécialisés pour les personnes âgées;
- ✓ La formation, la recherche et le partage des connaissances. »<sup>5</sup>

Pour remplir cette mission, le CSSS-IUGS œuvre dans cinq grands secteurs : le secteur des activités cliniques, le secteur des activités de soutien aux activités cliniques, le secteur des activités reliées au projet clinique et à la qualité, le secteur des activités universitaires et finalement le secteur des activités reliées à la Direction générale.

---

<sup>2</sup> Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke

<sup>3</sup> Centre Hospitalier de Soins de Longue Durée

<sup>4</sup> Centre Local de Services Communautaires

<sup>5</sup> Plan stratégique 2006-2011, p.30

Notre intervention se situe davantage dans le secteur des activités cliniques, plus précisément la Direction des services et programmes aux personnes âgées ou en perte d'autonomie (DSPPAPA).

L'organigramme est assez complexe, il comprend tous les soins offerts par les équipes interdisciplinaires de zones ainsi que l'équipe Premier contact sous la supervision de la chef de programme ainsi que parallèlement des services d'inhalothérapie et d'action communautaire. L'équipe Premier contact, appelée auparavant équipe d'évaluation, est un guichet unique d'accès qui traite les demandes avec diligence, efficacité et efficience.<sup>6</sup> En étant le premier contact avec le patient, l'équipe joue un rôle d'accueil et fait l'évaluation à l'aide de l'outil multicientèle (OEMC). Parfois, elle joue un rôle d'intervention aux besoins ponctuels ainsi qu'un rôle de relance dans les cas qui ne sont pas référées aux équipes de zones.

Ces dernières ont comme mandat « de donner des soins et des services de soutien à domicile à une clientèle de tout âge en perte d'autonomie et de développer des stratégies d'intervention et de prévention auprès de la population âgée de 65 ans et plus »<sup>7</sup>. Divisé en 4 zones selon une approche territoriale, les équipes sont jumelées entre eux afin de mieux répartir la charge de travail et faciliter la communication entre elles.

Dans ces équipes, il y a des intervenants pivots qui ont un rôle particulier de coordination des services auprès du patient. Le pivot ne répond pas à tous les besoins du patient mais doit demander l'implication des autres membres de l'équipe. Ce sont surtout des infirmières et des agents de relations humaines qui occupent ce rôle. En plus de l'intervention qui correspond aux services curatifs, les membres de l'équipe de zone doivent aussi développer des services préventifs pour la population âgée dans le cadre du programme PAPA (Prévention auprès des personnes âgées). Le but est de favoriser le développement de programme de prévention et accroître le taux de pénétration du secteur PA-PPA. Les équipes de zones exercent donc la prestation de service auprès des patients sous différentes formes.

---

<sup>6</sup> La structure interne, p.64

<sup>7</sup> La structure interne, p.65

## **LA SITUATION DU SOUTIEN À DOMICILE**

Pour bien comprendre cette partie, le schéma du processus actuel de soutien à domicile est présenté en annexe 1. L'étape de l'évaluation est en annexe 1A et les équipes de zones en annexe 1B.

Le processus débute avec la réception d'une demande au CLSC. Celle-ci peut provenir de la personne elle-même, d'un proche, du médecin ou d'un professionnel de la santé d'un autre établissement (ex : questionnaire de prévention Prisma7, utilisé aux urgences notamment).

### **L'ACCUEIL**

Ces demandes arrivent à l'accueil où une infirmière et une secrétaire médicale évaluent ceux-ci pour les diriger vers le service adéquat. Celles-ci ont quarante-huit heures pour contacter les patients et faire une brève évaluation pour déterminer leur éligibilité. Si la demande ne répond pas aux critères du PA-PAA, c'est-à-dire être, soit être une personne âgée, soit une personne en perte d'autonomie, le dossier est dirigé vers le service approprié tel que les services courants. Toutefois, si le dossier est éligible, l'accueil a la tâche de déterminer si ce patient est connu des services du CLSC. Si oui, il sera transféré automatiquement à la personne responsable. Si non, le dossier est envoyé à l'évaluation.

### **L'ÉVALUATION**

Une fois le dossier rendu à l'évaluation, l'ASI classe les dossiers selon l'ordre de priorité. Les critères pour établir cet ordre sont les suivants : les besoins exprimés par la personne qui demande du soutien et ses proches-aidants (évaluation, information,

orientation), l'urgence de la situation et la qualité de vie du milieu. Une fois les dossiers classés selon leur priorité, ceux-ci sont mis sur une liste d'attente.

C'est à cette étape du processus que les délais sur la liste d'attente s'allongent. En moyenne, l'attente est d'environ trois mois avant que le patient ne soit effectivement pris en charge par un pivot ou l'intervenant dont il a besoin. Cependant, tel que vu plus haut, tout dépendamment de la gravité des cas, l'évaluation complète peut se faire dans la même journée comme dans les huit mois après la réception du dossier.

À partir du moment où un intervenant est disponible pour évaluer le dossier, celui-ci prend contact avec le patient et le rencontre dans son milieu. Ceci a pour objectif de regarder non seulement l'état du patient mais également de voir l'environnement dans lequel il habite. Cette rencontre peut se faire seulement avec le patient ou avec des proches-aidants. C'est lors de cette rencontre que l'intervenant va établir le Plan de Services Individualisé (PSI). Ce plan établit la configuration des services nécessaires pour le patient, pour les proches aidant et pour les besoins de support technique. L'évaluateur prend également contact avec toute autre personne s'occupant de la santé et du bien-être du patient tel que son médecin. Une fois le PSI réalisé, l'intervenant, fixe les besoins essentiels (ceux qui doivent être donnés sans délai) et fait une demande aux différents services (ex : physiothérapie, ergothérapie, etc.) pour les autres soins. Le patient est ainsi mis sur la liste d'attente des services secondaires.

Parmi les services qui sont offerts au patient immédiatement, se trouvent les besoins d'auxiliaire. Si le patient a un tel besoin, le dossier est transmis au CASAD et celui-ci a la responsabilité d'évaluer et d'acheminer les demandes à la responsable AFS (Auxiliaires Familiales et Sociales) qui les répartit aux différents auxiliaires dans les zones d'intervention.

En ce qui concerne les autres soins, la demande est classée selon la priorité et mise sur la liste d'attente correspondante jusqu'à moment ce qu'une place se libère.

Le problème actuel est que les évaluateurs prennent en charge des dossiers à la place des intervenants de zone faute de disponibilité de ces derniers. En fait, lorsque l'état d'un

patient nécessite une intervention immédiate alors qu'il est toujours sur la liste d'attente, les évaluateurs décident de prendre en charge le dossier pour ne pas le laisser sans soins. Mais en prenant cette initiative les évaluateurs, n'ont plus assez de temps pour répondre à leur tâche première, soit l'évaluation des dossiers.

Enfin, les évaluateurs ont également la tâche de rappeler annuellement tous les patients sur la liste d'attente pour se tenir à jour de leur état. Ceci permet d'une part, d'éliminer les individus de la liste qui n'ont plus besoin de recevoir des soins (amélioration, soutien, etc.) et d'autre part, de mettre à jour les priorités des cas si jamais il y a eu évolution (détérioration, modification des besoins, etc.) de l'état du patient.

## **LES ZONES**

Une fois le dossier rendu dans la zone du patient, l'ASI ou l'ACP prend connaissance du dossier et détermine les besoins du patient. Si celui-ci a besoin de soins immédiats, il le transmet directement aux soins infirmiers. Cette partie de soins ne requiert aucune liste d'attente puisque les soins doivent être immédiats.

En ce qui concerne les autres types de soins, les patients sont évalués pour déterminer leur priorité et sont mis, en conséquence, sur la liste d'attente. D'autre part, l'état du patient est évalué selon une grille, uniforme dans le milieu médical. Celle-ci propose une échelle de 1 à 14 où 1 est un cas très léger et où quatorze est un cas de perte d'autonomie totale qui requiert des soins quotidiens et continus.

Pour les patients évalués à 3 et moins, ceux-ci doivent être pris en charge par un intervenant pivot. Lorsqu'une infirmière ou un agent de relations humaines pivot est disponible, le dossier du patient est transféré à l'intervenant. Avec la collaboration du patient, l'intervenant effectue une évaluation détaillée des besoins et élabore le plan d'intervention propre à celui-ci. Ce plan sert à établir la configuration des services nécessaires non seulement pour le patient mais également pour les proches-aidants et pour déterminer les besoins de support technique.

D'un autre côté, il se peut qu'une place pour un soin tel que la physiothérapie ou l'ergothérapie se libère sans qu'un intervenant pivot ne soit disponible. Ainsi, le soin est donné au patient mais il ne sera pas nécessairement pris en charge par un intervenant pivot.

Le problème qui est vécu présentement est la trop grande quantité de patients en attente pour la disponibilité des intervenants pivot. Puisque ceux-ci doivent suivre le patient jusqu'à son institutionnalisation, son déménagement dans une autre ville ou son décès, les intervenants pivots ne peuvent pas prendre en charge beaucoup de nouveaux patients chaque semaine.

Pour les patients évalués à 4 et plus, ceux-ci doivent être pris en charge par un gestionnaire de cas. Comme à tous les autres niveaux, ces dossiers sont priorisés et mis sur liste d'attente. Récemment, les gestionnaires de cas ont dû augmenter leur nombre de dossiers en traitement de trente-huit à quarante-trois en raison de l'accroissement constant de la liste d'attente. Malgré cette augmentation, il y a tout de même environ cinq cent dossiers encore en attente.

En dernier lieu, il est important de mentionner brièvement le déroulement d'une journée pour les évaluateurs et intervenants. En général, ceux-ci passent la moitié de leur journée chez les patients tandis que l'autre moitié est consacrée aux activités administratives que ces interventions requièrent. Donc, lorsque ceux-ci sont chez les patients, ils écrivent tout sur papier et une fois rendu au bureau, ils retranscrivent le tout à l'ordinateur.

| Problèmes  | Explications   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Attente jusqu'à huit mois pour l'évaluation d'un dossier</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puisque les évaluateurs doivent faire des suivis de dossiers qui devraient normalement être assurés par les équipes de zones, ceux-ci se voient retardés dans leur travail d'évaluation.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trop de patients en liste d'attente pour</li> </ul>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il y a trop de dossiers pour la quantité</li> </ul>   |

|  |   |
|--|---|
| la disponibilité des intervenants pivot  | d'intervenants pivots disponibles. Ceci engendre les longues listes d'attente qui se retrouvent dans les zones.   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Grande quantité de dossiers en attente pour les gestionnaires de cas</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Il y a actuellement cinq cent dossiers en attente d'un gestionnaire de cas</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Grande quantité de documents à produire</li></ul>                              | <ul style="list-style-type: none"><li>• Les évaluateurs et intervenants perdent beaucoup de temps à transcrire les dossiers et informations diverses sur ordinateur à la fin de leur journée.</li></ul> |

## ANALYSE DES CHAMPS DE FORCES MOTRICES ET RESTRICTIVES

À la lumière de nos entrevues, des forces restrictives et motrices sont ressorties. Ces forces agissent à leur manière sur la situation. Les forces restrictives sont celles qui empêchent la présente situation de se rapprocher de la situation idéale. Certaines des forces restrictives identifiées dans le tableau de la page suivante ont été mentionnées à l'avant-propos comme étant hors du présent mandat et aucune recommandation ne leur sera donc jointe.

Les forces motrices font contrepoids aux forces restrictives et mènent la présente situation vers celle qui est désirée. Non seulement ces forces empêchent la situation de se détériorer, mais de plus elles agissent comme levier à une situation que l'on voudrait améliorer. Il faut alors s'appuyer sur ces forces motrices.<sup>8</sup>

Une description sommaire des différentes forces restrictives et motrices est jointe à l'annexe 2.

Le tableau suivant établit la pondération de chacune des forces motrices et restrictives :

| Poids | Signification                     |
|-------|-----------------------------------|
| 4     | - Incidence majeure, déterminante |
| 3     | - Incidence importante            |
| 2     | - Incidence modérée               |
| 1     | - Incidence faible                |

<sup>8</sup> Louis Côté, Management par les processus, Notes de cours. Page 103.

| Forces restrictives   |   | Forces motrices   |   |
|---|---|---|---|
| • Professions distinctes et cloisonnées                       | 4 | • Équipes multidisciplinaires   | 4 |
| • Pénurie actuelle et future des effectifs                    | 4 | • Implication des employés du domaine de la santé (culture organisationnelle) | 4 |
| • Quantité de documents à remplir                             | 4 | • Volonté de la direction   | 4 |
| • Manque d'efficacité du suivi durant l'attente en évaluation | 4 | • Répartition efficace au niveau de l'accueil                                 | 4 |
| • Augmentation importante de la clientèle                     | 3 | • Sherbrooke bientôt équipé de la technologie sans-fil                        | 3 |
| • Pression budgétaire   | 3 | • Rapidité du contact à l'accueil   | 3 |
| • Taux de roulement élevé, absentéisme, démobilitation        | 3 | • Implication du CSSS envers le projet  | 2 |
| • Manque de formation chez les évaluateurs et intervenants    | 3 |   |   |
| • Culture organisationnelle                                   | 2 |   |   |
| • Limite de temps   | 1 |   |   |

## RECOMMANDATIONS ET IMPLANTATION

Suite à l'analyse du processus et de ses éléments, une série de recommandations est proposée afin de palier aux problèmes observés. Ces propositions permettent une optimisation du processus du service PA-PPA dans une logique d'amélioration continue et non pas une refonte globale de celui-ci.

Afin de faciliter l'implantation de nos recommandations, il importe de commencer par des actions qui montreront de façon immédiate aux employés que les choses changent. Il faut donc débiter avec des actions qui enlèvent les irritants principaux de la vie quotidienne des employés. Nous pourrions illustrer ceci en disant :

« Enlever la roche dans le soulier du marathonien avant de lui donner une boisson énergétique. » Le retrait de la roche lui fera plus grand bien.

Par la suite, la propulsion de certaines forces motrices encouragera les gens à continuer l'implantation des changements. Les deux premières recommandations vont dans ce sens.

### • Redonner le temps consacré à l'évaluation par l'équipe AEIOR

Un certain nombre de clients se retrouvant sur la liste d'attente pour une évaluation (trois à quatre mois en moyenne) voient leur état et leurs besoins changer. Certains appels à ces clients par les évaluateurs sont parfois inutiles puisque l'état du client ne nécessite plus d'intervention. Ces appels sont toutefois nécessaires puisque les clients sont placés sur la liste d'évaluation selon les critères analysés à l'accueil. En 2006, ce sont 52 cas en liste d'attente de l'évaluation qui auraient pu être enlevés grâce à de tels appels.

Afin d'éviter aux évaluateurs une telle perte de temps, un autre moment doit être choisi pour effectuer l'appel de suivi afin de déceler les cas qui pourraient être enlevés de la liste. Dans ce contexte, nous suggérons que cet appel soit assuré par une personne de la

Relance. Il s'agit en fait d'une validation de l'état du client pré-évalué à l'accueil. Procéder à une série de huit à dix appels par semaine permettrait premièrement de réduire la liste de 10 à 15%, ce qui aurait pour effet de réduire le temps d'attente pour les clients dans la même proportion. Cela permettrait aussi aux évaluateurs de ne plus perdre de temps avec des appels à des gens n'ayant plus lieu d'être sur la liste d'attente et ainsi se concentrer sur l'évaluation de clients vraiment dans le besoin. Ceci, par la force des choses, diminuerait de manière substantielle la longueur de la liste.

La manière de procéder à ces appels est importante afin de trouver efficacement ce 15% de clients en trop sur la liste. Le tout doit être fait dans le souci de réduire la liste d'attente mais aussi de ne pas créer une sous liste d'attente. C'est le client qui doit avant tout bénéficier d'une telle mesure.

Premièrement, il faut démarrer avec le patient étant le plus ancien sur la liste. Une fois appelé et son état confirmé, le client est enlevé de la liste si son état ne nécessite plus d'intervention. Autrement, il reste au même endroit sur la liste d'attente et le client suivant peut être appelé. Ensuite, les appels doivent suivre la même logique : du plus ancien sur la liste au plus récent, et ce jusqu'à un point où l'état du client n'a pas eu assez de temps pour changer. Il y a probablement plus de chance que l'état d'un patient ait changé s'il est sur la liste depuis cinq mois que s'il y est depuis un mois. Nous laissons cependant le soin à la directrice de l'évaluation de fixer ce point. Une liste d'appels mensuelle devrait donc être créée par la base de données des patients selon leur « ancienneté » sur la liste d'attente. Il faut bien sûr prendre en compte la date de la dernière mise à jour du dossier puisqu'il ne faudrait pas appeler un client dont le CSSS sait que l'état a changé récemment.

- **Utiliser la technologie**

Cette deuxième recommandation est plus imposante que la première et permettrait une économie de temps très importante pour tous les évaluateurs et intervenants. Il s'agit d'équiper ce personnel d'appareils portatifs (ex : PALM, mini ordinateur portatif, Blackberry, etc.) afin de remplir la documentation nécessaire à l'accompagnement d'un

patient, sur place. Le temps de retranscription des informations recueillies chez le client une fois arrivé au bureau serait ainsi éliminé ou du moins réduit de manière visible. Une plus grande partie du temps de la journée pourrait alors être allouée à l'évaluation et au traitement des patients par les évaluateurs et intervenants. Deux pistes de solutions doivent être envisagées :

- L'équipement permettant la transmission de données via Internet « sans fil »;
- L'équipement permettant d'emmagasiner l'information sur une base de données en attendant le retour au bureau.

La ville de Sherbrooke sera équipée d'un système de communication par Internet « sans fil » à la grandeur de son territoire d'ici la fin de l'année 2007 et il serait bon pour le CSSS-IUGS de tirer avantage de cette technologie. Un équipement permettant la retransmission des données en direct donnerait l'avantage à tous les intervenants et évaluateurs d'avoir accès au dossier complet du patient au bout de quelques clics. De même, l'inscription de l'information recueillie pourrait se faire en temps réel. L'accès au dossier du patient et à toute base de données pertinente via cet appareil ferait gagner énormément de temps à tout le monde.

La solution sans la technologie du « sans fil » procure les mêmes avantages que la première solution à la différence de ne pouvoir transmettre en direct. L'information pourrait quand même être emmagasinée dans une base de données directement chez le patient au lieu de l'inscrire sur un formulaire papier. La retransmission des données prises sur papier est ainsi évitée une fois arrivée au bureau. Il suffirait de relier l'appareil à l'ordinateur du bureau et de télécharger l'information recueillie durant la journée.

Il serait cependant nécessaire pour le CSSS de procéder à une étude de faisabilité complète sur la possibilité d'équiper son personnel d'un tel appareillage puisque certains choix et certaines questions sont à valider :

- Il est important de choisir le bon équipement en fonction des besoins réels. Est-ce que le CSSS a vraiment besoin d'investir pour une retransmission des données via Internet « sans fil » ou le stockage à l'intérieur d'une base de données électronique suffirait?
- Le coût d'un tel équipement est évidemment à prendre en compte mais les bénéfices encourus aussi. Qu'ils soient pécuniaires ou intangibles, ils doivent être évalués.
- La compatibilité de l'appareil choisi avec les systèmes d'exploitation en vigueur au CSSS est à vérifier. Dans la même direction, l'intégration des formulaires papiers existants à l'intérieur des appareils nécessitera un exercice de refonte des formulaires afin d'aller optimiser leur passage à l'électronique.
- Finalement, le passage d'une manière de procéder à une autre nécessite une période d'adaptation aux employés. Ceci veut dire qu'il est impératif de bien accompagner les employés dans le changement en les formant adéquatement à leur nouvel appareil et manière de faire.

Que le choix se fasse sur un équipement ayant la capacité « sans fil » ou non, l'économie de temps et de papier se révèlent des éléments importants dans les deux cas. Mais avant tout, le gain de temps pour le traitement des clients est sans contre dits l'avantage indéniable issu de l'adoption d'un équipement électronique. De cette manière nous visons à ramener toujours le patient au cœur du travail des intervenants et évaluateurs et non pas le laisser de côté au profit de la bureaucratie, somme toute nécessaire mais peu productive de valeur ajoutée.

#### • **Implanter une stratégie de mobilisation**

La recommandation visant à diminuer l'absentéisme et la démotivation devra s'appuyer sur la motivation intrinsèque des personnes travaillant dans le domaine de la

santé. Nous savons tous que ce domaine nécessite un niveau d'implication et de compassion très important. Contrer la démotivation et l'absentéisme élevé nécessite une implication de tous les paliers de l'organisation. À cet effet, l'exemple du Centre de Réadaptation Estrie (CRE) est à suivre. La volonté de changer l'ambiance de travail au centre, émanant de la directrice Mme Dumas, a enclenché la dynamique pour une série de changements faisant maintenant de cette organisation un des meilleurs employeurs au Québec.

### L'exemple du CRE

Il y a un peu plus de trois ans, le Centre de Réadaptation Estrie a décidé de changer son approche du développement des ressources humaines pour en faire une de ses priorités. En partant du principe qu'un employé qui se sent bien dans son milieu de travail offre un service de meilleure qualité, le CRE ne visait pas moins que de devenir l'un des meilleurs employeurs du Québec, d'offrir un service adapté à chacun de ses clients et de devenir un véritable leader en matière d'innovation. Suite à cet important virage inspiré du modèle américain d'humanisation des soins, le modèle *Planetree*, le CRE s'est vu attribué plusieurs mentions dont le prix de l'excellence du réseau de la santé deux années consécutives. La mission, la vision et les valeurs de l'organisation ont été adaptées pour correspondre à cette nouvelle approche de l'humanisation des soins :

**Mission :** Conjuguer notre savoir, savoir être et savoir-faire pour offrir un environnement, des soins et des services de réadaptation spécialisés en déficience physique, respectueux de la personne dans ses dimensions physique, psychologique, social et spirituelle.

**Vision :** Se surpasser pour le bien-être des usagers et du personnel : Ensemble faire d'un espoir une réalité.

**Valeurs :** La bonté au cœur de nos relations; le respect des individus, des groupes et des organisations; l'intégrité et le sens des responsabilités dans l'exercice de nos fonctions; la fidélité à tenir nos engagements envers la clientèle, l'organisation et nos collaborateurs.<sup>9</sup>

Depuis que l'organisation a pris ce tournant, le CRE a beaucoup changé physiquement. On y trouve maintenant des tableaux sur les murs, des plantes, une salle de jeu pour les enfants, des canapés en remplacement des chaises inconfortables de salle d'attente et une salle de spiritualité pour la réflexion et la relaxation. Le centre a aussi supprimé les murets qui séparaient les postes de travail. À titre de changement futur, le centre a un projet de jardin thérapeutique sur le toit de l'immeuble et anticipe embaucher un cuisinier pour cuisiner avec les patients. En plus d'améliorer le moral des patients, ce décor a aussi des effets positifs sur le personnel, contribuant de ce fait à donner un meilleur service aux usagés.

Nous avons visité cet établissement lors d'une intervention précédente et sans pour autant prétendre avoir tout vu, nous avons été très impressionnés par l'ambiance de travail et de soins régnant à cet endroit. C'est pourquoi nous suggérons fortement au CSSS-IUGS d'entrer en contact avec les gens du CRE afin de voir comment leur approche pourrait être adaptée en fonction des besoins spécifiques que requièrent les soins à domicile.

- **Développer la multidisciplinarité des intervenants et des évaluateurs**

Il s'agit surtout ici d'aller plus loin de ce qui se fait maintenant, et bien sûr dans la mesure du possible. De cette manière il sera possible de limiter le nombre de déplacements non nécessaires (4 visites en moyenne pour un diagnostic actuellement).

Comme il a été mentionné dans l'avant-propos, le cloisonnement des professions du domaine de la santé limite la multidisciplinarité des gens y travaillant. De plus, le niveau de connaissances exigé afin d'être un professionnel dans une seule profession ne permet

---

<sup>9</sup> Centre de Réadaptation Estrie (CRE), Gérer avec un grand H aussi loin que l'idéal, (2006).

pas d'être « multi professionnel ». Nous sommes bien conscients des limites de cette recommandation.

Mais il faut aussi garder à l'esprit que la volonté de la direction et du personnel du CSSS-IUGS peut certainement aider à rendre moins contraignant le cloisonnement des professions et de l'expertise nécessaire aux soins face à la perspective de rendre les gens plus aptes à déceler les problèmes. Le but étant de donner la capacité aux gens de mieux diagnostiquer et pour se faire, les intervenants et évaluateurs doivent voir plus large que leur propre profession afin de déceler d'autres problèmes potentiels.

La formation des évaluateurs et intervenants à mieux déceler des comportements ou situations à risques peut évidemment amener à plus de multidisciplinarité. Mais il serait aussi important de voir à la multiplication des occasions d'échange entre les employés des différentes professions afin que les uns apprennent des expériences des autres. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'acquisition de nouvelles connaissances, et ce dans bon nombre de disciplines, a une limite. Celle-ci sera probablement atteinte via la formation.

Par contre, les occasions d'échanges avec les autres professionnels se veulent une manière d'apprendre l'intangible vécu par les professionnels, leur expérience, celle qui ne s'apprend pas lors de la formation générale. Cette connaissance intangible se veut en réalité l'accumulation d'expériences via les multiples situations vécues par l'intervenant.

- **Réingénierie du processus**

Cette dernière recommandation ne s'inscrit pas dans une logique d'amélioration continue mais plutôt dans une réorganisation complète du processus. Ce nouveau processus est présenté à l'annexe 3. Une série de petites explications suit cette annexe afin de préciser le processus. Il est important de mentionner que cette recommandation se veut avant tout une piste de réflexion pour le CSSS-IUGS. En effet, la limite de temps de notre intervention ne nous a pas permis d'approfondir la connaissance du processus de manière

satisfaisante. En conséquence, il est difficile de réorganiser le processus pour répondre à toutes les questions découlant d'un tel exercice.

L'objet principal de ce nouveau processus est de joindre l'évaluation et la prise en charge par l'intervenant pivot en une seule fonction. En d'autres mots, il faut répartir une grande partie des évaluateurs (environ 80%) dans les équipes de zones afin qu'ils deviennent aptes à être des intervenants pivots. Conséquemment, les intervenants pivots étant déjà dans leur zone respective devront être en mesure de faire l'évaluation de leur intervention. Ceci amènerait un avantage considérable pour le client, soit la fonte de deux listes d'attente. La liste de l'évaluation et celle des équipes de zones sera jointe en une seule. Cette transformation enlèvera aussi de l'ancien processus deux étapes de priorisation.

La particularité associée à cette réorganisation des postes d'évaluateurs et d'intervenants est le moment où le client sera évalué. Ce moment sera aussi celui de la prise en charge. Donc, lorsque le client sort de la liste d'attente, ce n'est pas seulement pour être évalué, mais c'est également pour être pris en charge.

Le 20% des évaluateurs restant doit être réparti au niveau des gestionnaires de cas. Ceci permettrait aussi de réduire la liste d'attente au niveau des cas lourds. En effet l'ajout d'un seul gestionnaire de cas permettrait une réduction de la liste de l'ordre de 8 à 10%.

Le chemin principal d'une demande serait le suivant :

- La demande est reçue par le CLSC qui, via le service d'accueil, verra à déterminer les besoins du client, l'urgence de la situation et l'endroit où habite le client.
- Si la demande satisfait aux critères d'admissibilité du PA-PPA, celle-ci est acheminée à un répartiteur qui veillera à prioriser les demandes. Les demandes non-prioritaires seront placées sur la liste d'attente.
- Une fois sur cette liste, le client attend son évaluation qui sera, par le fait même, sa prise en charge par un intervenant. Celui-ci doit procéder à

---

l'évaluation des besoins, produire le plan d'intervention approprié et prendre en charge le patient s'il est classé à 3 et moins dans l'échelle de gravité des cas. Autrement (4 et +), le patient devra être référé à un gestionnaire de cas comme cela fonctionne actuellement.

Ces transformations majeures du processus doivent bien sûr s'accompagner de mesures de changement appropriées. Par exemple, il est bien évident que de demander aux évaluateurs de prendre en charge officiellement des clients et aux intervenants pivots de faire leur propre évaluation avant la prise en charge, nécessitera une formation adéquate. Il faudra accompagner les travailleurs dans la transformation de leur emploi.

Les clients ne doivent pas non plus être oubliés dans cette modification du processus puisque c'est pour eux que ceci est proposé. Des mesures de transition de l'ancien processus vers le nouveau sont à prévoir afin d'atténuer les effets du changement sur les clients.

## CONCLUSION

Le milieu de la santé est complexe et n'est pas performant au dire de certains. Partout au Québec, il existe de nombreuses listes d'attentes. Le CSSS-IUGS de Sherbrooke n'y échappe pas. En effet, son secteur d'aide à domicile pour les personnes âgées ou en perte d'autonomie présente des listes d'attente importantes.

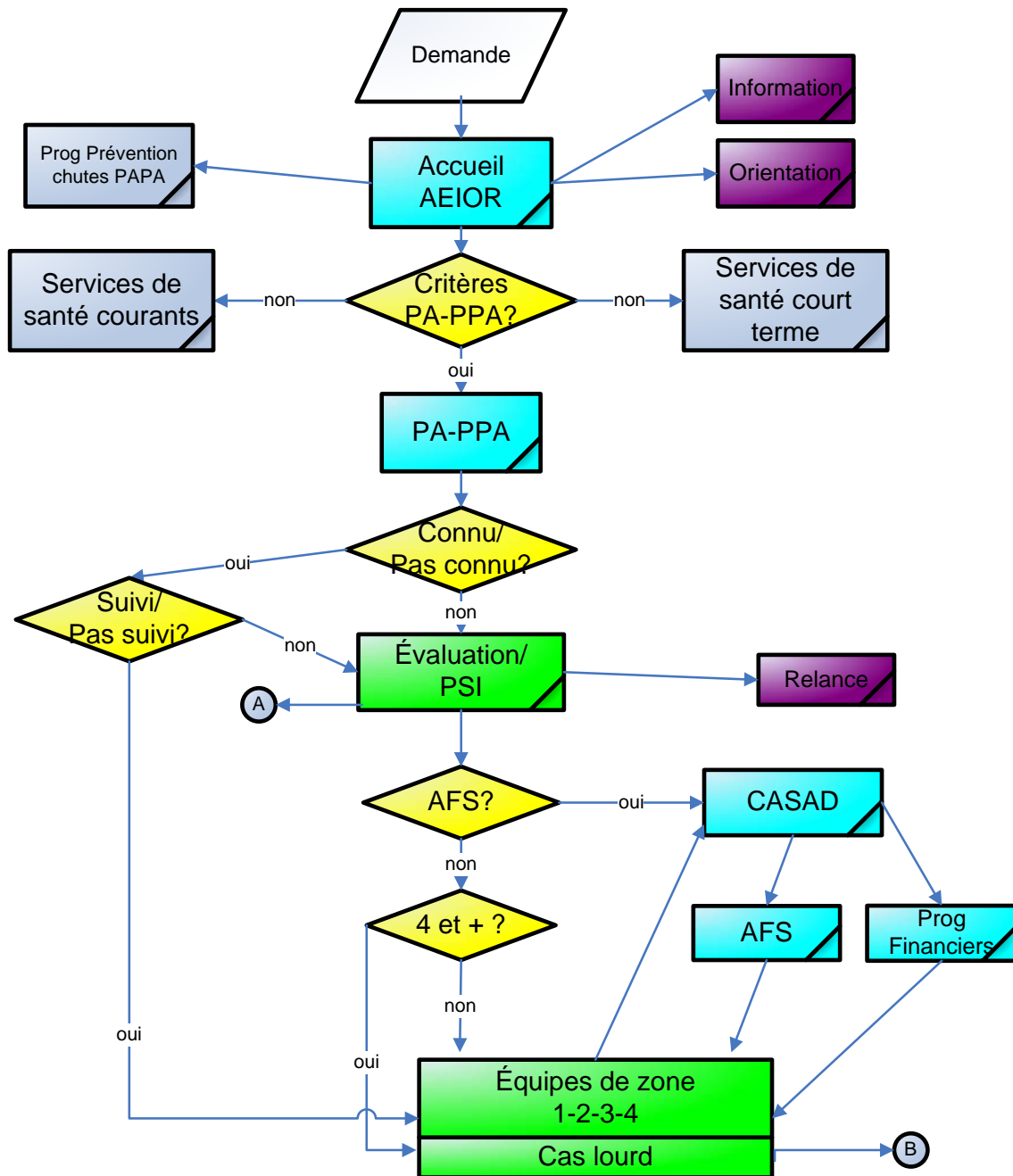
Nous avons été mandatés pour trouver une manière de réduire ces listes d'attentes. Une analyse afin de savoir comment se déroulait le cheminement d'une demande a été faite et certains problèmes ont été décelés. À l'aide de documentation et de rencontres avec des professionnels du milieu, le processus décrivant le traitement d'un dossier a été produit. Ce processus fait état des nombreuses étapes auxquelles fait face un patient ainsi que les multiples zones de stockage des dossiers. Évidemment, ce processus nécessite certains ajustements afin d'améliorer son fonctionnement. Ces ajustements font l'objet de recommandations bien définies au niveau de la technologie de l'information, de la structure du processus et des ressources humaines de manière générale.

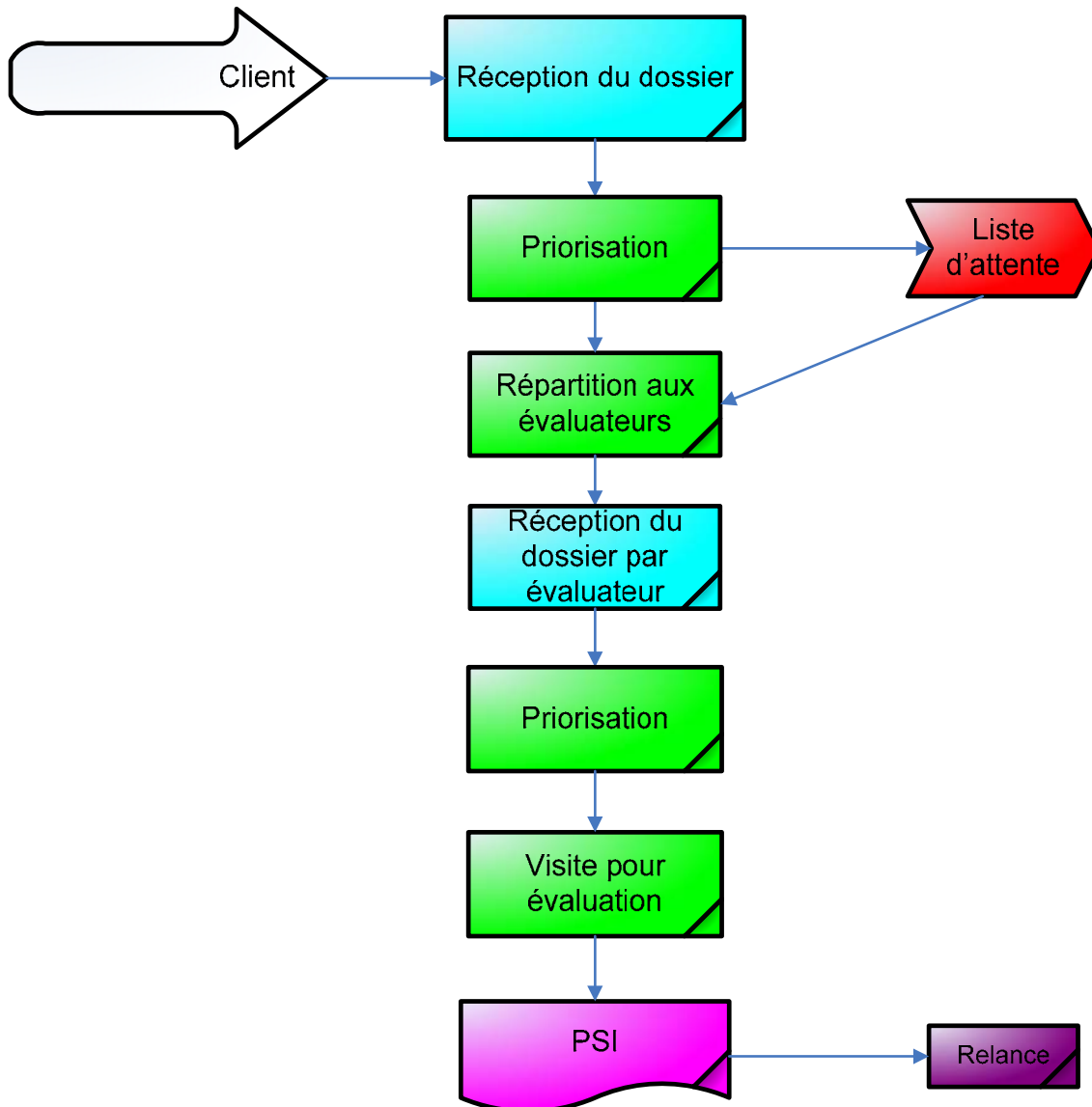
Cette étude présente une vision nouvelle dans un secteur précis du milieu de la santé. Nous savons aussi qu'il existe présentement des études visant à revoir le modèle actuel, comme celle mandatée à l'Université de Sherbrooke par l'entremise de Mario Roy. Est-ce que la multiplication de ces études mènera à des actions concrètes qui permettront de renouveler le modèle de prestation de soins de santé au Québec?

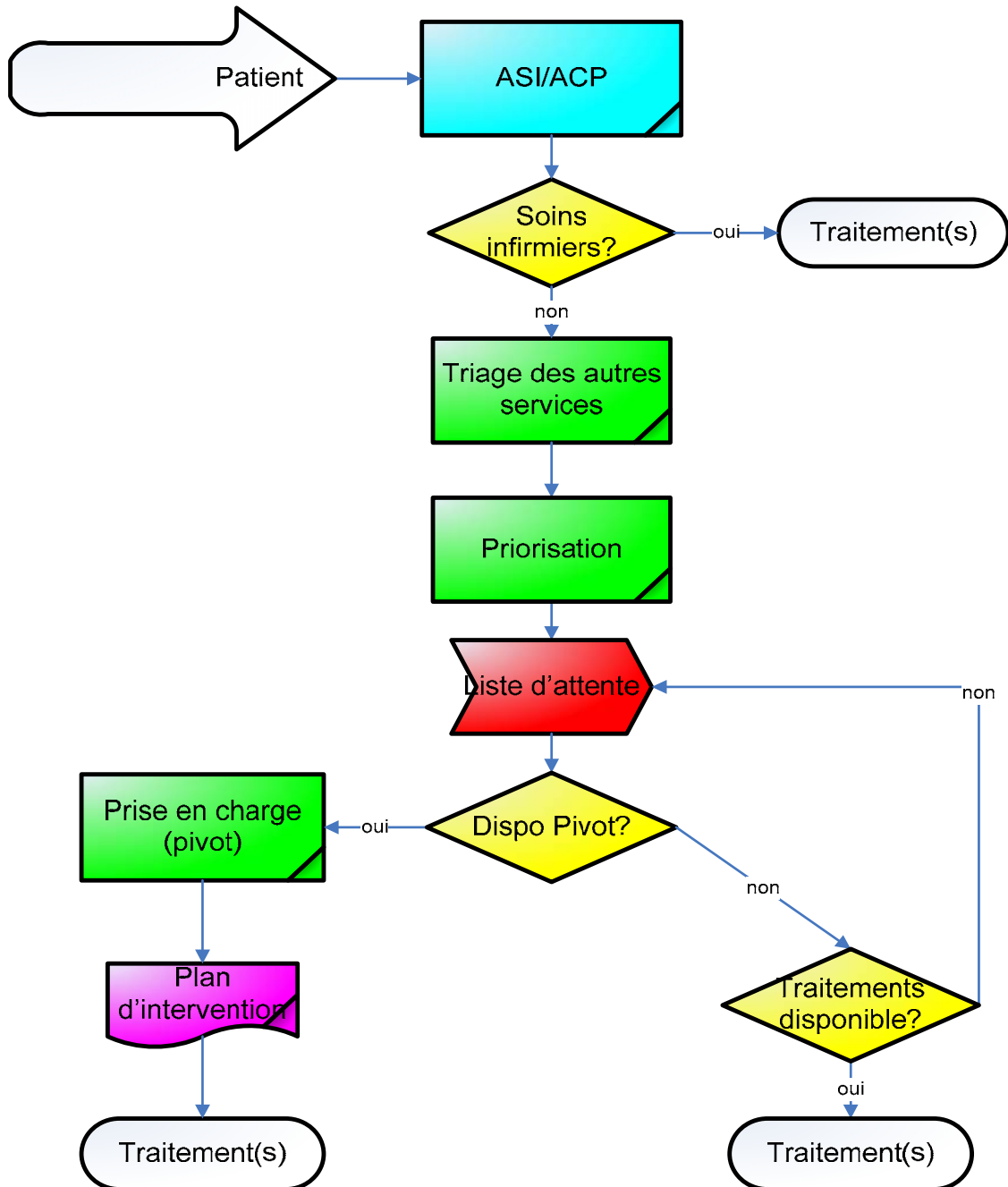
## BIBLIOGRAPHIE

- Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, Plan stratégique 2006-2011, MJB Litho.
- Santé et services sociaux Québec, Chez soi : le premier choix, La politique du soutien à domicile, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2003.
- Santé et services sociaux Québec, Chez soi : Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2004.
- LAPRISE, Hélène et GAGNÉ, Marie-Claude, La structure interne : Secteur personnes âgées et personnes en perte d'autonomie.
- CLSC de Sherbrooke, Offre de service d'aide à domicile au CLSC de Sherbrooke : Direction des services de soutien à domicile et personnes âgées, octobre 2003.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux, Février 2001.
- CÔTÉ, Louis, Management par les processus : Notes de cours, Université de Sherbrooke, Été 2007.
- Centre de Réadaptation Estrie (CRE), Gérer avec un grand H aussi loin que l'idéal, (2006).

## ANNEXE 1 – PROCESSUS ACTUEL COMPLET



**ANNEXE 1 (A) -- ÉVALUATION**

**ANNEXE 1 (B) – ÉQUIPES DE ZONES**

## ANNEXE 2 – FORCES MOTRICES ET RESTRICTIVES

### Forces restrictives

**Professions distinctes et cloisonnées :** Le domaine de la santé est une place où chacune des professions qui se côtoient tient mordicus à son champ d'action. La gestion en silo est la règle entendue et acceptée par chacun.

**Pénurie actuelle et future des effectifs :** Avec la retraite d'un bon nombre de travailleurs et les besoins grandissant causés par une population vieillissante, le domaine de la santé est en proie à une pénurie d'effectif importante.

**Quantité de documents à remplir :** Beaucoup de documentation est nécessaire afin d'assurer un bon suivi des patients.

**Manque d'efficacité du suivi durant l'attente en évaluation :** La quantité de nouveaux dossiers à traiter ne laisse que très peu de temps pour assurer un suivi régulier et minutieux des dossiers en attente.

**Augmentation importante de la clientèle :** Le vieillissement important de la génération baby-boomers conduira à une augmentation très importante de la demande de service à domicile.

**Pression budgétaire :** Malgré les augmentations constantes du budget, le domaine de la santé présente des besoins plus grands que les ressources pour y répondre.

**Taux de roulement élevé, absentéisme, démobilisation :** Il y a constat d'une rotation importante du personnel. Ceci s'explique par un nombre important de congés de maternité et de maladies ainsi que les départs à la retraite. De ce climat instable découle une démobilisation du personnel.

**Manque de formation chez les évaluateurs et les intervenants :** La rotation importante des effectifs amène constamment de nouveaux employés. La connaissance du milieu ne vient pas instantanément et le temps nécessaire à la formation diminue l'efficacité du nouvel employé.

**Culture organisationnelle :** La culture organisationnelle du domaine de la santé découle de l'interaction entre toutes les instances et cela rend les changements majeurs plus difficiles à réaliser.

**Limite de temps :** La limite de temps qui nous est imposée par le calendrier scolaire ne permet pas de réaliser une analyse aussi exhaustive qu'il serait nécessaire de faire.

## **Forces motrices**

**Équipes multidisciplinaires :** Les mêmes soins, de qualité équivalente, peuvent être offerts dans chacune des zones géographiques

**Implication du personnel de la santé (culture organisationnelle) :** Les personnes rencontrées sont motivées et convaincues par leurs métiers, il existe une véritable passion qui mobilise et pousse ces gens à faire consciencieusement leur travail.

**Volonté de la direction :** La volonté de changer les choses de la part de la direction est palpable.

**Répartition efficace au niveau de l'accueil :** Les différentes demandes qui entrent au niveau de l'accueil sont rapidement analysées et filtrées avant d'être envoyées vers les services correspondants, il n'y a donc que peu ou pas de cas de dossiers mal orientés, donc pas de perte de temps.

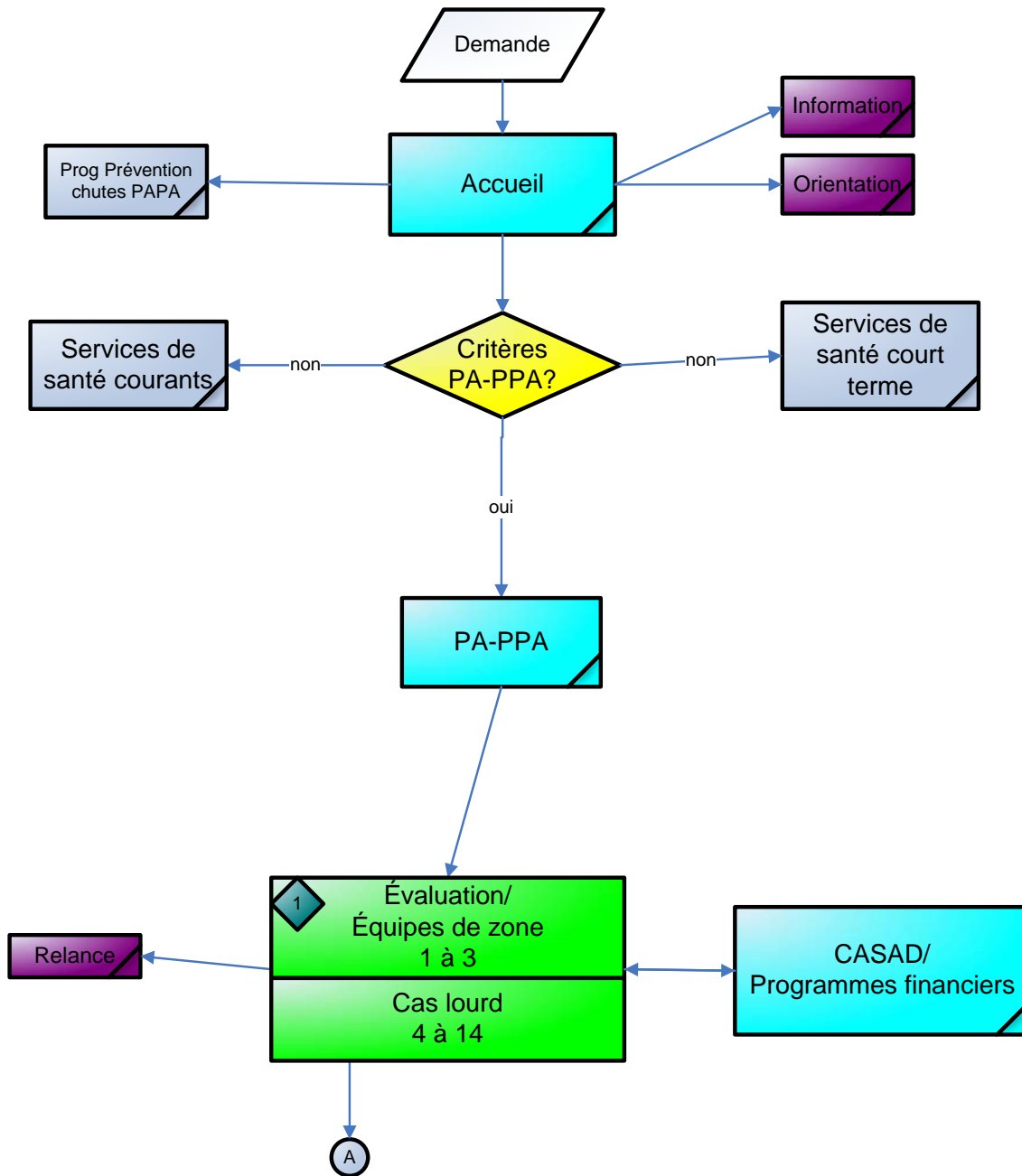
**Sherbrooke équipée du sans-fil :** La ville de Sherbrooke sera bientôt équipée de la technologie de communication sans-fil.

---

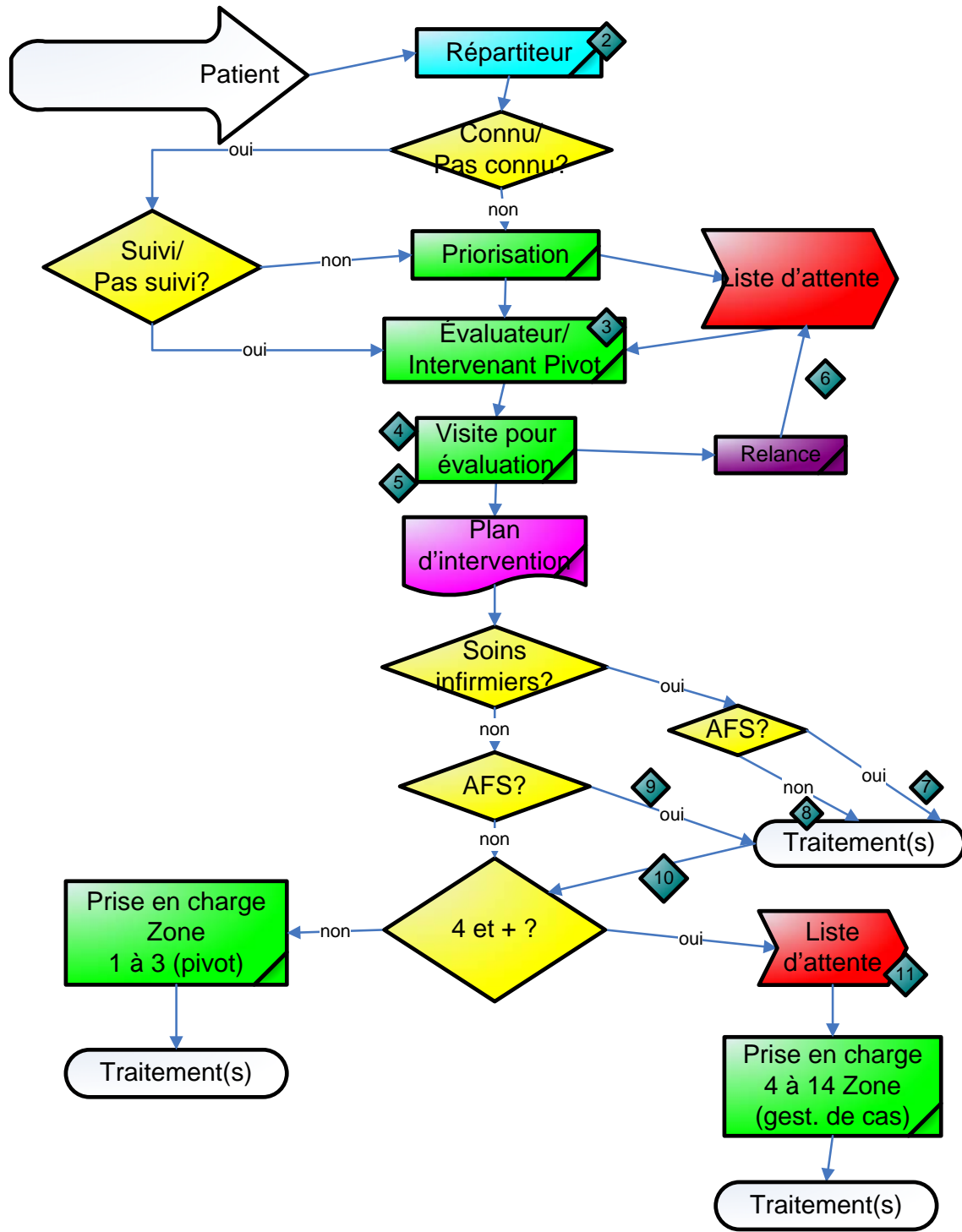
**Rapidité du contact à l'accueil :** les demandes sont traitées et acheminées vers les services correspondants au maximum dans les 48 heures.

**Implication du CSSS-IUGS durant le projet :** Ce travail n'aurait pu être possible sans la disponibilité et les conseils des personnes que nous avons consultées et qui nous ont donné accès aux ressources informationnelles dont nous avons besoin.

### ANNEXE 3 – NOUVEAU PROCESSUS



### ANNEXE 3 (A) – ÉQUIPES DE ZONE



### **Explications du nouveau processus**

1. La répartition des AFS se fait directement à l'intérieur des équipes de zones.
2. Reçoit les dossiers de l'accueil et procède à une priorisation des dossiers selon l'état du patient ainsi que les questions à poser dans les losanges jaunes.
3. Implique que tous les intervenants pivot soient aussi capables de faire des évaluations et vice versa.
4. Lorsqu'un patient est évalué, c'est qu'il est pris en charge. Il n'y a donc qu'une seule liste d'attente à ce niveau.
5. Les ASI et ASP se retrouvent maintenant à cet endroit comme évaluateur/intervenant pivot.
6. La première recommandation de notre travail, soit l'appel téléphonique afin d'éliminer les clients dont l'état auraient changé de sur la liste, doit être appliquée aussi dans ce nouveau processus afin de bien mettre à jour la liste d'attente.
7. Le patient répond positivement aux besoins de soins infirmiers et d'AFS.
8. Le patient répond positivement aux besoins de soins infirmiers mais pas besoin des services des AFS.
9. Le patient répond négativement aux besoins de soins infirmiers mais a besoin des services des AFS.
10. Même si le client est traité pour des soins infirmiers ou d'AFS, celui-ci nécessitera quand même la prise en charge par un intervenant pivot ou un gestionnaire de cas, tout dépendant de son état.
11. 20% des évaluateurs devraient être transformé en gestionnaire de cas afin de diminuer cette liste d'attente aussi.



## *À PROPOS DU DOCUMENT...*

---

Ce rapport relate l'analyse du processus de gestion des dossiers d'usagers des services de soutien à domicile entre l'accueil des demandes et la prise en charge par les équipes de zones au CSSS-IUGS. L'objectif de cette démarche était de mieux comprendre ce qui contribue à l'allongement des listes d'attente. De plus, il s'agissait de proposer des recommandations pertinentes à la réduction des délais d'attente, à l'optimisation du suivi et des étapes d'évaluation des dossiers.

## *À PROPOS DES AUTEURS...*

---

Geneviève Brodeur, Bertille Peraud, Steeve Sénéchal et Benoît Tanguay sont des étudiants inscrits à la maîtrise en management public à l'Université de Sherbrooke. Ils ont réalisé une démarche d'analyse dans le cadre du cours « Management par les processus ». Ce travail s'est fait sous la supervision d'une cadre supérieure du CSSS-IUGS (Hélène Laprise) et d'un professeur de la Faculté d'administration de l'Université de Sherbrooke (Louis Côté).

## *À PROPOS DE LA DIRECTION DE LA COORDINATION ET DES AFFAIRES ACADÉMIQUES (DCAA)...*

---

Le Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a mis sur pied des directions responsables de soutenir et de coordonner la mission d'enseignement et de recherche favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances dans ses deux missions universitaires (institut du secteur santé et centre affilié universitaire du secteur social). La direction de la coordination et des affaires académiques a notamment pour mission de favoriser la diffusion des productions académiques et cliniques.

La mission de la DCAA est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert de connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.

