Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie
Québec

SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

VOLET 3 : CONSULTATION D'EXPERTS

Marie-Chantal Gélinas
Courtière de connaissances

Direction de la planification, de la performance et des connaissances

Novembre 2013

Gestion des connaissances
Courtage

RÉDACTION

Marie-Chantal Gélinas, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

COORDINATION DES TRAVAUX

Claire Harrisson, chef d'équipe, courtage de connaissances, ASSS de la Montérégie

Jacques Fortin, directeur de la planification, de la performance et des connaissances, ASSS de la Montérégie

Danielle Benoit, coordonnatrice, Unité des orientations aux aînés, MSSS

Jean-Paul Ouellet, conseiller, Unité des orientations aux aînés, MSSS

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

Liliane Foisy, technicienne en recherche psychosociale, ASSS de la Montérégie

Citation suggérée :

Gélinas, M.-C. (2013), **Soins et services à domicile de longue durée – Volet 3 : Consultation d'experts.** Longueuil : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 79 pages.

Ce document est disponible en version électronique sur le portail extranet de l'Agence, http://extranet.santemonteregie.qc.ca, onglet Performance et innovation, sous Gestion des connaissances/Produits de courtage. Les opinions exprimées dans ce document n'engagent que ses auteurs, et non l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. De plus, les auteurs ne peuvent être tenus responsables de l'évolution des contextes d'organisation des services, des lois et des règlements qui pourraient influencer la transférabilité de ce produit de courtage de connaissances.

Ce document peut être reproduit pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux) (2013)

DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISBN : 978-2-89342-626-6 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

EN RÉSUMÉ **5**

MISE EN CONTEXTE **11**

QUESTIONNAIRE EN LIGNE **11**

TABLEAU 1 – RÉSULTATS AU QUESTIONNAIRE EN LIGNE 13

GROUPES DE DISCUSSION **16**

RECOMMANDATIONS DES EXPERTS EN GESTION DES RISQUES À DOMICILE 17

RECOMMANDATIONS DES EXPERTS EN CE QUI CONCERNE LES PARTENARIATS ENTRE LES CSSS ET LES GMF AINSI QU'HÔPITAUX HORS CSSS 20

RÉFÉRENCES **23**

ANNEXE 1-QUESTIONNAIRE EN LIGNE 24

ANNEXE 2 - RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE 64

ANNEXE 3 - LISTE DES PARTICIPANTS – CONSULTATION D'EXPERTS SUR LA GESTION DES RISQUES À DOMICILE 77

ANNEXE 4 - LISTE DES PARTICIPANTS – CONSULTATION D'EXPERTS SUR LES PARTENARIATS ENTRE CSSS ET GMF AINSI QU'HÔPITAUX HORS CSSS 79

SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE - EN RÉSUMÉ

1 : Proposition tirée de la recension des écrits – Volet 1
2 : Proposition tirée de la recension des pratiques – Volet 2
3 : Proposition tirée des consultations d'experts – Volet 3

Clientèle et services

- Les usagers bénéficiant des services de soutien à domicile de longue durée présentent des incapacités significatives et persistantes dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale. Il peut s'agir des personnes âgées, des personnes présentant une déficience physique ou des maladies chroniques. Les proches aidants et les familles font également partie de la clientèle visée. 1
- Les services à domicile pour cette clientèle sont considérés comme étant de longue durée lorsqu'ils sont requis de façon continue, pour plus de trois mois, et qu'ils requièrent :
  - Un environnement sécuritaire et adapté.
  - De l'assistance à la vie quotidienne et/ou domestique.
  - Des soins infirmiers et/ou professionnels. 1
- Selon les orientations ministérielles (Politique de soutien à domicile 2013), ces services devraient être offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public. 1

Réseau local de services

- Le modèle du Réseau local de services (RLS) repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d'une large gamme de services de première ligne dispensés par plusieurs partenaires et sur la mise en place de mécanismes de concertation et de coordination pour assurer l'accès aux services de deuxième et de troisième ligne. 1
- Les réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA) sont une composante du modèle RLS. 1

Trajectoire de services

- La trajectoire des services des aînés requérant des services à domicile de longue durée favorise la planification des services, uniformise de façon consensuelle le parcours de l'usager et en identifie les étapes clés : le repérage, la prévention, l'évaluation, l'intervention et le suivi ainsi que la transition vers l'hébergement (ou un autre service). 1

Repérage

- Le repérage permet d'identifier de façon précoce et rapide les personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie ou à risque de le devenir. 1 2 3

- Le repérage de la personne âgée vulnérable en perte d'autonomie doit être fait à l'aide d'un outil validé et reconnu et il est important qu'un processus d'évaluation commence rapidement à la suite d'un repérage positif. 1 3
- Certains CSSS ont mis en place des stratégies de suivi, à la suite d'un repérage positif, afin d'établir des priorités d'évaluation pour la mise en place des services d'aide. 2

Évaluation OÉMC

- L'utilisation de l'Outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) constitue un choix provincial : il s'agit d'un outil standardisé, valide et fiable, notamment pour la clientèle aînée en perte d'autonomie. 1
- Toutefois, des informations additionnelles peuvent être recueillies à partir d'outils complémentaires aux besoins spécifiques de l'usager, afin de compléter l'OÉMC. 1 2

Dépistage et interventions en prévention de la dénutrition

- Le dépistage de la dénutrition doit être fait pour l'ensemble de la clientèle SAD de 75 ans et plus; et ce, par tous les professionnels du programme SAD préalablement formés pour ce type de dépistage (administration d'un outil de dépistage en nutrition) ou par des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire). 3
- Les interventions concernant la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doivent se faire par une nutritionniste du programme SAD, bien qu'il semble y avoir des difficultés de faisabilité. 3

Aide à l'hygiène

- Lors de situations cliniques simples[1], l'évaluation des besoins d'aide à l'hygiène doit être réalisée par une équipe dédiée composée d'un nombre restreint d'auxiliaires en santé et en services sociaux (ASSS). 2 3

Soutien aux proches aidants

- Le partenariat avec les proches aidants est essentiel et reconnu. Leur soutien apparaît comme une préoccupation récente dans les orientations politiques, et plus encore dans la mise en place de services. 1
- Les effets positifs des interventions visant à soutenir les proches aidants sont plus notoires lorsque plusieurs interventions psycho-socio-éducatives et des structures de répit sont combinées. 1

[1] Par exemple, une personne âgée en perte d'autonomie se déplaçant avec une marchette et ne présentant pas de problèmes cognitifs.

Collaboration des médecins en SAD

- Il y a des avantages significatifs à intégrer un médecin consultant en soutien à l'équipe multidisciplinaire SAD, par exemple lors de discussions de cas. 3
- La disponibilité d'un médecin pouvant être accessible pour les intervenants au téléphone est nécessaire pour le soutien à domicile. 3
- L'accès à un médecin pouvant se déplacer à domicile est souhaitable pour le soutien de l'usager. 3
- La mise en place d'une équipe médicale, accompagnée d'une infirmière clinicienne, offrant un suivi à domicile pour les personnes âgées vulnérables prévient les visites à l'urgence et les hospitalisations. 2

Services spécialisés à domicile

- Les services spécialisés à domicile comprennent des équipes ambulatoires de psychogériatrie et de santé mentale de première ligne. Les rôles de ces équipes, composées de professionnels, comprennent l'évaluation de la clientèle et des interventions spécialisées ainsi qu'un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes en première ligne, y compris les organismes communautaires. 1 2
- Les équipes de santé mentale, de psychogériatrie, de clinique de mémoire et d'évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée doivent soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD. Toutefois, des difficultés d'actualisation de telles équipes sont rapportées. 3

Télésoins

- L'utilisation de télésoins améliore la capacité d'autogestion des usagers vulnérables, dans un contexte de pénurie des effectifs. 1
- Les télésoins favorisent l'accessibilité aux soins et aux services et ils ont un effet structurant sur le fonctionnement organisationnel. 1 2

Gestion de cas et organisation des services

- Dans une perspective de gestion de cas, le travail multidisciplinaire permet de développer une vision commune de l'intervention. 1
- L'utilisation d'un système de services intégrés, qui repose sur l'organisation de la pratique clinique par gestion de cas, améliore l'efficience des services, notamment en facilitant leur accessibilité et en permettant de coordonner des interventions orientées vers les résultats. 1

- Ces deux modèles d'organisation sont considérés comme probants en SAD, tant au niveau de leur importance que leur faisabilité :
  - Une équipe d'évaluation suivie d'interventions par une équipe de suivi.
  - Une équipe de premiers évaluateurs ou de premiers répondants pour les usagers présentant des situations urgentes. 2 3

Accessibilité et continuité

- L'amélioration de la continuité des soins et services auprès de la clientèle suivie à domicile évite des visites à l'urgence, diminue la durée de séjour à l'urgence et facilite le retour à domicile. 1
- Les mécanismes de liaison et de coordination des services de soutien à domicile, entre eux et avec les soins spécialisés, sont des éléments contribuant à l'accessibilité et à la continuité des services. 1 2

Gestion des risques

- La formalisation de la gestion des risques à domicile doit être appréhendée en considérant les facteurs de vulnérabilité, le profil de risques, la fragilité des aînés, les raisons de fin de maintien ainsi que la prise de décision partagée. 1
- Peu d'établissements ont un processus formel en matière d'évaluation et d'intervention sur la gestion des risques à domicile. Quelques CSSS ont des processus plus formels, notamment en ce qui a trait à l'évaluation des risques à domicile, mais moins en ce qui concerne l'intervention subséquente. 3
- Plusieurs stratégies peuvent être déployées pour soutenir les intervenants en termes de gestion des risques à domicile :
  - Formation de base en éthique dans les programmes académiques.
  - Formation continue, offerte localement ou régionalement, en éthique ou portant sur les différents facteurs de risque ou de vulnérabilité à domicile, mais également en ce qui concerne les droits des usagers ainsi que le système légal.
  - Accès, pour les intervenants et les gestionnaires, à des ressources-conseils en éthique disponibles à même leur CSSS ou régionalement. Dans le processus de gestion des risques, les intervenants doivent avoir accès à des professionnels experts pour soutenir leurs interventions (par le biais de discussions de cas, etc.). L'ajout de la perspective éthique permet une analyse plus globale, et souvent de clarifier l'interprétation du cadre légal. 3

Partenariats

- Lors des situations cliniques stables, les soins d'assistance personnelle (AVQ) peuvent être confiés aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD). Néanmoins, lors de situations cliniques complexes (usagers présentant de multiples problèmes de santé, polymédication ou situation psychosociale instable), il n'est pas recommandé que les soins d'assistance soient délégués aux EÉSAD. 2 3
- En termes de partenariats avec les GMF ou les hôpitaux hors CSSS, la cogestion médico-administrative ou clinico-administrative, laquelle intègre les médecins dans les structures de gestion de la direction, serait un modèle de gestion de choix à adopter avec les GMF. Cependant, outre le changement de structure, il est important que la cogestion fasse partie des priorités organisationnelles, à même la planification stratégique. 3
- L'utilisation de corridors ou trajectoires de services (par exemple, une trajectoire de services en maladies chroniques) permet d'assurer le suivi systématique de clientèles, notamment pour les CSSS n'ayant pas de mission hospitalière. 3
- L'élaboration et l'application d'ordonnances collectives permettent de maximiser la collaboration interprofessionnelle entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Cette stratégie favorise le resserrement des liens professionnels, le développement de la confiance mutuelle et la création de partenariats. 3

Qualité

- Les CSSS ont l'obligation de déposer, tous les quatre ans, un plan d'action auprès d'organismes reconnus, soit le Conseil québécois d'agrément (CQA) et Agrément Canada (AC), et de transmettre à différentes entités un rapport abrégé sur les résultats de cette démarche. 1
- L'agrément repose sur l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles, en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et d'un processus de rétroactions qui tient compte à la fois du contexte et des caractéristiques de l'établissement. 1
- Un sondage de satisfaction à l'usager permet de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux EÉSAD. Parmi les autres moyens efficaces de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux EÉSAD, on retrouve : un rapport verbal de l'usager ou des proches aidants, la nomination d'un responsable de la fonction d'assurance qualité au sein de l'EÉSAD, des visites à domicile d'évaluation ciblées, réalisées par un intervenant du SAD. 2 3

Tendances canadiennes et internationales

- Bien que l'importance des services à domicile soit clairement établie, il n'y a pas encore de consensus quant à la forme que ceux-ci devraient prendre pour les aînés au Canada. 1
- Il existe des écarts considérables dans les services à domicile proposés d'une province à l'autre, surtout par rapport aux types de services publics offerts et au nombre d'heures de soins autorisées. 1
- Les soins et services à domicile ne constituent pas un service de santé assuré en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Cette absence de cadre législatif explique donc l'écart important dans l'accès à ces services dans l'ensemble du Canada. 1
- Inspiré du Royaume-Uni, l'Ontario a mis en place les centres d'accès aux soins communautaires (CASC), lesquels planifient des services et les mettent en œuvre, mais ne jouent pas de rôle clinique ni ne dispensent de soins. Les rôles de planificateur-acheteur et de dispensateur de services y sont donc clairement séparés. 1
- Dans la plupart des pays européens et nord-américains, les décideurs entrevoient désormais les services à domicile comme ayant un meilleur rapport coût-efficacité que l'hébergement pour maintenir le niveau d'autonomie des personnes, d'autant plus qu'il s'agit du mode de soins préféré de la plupart des usagers. 1
- Certains pays scandinaves ont reconnu les avantages qu'une seule institution soit responsable de coordonner localement les services à domicile. Au Danemark, les municipalités ont la responsabilité de l'organisation des soins à domicile. 1
- Les services à domicile sont désormais considérés une composante cruciale d'un système intégré de soins de santé. Afin de réussir cette intégration, l'élaboration puis l'utilisation de lignes directrices et de standards définis au sujet des différentes étapes de la trajectoire de services font consensus. 1

MISE EN CONTEXTE

Afin d'effectuer une analyse critique des informations obtenues lors de la recension des écrits et compte tenu de la nature qualitative et exploratoire de la recension des pratiques, certains éléments méritaient d'être explorés subséquemment par le biais de consultations d'experts. Deux stratégies ont été utilisées : un questionnaire en ligne et des sous-groupes de discussion.

Le choix des experts a été fait en tenant compte des critères suivants :

- La représentation multidisciplinaire;
- La représentativité régionale (urbain, semi-urbain, rural);
- Le niveau de proximité avec le « terrain »;
- La reconnaissance du candidat dans son milieu;
- La pertinence des travaux de recherche réalisés (lorsqu'applicable).

Autre source de repérage des experts : les répondants ayant pris part aux recensions des pratiques ont également été invités à participer au questionnaire en ligne. De plus, lors de la mise en ligne du sondage électronique, la tenue de groupes de discussion a également été annoncée, ainsi les répondants étaient informés de l'étape subséquente, certains participants étant également conviés à participer à cette démarche complémentaire.

Ainsi, des cliniciens de première ligne, des gestionnaires en soins et services à domicile et des chercheurs de milieux universitaires ont été retenus. Cette approche de repérage d'experts est conforme à plusieurs écrits[1,2].

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Un sondage administré par voie électronique a été mené du 23 septembre au 2 octobre 2013. L'exercice visait une objectivation et une pondération du niveau d'importance et de faisabilité accordés à certains aspects spécifiques de la pratique en soins à domicile de longue durée. Les énoncés ont été élaborés à l'aide des données qualitatives recueillies lors de la recension des pratiques, ainsi que de l'examen des données probantes retrouvées dans les écrits. Tous les experts ont été appelés à indiquer leur niveau d'accord avec une série de propositions à l'aide d'une échelle de Likert sur cinq points (1 signifiant « Pas du tout en accord/pas du tout réalisable » et 5 « Totalement en accord/facilement réalisable ») [se référer au questionnaire à l'annexe 1].

Il est important de retenir qu'une telle démarche n'est pas menée dans une optique de valider la probité d'une pratique. Elle vise à faire émerger des convergences et des consensus, par l'expertise des répondants, quant à l'importance et la faisabilité de certaines pratiques qui pourraient être incluses dans une offre de services en soins à domicile. En ce sens, l'approche retenue est une combinaison de la méthode participative Delphi et de la méthode interactive du groupe de discussion[1,3]. Ainsi, plutôt que des tours successifs de questionnaires, la stratégie des sous-groupes de discussion a été utilisée.

La mise en ligne du questionnaire a été réalisée conjointement par une technicienne en recherche psychosociale et une adjointe administrative de la Direction de la planification, de la performance et des connaissances (DPPC) de l'ASSS de la Montérégie utilisant l'outil Web SurveyMonkey. Une lettre de la Direction générale adjointe des services aux aînés du MSSS présentant la démarche ainsi que l'hyperlien vers le questionnaire a été envoyée par courriel aux experts. Une relance a été faite à l'intérieur des dix jours alloués pour y répondre.

Au total, un taux de réponse de 83 % a été obtenu (54 répondants sur 65 personnes sollicitées). Il s'agit d'experts dont la plupart œuvrent dans le domaine des soins à domicile depuis plus de dix ans (73,7 %), dont majoritairement de gestionnaires (cadres intermédiaires ou supérieurs - 72 %). Le temps estimé pour répondre au questionnaire était d'environ 45 minutes.

Bien que, sur le plan méthodologique, la sélection d'un seuil déterminant l'atteinte d'un consensus ne fasse pas l'unanimité en recherche[4-6], un seuil de 60 % a été choisi pour l'analyse des résultats du présent questionnaire en ligne afin d'attribuer la valeur qualitative de « consensus des experts ». L'ensemble des résultats a d'abord été regroupé en trois catégories (« 1 et 2 », « 3 », « 4 et 5 ») [se référer à l'annexe 2 pour l'ensemble des résultats au sondage en ligne]. Lorsque plus de 60 % des réponses se situaient dans l'une de ces trois catégories, la proposition était considérée consensuelle. De plus, la moyenne sur l'échelle a également été prise en compte à chacun des énoncés. L'appréciation des résultats a également été effectuée en considérant les commentaires écrits des répondants au sondage. Ceux-ci ont permis de nuancer l'interprétation de certains résultats ou d'envisager des pistes de solutions, notamment en ce qui a trait à des éléments non abordés dans le sondage. Cependant, le présent exercice ne visait pas à déterminer le degré de consensus en considérant uniquement les résultats au questionnaire. Certains énoncés représentant un consensus insuffisant étaient également identifiés pour être traités, par la suite, lors de sous-groupes de discussion.

Le tableau suivant permet d'apprécier l'ensemble des résultats obtenus. Les réponses ont été ordonnées par rubrique, en considérant leur importance, leur faisabilité ainsi que le consensus s'en dégageant.

Quatre regroupements de réponses ont ainsi été identifiés pour chacun des énoncés. Une grille d'analyse, permettant d'identifier les enjeux en matière de soins à domicile, a été utilisée pour analyser sommairement chacune des propositions du questionnaire :

- Grande importance et grande faisabilité : enjeux primordiaux;
- Importance modérée et faisabilité modérée : enjeux secondaires;
- Grande importance, mais indice de faisabilité modéré, faible : enjeux non consensuels, dont certains qui méritent d'être discutés en forum d'experts;
- Faible importance : enjeux non retenus.

Par ailleurs, pour certaines pratiques qui étaient jugées fort importantes et réalisables, mais pour lesquelles la recension des écrits ou des pratiques révélait peu de modèles d'application au Québec, ou alors, pour certains enjeux non consensuels, des experts ont été sollicités pour participer à des sous-groupes de discussions. Les recommandations émanant de ces forums sont détaillées dans la section ultérieure. D'autres propositions demeurent non consensuelles, ces enjeux seront abordés ultérieurement dans le cadre de mandats spécifiques.

TABLEAU 1 – RÉSULTATS AU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

	Enjeux primordiaux	Enjeux secondaires	Enjeux non consensuels quant à la faisabilité	Sous-groupes de discussion requis
Repérage de la personne âgée vulnérable ▪ Les experts s'entendent pour dire que le repérage de la personne âgée vulnérable en perte d'autonomie doit être fait à l'aide d'un outil validé et reconnu et qu'il est important qu'un processus d'évaluation débute rapidement à la suite d'un repérage positif, soit dans un délai compris entre 0 à 2 semaines.	✓			
▪ Néanmoins, la faisabilité du délai dans lequel cette évaluation peut être réalisée fait modérément consensus dans un délai de 2 à 4 semaines.		✓		
Dépistage de la dénutrition ▪ Les experts considèrent que le dépistage de la dénutrition doit être fait pour l'ensemble de la clientèle SAD de 75 ans et plus; et ce, par tous les professionnels du programme SAD préalablement formés pour ce type de dépistage (administration d'un outil de dépistage en nutrition) ou par des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire).	✓			
Interventions en dénutrition ▪ Cependant, bien que la majorité estime que les interventions concernant la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doivent se faire par une nutritionniste du programme SAD, la faisabilité de cet enjeu ne fait pas consensus.			✓	
Aide à l'hygiène ▪ Lors de situations cliniques simples (par exemple, une personne âgée en perte d'autonomie se déplaçant avec une marchette et ne présentant pas de problèmes cognitifs), l'évaluation des besoins d'aide à l'hygiène doit être faite par une équipe dédiée composée d'un nombre restreint d'auxiliaires en santé et en services sociaux.	✓			
▪ Lors de situations cliniques simples, les experts estiment qu'il est important de respecter que l'évaluation des soins d'hygiène - ou la cueillette des données – se fasse dans un délai de 1 à 2 semaines à la suite de la réception d'une référence. Néanmoins, le consensus en ce qui concerne la faisabilité se situe davantage autour d'un délai de 2 à 4 semaines.	✓			

	Enjeux primordiaux	Enjeux secondaires	Enjeux non consensuels quant à la faisabilité	Sous-groupes de discussion requis
Organisation des services à préconiser Les deux modèles d'organisation suivants font consensus auprès des répondants au sondage, tant en ce qui concerne leur importance que leur faisabilité : ▪ Une équipe d'évaluation suivie d'interventions par une équipe de suivi ▪ Une équipe de premiers évaluateurs ou de premiers répondants pour les usagers présentant des situations urgentes	✓ ✓			
Soutien aux proches aidants ▪ Les services de répit-gardiennage dispensés par des entreprises d'économie sociale, l'utilisation du centre de jour, une ligne téléphonique pour les proches aidants, les activités d'éducation et d'information aux proches aidants, le parrainage entre aidants sont des modalités importantes et dont la mise en œuvre est facilement réalisable. ▪ Un service de répit-gardiennage dispensé par des auxiliaires en santé et en services sociaux du CSSS est une modalité importante, mais dont la faisabilité ne fait pas consensus. ▪ Le soutien psychologique **de groupe** aux proches aidants par un intervenant du CSSS est une modalité appropriée et réalisable, tandis que le soutien psychologique **individuel** par un intervenant du CSSS est souhaité, mais sa faisabilité est modérée. ▪ Dans tous les cas, un dossier doit être ouvert au nom du proche aidant. Tant l'importance que la faisabilité de cette proposition sont mitigées.	✓	 ✓	 ✓ ✓	
Télésoins ▪ Les télésoins devraient servir à assurer le suivi des usagers dont la condition est connue et stabilisée ainsi qu'à la mise en application du plan d'intervention des usagers qui commencent un nouveau traitement. ▪ Les télésoins sont utiles pour l'enseignement, la surveillance de l'état de santé et l'évaluation de l'usager ainsi que pour le soutien lors d'autosoins réalisés par l'usager. ▪ Les programmes de téléréadaptation pourraient être intéressants à développer pour les personnes présentant des problèmes orthopédiques (ex. : prothèse totale de genou ou de la hanche) et pour les personnes atteintes de maladies chroniques (ex. : MPOC, maladies cardiovasculaires). ▪ L'intérêt à développer les programmes suivants ne fait pas consensus : programmes de téléréadaptation pour les personnes atteintes d'un cancer ou présentant une condition neurologique chronique (ex. : AVC, maladie de Parkinson, sclérose en plaques).	✓ ✓ ✓		 ✓	
Partenariat avec les entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) ▪ Lors des situations cliniques stables, les soins d'assistance personnelle (AVQ) peuvent être confiés aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD). Il y a également consensus pour que les soins d'assistance ne soient pas confiés aux EÉSAD lors de situations médicales complexes (usagers présentant des multiples problèmes de santé, polymédication ou situation psychosociale instable).	✓			

	Enjeux primordiaux	Enjeux secondaires	Enjeux non consensuels quant à la faisabilité	Sous-groupes de discussion requis
Accès aux services spécialisés				
▪ Une équipe de soins palliatifs doit soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD.	✓			
▪ Les ressources-conseils en soutien aux intervenants du programme SAD devraient être disponibles lors de l'évaluation de situations éthiques.	✓			
▪ Les approches alternatives (acupuncture, massothérapie, ostéopathie) ainsi que l'accompagnement spirituel doivent être disponibles, en soutien aux intervenants du programme SAD.			✓	
▪ Les équipes de santé mentale, de psychogériatrie, de clinique de mémoire et d'évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée doivent soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD**.** Il y a consensus sur l'importance de cette proposition, mais non sur la faisabilité.			✓	
▪ Les ressources-conseils en soutien aux intervenants du programme SAD devraient être disponibles lors des situations cliniques requérant de l'aide juridique ou de l'aide à évaluer l'aptitude à consentir aux soins. Il y a consensus sur l'importance de cette proposition, mais non sur la faisabilité.			✓	
Gestion des risques				
▪ Les risques à domicile pour lesquels les intervenants du programme SAD ont davantage besoin d'être outillés (ex. : outils validés et reconnus, formation, consultation avec un expert) et pour lesquels il est facilement réalisable de les soutenir ou de les former sont : les risques d'abus ou de maltraitance, de plaies, d'épuisement des aidants, de chutes, de dénutrition et de déshydratation, de blessures pour l'usager ou les intervenants, de détérioration de l'état de santé.	✓			✓
▪ La décision de mettre fin au soutien à domicile d'un usager doit être basée sur les motifs suivants : la sécurité de l'usager est compromise, il y a un risque de blessure pour l'usager ou ses proches et les intervenants, l'intensité requise des services dépasse la capacité de l'établissement et de ses partenaires à répondre aux besoins de l'usager (par exemple la surveillance 24/7, la mobilisation aux 4 heures), les proches aidants de l'usager vivent un épuisement chronique.	✓			✓
▪ La décision de mettre fin au soutien à domicile d'un usager doit être basée sur les motifs suivants : le plafond d'heures déterminé par l'établissement est atteint, le soutien à domicile équivaut au coût d'une place en hébergement de type CHSLD ou l'usager n'a pas de réseau social.			✓	✓
Qualité				
▪ Un sondage de satisfaction à l'usager est un moyen efficace de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD).	✓			
▪ Les moyens les plus efficaces de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux EÉSAD sont : un rapport verbal de l'usager ou des proches aidants, la nomination d'un responsable de la fonction d'assurance qualité au sein de l'EÉSAD, des visites à domicile d'évaluation ciblées, réalisées par un intervenant du SAD.			✓	

	Enjeux primordiaux	Enjeux secondaires	Enjeux non consensuels quant à la faisabilité	Sous-groupes de discussion requis
Intérêt à développer la fonction partenariale				
▪ Des ententes de services formalisées doivent être conclues avec les partenaires suivants afin de faciliter la transition et la continuité des soins et services : des habitations à loyer modique (Office municipal d'habitation), des coopératives d'habitation, des organismes communautaires, des EÉSAD.	✓			
▪ Des ententes de services formalisées doivent être conclues avec les partenaires suivants afin de faciliter la transition et la continuité des soins et services : des groupes de médecine familiale (GMF), des hôpitaux hors CSSS, d'autres CSSS ou leurs établissements. Il y a consensus sur l'importance de cette proposition, mais non sur sa faisabilité.			✓	✓
Rôles émergents				
▪ Les modalités de collaboration de l'infirmière auxiliaire (IA) au sein de l'équipe SAD à privilégier sont : 1) le partage des soins pour les usagers assignés aux infirmières cliniciennes par exemple, le partage de charge de cas et 2) la réalisation de tâches spécifiques, par exemple l'ensemble des prélèvements sanguins ou la collecte des données pour le besoin en équipement de salle de bain.	✓			
▪ Un pharmacien devrait faire partie de l'équipe SAD pour consultation à domicile auprès des usagers ou lors de discussions de cas. Il y a consensus sur l'importance de cette proposition, mais non sur la faisabilité.			✓	
Collaboration des médecins en SAD				
Les répondants s'entendent sur l'importance de ces propositions, mais non sur leur faisabilité :				
▪ L'accès à un médecin du CSSS pouvant se déplacer à domicile est nécessaire pour le soutien de l'usager.			✓	
▪ La disponibilité d'un médecin pouvant être accessible pour les intervenants au téléphone est nécessaire pour le soutien à domicile.			✓	
▪ Il y a des avantages significatifs à intégrer un médecin consultant en soutien à l'équipe multidisciplinaire SAD, par exemple lors de discussions de cas.			✓	

GROUPES DE DISCUSSION

Tels qu'exposés dans le tableau précédent, les résultats du questionnaire en ligne ont révélé certaines pratiques jugées importantes, mais dont la faisabilité n'était pas consensuelle. C'est le cas pour le développement de la fonction partenariale entre les CSSS et les GMF ainsi qu'avec les hôpitaux hors CSSS. D'autres éléments de pratiques étaient jugés fort importants et réalisables, mais pour lesquels la recension des écrits ou des pratiques révélait peu d'applications dans les CSSS. Il en est ainsi pour le thème de la gestion des risques à domicile. Ainsi, ce sont principalement sur ces deux thématiques que les sous-groupes de discussion ont porté, visant ainsi à proposer certaines pistes de solution.

Une sélection d'experts, selon les critères mentionnés précédemment, a permis de constituer ces groupes (se référer aux annexes 3 et 4 pour la liste des participants). La participation des experts était volontaire. Ceux-ci étaient encouragés de s'exprimer sans contrainte afin de recueillir des propos critiques tout en étant constructifs.

Deux consultations d'experts ont été réalisées par conférence téléphonique les 15 et 21 octobre 2013. L'objectif de ce processus délibératif était, selon les contributions spécifiques de chaque expert, d'alimenter les réflexions et d'identifier des moyens réalistes pour rendre possible les pratiques jugées favorables en vue d'une offre de services optimale. Chacune des rencontres, d'une heure et demie, a également permis de dégager des pistes de réflexion en ce sens. De plus, les perspectives d'avenir en soins à domicile ont également été explorées par le biais de cette démarche réflexive.

Les experts ont émis des recommandations se rapportant aux thèmes choisis, soit la gestion des risques à domicile et les partenariats entre les CSSS et les GMF ainsi qu'avec les hôpitaux hors CSSS. Pour chacun des sous-groupes d'experts, les principaux thèmes se dégageant de la rencontre ont été regroupés sous trois volets :

- L'état de situation ou les réalités actuellement vécues par plusieurs milieux;
- Les défis d'implantation et les stratégies gagnantes;
- Les perspectives d'avenir.

Recommandations des experts en gestion des risques à domicile

Volet 1 – État de situation

- Peu d'établissements ont un processus formel en matière d'évaluation et d'intervention sur la gestion des risques à domicile. Quelques CSSS ont des processus plus formels, notamment en ce qui a trait à l'évaluation des risques à domicile, mais beaucoup moins en ce qui concerne l'intervention subséquente.
- De nombreux outils sont disponibles pour évaluer la gestion des risques, dont l'OÉMC et quelques outils spécifiques. L'outil « Évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile » (du CSSS de la Montagne), utilisé par de nombreux CSSS pour la clientèle à domicile, incluant la clientèle psychiatrique, évalue les risques selon une perspective bio-psycho-sociale. Cet outil, sous forme de questions ouvertes, n'a pas fait l'objet d'une validation, car il ne présente pas d'échelle ni de cotation, mais propose plutôt un processus d'évaluation des risques à domicile. Par ailleurs, même s'il n'a pas fait l'objet d'une validation au plan scientifique, un outil de soutien à l'évaluation permet d'objectiver une situation, surtout lorsqu'il est complété en équipe multidisciplinaire. De plus, la gestion des risques, dans le contexte des soins et services à domicile, constitue une norme d'Agrément Canada qui propose une grille complète d'évaluation des risques (pratiques organisationnelles requises – POR).

- L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins doit être extrêmement nuancée. Le fait de savoir si la personne est apte ou inapte ne résous pas tous les problèmes de gestion des risques à domicile. Il s'agit d'une dimension à tenir en compte parmi plusieurs.
- En termes de types d'interventions en gestion des risques à domicile, on retrouve surtout des interventions de type consultatif : référence de l'usager vers les équipes de deuxième ligne (par exemple, l'équipe ambulatoire de psychogériatrie) ou vers les ressources de répit, consultation auprès de la ligne téléphonique pour aidants, etc.

Volet 2 – Défis particuliers et stratégies gagnantes

Baliser le processus

- En lien avec la capacité des usagers à choisir, les experts expriment un inconfort par rapport au fait que les pratiques locales diffèrent significativement d'un CSSS à l'autre quant à l'interprétation du principe suivant tiré de la Politique Chez soi : le premier choix, qui met de l'avant le principe suivant : « Les décisions des personnes prévalent toujours quant à leurs choix de vie au quotidien et au choix des ressources qui les soutiennent »[7].
- Néanmoins, certains experts voient le fait de baliser le processus de gestion des risques à domicile comme étant difficilement réalisable; la structuration de la prise de décision devenant alors complexe. Lorsqu'un désaccord survient entre les intervenants et l'usager ou les membres de sa famille, il n'existe pas de balises sur la façon d'intervenir. Doit-on nécessairement favoriser la préférence de l'usager par rapport au jugement clinique des intervenants?
- Il est important que l'usager qui présente des facteurs de risques non compensés soit suivi par une équipe interdisciplinaire (et non par un seul intervenant), même si l'évaluation de certains risques fait appel à une discipline ou une expertise en particulier. Les décisions concernant l'usager doivent être assumées par l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire. Par ailleurs, il est également important d'impliquer l'équipe clinico-administrative dans le processus de prise de décision quant à la gestion des risques. L'équipe clinique interdisciplinaire assume les décisions pour un usager donné, tandis que l'équipe clinico-administrative doit prendre des décisions pour un ensemble d'usagers et possède donc un portrait plus global de la situation.

Risques pour les intervenants

- L'éventuelle offre de service en SAD devra préciser le contexte sécuritaire dans lequel le personnel peut intervenir. Cette précision est d'autant plus pertinente que les services d'aide à domicile sont souvent donnés en sous-traitance à des agences privées ou des EÉSAD.
- Il est important de tenir compte des risques pour les intervenants à domicile (blessures, intimidation, violence, etc.), car bien souvent les intervenants du SAD n'ont pas tendance à se protéger (contrairement aux intervenants de la direction de la protection de la jeunesse ou en psychiatrie), et ce malgré les formations déployées (OMÉGA, PDSB). Ceci s'explique, en partie, parce que le lieu d'intervention est le domicile, un lieu privé appartenant à l'usager et non contrôlé.

Ainsi, la gestion des risques est rarement considérée à partir du point de vue de l'établissement et des intervenants, mais plus souvent à partir du point de vue de l'usager. Certains experts remarquent que les intervenants en SAD sont parfois prêts à aller à l'encontre de leur propre intégrité professionnelle pour continuer de desservir l'usager, malgré les facteurs de risques non compensés, afin de ne pas « abandonner » ce dernier. Il est important de rechercher un équilibre entre la volonté de donner des services à l'usager et la protection des intervenants.

- L'idée de formuler un contrat avec l'usager est énoncée, tant pour protéger l'usager et les intervenants, ce qui permettrait un meilleur encadrement des risques de part et d'autre.

Fin de soutien à domicile ou cessation des services à domicile

- D'emblée, une attention particulière doit être prêtée à la terminologie employée : il y a une nuance importante entre « la fin de soutien » et « la cessation des services » : les services sont cessés lorsque l'usager les refuse tels qu'offerts par le SAD. Ce n'est pas l'établissement qui met ainsi fin au soutien à domicile.
- Les experts nomment une préoccupation en ce qui concerne la justice distributive ou la justice sociale (les droits individuels VS les droits collectifs). Le fait d'établir un plafond d'heures allouées est-il légitime? Par exemple, est-il préférable d'allouer 10 heures de services d'aide à domicile par semaine à tous les usagers ou 35 heures par semaine à un nombre limité d'usagers? La Loi sur la santé et les services sociaux mandate les établissements de gérer leurs ressources de la meilleure façon possible[8]. Les critères d'allocation des ressources variant en cours d'année financière, la transparence budgétaire à l'égard de l'usager devient complexe.
- La Loi sur la santé et les services sociaux stipule également que « tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisés »[8]. En ce sens, il a le **droit de refuser** des services, mais de continuer à recevoir d'autres services complémentaires ou compensatoires.

Volet 3. – Perspectives d'avenir

Les stratégies retenues et priorisées par les experts peuvent être regroupées autour de deux types d'orientation :

Importance d'avoir accès à de la formation et des ressources-conseils en éthique

- Plusieurs stratégies sont suggérées pour outiller les intervenants en termes de gestion des risques à domicile :

    - Formation de base en éthique dans les programmes académiques;
    - Formation continue, offerte localement ou régionalement, en éthique ou portant sur les différents facteurs de risque ou de vulnérabilité à domicile, mais également en ce qui concerne les droits des usagers ainsi que le système légal;

- Accès, pour les intervenants et les gestionnaires, à des ressources-conseil en éthique disponibles à même leur CSSS ou régionalement. Dans le processus de gestion des risques, les intervenants doivent avoir accès à des professionnels experts pour soutenir leurs interventions (par le biais de discussions de cas, etc.). L'ajout de la perspective éthique permet une analyse plus globale, et souvent de clarifier l'interprétation du cadre légal.

Importance de créer des partenariats

- Des **ententes** ou des **protocoles** doivent être créés avec les différents partenaires des CSSS, d'autant plus qu'il n'est pas rare que la perception du niveau de risque à domicile diffère entre les intervenants du SAD et leurs partenaires externes (hôpital, Curateur public, etc.).
- Des partenariats formels avec les prestataires de services, tels les agences privées ou les entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) sont d'autant plus importants étant donné que celles-ci dispensent des services en sous-traitance directement auprès des usagers. Actuellement, il y a peu de leviers pour encourager ces prestataires à adopter certaines normes (de sécurité, par exemple).

Recommandations des experts en ce qui concerne les partenariats entre les CSSS et les GMF ainsi qu'hôpitaux hors CSSS

Volet 1 – État de situation

- Tous les experts confirment que des **partenariats doivent être formalisés** pour améliorer l'accessibilité aux services et diminuer le recours à l'urgence. Actuellement, les partenariats existants entre les CSSS et les GMF ainsi que les hôpitaux hors CSSS sont surtout informels.
- Néanmoins, les **ententes formelles** constituent un élément parmi plusieurs pour améliorer les relations CSSS-GMF ou hôpital. Notamment, il apparaît important de miser sur l'amélioration des **mécanismes d'échanges et de gouverne** pour mettre en lien les CSSS avec les médecins de la communauté.
    - Par exemple, en Estrie, la table médicale territoriale, très active, permet d'améliorer les échanges. En Montérégie, la Table du département régional de médecine générale (DRMG) locale regroupe les directeurs de programmes, s'occupe de l'organisation de la première ligne médicale, avec rencontres statutaires aux deux mois.
- Les nombreuses consultations d'usagers aux urgences - identifiées comme étant « non urgentes », soit les priorités 4 (P4) et 5 (P5) selon l'échelle de triage et de gravité (ÉTG) des unités d'urgence — démontrent une utilisation inadéquate des services de deuxième ligne par la population ainsi qu'une utilisation non optimale des services de première ligne (GMF). Selon certains experts, il s'agit d'un problème de plages horaires trop restreintes. Les horaires d'ouverture doivent être élargis jusqu'à 22 h ou minuit. D'autres expriment que ce n'est pas uniquement les horaires de disponibilité qui augmentent l'accessibilité des services, mais plutôt de rehausser la prise en charge d'usagers.

- Le nouveau cadre de gestion des GMF (entente provinciale) prévoit notamment un contrat quadripartite (MSSS, Agence, CSSS et GMF) et de nouveaux paramètres quant à l'offre de service des GMF, plus particulièrement en ce qui a trait aux cibles d'inscriptions et aux heures d'ouverture requises[9].

Volet 2 – Défis particuliers et stratégies gagnantes

- Il y a une méconnaissance de la réalité de chacune des instances (CSSS, GMF), entraînant parfois une duplication des services (par exemple, par les infirmières de GMF et celles des équipes de maladies chroniques). Il est important de se recentrer sur les besoins de la clientèle.
- Historiquement, il n'est pas dans la tradition de prestation de soins que les médecins en cabinet privé concluent des contrats formels avec des établissements, mais plutôt des « ententes de responsabilité morale ». Le partenariat des CSSS avec les GMF devrait donc se faire sous forme d'engagement moral, par lequel les médecins sont soutenus par l'établissement. Cependant, certains rappellent que bien que les ententes formelles soient inhabituelles avec les médecins, il est possible de formuler les attentes mutuelles (GMF-CSSS) par écrit.
- Les CSSS ne doivent pas se substituer au suivi de gestion auquel les GMF doivent se soumettre. Dans un document de l'AQESSS portant sur la révision de l'entente de gestion, une reddition de compte plus serrée est recommandée pour les GMF[9].

Volet 3. – Perspectives d'avenir

Au terme de la consultation, les experts voient les pistes d'action suivantes de manière positive :

- **Cogestion médico-administrative**
  - La **cogestion médico-administrative ou clinico-administrative**, laquelle intègre les médecins dans les structures de gestion de la direction, serait un modèle de gestion de choix à adopter avec les GMF. Cependant, outre le changement de structure, il est important que la cogestion fasse partie des priorités organisationnelles, à même la planification stratégique. À ce titre, il est intéressant d'ajouter la responsabilité du **partenariat médical** aux fonctions du directeur des services professionnels. Ainsi, le titre de directeur des services professionnels et du partenariat médical devient plus pertinent dans la mesure, où avec la venue des réseaux locaux de services, il est amené à travailler davantage avec les médecins et partenaires de la communauté (cabinets de médecins, GMF, pharmacies communautaires, etc.).
  - Certains experts suggèrent de favoriser le partenariat entre les médecins des GMF et les gestionnaires de cas du SAD permettant ainsi d'améliorer l'accès aux services.
- **Pratiques collaboratives**
  - L'utilisation de corridors ou **trajectoires de services** (par exemple, une trajectoire de services en maladies chroniques) permet d'assurer le suivi systématique de clientèles, notamment pour les CSSS n'ayant pas de mission hospitalière.

- La mise sur pied d'**équipes communes** entre les GMF et les services d'urgence permet de faciliter la hiérarchisation des besoins de l'usager (par exemple, le partage d'infirmières et de médecins qui travaillant aux deux endroits) et d'accroître l'accessibilité. À cet égard, l'idée du groupe de médecine de famille (GMF) intramural, dont la majorité des bureaux sont installés à même l'hôpital ou en CLSC, est évoquée. De même, positionner dans le service des urgences un intervenant du CSSS, qui a une bonne connaissance des soins et services offerts à domicile, est une stratégie à considérer.
- L'élaboration et l'application d'**ordonnances collectives** permettent de maximiser la collaboration interprofessionnelle entre les médecins, les infirmières et les pharmaciens. Cette stratégie favorise le resserrement des liens professionnels, le développement de la confiance mutuelle et la création de partenariats.

RÉFÉRENCES

1. Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ: British Medical Journal.* 1995;311(7001):376.
2. Garthwaite PH, Kadane JB, O'hagan A. Statistical methods for eliciting probability distributions. *Journal of the American Statistical Association.* 2005;100(470):680-701.
3. Observatoire régional de la santé et des affaires sociales. Méthode Delphi dossier documentaire. Lorraine: Fondation Roi Baudouin; 2009:33.
4. Genest C, Zidek JV. Combining probability distributions: A critique and an annotated bibliography. *Statistical Science.* 1986;1(1):114-135.
5. Scholz RW, Hansmann R. Combining experts' risk judgments on technology performance of phytoremediation: Self-confidence ratings, averaging procedures, and formative consensus building. *Risk Analysis.* 2007;27(1):225-240.
6. Clemen RT, Winkler RL. Aggregating probability distributions. *Advances in Decision Analysis.* 2007:154-176.
7. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Chez soi: le premier choix: la politique de soutien à domicile. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2003:43.
8. Gouvernement du Québec. Loi sur les Services de santé et les Services sociaux [en ligne] http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html (page consultée le 4 novembre 2013); mise à jour 1er novembre 2013.
9. Raymond L. Révision du cadre de gestion: Groupes de médecine familiale (GMF) - Propositions de l'AQESSS:
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux 2013:18.

ANNEXE 1 – QUESTIONNAIRE EN LIGNE

INSTRUCTION POUR RÉPONDRE AU SONDAGE

La Direction générale adjointe des services aux aînés (DGASA) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), en collaboration avec l'équipe de courtage de connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, vous invitent à répondre au présent questionnaire, lequel s'inscrit dans le cadre de la démarche ministérielle visant à définir une offre de services de longue durée à domicile pour les aînés qui présentent des incapacités significatives et persistantes.

Le contenu du questionnaire émane d'une recension des écrits sur les meilleures pratiques en soutien à domicile ainsi que d'une documentation des pratiques prometteuses auprès d'une vingtaine d'établissements québécois. Ces travaux ont été menés de mai à juillet 2013.

Le présent sondage porte sur certaines composantes de l'offre de services à domicile pour lesquelles la recension des écrits et des pratiques n'a pas permis de dégager de consensus. Nous vous demandons de vous prononcer sur divers énoncés en indiquant le **niveau d'importance** que vous leur accordez et le **potentiel de réalisation (faisabilité)** que vous y voyez. Les énoncés pour lesquels le sondage n'aura pas permis d'établir des concensus seront soumis à des sous-groupes de discussion.

– Le temps estimé pour répondre au questionnaire est d'environ 45 minutes.

– Vous n'avez pas à indiquer votre nom.

– Nous vous demandons de compléter le questionnaire en ligne d'ici le **mercredi 2 octobre**.

– Le questionnaire comporte 27 questions qui comprennent des sous questions. Chacune d'elle appelle une réponse de votre part. Vous devez donc cocher le niveau d'importance et le potentiel de réalisation pour chacune des sous-questions.

– Pour le potentiel de réalisation, vous devez répondre en fonction de la situation présente, c'est-à-dire dans l'état actuel de l'organisation des services à domicile aux aînés.

– Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	**Potentiel de réalisation**
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

– Si vous n'êtes pas en mesure de fournir une réponse à une question, cochez la case **NSP/NRP** (Ne sais pas/Ne répond pas).

– La personne à joindre si vous avez des questions concernant le sondage ou si vous avez beson d'une assistance technique est :

Marie-Chantal Gélinas
marie-chantal.gelinas.agence16@ssss.gouv.qc.ca
450 928-6777, poste 4283

Nous vous remercions de votre précieuse collaboration. Votre contribution nous permettra de mener à bien les travaux visant à améliorer l'offre de services à domicile de longue durée aux personnes âgées.

Quelle est la principale région sociosanitaire dans laquelle vous pratiquez?

Quel est votre lieu de travail? (plusieurs choix possibles)

- [ ] Agence de la santé et des services sociaux
- [ ] CSSS (CLSC)
- [ ] Ministère de la Santé et des Services sociaux
- [ ] Établissement d'enseignement
- [ ] Autre (veuillez préciser)

Quelle est votre fonction principale?

- ◯ Cadre intermédiaire/ASI/Coordonnateur/Chef d'équipe
- ◯ Cadre supérieur
- ◯ Chercheur
- ◯ Clinicien
- ◯ Autre (veuillez préciser)

Quelle est votre profession/champ disciplinaire?

- ◯ Ergothérapeute
- ◯ Infirmier
- ◯ Inhalothérapeute
- ◯ Médecin
- ◯ Nutritionniste
- ◯ Pharmacien
- ◯ Physiothérapeute
- ◯ Professeur
- ◯ Psychologue
- ◯ Travailleur social
- ◯ Autre (veuillez préciser)

Depuis combien d'années travaillez-vous dans le domaine des services à domicile?

- ◯ Moins d'une année
- ◯ Entre 1 et 4 années
- ◯ Entre 5 et 9 années
- ◯ Entre 10 et 14 années
- ◯ 15 années et plus

REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

1. Le repérage des personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie doit se faire à l'aide d'un outil validé et reconnu.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

2. Le repérage n'a de valeur que si un processus d'évaluation s'en suit rapidement après celui-ci.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout , 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

3. À la suite d'un repérage positif, cette évaluation doit être réalisée dans un délai de :

a. Moins d'une semaine.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. De 1 à 2 semaines.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. De 2 à 4 semaines.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Plus de 4 semaines.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Repérage des personnes âgées vulnérables»?

DÉPISTAGE DE LA DÉNUTRITION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

4. Le dépistage de la dénutrition doit se faire pour les clientèles suivantes :

a. Toute la clientèle du programme SAD (Services à domicile).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. La clientèle du programme SAD de 65 ans et plus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. La clientèle du programme SAD de 75 ans et plus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Uniquement la clientèle du programme SAD dont l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas soupçonne un état de dénutrition.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

5. Le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doit se faire par :

a. Une nutritionniste du programme SAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Tous les professionnels du programme SAD formés pour le dépistage (pour administrer un outil de dépistage en nutrition).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Des intervenants d'organismes communautaires.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

6. Les interventions concernant la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doivent se faire par :

a. Une nutritionniste du programme SAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Tous les professionnels du programme SAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Des intervenants d'organismes communautaires.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Dépistage de la dénutrition »?

SERVICES D'AIDE À L'HYGIÈNE

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

7. Lors de situations cliniques simples (par exemple, une personne âgée en perte d'autonomie se déplaçant avec une marchette et ne présentant pas de problèmes cognitifs), l'évaluation des besoins d'aide à l'hygiène doit être faite par :

a. Des ergothérapeutes.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Une équipe d'évaluation composée d'infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Une infirmière auxiliaire.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Un thérapeute en réadaptation physique.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Une équipe dédiée composée d'un nombre restreint d'auxiliaires en santé et en services sociaux.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. L'ensemble des auxiliaires en santé et en services sociaux.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

8. Accessibilité : Dans quel délai l'évaluation des soins d'hygiène - ou la cueillette des données - devrait-elle avoir été réalisée à la suite de la réception d'une référence lors de situations cliniques simples?

a. 0-2 semaines.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. 2-4 semaines.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. 4 semaines et plus.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Services d'aide à l'hygiène »?

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

On retrouve essentiellement deux approches de gestion en matière de services à domicile : l'une prévoit que les usagers sont rencontrés rapidement par une équipe d'évaluation qui identifie les besoins des usagers et l'intensité des services; l'autre utilise plutôt les intervenants professionnels qui complètent l'ensemble de la démarche clinique. Dans cette seconde approche, les professionnels évaluent les usagers qui leur sont assignés et demeurent engagés directement dans la prestation des services par exemple, en gestion de cas. Les deux approches présentent des avantages et des limites. Finalement, quelques établissements combinent les deux approches à des degrés divers.

9. Indiquez dans quelle mesure les approches suivantes vous semblent appropriées et réalisables?

a. Une équipe d'évaluation suivie d'interventions par une équipe de suivi.

						NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Une équipe de premiers évaluateurs ou de premiers répondants pour les usagers présentant des situations urgentes.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Les intervenants d'une équipe régulière de soins à domicile pour l'ensemble de la clientèle SAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Expliquer brièvement l'approche que vous privilégieriez.

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Équipe d'évaluation »?

SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

10. Indiquez dans quelle mesure les modalités suivantes, en matière de soutien aux proches aidants, vous semblent appropriées et réalisables?

a. Services de répit-gardiennage dispensés par des auxiliaires en santé et en services sociaux du CSSS.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Services de répit-gardiennage dispensés par des entreprises d'économie sociale.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Centre de jour pour donner du répit aux proches aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Au moyen d'une subvention du CSSS, organisation de services de répit par les proches aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Soutien psychologique individuel aux proches aidants par un intervenant du CSSS.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. Soutien psychologique de groupe aux proches aidants par un intervenant du CSSS.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

g. Ligne téléphonique pour les proches aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

h. Activités d'éducation et d'information aux proches aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

i. Parrainage entre aidants (groupes de support).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

j. Autres :

11. Dans tous les cas, un dossier doit être ouvert au nom du proche aidant.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Soutien aux proches aidants »?

COLLABORATION DES MÉDECINS EN SAD

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

12. L'accès à un médecin du CSSS pouvant se déplacer à domicile est nécessaire pour le soutien de l'usager.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

13. La disponibilité d'un médecin pouvant être accessible pour les intervenants au téléphone est nécessaire pour le soutien à domicile.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

14. Il y a des avantages significatifs à intégrer un médecin consultant en soutien à l'équipe multidisciplinaire SAD, par exemple lors de discussions de cas.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Collaboration des médecins en SAD »?

EFFICACITÉ DE LA TÉLÉSANTÉ

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

La télésanté est « un mode de prestation de soins et de services de santé et de services sociaux, préventifs ou curatifs, de réadaptation ou palliatifs, rendus à distance par télécommunication, y compris les échanges audiovisuels à des fins d'information, d'enseignement et de recherche ainsi que le traitement des données cliniques et administratives ». Les télésoins à domicile ou télésurveillance constituent une forme particulière de services de télésanté. Ils consistent à transmettre à distance des données physiologiques et biologiques aux fins de suivi, d'interprétation et de prise de décision clinique. Cette transmission d'informations peut prendre la forme d'une téléconsultation entre l'usager et les membres de l'équipe de soins qui peuvent être situés dans un ou plusieurs points de service. La clientèle visée est composée souvent de la clientèle vulnérable ou atteinte de maladies chroniques (diabète, maladies pulmonaires ou cardiovasculaires) ou la clientèle en soins palliatifs.

15. Les télésoins devraient servir :

a. À assurer le suivi des usagers dont la condition est connue et stabilisée.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. À la mise en application du plan d'intervention des usagers qui commencent un nouveau traitement.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

16. Les télésoins sont utiles pour :

a. De l'enseignement.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. La surveillance de l'état de santé et l'évaluation de l'usager.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Le soutien lors d'autosoins réalisés par l'usager.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

17. La téléréadaptation consiste en « des activités qui utilisent les technologies de l'information et des communications pour effectuer des activités de réadaptation à distance ». À l'instar d'autres applications en télésanté, le recours à la téléréadaptation est en émergence en tant que nouveau mode de prestation de services. L'efficacité de la téléréadaptation pour diverses clientèles dans différents milieux a été confirmée dans la littérature.

Les programmes de téléréadaptation suivants pourraient être intéressants à développer pour les clientèles cibles suivantes :

a. Personnes présentant des problèmes orthopédiques (ex. : prothèse totale de genou ou de la hanche).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Personnes présentant une condition neurologique chronique (ex. : AVC, maladie de Parkinson, sclérose en plaques).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Personnes atteintes de maladies chroniques (ex. : MPOC, maladies cardiovasculaires).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Personnes atteintes d'un cancer.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Efficacité de la télésanté »?

PARTENARIAT AVEC LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE À DOMICILE (EÉSAD)

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

18. Lors des situations suivantes, les soins d'assistance personnelle (AVQ) peuvent être confiés aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) :

a. Situation clinique stable.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Situation médicale complexe, par exemple multiples problèmes de santé, polymédication, situation psychosociale instable, etc.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Usagers à risque d'abus ou de maltraitance (sur les plans physique, psychologique ou financier).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Aucun soin d'assistance personnelle (AVQ) ne devrait être confié aux EÉSAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Partenariat avec les entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) »?

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

19. Les ressources spécialisées suivantes doivent soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD :

a. Équipe de santé mentale.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Équipe de psychogériatrie.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Équipe de clinique de mémoire.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Équipe d'évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

19. Les ressources spécialisées suivantes doivent soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD :

a. Équipe de santé mentale.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Équipe de psychogériatrie.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Équipe de clinique de mémoire.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Équipe d'évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Équipe de soins palliatifs.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. Autres :

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Accès aux services spécialisés à domicile »?

PARTENARIAT AVEC DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

20. Les ressources-conseils en soutien aux intervenants du programme SAD devraient être disponibles lors des situations cliniques ou activités suivantes :

a. L'évaluation de situations éthiques.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. L'évaluation juridique (curatelle, tutelle).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Les approches alternatives : acupuncture, massothérapie, ostéopathie, etc.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. L'accompagnement spirituel.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. Autres :

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Partenariat avec des services complémentaires »?

GESTION DES RISQUES

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

21. Les risques pour lesquels les intervenants du programme SAD ont davantage besoin d'être outillés (ex. : outils validés et reconnus, formation, consultation avec un expert) lors du suivi à domicile sont :

a. Risque d'abus ou maltraitance.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Risque de plaies.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Risque d'épuisement des aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Risque de chutes.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Risque de dénutrition et déshydratation.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. Risque de blessures pour l'usager.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

g. Risque de blessures pour les intervenants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

h. Risque de détérioration de l'état de santé.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

i. Autres risques :

22. La décision de mettre fin au soutien à domicile d'un usager doit être basée sur les motifs suivants :

a. La sécurité de l'usager est compromise.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Il y a un risque de blessure pour l'usager ou ses proches et les intervenants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. L'état de santé de l'usager est détérioré et instable.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. L'intensité requise des services dépasse la capacité de l'établissement et de ses partenaires à répondre aux besoins de l'usager, par exemple la surveillance 24/7, la mobilisation aux 4 heures.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Le plafond d'heures déterminé par l'établissement est atteint.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. Le soutien à domicile équivaut au coût d'une place en hébergement de type CHSLD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

g. L'usager n'a pas de réseau social.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

h. Les proches aidants de l'usager vivent un épuisement chronique.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

i. Autres :

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Gestion des risques »?

QUALITÉ

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

23. Les moyens les plus efficaces de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) sont :

a. Un rapport verbal de l'usager ou des proches aidants.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Un sondage de satisfaction à l'usager.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. La nomination d'un responsable de la fonction d'assurance qualité au sein de l'EÉSAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Des visites à domicile d'évaluation ciblées, réalisées par un intervenant du SAD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Autres :

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Qualité »?

INTÉRÊT À DÉVELOPPER LA FONCTION PARTENARIALE

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

24. Des ententes de services formalisées doivent être conclues avec les partenaires suivants afin de faciliter la transition et la continuité des soins et services.

a. Des habitations à loyer modique (Office municipal d'habitation).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. Des logements de coopératives d'habitation.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. Des organismes communautaires.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

d. Des entreprises d'économie sociale.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

e. Des organisations sans but lucratif.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

f. D'autres CSSS ou leurs établissements, par exemple : CHSLD.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

g. Des groupes de médecine familiale (GMF).

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

h. Des hôpitaux hors CSSS.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Intérêt à développer la fonction partenariale »?

RÔLES ÉMERGENTS

INDIQUEZ À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD ET CONSIDÉREZ LES ÉNONCÉS SUIVANTS RÉALISABLES.

Les choix de réponses sont exprimés sur une échelle de mesure de 1 à 5.

Niveau d'accord avec l'énoncé	Potentiel de réalisation
1. Pas du tout d'accord	1. Pas du tout réalisable
2. Pas d'accord	2. Pas réalisable
3. Ni en désaccord ni d'accord	3. Peut-être réalisable
4. D'accord	4. Réalisable
5. Totalement en accord	5. Facilement réalisable

25. Un pharmacien devrait faire partie de l'équipe SAD pour consultation à domicile auprès des usagers.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

26. Un pharmacien devrait faire partie de l'équipe SAD lors de discussions de cas.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

L'infirmière auxiliaire (IA) fait de plus en plus partie des équipes SAD. L'organisation des fonctions des IA varie d'un établissement à un autre : certaines partagent les soins des usagers assignés aux infirmières cliniciennes, d'autres s'acquittent de tâches spécifiques pour l'ensemble d'une équipe et finalement, d'autres réalisent des fonctions moins centrées sur les usagers mais plutôt en soutien à l'ensemble de l'équipe.

27. Les modalités de collaboration de l'infirmière auxiliaire (IA) au sein de l'équipe SAD à privilégier sont :

a. Le partage des soins pour les usagers assignés aux infirmières cliniciennes par exemple, le partage de charge de cas.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

b. La réalisation de tâches spécifiques, par exemple l'ensemble des prélèvements sanguins ou la collecte des données pour le besoin en équipement de salle de bain.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

c. La réalisation de tâches non cliniques, en soutien à l'ensemble de l'équipe, par exemple la gestion des fournitures médicales ou des petits équipements.

	1	2	3	4	5	NSP/ NRP
ACCORD (1=pas du tout, 5=totalement en accord)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
RÉALISABLE (1=pas du tout, 5=facilement réalisable)	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Avez-vous des commentaires ou des suggestions concernant la section « Rôles émergents »?

Avez-vous tout autre commentaire ou suggestion concernant les énoncés de ce sondage?

Merci d'avoir pris le temps de compléter ce sondage. Votre précieuse collaboration est très appréciée!

ANNEXE 2 – RÉSULTATS DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE

Quelle est la principale région sociosanitaire dans laquelle vous pratiquez?

Région	N	%
01-Bas-Saint-Laurent	4	7,0 %
02-Saguenay—Lac-Saint-Jean		
03-Capitale-Nationale	5	8,8 %
04-Mauricie et Centre-du-Québec	4	7,0 %
05-Estrie	7	12,3 %
06-Montréal	11	19,3 %
07-Outaouais		
08-Abitibi-Témiscamingue		
09-Côte-Nord		
10-Nord-du-Québec		
11-Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine	2	3,5 %
12-Chaudière-Appalaches	3	5,3 %
13-Laval	2	3,5 %
14-Lanaudière	2	3,5 %
15-Laurentides	4	7,0 %
16-Montérégie	13	22,8 %
17-Nunavik		
18-Terres-Cries-de-la-Baie-James		
TOTAL	**57**	**100,0 %**

Quel est votre lieu de travail?
(plusieurs choix possibles)

Lieu	N	% réponses	% répondants
Agence de la santé et des services sociaux	1	1,7 %	1,8 %
CSSS (CLSC)	50	84,7 %	87,7 %
Ministère de la Santé et des Services sociaux	1	1,7 %	1,8 %
Établissement d'enseignement	4	6,8 %	7,0 %
Autre	3	5,1 %	5,3 %
TOTAL	**59**	**100,0 %**	**103,5 %**

Quelle est votre fonction principale?

Fonction	N	%
Cadre intermédiaires/ASI/Coordonnateur/Chef d'équipe	25	43,9 %
Cadre supérieur	16	28,1 %
Chercheur	3	5,3 %
Clinicien	7	12,3 %
Autre	6	10,5 %
TOTAL	**57**	**100,0 %**

Quelle est votre profession/champ disciplinaire?

Fonction	N	%
Ergothérapeute	13	22,8 %
Infirmier	19	33,3 %
Inhalothérapeute	1	1,8 %
Médecin	1	1,8 %
Nutritionniste	1	1,8 %
Pharmacien		
Physiothérapeute	4	7,0 %
Professeur		
Psychologue	1	1,8 %
Travailleur social	11	19,3 %
Autre	6	10,5 %
TOTAL	**57**	**100,0 %**

Depuis combien d'années travaillez-vous dans le domaine des services à domicile?

Fonction	N	%
Moins d'une année		
Entre 1 et 4 années	3	5,3 %
Entre 5 et 9 années	12	21,1 %
Entre 10 et 14 années	15	26,3 %
15 années et plus	27	47,4 %
TOTAL	**57**	**100,0 %**

REPÉRAGE DES PERSONNES ÀGÉES VULNÉRABLES

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
1. Le repérage des personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie doit se faire à l'aide d'un outil validé et reconnu.										
ACCORD	54					89,4	3,7 %	3,7 %	92,6 %	
RÉALISABLE	54				79,6		1,9 %	18,5 %	79,6 %	
2. Le repérage n'a de valeur que si un processus d'évaluation s'en suit rapidement après celui-ci.										
ACCORD	54					88,4	1,9 %	7,4 %	90,7 %	
RÉALISABLE	54				64,4		7,4 %	44,4 %	48,1 %	
3. À la suite d'un repérage positif, cette évaluation doit être réalisée dans un délai de : a. Moins d'une semaine.										
ACCORD	54				65,1		25,9 %	11,1 %	61,1 %	1,9 %
RÉALISABLE	54		33,5				57,4 %	27,8 %	13,0 %	1,9 %
b. De 1 à 2 semaines.										
ACCORD	54				66,0		14,8 %	20,4 %	63,0 %	1,9 %
RÉALISABLE	54			48,1			24,1 %	48,1 %	25,9 %	1,9 %
c. De 2 à 4 semaines.										
ACCORD	54			55,7			27,8 %	27,8 %	42,6 %	1,9 %
RÉALISABLE	54			56,9			14,8 %	38,9 %	40,7 %	5,6 %
d. Plus de 4 semaines.										
ACCORD	54		34,9				59,3 %	16,7 %	22,2 %	1,9 %
RÉALISABLE	54				69,7		14,8 %	14,8 %	57,4 %	13,0 %

DÉPISTAGE DE LA DÉNUTRITION

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
4. Le dépistage de la dénutrition doit se faire pour les clientèles suivantes : a. Toute la clientèle du programme SAD (Services à domicile).										
ACCORD	52		34,1				61,5 %	23,1 %	15,4 %	
b. La clientèle du programme SAD de 65 ans et plus.										
ACCORD	52			52,9			23,1 %	44,2 %	32,7 %	
c. La clientèle du programme SAD de 75 ans et plus.										
ACCORD	52				75,0		11,5 %	11,5 %	76,9 %	
d. Uniquement la clientèle du programme SAD dont l'intervenant pivot ou le gestionnaire de cas soupçonne un état de dénutrition.										
ACCORD	52			49,0			48,1 %	9,6 %	42,3 %	
5. Le dépistage de la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doit se faire par : a. Une nutritionniste du programme SAD.										
ACCORD	52		31,7				67,3 %	17,3 %	15,4 %	
RÉALISABLE	52		21,1				78,8 %	7,7 %	11,5 %	1,9 %
b. Tous les professionnels du programme SAD formés pour le dépistage (pour administrer un outil de dépistage en nutrition).										
ACCORD	52				79,3		5,8 %	9,6 %	84,6 %	
RÉALISABLE	52				68,1		5,8 %	32,7 %	59,6 %	1,9 %
c. Des intervenants d'organismes communautaires.										
ACCORD	52			53,8			30,8 %	25,0 %	44,2 %	
RÉALISABLE	52			44,1			32,7 %	38,5 %	19,2 %	9,6 %
d. Des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire).										
ACCORD	52				76,9		5,8 %	11,5 %	82,7 %	
RÉALISABLE	52				65,2		5,8 %	34,6 %	57,7 %	1,9 %
6. Les interventions concernant la dénutrition chez les personnes âgées en perte d'autonomie doivent se faire par : a. Une nutritionniste du programme SAD.										
ACCORD	52				77,9		3,8 %	7,7 %	88,5 %	
RÉALISABLE	52			53,9			21,2 %	42,3 %	34,6 %	1,9 %
b. Tous les professionnels du programme SAD.										
ACCORD	52			51,9			40,4 %	13,5 %	46,2 %	
RÉALISABLE	52			50,0			38,5 %	15,4 %	40,4 %	5,8 %
c. Des intervenants d'organismes communautaires.										
ACCORD	52		34,6				55,8 %	25,0 %	19,2 %	
RÉALISABLE	52		33,0				51,9 %	26,9 %	11,5 %	9,6 %
d. Des intervenants d'autres milieux (centre de jour, clinique ambulatoire).										
ACCORD	52			56,7			23,1 %	25,0 %	51,9 %	
RÉALISABLE	52			52,0			21,2 %	40,4 %	32,7 %	5,8 %

SERVICES D'AIDE À L'HYGIÈNE

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
7. Lors de situations cliniques simples (par exemple, une personne âgée en perte d'autonomie se déplaçant avec une marchette et ne présentant pas de problèmes cognitifs), l'évaluation des besoins d'aide à l'hygiène doit être faite par :										
a. Des ergothérapeutes.										
ACCORD	52		29,8				67,3 %	15,4 %	17,3 %	
RÉALISABLE	52		30,5				61,5 %	17,3 %	17,3 %	3,8 %
b. Une équipe d'évaluation composée d'infirmières, travailleurs sociaux et ergothérapeutes.										
ACCORD	52			39,4			53,8 %	19,2 %	26,9 %	
RÉALISABLE	52		36,7				51,9 %	13,5 %	28,8 %	5,8 %
c. Une infirmière auxiliaire.										
ACCORD	52			38,0			59,6 %	11,5 %	28,8 %	
RÉALISABLE	52			44,8			44,2 %	13,5 %	34,6 %	7,7 %
d. Un thérapeute en réadaptation physique.										
ACCORD	52			53,4			36,5 %	11,5 %	50,0 %	1,9 %
RÉALISABLE	52			50,0			34,6 %	17,3 %	38,5 %	9,6 %
e. Une équipe dédiée composée d'un nombre restreint d'auxiliaires en santé et en services sociaux.										
ACCORD	52				71,2		25,0 %	9,6 %	65,4 %	
RÉALISABLE	52				73,5		11,5 %	19,2 %	65,4 %	3,8 %
f. L'ensemble des auxiliaires en santé et en services sociaux.										
ACCORD	52		26,0				73,1 %	7,7 %	19,2 %	
RÉALISABLE	52		35,1				51,9 %	11,5 %	26,9 %	9,6 %
8. Accessibilité : Dans quel délai l'évaluation des soins d'hygiène - ou la cueillette des données - devrait-elle avoir été réalisée à la suite de la réception d'une référence lors de situations cliniques simples?										
a. 0-2 semaines.										
ACCORD	52				71,1		17,3 %	9,6 %	71,2 %	1,9 %
RÉALISABLE	52			43,8			42,3 %	25,0 %	25,0 %	7,7 %
b. 2-4 semaines.										
ACCORD	52				69,0		11,5 %	15,4 %	69,2 %	3,8 %
RÉALISABLE	52			58,7			21,2 %	21,2 %	51,9 %	5,8 %
c. 4 semaines et plus.										
ACCORD	52		32,0				63,5 %	17,3 %	15,4 %	3,8 %
RÉALISABLE	52			61,4			21,2 %	17,3 %	50,0 %	11,5 %

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
9. Indiquez dans quelle mesure les approches suivantes vous semblent appropriées et réalisables?										
a. Une équipe d'évaluation suivie d'interventions par une équipe de suivi.										
ACCORD	51				72,5		15,7 %	15,7 %	68,6 %	
RÉALISABLE	51				68,4		7,8 %	29,4 %	58,8 %	3,9 %
b. Une équipe de premiers évaluateurs ou de premiers répondants pour les usagers présentant des situations urgentes.										
ACCORD	51				69,6		15,7 %	13,7 %	70,6 %	
RÉALISABLE	51				63,8		11,8 %	27,5 %	56,9 %	3,9 %
c. Les intervenants d'une équipe régulière de soins à domicile pour l'ensemble de la clientèle SAD.										
ACCORD	51			56,9			29,4 %	23,5 %	47,1 %	
RÉALISABLE	51			61,2			17,6 %	27,5 %	51,0 %	3,9 %

SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
10. Indiquez dans quelle mesure les modalités suivantes, en matière de soutien aux proches aidants, vous semblent appropriées et réalisables? a. Services de répit-gardiennage dispensés par des auxiliaires en santé et en services sociaux du CSSS.										
ACCORD	50				64,5		30,0 %	8,0 %	62,0 %	
RÉALISABLE	50			46,4			42,0 %	20,0 %	34,0 %	4,0 %
b. Services de répit-gardiennage dispensés par des entreprises d'économie sociale.										
ACCORD	50				78,1		6,0 %	12,0 %	80,0 %	2,0 %
RÉALISABLE	50				70,2		6,0 %	24,0 %	64,0 %	6,0 %
c. Centre de jour pour donner du répit aux proches aidants.										
ACCORD	50				84,0		6,0 %	2,0 %	92,0 %	
RÉALISABLE	50				79,1		4,0 %	10,0 %	84,0 %	2,0 %
d. Au moyen d'une subvention du CSSS, organisation de services de répit par les proches aidants.										
ACCORD	50				75,0		6,0 %	20,0 %	74,0 %	
RÉALISABLE	50				66,1		10,0 %	30,0 %	56,0 %	4,0 %
e. Soutien psychologique individuel aux proches aidants par un intervenant du CSSS.										
ACCORD	50				74,5		8,0 %	8,0 %	84,0 %	
RÉALISABLE	50			50,5			28,0 %	44,0 %	26,0 %	2,0 %
f. Soutien psychologique de groupe aux proches aidants par un intervenant du CSSS.										
ACCORD	50				73,5		10,0 %	12,0 %	78,0 %	
RÉALISABLE	50				63,3		14,0 %	30,0 %	54,0 %	2,0 %
g. Ligne téléphonique pour les proches aidants.										
ACCORD	50				77,5		10,0 %	10,0 %	80,0 %	
RÉALISABLE	50				73,5		8,0 %	20,0 %	70,0 %	2,0 %
h. Activités d'éducation et d'information aux proches aidants.										
ACCORD	50				84,0		6,0 %	2,0 %	92,0 %	
RÉALISABLE	50				75,0		6,0 %	16,0 %	76,0 %	2,0 %
i. Parrainage entre aidants (groupes de support).										
ACCORD	50				78,5		6,0 %	16,0 %	78,0 %	
RÉALISABLE	50				66,1		10,0 %	28,0 %	58,0 %	4,0 %
11. Dans tous les cas, un dossier doit être ouvert au nom du proche aidant.										
ACCORD	50			59,4			28,0 %	18,0 %	50,0 %	4,0 %
RÉALISABLE	50			54,0			34,0 %	12,0 %	42,0 %	12,0 %

COLLABORATION DES MÉDECINS EN SAD

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
12. L'accès à un médecin du CSSS pouvant se déplacer à domicile est nécessaire pour le soutien de l'usager.										
ACCORD	48				86,7		2,1 %	12,5 %	83,3 %	2,1 %
RÉALISABLE	48			39,7			52,1 %	22,9 %	20,8 %	4,2 %
13. La disponibilité d'un médecin pouvant être accessible pour les intervenants au téléphone est nécessaire pour le soutien à domicile.										
ACCORD	48					92,7	4,2 %	2,1 %	93,8 %	
RÉALISABLE	48			48,9			29,2 %	33,3 %	31,3 %	6,3 %
14. Il y a des avantages significatifs à intégrer un médecin consultant en soutien à l'équipe multidisciplinaire SAD, par exemple lors de discussions de cas.										
ACCORD	48					88,5	6,3 %	4,2 %	89,6 %	
RÉALISABLE	48			41,7			50,0 %	20,8 %	22,9 %	6,3 %

EFFICACITÉ DE LA TÉLÉSANTÉ

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
15. Les télésoins devraient servir : a. À assurer le suivi des usagers dont la condition est connue et stabilisée.										
ACCORD	48				75,0		10,4 %	20,8 %	68,8 %	
b. À la mise en application du plan d'intervention des usagers qui commencent un nouveau traitement.										
ACCORD	48				67,2		16,7 %	22,9 %	60,4 %	
16. Les télésoins sont utiles pour : a. De l'enseignement.										
ACCORD	48				81,3		2,1 %	12,5 %	85,4 %	
b. La surveillance de l'état de santé et l'évaluation de l'usager.										
ACCORD	48				74,0		10,4 %	18,8 %	70,8 %	
c. Le soutien lors d'autosoins réalisés par l'usager.										
ACCORD	48				80,7		4,2 %	10,4 %	85,4 %	
17. Les programmes de téléréadaptation suivants pourraient être intéressants à développer pour les clientèles cibles suivantes : a. Personnes présentant des problèmes orthopédiques (ex. : prothèse totale de genou ou de la hanche).										
ACCORD	48				74,5		6,3 %	27,1 %	64,6 %	2,1 %
b. Personnes présentant une condition neurologique chronique (ex. : AVC, maladie de Parkinson, sclérose en plaques).										
ACCORD	48			61,5			18,8 %	31,3 %	50,0 %	
c. Personnes atteintes de maladies chroniques (ex. : MPOC, maladies cardiovasculaires).										
ACCORD	48				77,1		4,2 %	16,7 %	79,2 %	
d. Personnes atteintes d'un cancer.										
ACCORD	48			59,2			22,9 %	27,1 %	45,8 %	4,2 %

PARTENARIAT AVEC LES ENTREPRISES D'ÉCONOMIE SOCIALE À DOMICILE (EÉSAD)

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
18. Lors des situations suivantes, les soins d'assistance personnelle (AVQ) peuvent être confiés aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) : a. Situation clinique stable.										
ACCORD	47				77,1		10,6 %	12,8 %	76,6 %	
RÉALISABLE	47				63,0		14,9 %	29,8 %	53,2 %	2,1 %
b. Situation médicale complexe, par exemple multiples problèmes de santé, polymédication, situation psychosociale instable, etc.										
ACCORD	47		20,2				80,9 %	10,6 %	8,5 %	
RÉALISABLE	47		25,0				61,7 %	14,9 %	12,8 %	10,6 %
c. Usagers à risque d'abus ou de maltraitance (sur les plans physique, psychologique ou financier).										
ACCORD	47		25,5				78,7 %	6,4 %	14,9 %	
RÉALISABLE	47		32,7				57,4 %	14,9 %	17,0 %	10,6 %
d. Aucun soin d'assistance personnelle (AVQ) ne devrait être confié aux EÉSAD.										
ACCORD	47		34,0				59,6 %	19,1 %	21,3 %	
RÉALISABLE	47			38,2			40,4 %	19,1 %	21,3 %	19,1 %

ACCÈS AUX SERVICES SPÉCIALISÉS

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
19. Les ressources spécialisées suivantes doivent soutenir les interventions à domicile réalisées par les équipes SAD : a. Équipe de santé mentale.										
ACCORD	47					88,8	2,1 %	8,5 %	89,4 %	
RÉALISABLE	47			52,8			29,8 %	31,9 %	34,0 %	4,3 %
b. Équipe de psychogériatrie.										
ACCORD	47					90,4	2,1 %	4,3 %	93,6 %	
RÉALISABLE	47			57,8			21,3 %	34,0 %	40,4 %	4,3 %
c. Équipe de clinique de mémoire.										
ACCORD	47				83,2		6,4 %	8,5 %	83,0 %	2,1 %
RÉALISABLE	47			48,9			34,0 %	29,8 %	29,8 %	6,4 %
d. Équipe d'évaluation clinique de l'aptitude chez la personne âgée.										
ACCORD	47				84,0		4,3 %	10,6 %	85,1 %	
RÉALISABLE	47			52,8			27,7 %	36,2 %	29,8 %	6,4 %
e. Équipe de soins palliatifs.										
ACCORD	47					89,4	6,4 %	0,0 %	93,6 %	
RÉALISABLE	47				68,9		10,6 %	25,5 %	59,6 %	4,3 %

PARTENARIAT AVEC DES SERVICES COMPLÉMENTAIRES

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
20. Les ressources-conseils en soutien aux intervenants du programme SAD devraient être disponibles lors des situations cliniques ou activités suivantes : a. L'évaluation de situations éthiques.										
ACCORD	46					94,6	2,2 %	0,0 %	97,8 %	
RÉALISABLE	46				69,2		10,9 %	21,7 %	60,9 %	6,5 %
b. L'évaluation de l'aptitude à consentir aux soins.										
ACCORD	46				85,9		2,2 %	10,9 %	87,0 %	
RÉALISABLE	46			60,8			15,2 %	30,4 %	50,0 %	4,3 %
c. L'évaluation juridique (curatelle, tutelle).										
ACCORD	46					88,6	4,3 %	2,2 %	93,5 %	
RÉALISABLE	46			62,2			17,4 %	23,9 %	52,2 %	6,5 %
d. Les approches alternatives : acupuncture, massothérapie, ostéopathie, etc.										
ACCORD	46			49,4			30,4 %	37,0 %	30,4 %	2,2 %
RÉALISABLE	46		30,9				52,2 %	19,6 %	10,9 %	17,4 %
e. L'accompagnement spirituel.										
ACCORD	46			61,7			21,7 %	19,6 %	56,5 %	2,2 %
RÉALISABLE	46			50,6			23,9 %	34,8 %	30,4 %	10,9 %

GESTION DES RISQUES

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
21. Les risques pour lesquels les intervenants du programme SAD ont davantage besoin d'être outillés (ex. : outils validés et reconnus, formation, consultation avec un expert) lors du suivi à domicile sont :										
a. Risque d'abus ou maltraitance.										
ACCORD	46				82,1		4,3 %	6,5 %	89,1 %	
RÉALISABLE	46				71,7		8,7 %	21,7 %	67,4 %	2,2 %
b. Risque de plaies.										
ACCORD	46				82,6		2,2 %	15,2 %	82,6 %	
RÉALISABLE	46				73,9		8,7 %	17,4 %	71,7 %	2,2 %
c. Risque d'épuisement des aidants.										
ACCORD	46				83,7		4,3 %	4,3 %	91,3 %	
RÉALISABLE	46				71,7		4,3 %	28,3 %	65,2 %	2,2 %
d. Risque de chutes.										
ACCORD	46				82,1		6,5 %	8,7 %	84,8 %	
RÉALISABLE	46				76,7		4,3 %	13,0 %	80,4 %	2,2 %
e. Risque de dénutrition et déshydratation.										
ACCORD	46				81,7		2,2 %	13,0 %	82,6 %	2,2 %
RÉALISABLE	46				66,5		6,5 %	30,4 %	58,7 %	4,3 %
f. Risque de blessures pour l'usager.										
ACCORD	46				75,5		6,5 %	19,6 %	73,9 %	
RÉALISABLE	46				62,8		6,5 %	39,1 %	52,2 %	2,2 %
g. Risque de blessures pour les intervenants.										
ACCORD	46				78,8		4,3 %	15,2 %	80,4 %	
RÉALISABLE	46				68,3		4,3 %	30,4 %	63,0 %	2,2 %
h. Risque de détérioration de l'état de santé.										
ACCORD	46				80,4		2,2 %	10,9 %	87,0 %	
RÉALISABLE	46				67,8		4,3 %	32,6 %	60,9 %	2,2 %
22. La décision de mettre fin au soutien à domicile d'un usager doit être basée sur les motifs suivants :										
a. La sécurité de l'usager est compromise.										
ACCORD	46				78,3		10,9 %	4,3 %	84,8 %	
b. Il y a un risque de blessure pour l'usager ou ses proches et les intervenants.										
ACCORD	46				76,1		13,0 %	4,3 %	82,6 %	
c. L'état de santé de l'usager est détérioré et instable.										
ACCORD	46				66,8		26,1 %	10,9 %	63,0 %	
d. L'intensité requise des services dépasse la capacité de l'établissement et de ses partenaires à répondre aux besoins de l'usager, par exemple la surveillance 24/7, la mobilisation aux 4 heures.										
ACCORD	46				72,8		15,2 %	13,0 %	71,7 %	
e. Le plafond d'heures déterminé par l'établissement est atteint.										
ACCORD	46			52,2			32,6 %	34,8 %	32,6 %	
f. Le soutien à domicile équivaut au coût d'une place en hébergement de type CHSLD.										
ACCORD	46			53,9			39,1 %	17,4 %	41,3 %	2,2 %
g. L'usager n'a pas de réseau social.										
ACCORD	46			41,3			45,7 %	28,3 %	26,1 %	
h. Les proches aidants de l'usager vivent un épuisement chronique.										
ACCORD	46			62,0			21,7 %	17,4 %	60,9 %	

QUALITÉ

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
23. Les moyens les plus efficaces de vérifier la qualité des soins d'assistance personnelle délégués aux entreprises d'économie sociale à domicile (EÉSAD) sont :										
a. Un rapport verbal de l'usager ou des proches aidants.										
ACCORD	46			58,7			21,7 %	28,3 %	50,0 %	
RÉALISABLE	46				70,8		8,7 %	21,7 %	60,9 %	8,7 %
b. Un sondage de satisfaction à l'usager.										
ACCORD	46				66,8		10,9 %	23,9 %	65,2 %	
RÉALISABLE	46				67,8		8,7 %	28,3 %	60,9 %	2,2 %
c. La nomination d'un responsable de la fonction d'assurance qualité au sein de l'EÉSAD.										
ACCORD	46				68,2		21,7 %	13,0 %	60,9 %	4,3 %
RÉALISABLE	46			57,7			21,7 %	21,7 %	41,3 %	15,2 %
d. Des visites à domicile d'évaluation ciblées, réalisées par un intervenant du SAD.										
ACCORD	46				72,3		15,2 %	8,7 %	76,1 %	
RÉALISABLE	46			55,6			26,1 %	28,3 %	43,5 %	2,2 %

INTÉRÊT À DÉVELOPPER LA FONCTION PARTENARIALE

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
24. Des ententes de services formalisées doivent être conclues avec les partenaires suivants afin de faciliter la transition et la continuité des soins et services.										
a. Des habitations à loyer modique (Office municipal d'habitation).										
ACCORD	46				77,4		4,3 %	10,9 %	73,9 %	10,9 %
RÉALISABLE	46				63,5		8,7 %	32,6 %	43,5 %	15,2 %
b. Des logements de coopératives d'habitation.										
ACCORD	46				71,9		10,9 %	13,0 %	63,0 %	13,0 %
RÉALISABLE	46			56,8			13,0 %	34,8 %	32,6 %	19,6 %
c. Des organismes communautaires.										
ACCORD	46				86,7		2,2 %	4,3 %	91,3 %	2,2 %
RÉALISABLE	46				73,3		2,2 %	26,1 %	65,2 %	6,5 %
d. Des entreprises d'économie sociale.										
ACCORD	46					90,0	2,2 %	0,0 %	95,7 %	2,2 %
RÉALISABLE	46				77,8		2,2 %	17,4 %	76,1 %	4,3 %
e. Des organisations sans but lucratif.										
ACCORD	46				72,6		8,7 %	23,9 %	58,7 %	8,7 %
RÉALISABLE	46			60,9			13,0 %	32,6 %	39,1 %	15,2 %
f. D'autres CSSS ou leurs établissements, par exemple : CHSLD.										
ACCORD	46				77,3		10,9 %	10,9 %	71,7 %	6,5 %
RÉALISABLE	46				70,1		10,9 %	19,6 %	58,7 %	10,9 %
g. Des groupes de médecine familiale (GMF).										
ACCORD	46				86,4		4,3 %	2,2 %	89,1 %	4,3 %
RÉALISABLE	46			57,1			23,9 %	26,1 %	41,3 %	8,7 %
h. Des hôpitaux hors CSSS.										
ACCORD	46				77,4		8,7 %	6,5 %	76,1 %	8,7 %
RÉALISABLE	46			57,2			19,6 %	23,9 %	39,1 %	17,4 %

RÔLES ÉMERGENTS

	Nombre de répondants	Moyenne sur l'échelle (0-100)					Répartition des répondants			
		1 (0)	2 (25)	3 (50)	4 (75)	5 (100)	Pas du tout (1+2)	3	Très (4+5)	Ne sais pas
25. Un pharmacien devrait faire partie de l'équipe SAD pour consultation à domicile auprès des usagers.										
ACCORD	46				66,8		17,4 %	21,7 %	60,9 %	
RÉALISABLE	46		36,4				52,2 %	28,3 %	15,2 %	4,3 %
26. Un pharmacien devrait faire partie de l'équipe SAD lors de discussions de cas.										
ACCORD	46				67,9		13,0 %	23,9 %	63,0 %	
RÉALISABLE	46			40,7			43,5 %	32,6 %	17,4 %	6,5 %
27. Les modalités de collaboration de l'infirmière auxiliaire (IA) au sein de l'équipe SAD à privilégier sont : a. Le partage des soins pour les usagers assignés aux infirmières cliniciennes par exemple, le partage de charge de cas.										
ACCORD	46				69,3		13,0 %	21,7 %	60,9 %	4,3 %
RÉALISABLE	46				75,0		4,3 %	13,0 %	71,7 %	10,9 %
b. La réalisation de tâches spécifiques, par exemple l'ensemble des prélèvements sanguins ou la collecte des données pour le besoin en équipement de salle de bain.										
ACCORD	46				74,4		6,5 %	17,4 %	71,7 %	4,3 %
RÉALISABLE	46				72,1		8,7 %	15,2 %	69,6 %	6,5 %
c. La réalisation de tâches non cliniques, en soutien à l'ensemble de l'équipe, par exemple la gestion des fournitures médicales ou des petits équipements.										
ACCORD	46		30,2				60,9 %	13,0 %	19,6 %	6,5 %
RÉALISABLE	46			46,7			39,1 %	8,7 %	34,8 %	17,4 %

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Québec

ANNEXE 3

CONSULTATION D'EXPERTS - LISTE DES PARTICIPANTS

Gestion des risques à domicile
Le mardi 15 octobre de 12 h à 13 h 30

Experts	Titres et fonctions	Établissements
Alie, Guylaine	Coordonnatrice du soutien à domicile	CSSS St-Jérôme
Bereza, Eugene	Médecin de famille et consultant en bioéthique Directeur du programme d'éthique médicale au département de médecine familiale de l'Université McGill Éthicien clinique au Centre universitaire de santé McGill Préside les comités d'éthique de la recherche de l'Institut et Hôpital neurologiques de Montréal et du CSSS de la Montagne.	Université McGill Centre universitaire de santé McGill CSSS de la Montagne
Hubert, Stéphanie	Adjointe à la Directrice soutien à domicile et réadaptation Direction des services PPALVDP	CSSS La Pommeraie
Poulin, Nicole	Psychologue et chef d'équipe Services ambulatoires de psychogériatrie	CSSS de la Montagne
Soulières, Maryse	Travailleuse sociale et agente de recherche à la Ligne Aide Abus Aînés	Ligne Aide Abus Aînés CSSS Cavendish
Riverin, Hélène	Conseillère clinicienne en physiothérapie	CSSS de la Vieille-Capitale

Animateurs :

Jacques Fortin, directeur de la Direction de la planification, de la performance et des connaissances
Claire Harrisson, chef d'équipe courtage de connaissances
Marie-Chantal Gélinas, courtière de connaissances

Participants :

Danielle Benoît, coordonnatrice, Direction générale adjointe des services aux aînés, Unité des orientations des services aux aînés, MSSS

Jean-Paul Ouellet, conseiller, Direction générale adjointe des services aux aînés, Unité des orientations des services aux aînés, MSSS

ANNEXE 4

CONSULTATION D'EXPERTS - LISTE DES PARTICIPANTS

Partenariats entre CSSS et GMF ainsi qu'hôpitaux hors CSSS
Le lundi 21 octobre de 12 h à 13 h

Experts	Titres et fonctions	Établissements
Abi-Antoun, Mathilda	Directrice des Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et en déficience physique	CSSS Pointe-de-l'Ile
Bérubé, Cathy	Directrice des programmes clientèles et des services à la communauté	ASSS Bas-St-Laurent
Bureau, Céline	Directrice des services aux aînés et du soutien à l'autonomie	CSSS-IUGS
Lesieur, Dr. Denis	Médecin de famille Coordonnateur des services de première ligne Responsable local du département régional de médecine générale et	GMF Sutton-Cowansville CSSS La Pommeraie
St-Hilaire, Chantal	Coordonnatrice clinico-administrative	CSSS Alphonse-Desjardins

Animateurs :

Jacques Fortin, directeur de la Direction de la planification, de la performance et des connaissances

Claire Harrisson, chef d'équipe courtage de connaissances

Marie-Chantal Gélinas, courtière de connaissances

Participants :

Danielle Benoît, coordonnatrice, Direction générale adjointe des services aux aînés, Unité des orientations des services aux aînés, MSSS

Jean-Paul Ouellet, conseiller, Direction générale adjointe des services aux aînés, Unité des orientations des services aux aînés, MSSS