

CONTEXTE

- La **priorisation des références** en fonction de leur niveau d'urgence est une pratique courante en ergothérapie à domicile au Québec.
- Toutefois, cette pratique **n'est pas standardisée**, ce qui représente un enjeu pour l'équité d'accès aux services.
- En particulier, les **clients non prioritaires** ont tendance à subir des délais d'attente beaucoup plus longs **et l'accès aux services peut être compromis** pour cette clientèle.

OBJECTIFS

1. Identifier les **stratégies** utilisées pour **gérer les références non prioritaires** pour les services d'ergothérapie en Soutien à domicile au Québec.
2. Vérifier l'**association** entre ces stratégies et la longueur des **listes d'attente**.

MÉTHODE DE RECHERCHE

- **Sondage téléphonique** auprès de la personne qui gère la liste d'attente en ergothérapie dans les programmes de Soutien à domicile (2012-2013).
- 59 des 94 CSSS du Québec ont autorisé le projet. Un CLSC a été choisi au hasard dans ces 59 CSSS. **54 personnes** ont participé au sondage. Collectivement, elles gèrent les listes d'attente en ergothérapie pour **40% des CLSC** du Québec.

INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

- Cette étude ne permet pas de statuer si c'est l'application de balises de temps d'attente maximal qui engendre des listes d'attente plus courtes, ou si ce sont les listes d'attente plus courtes à la base qui engendrent la possibilité d'appliquer des balises et de les respecter. Les deux sont possibles.
- Quoi qu'il en soit, **en l'absence de stratégies** destinées à offrir des services aux **clients non prioritaires**, ceux-ci **peuvent attendre des années, voire indéfiniment**, ce qui va à l'encontre du principe d'accès universel aux soins de santé.
- Plusieurs programmes ont des balises de temps d'attente maximal mais ne parviennent pas à les respecter. Lorsque le respect des balises s'avère impossible, il serait souhaitable de **redéfinir une nouvelle balise plus réaliste**, ou encore d'opter pour une **autre stratégie** (voir Groupes 3 et 4), sans toutefois abandonner les efforts pour dédier des services aux clients non prioritaires.
- Certes, accorder des services aux clients non prioritaires **peut mettre à risque les clients plus prioritaires** sur la liste d'attente, ce qui doit être considéré judicieusement. Toutefois, les quelques études disponibles dans la littérature indiquent que l'accord n'est pas parfait entre deux évaluateurs quant au niveau de priorité d'une référence en réadaptation. Le **temps d'attente déjà encouru** est une **donnée plus objective**. Il semble donc pertinent **d'accorder une place à ces deux facteurs** au moment de sélectionner le prochain client à desservir.

DANS LE PROCHAIN RÉSUMÉ:

Les critères de priorisation des références en ergothérapie au Soutien à domicile

La priorisation des références en ergothérapie dans les programmes de Soutien à domicile

Résumé no. 2 : L'accès aux services pour les clients non prioritaires

Marie-Hélène Raymond, erg., étudiante au doctorat
Debbie Feldman, pht, Ph.D., professeure
Louise Demers, erg., Ph.D., professeure
École de réadaptation

Université 
de Montréal


Centre de recherche
interdisciplinaire
en réadaptation
du Montréal métropolitain


Centre de recherche
Institut universitaire
de gériatrie de Montréal

Septembre 2013
Pour toute question ou commentaire :
marie.helene.raymond@umontreal.ca
(514) 343-6111 poste 33242

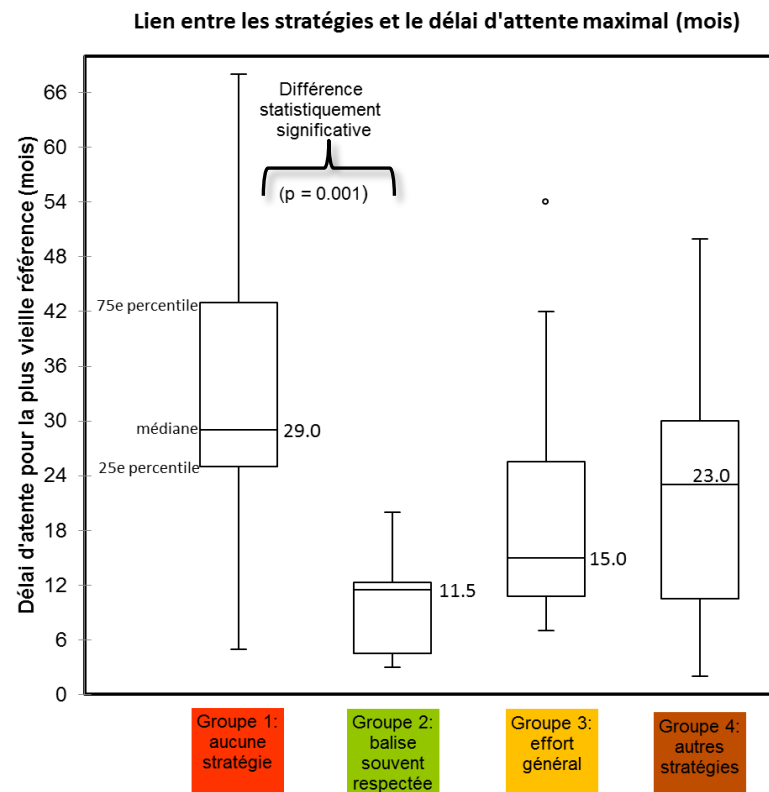
Balises de temps d'attente maximal

- 30 programmes (**57%**) se sont donné des balises de temps d'attente maximal pour les clients non prioritaires (hormis celles imposées par le Plan d'accès DP-DI-TED).
- Parmi ces 30 répondants, 40% disent respecter ces balises « souvent », 7% disent les respecter « parfois » et **53% disent les respecter « rarement »**.
- Le temps d'attente maximal visé est **habituellement de 12 mois** (mais varie de 2 semaines à 24 mois).

Stratégies de gestion de liste d'attente visant les clients non prioritaires

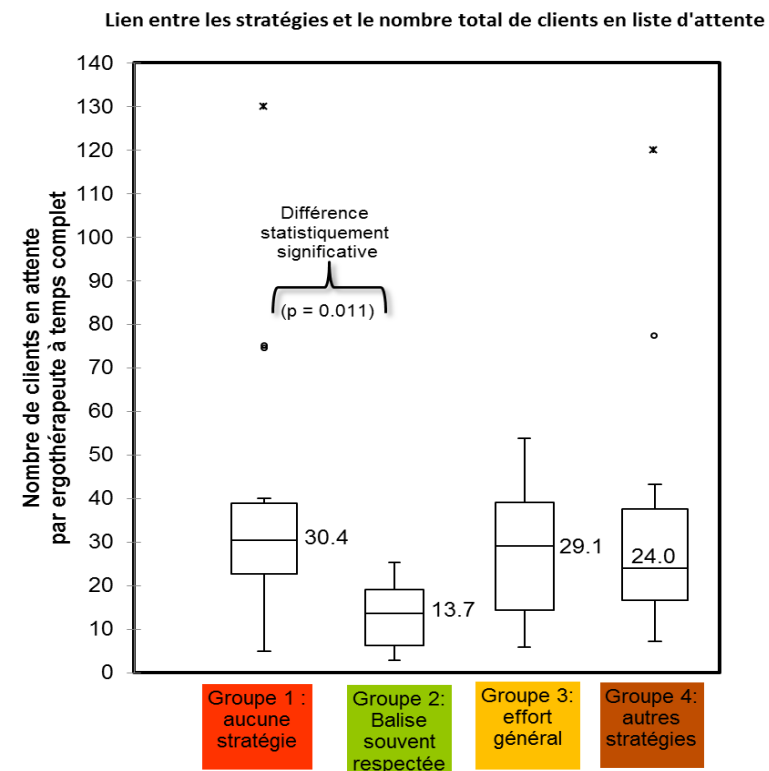
- **Groupe 1** (n=15 programmes) : **Aucune stratégie** particulière. Les clients non prioritaires doivent attendre qu'il n'y ait personne de plus prioritaire sur la liste d'attente, ou encore sont repriorisés si leur condition se détériore.
- **Groupe 2** (n=12 programmes) : Application d'une **balise** de temps d'attente maximal qui est souvent respectée.
- **Groupe 3** (n=12 programmes): La personne qui gère la liste d'attente fait un **effort général** pour sélectionner un client non prioritaire sur la liste d'attente lorsque possible.
- **Groupe 4** (n=15 programmes) : **Autres** stratégies. Exemples: Augmenter le niveau de priorité après un certain temps (n=5), dédier du personnel aux clients non prioritaires de manière continue (n=4) ou temporaire (n=4), faire des efforts périodiques pour desservir les clients non prioritaires (n=4), assigner toutes les références aux intervenants en ordre de date visée selon le niveau de priorité (n=1).

Lien entre les stratégies visant les clients non prioritaires et la longueur des listes d'attente



- Les programmes qui n'utilisent **aucune stratégie** dédiée aux clients non prioritaires ont des **délais d'attente maximaux statistiquement plus longs** que les programmes qui appliquent réellement une **balise** de temps d'attente maximal.
- Les programmes qui font un **effort général** et ceux qui utilisent **d'autres stratégies tendent à avoir des délais maximaux moins longs** que ceux qui n'utilisent aucune stratégie, mais cela n'est **pas statistiquement significatif**.

- De même, une différence statistiquement significative a été observée entre les groupes 1 et 2 quant au nombre total de clients en liste d'attente:



REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les CSSS et personnes ayant participé au sondage, celles ayant révisé ce document, ainsi que les organismes ayant financé le projet :

- Fonds de recherche du Québec-Santé
- Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation (REPAR) en collaboration avec l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ)
- Fondation canadienne d'ergothérapie.