

CLSC DU FUTUR SOUTIEN À DOMICILE ET TÉLÉSOINS

**L'impact des NTIC sur les besoins
en ressources immobilières**

Rapport soumis à

**Jean-Guy Trottier, directeur
Centre de Santé Orléans
et
Madeleine Chevrier, directrice
Projet CLSC du futur**

par

Carole Després, professeure

Avec la collaboration de

**Cécile Lacombe, candidate au doctorat
Sébastien Lord, candidat au doctorat
Geneviève Beaulieu, candidate à la M Arch
Natacha Martineau, candidate à la M Arch**

Québec, le 14 mai 2004



REMERCIEMENTS

Cette recherche est le résultat de l'effort collectif investi par un nombre important de collaborateurs et de collaboratrices de l'École d'architecture de l'Université Laval et du Centre de santé Orléans, entre juin 2002 et mars 2004. Cécile Lacombe et Sébastien Lord, candidats au doctorat, ainsi que Natacha Martineau et Geneviève Beaulieu, candidates à la maîtrise en architecture, se sont partagés le travail d'évaluation des locaux du SAD et de l'utilisation de ces derniers par les intervenants en santé. Suzanne Bergeron, étudiante à la maîtrise en sciences de l'architecture et Karine Boisvert, étudiante à la maîtrise en architecture, ont aussi collaboré à cette recherche.

En outre, entre janvier et mai 2003, un groupe de huit étudiants à la maîtrise en sciences de l'architecture a développé différentes options de programmation architecturale et d'aménagement pour les services de soins à domicile, à la lumière des résultats de notre évaluation. Il s'agit de Yoan Belley-Delisle, Mathieu Fleury, Geneviève Beaulieu, Marcel Martel, Natacha Martineau, Alexis Naylor, Mario Saint-Laurent et Patrick Sauvageau.

Un groupe d'experts, constitué spécifiquement pour ce volet du projet *CLSC du futur*, a suivi notre démarche d'évaluation et de programmation et a éclairé notre réflexion sur l'avenir du SAD en lien avec des hypothèses innovantes. Il était composé de mesdames Madeleine Chevrier (CLSC du futur), Françoise Labbé (MSP, Université Laval), Francine Lacroix (RRSSS), Céline Drolet et Marie Tremblay (CHQ), et de messieurs François Boily (RRSSS), Louis Laberge (CSO) et Julien Michaud (consultant).

Monsieur Jean-Guy Trottier, directeur du CSO, madame Linda Gorman, directrice du SAD, ainsi que le personnel administratif et les intervenants en santé du SAD nous ont offert leur entière collaboration pour mener à terme notre mandat. Madame Rosanne Pichette a été une ressource précieuse. Enfin, sans l'ouverture et la collaboration de l'équipe d'intervenants en santé impliquée dans le projet CLSC du futur, nous n'aurions pu compléter ce travail d'évaluation. Leur gentillesse et leur ouverture à accepter nos regards inquisiteurs (dans leur bureau, leur voiture et chez leurs clients) et à répondre à nos questions ont été de précieux atouts.

Je tiens à remercier tous et chacun.

Carole Després, professeure
14 mai 2004

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIÈRES	5
INTRODUCTION : MISSION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	7
STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE	9
LE CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS : TERRITOIRE ET PARC IMMOBILIER	15
OCCUPATION DES LOCAUX ET PRATIQUES DES INTERVENANTS SAD AVANT L'EXPÉRIMENTATION DES NTIC	23
LES LOCAUX DU CSO-SAD : COMPARAISON AVEC 3 AUTRES CLSC-SAD	27
OCCUPATION DES LOCAUX ET PRATIQUES DES INTERVENANTS SAD PENDANT L'EXPÉRIMENTATION DES NTIC	31
RATIONALISER LES RESSOURCES IMMOBILIÈRES : RECOMMANDATIONS	43
PROPOSITION POUR UN CADRE NORMATIF DE PROGRAMMATION ARCHITECTURALE	46
CONCLUSION	57

INTRODUCTION : MISSION ET OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ce rapport présente les résultats de la recherche menée par une équipe de l'École d'architecture de l'Université Laval dans le cadre du projet CLSC du futur : Soutien à domicile et télésoins. Cette recherche est le résultat d'une commande du Centre de santé Orléans, avec lequel l'École d'architecture avait un lien contractuel (Figure 1).

Notre mandat consistait à étudier « les questions relatives à l'évolution et à l'adaptation du parc immobilier dans un contexte d'utilisation systématique des technologies [tout en soutenant le travail des intervenants de la santé, tant chez les clients que lors de leurs déplacements » (Manuel d'organisation de projet, 2003 : 5).

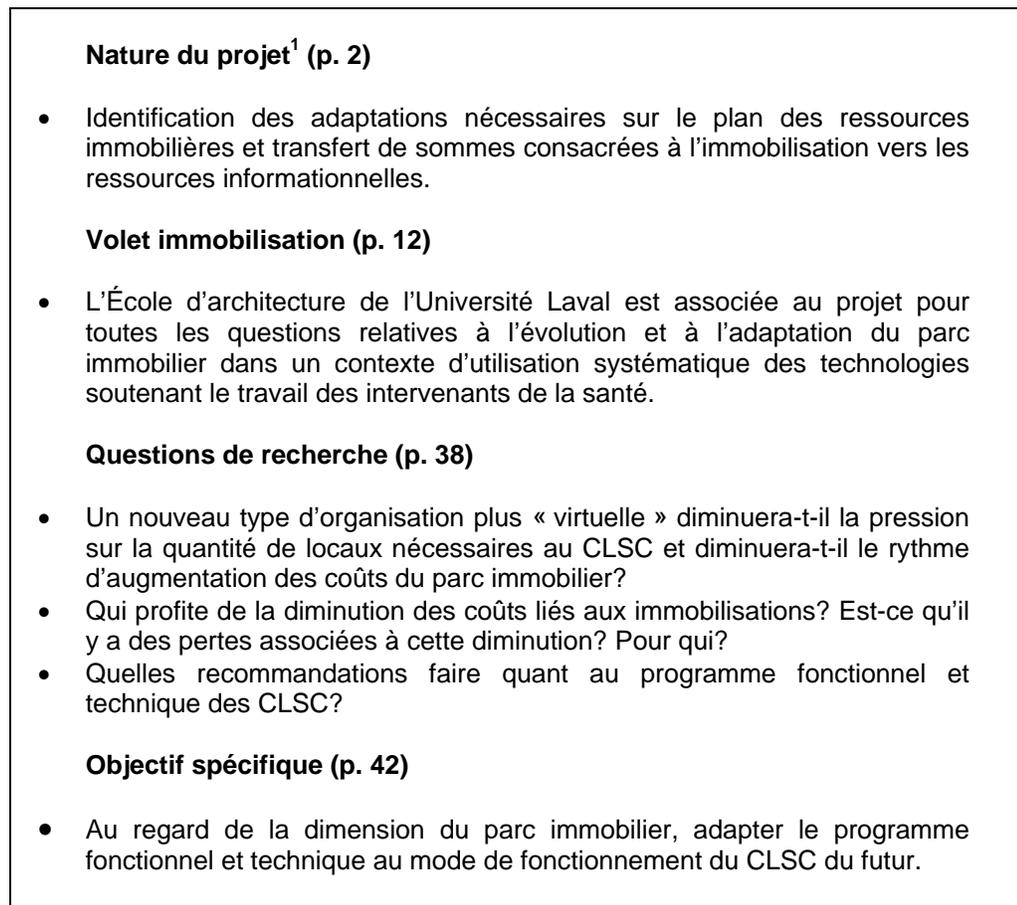


Figure 1
Mission de l'École d'architecture tirée du Manuel d'organisation du projet

¹ Les références sont tirées du document *CLSC du futur Maintien à domicile et télésoins*. Projet soumis par le CLSC Orléans au programme de partenariat pour l'infrastructure canadienne de la santé (PPICS) en date d'août 2000.

De manière générale, les objectifs poursuivis par le projet de recherche CLSC du futur : Soins à domicile et télésoins visaient à développer, tester et mettre en application des nouvelles technologies de l'information et des communications pour faciliter les entrées et la gestion de données statistiques et cliniques de manière à maximiser le **temps de soins aux bénéficiaires**.

L'hypothèse posée était que l'introduction des NTIC dans les routines de travail des intervenants à domicile améliorerait l'efficacité de ces derniers en minimisant, d'une part, les allers-retours nécessaires entre le bureau et le domicile des bénéficiaires et, d'autre part, en réduisant le temps d'entrée de données cliniques et statistiques. Les NTIC devaient permettre de diminuer le temps de présence au bureau.

L'expérimentation avec les NTIC avec des intervenants en santé du SAD s'est déroulée sur un des huit sous-territoires du Centre de santé Orléans, soit le secteur nord de la ville de Beauport et la municipalité de Sainte-Brigitte-de-Laval, plus communément appelé secteur B. Une trentaine d'intervenants du CLSC et du territoire (médecins, infirmières, intervenants sociaux, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, etc.) participent activement au projet. Environ 350 à 400 bénéficiaires des services de soutien à domicile ont été impliqués, soit un volume annuel approximatif de 1 000 bénéficiaires (Manuel d'organisation de projet, 2003 : 5).

La mission spécifique de l'École d'architecture était de mesurer l'impact de ces NTIC sur les besoins en ressources immobilières du service SAD du Centre de santé Orléans. Plus précisément, nos objectifs de recherche visaient à :

1. Évaluer les locaux du SAD et leur utilisation par les intervenants, avant et après l'introduction des NTIC.
2. Estimer la rationalisation possible des immobilisations avec l'implantation de ces nouvelles technologies, en ce qui a trait la localisation de points de service, d'organisation et de superficie des locaux, ainsi que d'aménagement et d'ameublement de ces derniers.
3. Réviser le cadre normatif de programmation architecturale SAD en fonction des besoins modifiés par les NTIC.

Ce rapport présente les résultats de notre travail. Il est structuré en trois temps. La première présente les ressources immobilières du Centre de santé Orléans. La seconde fait état des résultats de l'évaluation de l'utilisation des ressources immobilières par les intervenants de la santé, avant et après l'introduction des NTIC dans leur travail, ainsi que des principaux constats qui en découlent. Enfin, sur la base de ces constats, la troisième section propose un cadre normatif pour l'élaboration de programmes architecturaux pour les services SAD en CLSC, dans une perspective d'intégration systématique des NTIC.

STRATÉGIE MÉTHODOLOGIQUE

Pour remplir notre mandat dont la dimension principale consistait à vérifier l'impact de l'introduction des NTIC sur les besoins en immobilisation des services de soutien à domicile, nous avons réalisé une évaluation en deux temps, soit avant et après l'introduction des NTIC (Figure 2). L'ensemble de la démarche évaluative a pris place entre juin 2002 et février 2004.

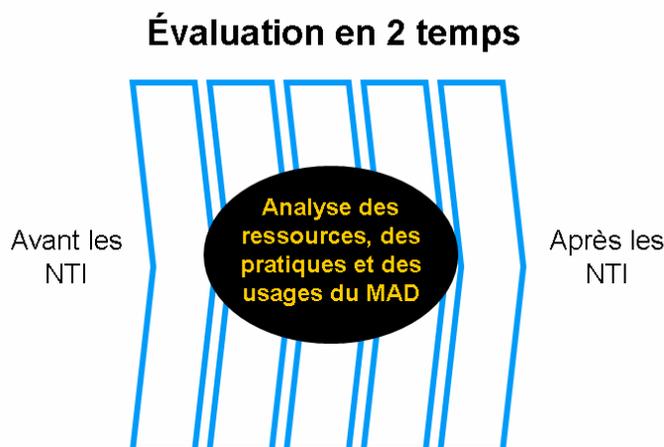


Figure 2
Démarche évaluative des ressources immobilières du SAD

La *première évaluation, avant l'introduction des NTIC*, a été réalisée entre juin 2002 et avril 2003.

À l'échelle territoriale, nous avons procédé à :

1. L'analyse des caractéristiques urbaines de l'ensemble du territoire desservi par le CSO-SAD en relation avec la localisation actuelle des bâtiments de service.
2. L'évaluation de l'accessibilité des intervenants aux bénéficiaires et aux services connexes.
3. La spatialisation des bénéficiaires sur le territoire en lien avec les secteurs géographiques A, B et C.
4. La spatialisation des trajectoires de trois infirmières et d'un ergothérapeute, à partir de leurs grilles de déplacements quotidiens, à raison d'une semaine complète par saison (octobre 2001, janvier 2002, juin 2002, mars 2002) afin de saisir la géométrie des déplacements en relation avec le kilométrage effectué.
5. L'accompagnement de quatre intervenants mobiles lors de journées de visites à domicile, afin d'identifier les rues et autoroutes les plus utilisées, de s'imprégner des routines de travail et d'observer la manipulation du matériel, du CLSC à l'automobile, de l'automobile à la résidence des bénéficiaires, et vice-versa.

À l'échelle architecturale, nous avons effectué les opérations suivantes :

1. Inventaire et calcul des superficies de l'ensemble des ressources immobilières SAD du Centre de santé Orléans.
2. Analyse de la configuration, de l'organisation spatiale et de la fonction des locaux du SAD du bâtiment de service de Courville, à travers une analyse métrique et syntaxique des plans d'architecture.
3. Relevé systématique du mobilier et de l'utilisation des locaux SAD du bâtiment de service de Courville pendant 10 sessions d'observation d'une demi-journée chacune, en novembre 2002.
4. Entretiens avec des membres de la direction, rencontres de groupe avec les intervenants des différents secteurs, ainsi que discussions informelles avec des intervenants durant les périodes d'observation.

La Figure 3 résume la démarche de l'analyse urbaine à l'analyse architecturale; la Figure 4, les étapes de l'évaluation architecturale avant l'introduction des NTIC.

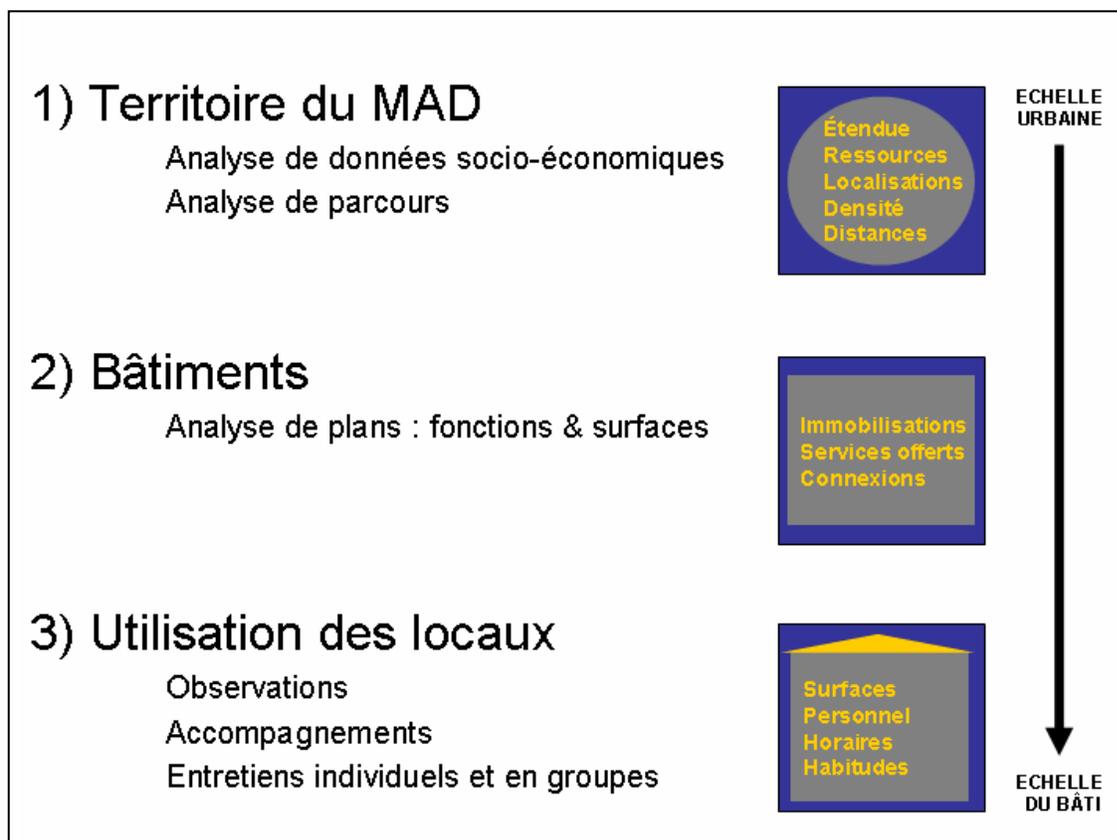


Figure 3
Séquence méthodologique : de l'analyse urbaine à l'analyse architecturale

- Entretiens avec la directrice du soutien à domicile (19 novembre 2002, 16 mai 2002) ;
- Entretien avec l'infirmière en chef du soutien à domicile (24 mai 2002) ;
- Groupes de discussion avec les équipes d'intervenants en santé (secteurs A, B, C et multisectoriels) (11 juin 2002)
- Groupe de discussion avec les auxiliaires familiaux (5 juillet 2002)
- Visite des lieux (de type walk-through) (7 juillet 2002)
- Accompagnements d'intervenants dans une journée de visites à domicile (1er août 2002);
- Visites d'observation systématique de l'utilisation des locaux :
- 1 novembre 2002 AM, 5 novembre 2002 AM,
- 7 novembre 2002 AM et PM, 12 novembre 2002 PM,
- 15 novembre 2002 PM, 18 novembre 2002 AM, 19 novembre 2002 PM,
- 20 novembre 2002 PM, 22 novembre 2002 PM ;
- Entretiens informels avec différents intervenants en santé et autres employés sur l'usage des locaux (novembre 2002) ;
- Analyse métrique et syntaxique des plans d'architecture (automne 2002) ;
- Analyse de sources documentaires (organigrammes, etc.) (automne 2002).

Figure 4

Liste des techniques d'évaluation architecturale, avant l'introduction des NTIC

Afin de valider notre évaluation des ressources immobilières SAD au bâtiment de service de Courville, nous avons comparé, entre janvier et avril 2003, et avec l'aide d'un groupe d'étudiants de la maîtrise en architecture, les locaux et les pratiques d'utilisation de CLSC-SAD de trois autres régions géographiques du Québec.

Ces évaluations ont été réalisées en deux visites par établissement à travers les activités suivantes : visite guidée et entretiens avec la directrice du SAD, distribution de questionnaires et entretiens informels avec les intervenants, sessions d'observation systématique.

Ces activités complétaient l'analyse métrique et syntaxique de la configuration et de l'organisation des locaux sur les plans d'architecture de chacun des CLSC-SAD.

La **deuxième évaluation** faisait suite à l'**introduction des NTIC** dans les routines de travail des intervenants à domicile, mais aussi à la relocalisation de ces derniers dans des **locaux à aire ouverte**. Elle a été réalisée entre septembre 2003 et février 2004.²

En effet, suite à notre travail d'évaluation et aux recommandations qui visaient à rompre avec l'habitude du bureau attitré, la direction du CSO déménageait, en juillet 2003, les intervenants du secteur B du bâtiment de service de Courville vers des locaux loués à la Clinique médicale Beauport. Un local à aire ouverte avait été réservé pour les intervenants mobiles.³

En septembre 2004, nous procédions à l'évaluation de la qualité architecturale et de l'utilisation de ces locaux à travers l'analyse de plans et deux sessions d'observation. Une rencontre avec tous les intervenants le 16 octobre faisait état de l'avancement de nos travaux et visait à recueillir leur point de vue sur leur utilisation et appréciation de ces nouveaux locaux.

En novembre 2003, la direction du CSO Orléans ramenait les intervenants dans le bâtiment de service de Courville, dans un local à aire ouverte prêté par la Commission scolaire. Consultés pour l'aménagement du local, nous présentions deux propositions aux intervenants le 23 octobre 2003, et en discussions en lien avec leurs besoins spécifiques. Faisant suite à cette rencontre, nous soumettions le 30 octobre une proposition finale ainsi qu'un devis sommaire à la direction et au service des achats du CSO qui a procédé à l'ameublement du local.

Meublé sommairement (avant l'arrivée du mobilier ergonomique), le local a été mis à la disposition des intervenants dès novembre ; les prises téléphoniques et informatiques ayant rapidement été installées. Le mobilier ergonomique a été mis en place vers la fin novembre.

Enfin, en février 2004, nous procédions à l'évaluation de l'utilisation de ce local après quelques mois d'utilisation seulement. Des grilles quotidiennes d'emploi du temps ont été remplies par chaque intervenant pendant la semaine du 9 au 13 février, précisant les différentes tâches réalisées, leur durée, ainsi que leur localisation. Des sessions d'observation, tenues durant quatre demi-journées, ont permis de relever systématiquement l'occupation des différents postes de travail dans le local, par période de 15 minutes. Enfin, une entrevue individuelle avec chacun des intervenants a permis de comprendre leur expérience de travail dans trois types successifs de locaux, durant le projet CLSC du futur. Ces entrevues ont été réalisées les 26 et 27 février 2004.

² Le roulement des intervenants impliqués dans le projet, la présence de professionnels en surnuméraire durant la formation informatique de ces derniers et la période des vacances estivales, ainsi que la relocalisation de l'équipe sectorielle B à deux reprises pendant le processus, ont potentiellement influencé les patrons relevés d'occupation des locaux. D'autre part, la période de temps durant laquelle les intervenants ont travaillé avec une technologie informatique au point, dans des conditions architecturales optimales, était à notre avis trop courte pour permettre l'établissement de nouvelles routines de travail. Si une telle démarche d'évaluation devait être appliquée à d'autres groupes d'intervenants, il y aurait lieu de le faire après une période d'expérimentation des NTIC d'un an.

³ L'équipe de l'École d'architecture n'a toutefois pas été consultée pour le choix de cette localisation.

Programmation et design

Sur la base de l'évaluation des ressources immobilières du SAD du CLSC Orléans et de 3 autres CLSC-SAD au Québec, ainsi que des recommandations du panel d'experts, un groupe d'étudiants à la maîtrise en architecture a exploré des hypothèses révisionnistes de localisation, d'aménagement et de fonctionnement de locaux pour les services de soutien à domicile, à partir des prémisses qui suivent :

1. L'intégration généralisée des NTIC dans le quotidien des intervenants mobiles,
2. L'augmentation sensible de la clientèle SAD dans les 5 prochaines années,
3. L'augmentation et la diversification des intervenants dans les équipes de travail.

Cet exercice a conduit à l'élaboration de quatre hypothèses architecturales et urbaines de regroupement du service SAD avec d'autres services du CSO. Ces dernières ont en commun de modifier les conditions matérielles d'exercice professionnel des intervenants mobiles, dans une hypothèse de réduction des déplacements sur le territoire, de diminution des superficies allouées aux bureaux et de maximisation de leur utilisation au cours de la journée.

C'est sur la base de ce travail d'exploration en design et programmation, ainsi que d'évaluation de l'utilisation des ressources immobilières du secteur B, avant et après l'introduction des NTIC, que nous avons procédé à la révision du cadre normatif pour la programmation architecturale des services SAD en CLSC. Ce travail a été réalisé en lien avec l'outil de référence présentement en cours d'élaboration à la Corporation d'hébergement du Québec, visant la révision du répertoire des normes et des procédures pour l'aménagement de l'ensemble des ressources immobilières liées à la prestation de soins de santé.

LE CENTRE DE SANTÉ ORLÉANS : TERRITOIRE ET PARC IMMOBILIER

Le Centre de santé Orléans⁴

L'entité légale Centre de santé Orléans (CSO) est en vigueur depuis le 18 avril 2002. Le CSO remplit trois missions distinctes : CLSC (Centres locaux de soins communautaires), CHSLD (Centre d'hébergement de soins longue durée) et CH (centre hospitalier), hébergés dans neuf établissements. Il regroupe les anciens CLSC Orléans et CLSC Côte de Beaupré, l'hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré, ainsi que les 5 CHSLD répartis sur le territoire avec lesquels la fusion a eu lieu le 1^{er} avril 2003 (Figure 5). Son aire d'influence est divisée en huit sous-territoires sur superficie d'environ 40 km² du nord au sud et d'environ 60 km² de l'ouest en vers l'est. Elle inclut l'arrondissement de Beauport de la ville de Québec, Sainte-Brigitte-de-Laval, la côte de Beaupré et l'Île d'Orléans. En outre, le CSO dispense des services dans neuf centres : 1 pour personnes âgées et 8 en santé mentale.

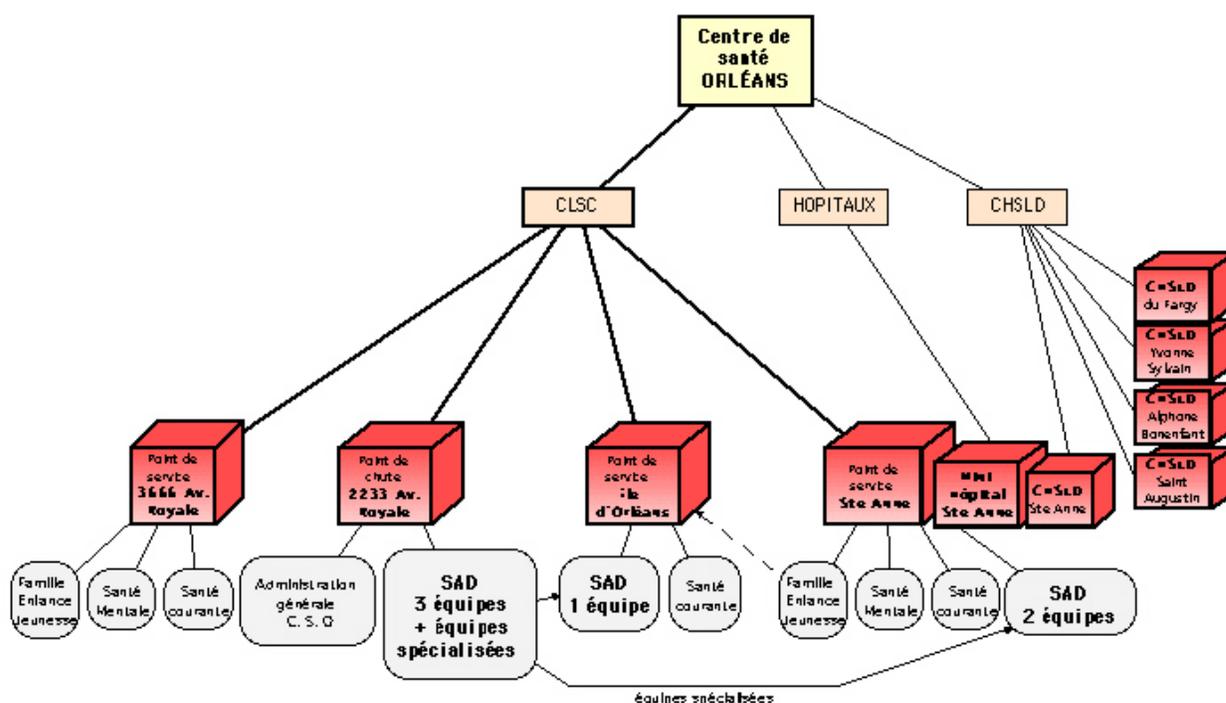


Figure 5
Le CSO Orléans : structure organisationnelle et ressources immobilières

⁴ Entre le début du projet et la rédaction de ce rapport, l'organigramme fonctionnel du CSO a été modifié à deux reprises. La fusion récente avec le CLSC-CHSLD La Source entraînera un 3^e remaniement de la structure organisationnelle.

Le CLSC Orléans et les services de soutien à domicile

La mission CLSC du CSO Orléans regroupe les services courants (SC), Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) et Soutien à domicile (SAD). Sur le territoire du CSO Orléans, quatre bâtiments sont désignés pour remplir cette mission (Figure 6).

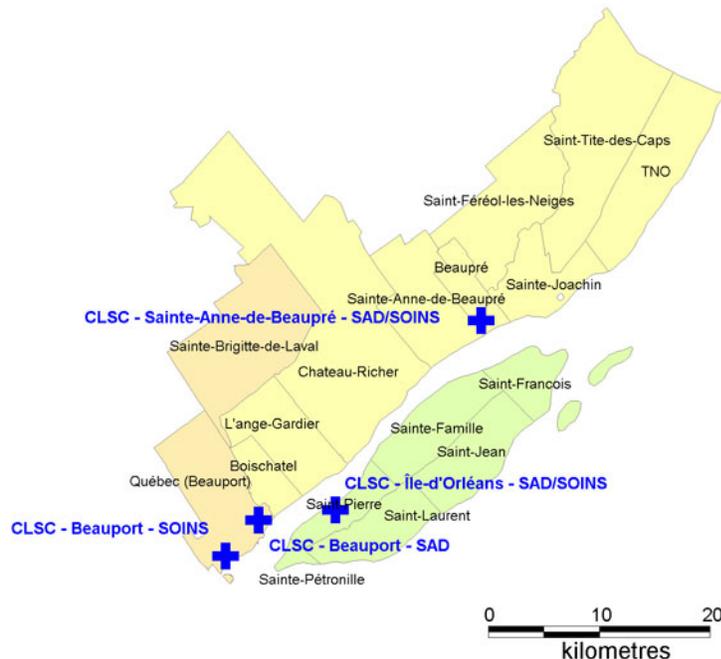


Figure 6
Territoire du CSO Orléans et localisation des services CLSC

Point de service Beauport : 3666, avenue Royale, Beauport

Ce bâtiment regroupe les services courants (SC) ainsi que Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ), mais aucun service SAD. La superficie louée est de 1897m² et le bail prend fin le 31 octobre 2003. Le territoire couvert consiste en l'arrondissement de Beauport et la municipalité de Sainte-Brigitte-de-Laval.

Point de service Île d'Orléans : 1147A, chemin Royal, Saint-Pierre, Île-d'Orléans

Ce point de service regroupe les services courants, FEJ, ainsi qu'une équipe SAD. La superficie louée occupée par le SAD est de 275 m² et le bail prend fin le 30 novembre 2004. Ce point de service a pour territoire L'Ange-Gardien, Boischatel ainsi que l'Île d'Orléans.

Point de service Beaupré : 11 000, rue des Montagnards, Beaupré

Dans ce bâtiment, la mission CLSC a été intégrée à l'hôpital Sainte-Anne-de-Beaupré. Tous les services sont offerts : SC, FEJ et 2 équipes SAD. La CHQ est propriétaire du bâtiment ; la superficie occupée par le SAD est de 1106m². Le territoire couvert englobe Sainte-Anne-de-Beaupré, Château-Richer, Saint-Joachim, Saint-Féréol-des-Neiges, Saint-Tite-des-Caps et Beaupré.

Point de chute Courville : 2233, avenue Royale, Beauport

Ce bâtiment abrite la majeure partie des effectifs SAD. Il est le port d'attache de trois équipes géographiques (secteurs A, B et C) d'équipes spécialisées multisectorielles et des auxiliaires familiaux. Il n'offre pas de SC ou FEJ. Il est aussi le port d'attache de l'administration générale du CSO. La superficie louée occupée par les services est de 1511 m² et le bail prend fin le 31 octobre 2003. Le territoire couvert par les équipes SAD consiste en l'ancienne ville de Beauport et Sainte-Brigitte-de-Laval. Ce territoire est divisé en trois secteurs géographiques : A, B et C (Figure 7).



Figure 7

Secteurs géographiques d'intervention du service SAD du point de service de Beauport

Le territoire desservi est relativement restreint (environ 15km x 7km). Le seul secteur vraiment excentrique est celui de Sainte-Brigitte-de-Laval. La localisation centrale du point de service par rapport aux secteurs A, B, et C fait en sorte que les quartiers résidentiels sont facilement accessibles malgré la présence de barrières naturelles (rivières, la falaise) et artificielles (sablères, parcs industriels). Le secteur excentrique de Sainte-Brigitte-de-Laval est le seul susceptible d'occasionner des temps de déplacements importants. Les ressources et fournisseurs de services sont dispersés sur le territoire, mais peu fréquentés par les intervenants en santé qui les contactent plutôt par téléphone (Figure 8).

La spatialisation de la localisation des clients bénéficiaires à partir des codes postaux permet de valider les limites des trois secteurs géographiques. Si les secteurs A et C sont plus restreints, l'analyse des caractéristiques socioéconomiques y révèle une population plus âgée. Le secteur B est plus jeune et urbanisé plus récemment ; il faut toutefois prévoir, à moyen terme, une augmentation de la clientèle et, possiblement, le fractionnement en deux sous-secteurs (Figure 9).

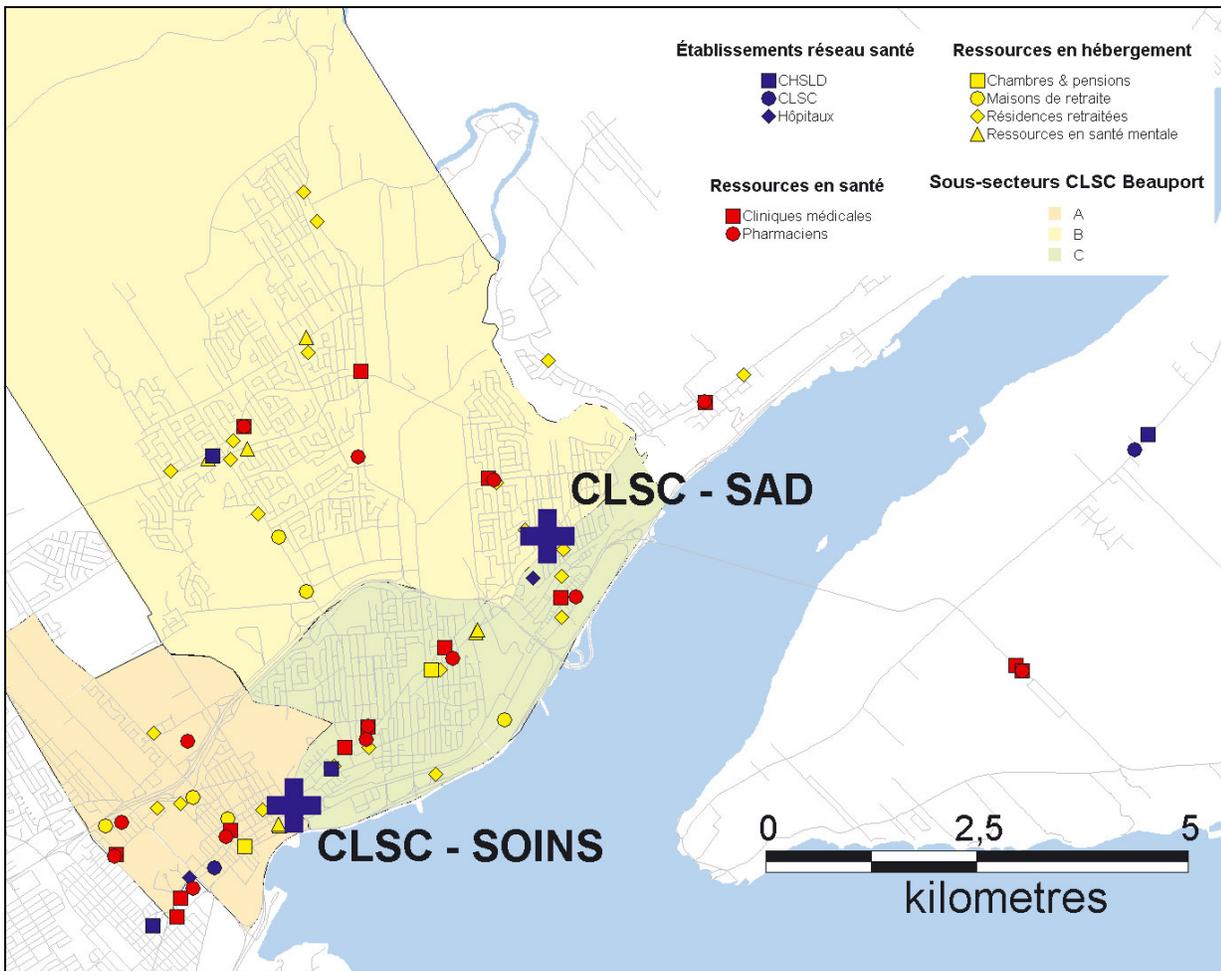


Figure 8
Localisation des ressources du SAD sur le territoire du point de service Courville

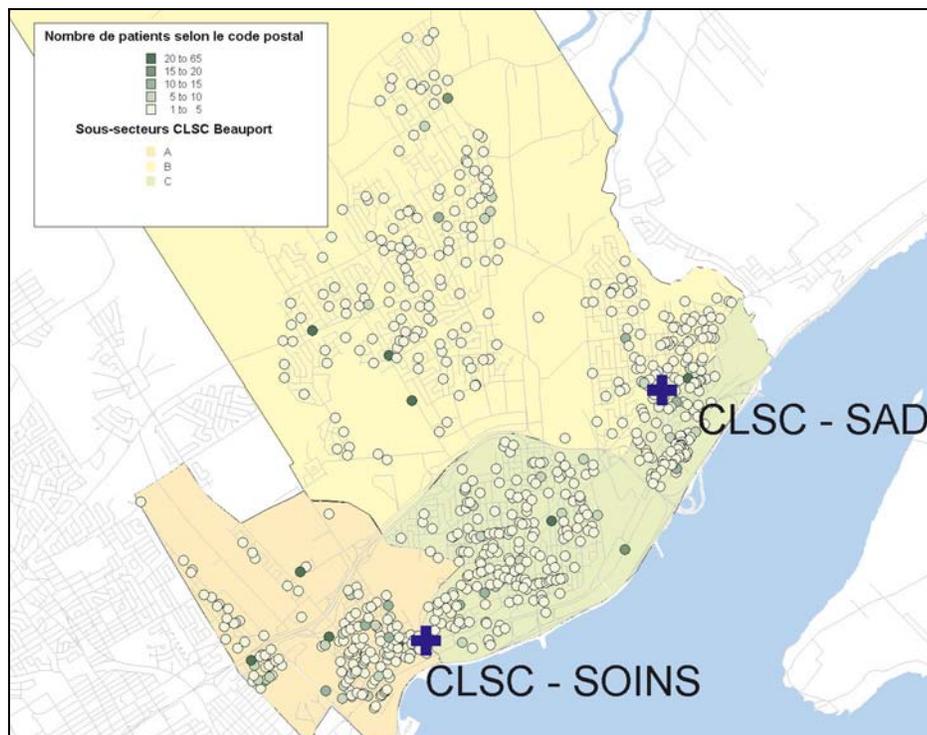


Figure 9
Localisation et densité des clients bénéficiaires du SAD sur le territoire

Les services de soutien à domicile au 2233, avenue Royale

Les services SAD sont situés dans des locaux de la Commission scolaire des Premières Seigneuries (Figure 10). La portion louée de l'édifice est occupée par le SAD, mais aussi par la direction du CSO. La Commission scolaire y occupe toujours quelques locaux. La superficie totale des planchers est de 2930m² ; le SAD et la direction du CSO en occupent 1511. La Figure 11 illustre le bâtiment en coupe avec l'utilisation actuelle des locaux.

Ce point de service possède plusieurs qualités :

1. La localisation est centrale par rapport aux trois secteurs géographiques SAD. Le bâtiment est facilement accessible à partir des axes majeurs de circulation, facilitant et minimisant les déplacements des équipes géographiques A, B et C, ainsi que ceux des équipes spécialisées qui opèrent sur l'ensemble du territoire.
2. Le bâtiment est peu visible de l'avenue Royale. Comme les clients bénéficiaires et leurs aidants n'ont pas à se rendre aux locaux du SAD, cette discrétion ne pose pas de problème.
3. Le terrain de 9204m² est profond et offre des possibilités d'expansion du bâti et du stationnement.
4. En ce qui concerne l'architecture proprement dite du bâtiment, il s'agit d'un édifice en bon état, construit en 1941, et agrandi par la suite d'une 2^e aile, d'où son plan en « T ».

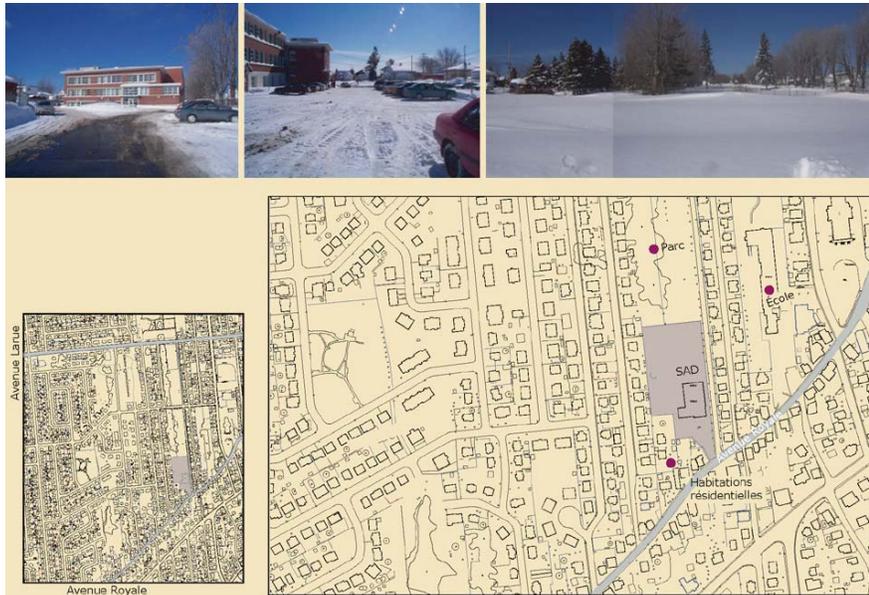


Figure 10
Localisation du CLSC-SAD au 2233, avenue Royale

En ce qui concerne les locaux du service SAD, ils sont situés aux 4e et 5e niveaux. Seuls le local syndical, la cafétéria et le local de préparation et d'entreposage du matériel sont situés au niveau du rez-de-chaussée et du demi sous-sol.

Au moment de l'évaluation, ils comportent 39 postes de travail pour les intervenants mobiles en santé, et 8 postes pour des employés fixes (administration et direction) ; 36 auxiliaires familiaux ont aussi accès à un local. Quelques locaux de service (archives, salles de réunion, toilettes, salle de photocopie, etc.) complètent le service SAD aux étages (Figure 12).

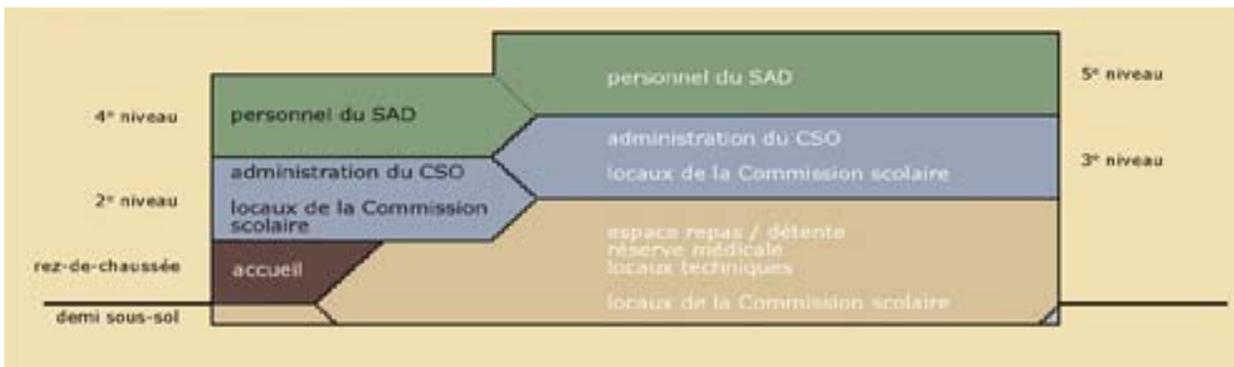


Figure 11
Coupe du bâtiment au 2233, avenue Royale

	postes	m2
Caf éteria	–	81
Local syndical	–	9
Direction & administration Centre sant é Orléans	15	280
SAD 47 postes dont 39 intervenants mobiles		
Pr éparation stockage	1	117
Administration SAD et services fixes	7	214
personnel mobile SAD (+ 36 auxiliaires familiales)	39	328
Circulations, toilettes, technique	–	482
TOTAL		1511



Figure 12
Locaux du SAD au 2233, avenue Royale, à l'automne 2002

OCCUPATION DES LOCAUX ET PRATIQUES DES INTERVENANTS SAD AVANT L'EXPÉRIMENTATION DES NTIC

Lors de notre première évaluation de l'occupation des locaux et des pratiques de travail des intervenants SAD, ces derniers occupent des bureaux assignés —privés ou semi-privés— dans lesquels chacun a un poste de travail et un rangement assignés. On retrouve un poste d'ordinateur par bureau, bien que certains en étaient dépourvus au moment des observations.

Règle générale, les bureaux des intervenants mobiles sont regroupés par équipes sectorielles (A, B et C sur la Figure 13) ou multisectorielles spécialisées (SPÉ, sur la Figure 13).

Concernant l'espace de bureau des 36 auxiliaires familiaux, il consiste en une aire commune, composée d'isoloirs non assignés (AUX, sur la Figure 13).

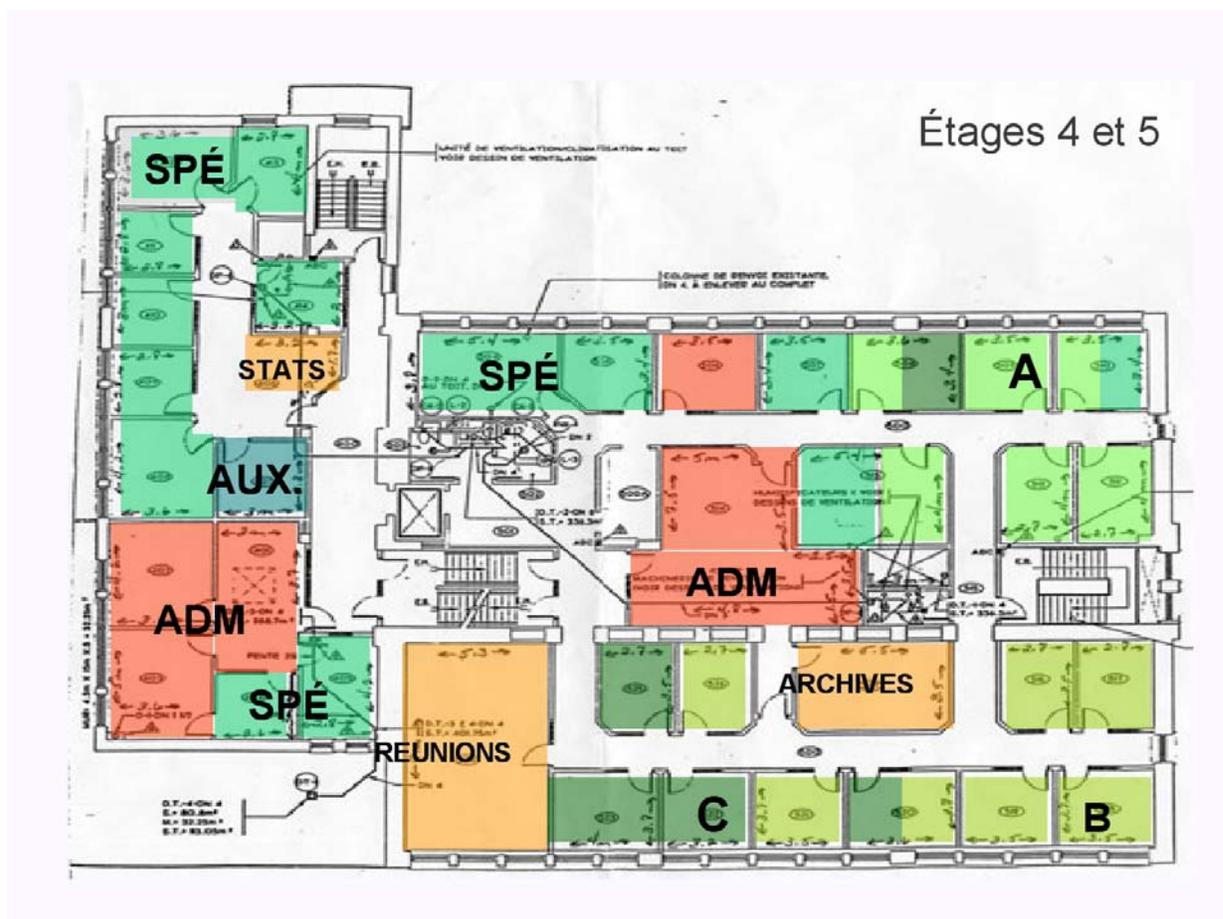


Figure 13

Répartition des locaux du SAD selon les équipes sectorielles ou spécialisées

De manière générale, les visites des bénéficiaires sont concentrées en avant-midi. Les intervenants débutent le plus souvent leur journée en récupérant leur matériel au local de préparation et d'entreposage. L'ergothérapeute doit inévitablement débuter ses visites à partir du point de service car le matériel thérapeutique est volumineux et peut difficilement être laissé dans la voiture personnelle.

Les intervenants organisent leurs visites de manière à minimiser leurs déplacements et à accomplir une boucle à partir du bâtiment de service. Les infirmiers et les infirmières sont les moins flexibles sur l'aménagement de leurs visites à domicile, étant donné les prélèvements à effectuer à jeun. Ils sont aussi les plus susceptibles d'effectuer des allers-retours vers le point de service pour respecter les heures de tombée de collecte de certains prélèvements.

Les déplacements des intervenants du secteur B (territoire le plus étendu) se font en majorité à l'intérieur d'un rayon de 5 km du point de service (Figure 14). Pour les trajets analysés de deux infirmières, on note une moyenne de 23,5 km parcourus par jour, pour 5 à 6 visites de bénéficiaires de 45 minutes en moyenne chacune. Pour ce qui est des trajets de l'ergothérapeute, on parle d'une moyenne de 18,3 km dans la journée, pour 1 à 2 visites de bénéficiaires d'une durée de 1 à 2 heures chacune. Le physiothérapeute visite 5 à 6 bénéficiaires par jour. Ce dernier, ainsi que l'ergothérapeute, sont susceptibles de couvrir un territoire plus vaste étant donné qu'ils sont les seuls représentants de leur profession dans l'équipe sectorielle. Enfin, l'intervenante sociale visite 1 à 2 bénéficiaires par jour avec une durée moyenne de visite de 1 à 2 heures par bénéficiaire.

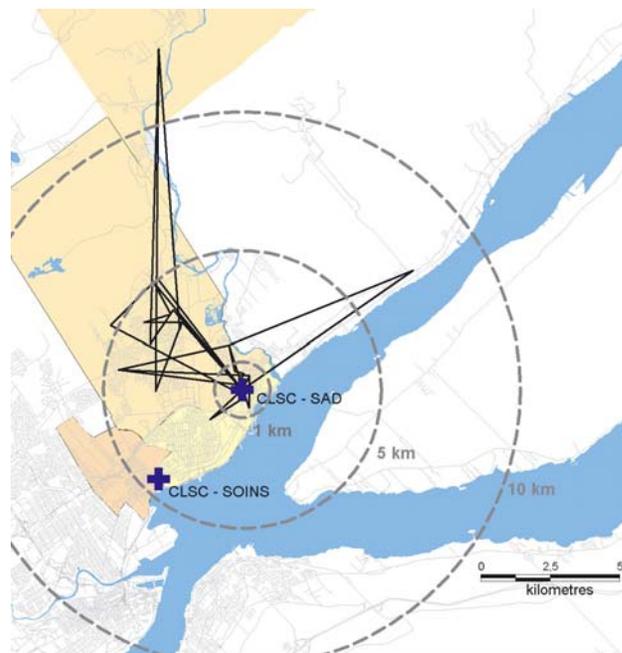


Figure 14
Spatialisation des trajets d'infirmiers et infirmières du secteur B
(exemple de trajets pour une semaine typique en janvier 2002)

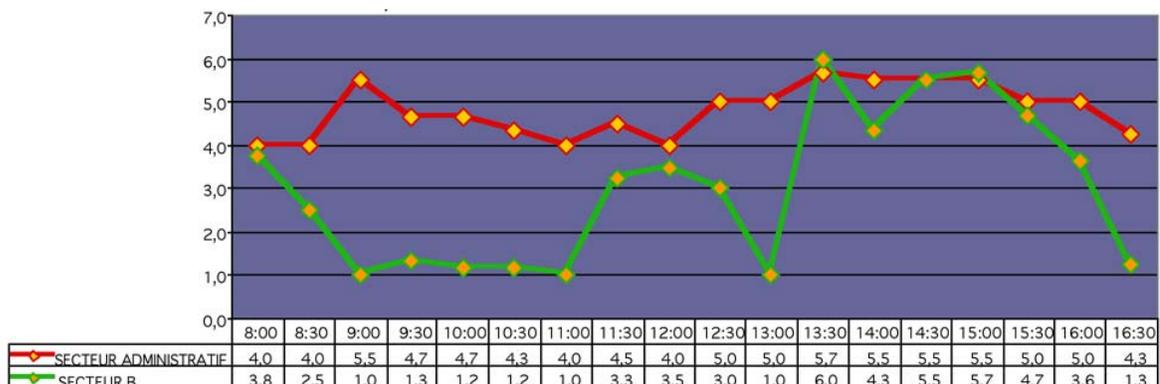
Les après-midi sont principalement dédiés à la prise de notes, à l'entrée de statistiques, aux suivis téléphoniques, aux discussions de cas et aux rencontres d'équipe, dans les locaux du point de service (Figure 16). C'est le cas notamment des infirmiers et infirmières, ainsi que du physiothérapeute, qui sont rarement au bureau en avant-midi.

L'ergothérapeute et les intervenants sociaux font exception à cette règle et sont les plus susceptibles d'être au bureau en matinée. Une portion du travail de l'ergothérapeute consiste à planifier l'adaptation des logis, à consulter des catalogues et bases de données et à contacter différents fournisseurs de services par téléphone. Quant aux intervenants sociaux, ils accomplissent une grande partie de leur travail par téléphone.

Chaque équipe d'intervenants se rencontre une fois par semaine, en après-midi, avec leur chef de programme. Outre cette réunion hebdomadaire, les discussions informelles de cas, intra- et interdisciplinaires, constituent une dimension importante du travail des intervenants. Dans le cas de l'ergothérapeute et du physiothérapeute, ils ne peuvent échanger avec quelqu'un de leur discipline au sein de leur équipe, étant les seuls représentants de leur profession ; le contact avec les autres équipes est donc important.

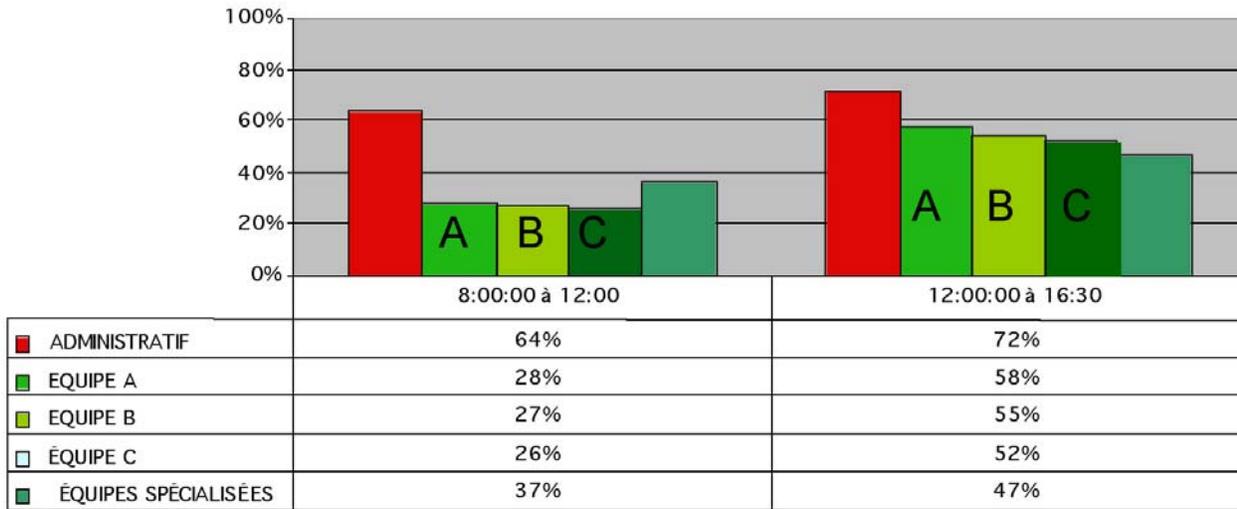
Les auxiliaires familiaux ne sont pas assignés à des secteurs géographiques particuliers ni intégrés aux équipes sectorielles. Ainsi, leurs déplacements se font sur l'ensemble du territoire desservi. Ils reviennent au bureau généralement une fois semaine pour récupérer leur horaire.

L'occupation journalière moyenne des postes de travail de l'équipe sectorielle B au cours d'une semaine est directement en lien avec les pratiques de travail, soit faible en avant-midi et plus soutenue en après-midi (Figure 15). Si l'on étend nos observations à l'ensemble des équipes, sectorielles et spécialisées, en relation avec l'occupation de leur zone de travail, on remarque, en matinée, une occupation environ au quart de leur capacité et, en après-midi, à un peu plus de la moitié, comparativement à une occupation aux deux tiers des bureaux administratifs sur l'ensemble de la journée (Figure 16).



Observations ponctuelles étales sur le mois de novembre 2002 et couvrant une semaine de travail

Figure 15
Occupation quotidienne de 7 postes administratifs et de 7 postes d'intervenants



Observations ponctuelles étales sur le mois de novembre 2002 et couvrant une semaine de travail

Figure 16

Nombre d'employés présents quotidiennement dans leur zone de travail par rapport au nombre de postes de travail dans cette zone.

LES LOCAUX DU CSO-SAD : COMPARAISON AVEC 3 AUTRES CLSC-SAD

Afin de prendre du recul par rapport à l'organisation et au fonctionnement spécifique des locaux du SAD dans le projet CLSC du futur, nous avons procédé à l'évaluation des deux autres points de service SAD du CSO Orléans, ainsi qu'à l'évaluation des services SAD de CLSC de trois autres régions administratives.

La Figure 17 compare le nombre d'auxiliaires familiaux, d'intervenants en santé (personnel mobile), et de personnel d'administration et de direction (personnel fixe) pour ces 6 points de service SAD. On constate que les territoires géographiques desservis varient énormément d'un service SAD à l'autre, selon une dominante urbaine, suburbaine ou rurale. Au-delà des indicateurs de santé, les distances à couvrir sont susceptibles d'influencer le nombre de clients pouvant être visités dans une journée par un même intervenant.

La Figure 18 compare les superficies relatives de planchers allouées à la circulation, aux services communs, ainsi qu'aux postes de travail du personnel fixe (administration et direction), du personnel mobile (intervenants en santé) et des auxiliaires familiaux.

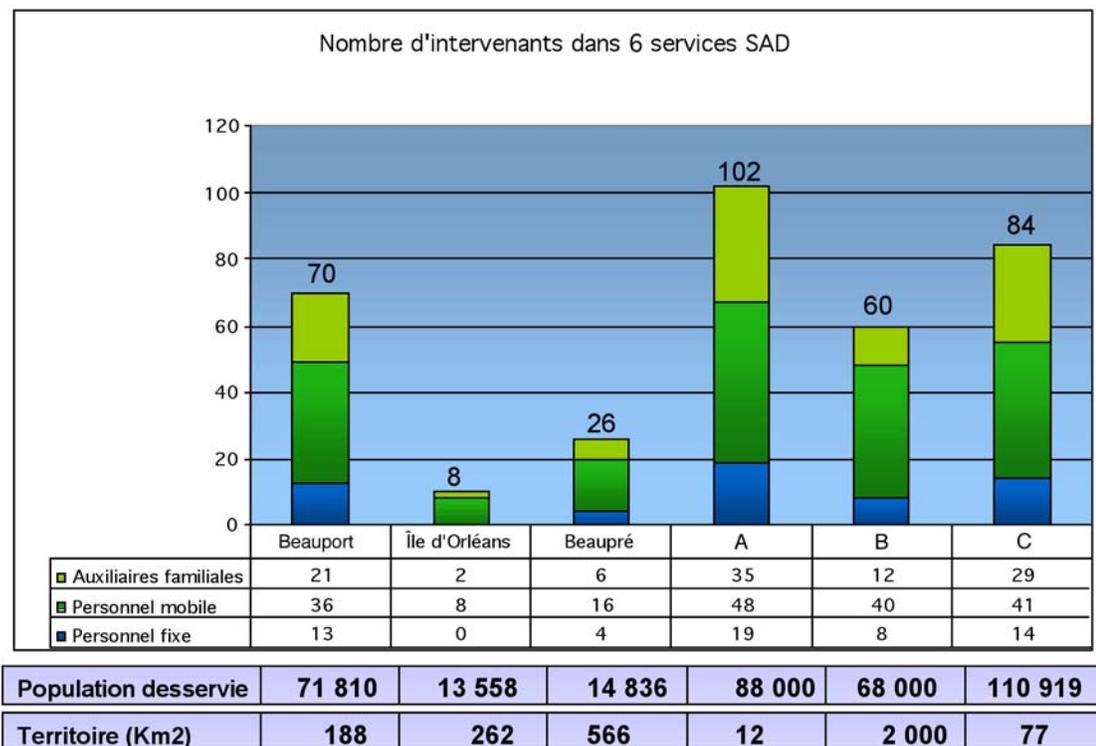


Figure 17

Nombre d'auxiliaires familiaux, d'intervenants en santé (personnel mobile), et de personnel d'administration et de direction (personnel fixe) pour 6 points de service SAD

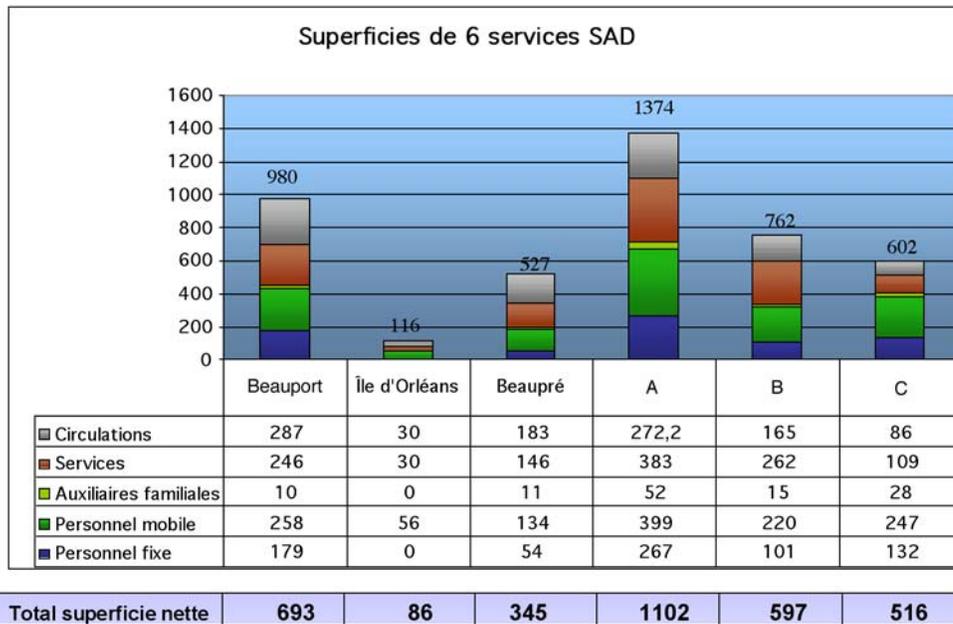


Figure 18

Superficies (en m²) réservées aux circulations, aux services et aux bureaux (auxiliaires familiaux, intervenants mobiles et personnel fixe) pour 6 points de service SAD

En comparant les ratios m²/employé alloués aux **espaces à bureaux** pour le personnel fixe, le personnel mobile et les auxiliaires familiaux, on constate que (Figure 19) :

- Le personnel fixe, soit le personnel de direction et administratif, reçoit entre 13 et 14m² par personne, sauf dans le cas d'une construction récente de CLSC où des normes plus strictes en matière d'espace à bureau ont été appliquées, réduisant à 9,4m² la superficie des bureaux ;
- Le personnel mobile, soit les intervenants en santé, bénéficie de 7 et 8,4m² par personne, sauf dans le cas de deux CLSC où ont été favorisés des bureaux partagés par plusieurs intervenants, ou encore une aire ouverte pour le personnel infirmier, permettant de réduire le ratio de 6m² et moins par personne ;
- Chaque auxiliaire familial se voit réservé entre 0,5 et 1,8 m².

Les allocations pour les **services communs** varient entre 2,7 et 5,6 m² par personne, avec une tendance autour de 4m² par personne.

Les mètres carrés réservés aux **circulations** varient, de 1m² à 7m² par personne. Cet écart sensible témoigne, d'une part, de l'importance de bien planifier les circulations, mais aussi de l'efficacité des aires ouvertes ou des bureaux partagés par un plus grand nombre de personnes pour réduire les superficies de planchers.

Enfin, la Figure 20 compare les coûts d'occupation par mètre carré (après taxes) pour chacun des bâtiments CLSC-SAD évalués. Les coûts d'occupation référant au montant de location pour un bail (incluant les coûts fixes de chauffage, d'électricité et d'entretien) et au montant de l'hypothèque (incluant les taxes, les coûts fixes de chauffage, d'électricité et d'entretien) dans le cas d'une propriété.

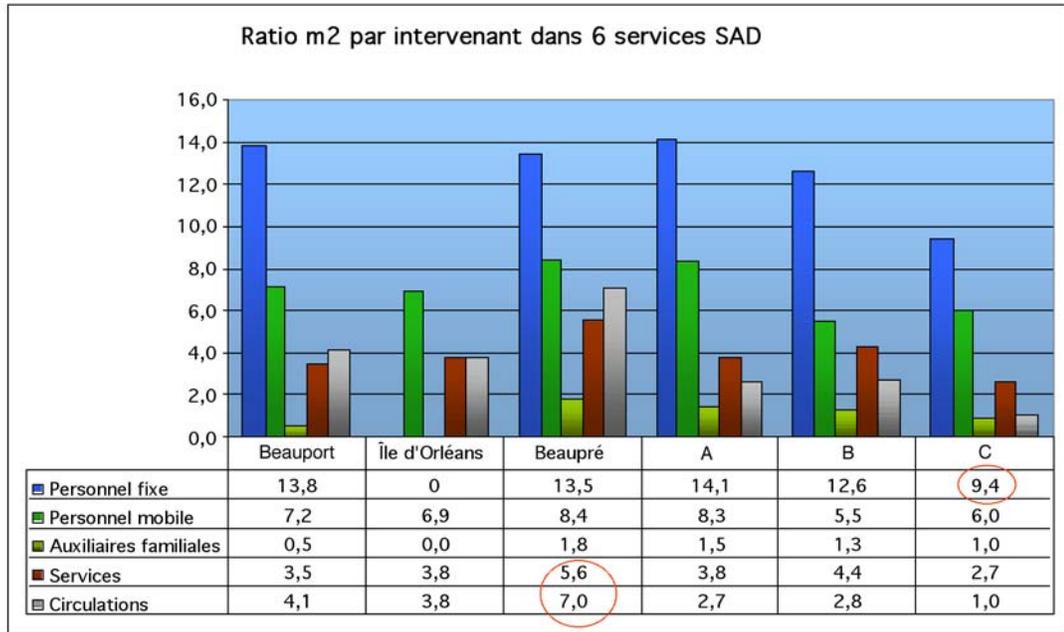


Figure 19

Ratios m²/employé alloués pour les bureaux (personnel fixe, intervenants mobiles, auxiliaires familiaux), les circulations et les services communs pour six CLSC-SAD

	Courville	Île d'Orléans	Beauré	Verdun	Victoria ville	Laval
Nbre INTERVENANTS						
Personnel fixe	70	8	26	102	60	84
Personnel mobile	13	0	4	19	8	14
Auxiliaires familiales	21	8	16	48	40	41
Services	36	2	6	35	12	29
SUPERFICIES (m²)						
Personnel fixe	179	0	54	267	101	132
Personnel mobile	258	56	134	399	220	247
Auxiliaires familiales	10	0	11	52	15	28
Services	246	30	146	383	262	109
Total superficie nette	693	86	345	1102	597	516
Circulations	287	30	183	272	165	86
total superficie utilisée	980	116	527,7	1374	762	602
m²/INTERVENANT (net)						
Personnel fixe	13,8	0	13,5	14,1	12,6	9,4
Personnel mobile	7,2	6,9	8,4	8,3	5,5	6,0
Auxiliaires familiales	0,5	0,0	1,8	1,5	1,3	1,0
Services	3,5	3,8	5,6	3,8	4,4	2,7
Circulations	4,1	3,8	7,0	2,7	2,8	1,0
COÛTS						
Superficie payée	1511	275	1106	2637	915	12 566
Coût/m ² (après taxes)	104 \$	164 \$	82 \$	295 \$	132 \$	180 \$
Population desservie	72 810	13 558	14 836	88 000	68 000	110 919
territoire (km²)	188	262	566	12	2 000	77

Figure 20

Comparaison du coût d'occupation par mètre carré pour 6 CLSC-SAD

OCCUPATION DES LOCAUX ET PRATIQUES DES INTERVENANTS SAD PENDANT L'EXPÉRIMENTATION DES NTIC

La période Clinique médicale Beauport

En mai 2003, les intervenants quittaient le bâtiment de service au 2233, avenue Royale, pour emménager dans des locaux de la Clinique médicale Beauport, au cœur du secteur de l'équipe A. Les bureaux de la coordonnatrice du projet CLSC du futur et de son adjointe, de la formatrice en NTIC, de la chef de programme, ainsi que de la secrétaire du SAD y ont aussi été déplacés (Figure 21). Cette relocalisation visait à rompre avec la tradition des bureaux privés ou semi-privés (Figure 22) et à expérimenter l'aire ouverte et les postes non assignés (Figure 23).

Le protocole d'implantation prévoyait que les 8 intervenants mobiles se partagent une aire ouverte de 20m². Étant donné la présence d'une équipe de support d'intervenants pendant la période de formation et des vacances, le nombre d'utilisateurs potentiels de la salle était pratiquement doublé. Les réunions hebdomadaires ont continué de se tenir au 2233, avenue Royale.

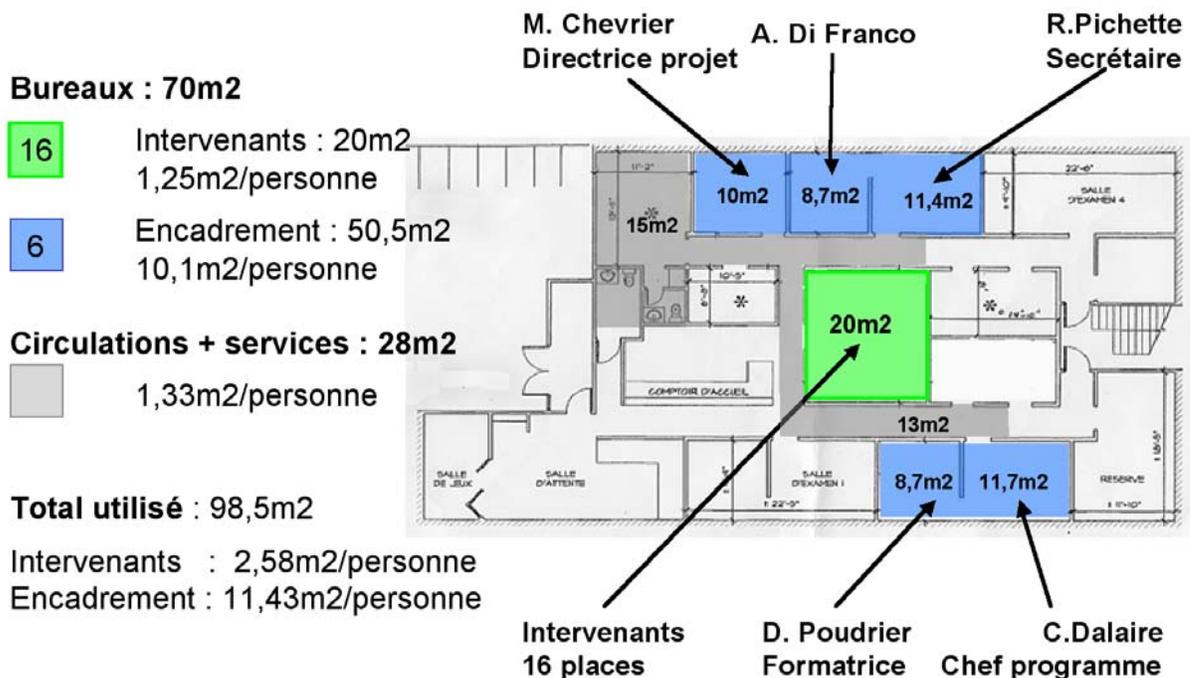


Figure 21

Plan du demi sous-sol de la Clinique médicale Beauport, avec indication des locaux occupés par le SAD dans le cadre du projet CLSC du futur



Figure 22
Bureaux privés et semi-privés des intervenants du secteur B,
au 2233, avenue Royale, avant le déménagement à la Clinique médicale Beauport



Figure 23
Local commun de l'équipe sectorielle B, à la Clinique médicale Beauport

Nos visites d'observation ainsi que les entrevues avec les intervenants visaient à évaluer la pertinence et la qualité de l'aire ouverte pour répondre aux besoins des intervenants mobiles. Les constats suivants ont été faits.

1. La composition interne des murs de la pièce, ancienne salle de radiographie, bloque la réception des téléphones cellulaires. Les prises téléphoniques régulières dans la pièce sont insuffisantes pour le nombre d'intervenants.
2. La ventilation et le chauffage sont déficients au point de rendre la pièce inconfortable.
3. La pièce ne dispose d'aucune fenêtre sur l'extérieur. L'éclairage artificiel convient mal aux besoins des postes de travail et des écrans d'ordinateur.
4. La porte de l'aire commune ouvre sur le secrétariat de la Clinique médicale, causant des problèmes d'intimité visuelle et d'interférence acoustique pour les deux partis.
5. Les tables et les chaises ne répondent pas à des normes de confort ergonomique.
6. Les rangements individuels, arrivés tardivement, sont peu utilisés. Il n'y a pas de vestiaire, ni d'endroit pour ranger les lunchs.
7. Aucun local n'a été spécifiquement assigné aux discussions de cas ou aux besoins de confidentialité.
8. Aucun service de télécopie, d'impression et de photocopie n'est accessible sur place: « *Il faut aller à Courville* ».

Afin de pallier à ces problèmes, les intervenants ont été formellement invités à utiliser les bureaux du personnel de direction et de formation du projet CLSC du futur, absent une partie de la semaine. Ces bureaux sont privés, mieux éclairés et permettent de recevoir des appels sur cellulaires. Ils ont été particulièrement utilisés par l'ergothérapeute et les intervenants sociaux. Seuls deux infirmiers semblent avoir utilisé le local commun. Certains intervenants ont préféré travailler à leur domicile, d'autres ont « squatté » le bureau de collègues au 2233, avenue Royale.

À l'échelle urbaine, la relocalisation dans le territoire du secteur A a eu comme conséquence d'**éloigner les intervenants du secteur B de leurs clients**, constituant « un détour » tel qu'ils nous l'ont eux-mêmes mentionné.

À l'échelle architecturale, la pièce de travail des intervenants mobiles offrait **des conditions difficiles de travail** et a peu servi. L'utilisation par les intervenants des bureaux du personnel fixe, bien que légitime dans les circonstances, allait à l'encontre de l'intention de tester le fonctionnement d'une aire ouverte ainsi que la réduction de la superficie allouée aux intervenants mobiles. En fait, la superficie totale accessible aux employés s'est avérée supérieure à celle des bureaux privés et semi-privés du 2233, avenue Royale.

Le retour au 2233, avenue Royale

En novembre 2003, les intervenants mobiles de l'équipe B réintégraient le 2233, avenue Royale, dans un local à aire ouverte aménagé spécifiquement pour eux.

L'aménagement (Figure 24) comporte 4 postes de travail constitués de mobilier ergonomique et séparés par des écrans acoustiques (Figure 25). Le ratio « 1 poste de travail / 2 intervenants » a été privilégié pour expérimenter le partage de postes non assignés. Deux autres postes de travail moins performants au niveau ergonomique, récupérés du local de la clinique Beauport, visaient à « dépanner » les intervenants en cas d'occupation simultanée de plus de 4 postes. À l'entrée du local, trois tables carrées peuvent aussi bien servir de lieu de réunion pour l'équipe qu'être déplacées pour accommoder le travail de bureau sur de courtes périodes.⁵ Les prises téléphoniques et informatiques ont été installées avant la planification de l'aménagement du local, ce qui explique les nombreux fils apparents (Figure 26).

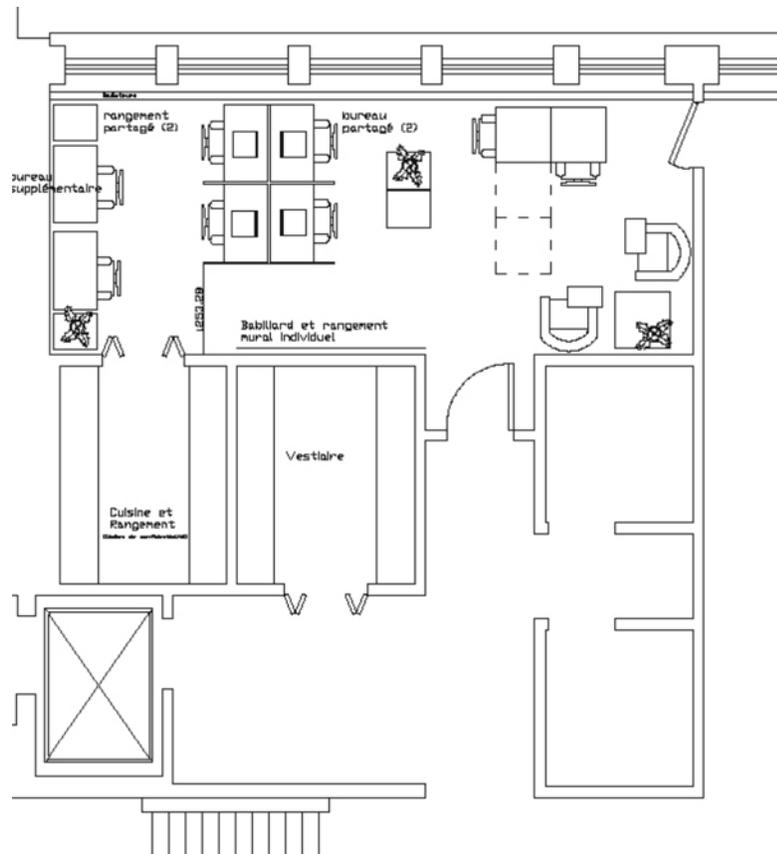


Figure 24
Aménagement à aire ouverte pour les intervenants mobiles du secteur B

⁵ Deux fauteuils confortables avec des tablettes ajustables pour des portables avaient été prévus, afin d'expérimenter une nouvelle position corporelle de travail. Cet achat n'a pas été réalisé ; un classeur appartenant à un autre service du CLSC occupe cet espace.



Figure 25
Occupation des postes de travail



Figure 26
Occupation d'un poste de travail avec branchement informatique apparent

Le local est largement fenêtré, avec une orientation sud-ouest. Les fenêtres sont munies de stores verticaux. Pour assurer un bon contrôle de l'ensoleillement en après-midi, ces derniers doivent être fermés, ce qui nécessite de l'éclairage artificiel (Figure 27).⁶ Deux tiroirs de rangement sont assignés à chaque intervenant (Figure 28)⁷ Un ancien coin cuisine est utilisé comme espace de rangement pour les sacs de matériel et les mallettes à portables de plusieurs intervenants, ainsi que pour les cartables de travail de l'ergothérapeute (figure 29).⁸



Figure 27

Stores verticaux contrôlant mal l'ensoleillement pour l'utilisation des ordinateurs

⁶ Leur remplacement par des toiles solaires avait été recommandé.

⁷ Il avait été suggéré que chaque intervenant se voie attribuer un casier mural pour y déposer les menus objets sur son bureau à la fin de chaque journée. Cet achat n'a pas été complété.

⁸ Nous avons suggéré de retirer les comptoirs du coin cuisine et de remplacer la porte pliante par une porte vitrée afin de fournir une d'alcôve de confidentialité à l'équipe.

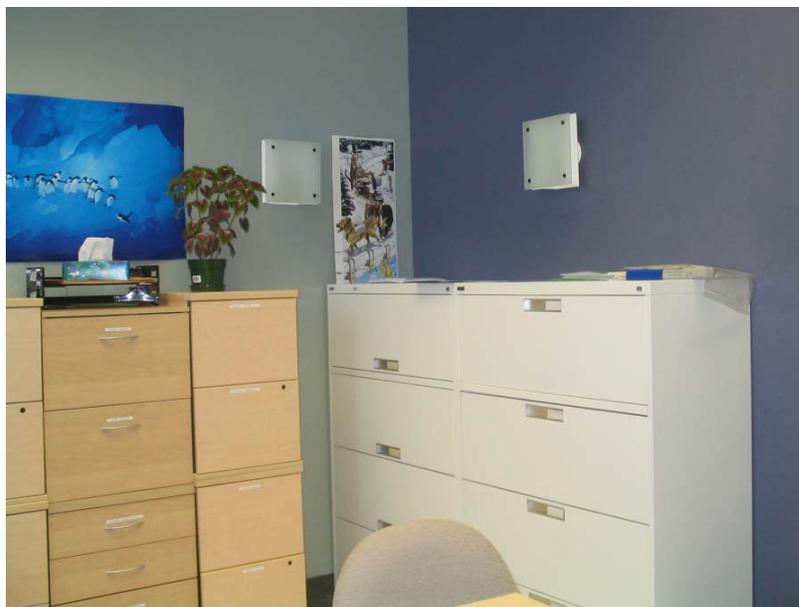


Figure 28
Rangement assigné pour chaque intervenant (à gauche) et
classeur n'appartenant pas au SAD-secteur B (à droite)



Figure 29
Ancien coin cuisine utilisé comme rangement et lieu de travail

Routines de travail et occupation du local commun

La compilation des grilles d'emploi du temps des intervenants dans la semaine du 9 au 13 février 2004 (5 infirmiers et infirmières, 1 physiothérapeute, 1 ergothérapeute, 2 intervenants sociaux) révèlent peu de changements dans les routines de travail depuis l'introduction des NTIC (Figure 30).

1. La majorité des visites a lieu en AM : sur les 114 clients visités durant la semaine, 100 l'ont été en AM, 14 en PM. Les visites en PM appartiennent aux intervenantes sociales et à l'ergothérapeute, mais aussi au physiothérapeute.
2. Durant la semaine d'observation, les infirmiers et l'infirmière ont vu en moyenne de 3,8 et 5,25 bénéficiaires par jour; le physiothérapeute, 5,25 bénéficiaires par jour; l'ergothérapeute 1,6 bénéficiaires par jour ; et les intervenants sociaux, entre 0,6 et 1,4 bénéficiaires par jour.
3. Les temps de déplacement semblent assez contenus, sauf pour le physiothérapeute qui couvre l'ensemble du secteur B.
4. Le temps consacré aux tâches administratives demeure important malgré l'apport des NTIC. Il est possible que la durée de ces tâches ait été maintenue justement à cause des NTIC dont l'efficacité et la maîtrise ne sont pas encore optimales.
5. La lenteur de l'ouverture des portables dans la transmission via cellulaire est responsable du peu d'entrée de données chez le bénéficiaire, exception faite du physiothérapeute qui se met à cette tâche pendant que son bénéficiaire fait ses exercices.
6. Les intervenants consacrent autant de temps sinon plus aux tâches administratives et au suivi des dossiers qu'aux visites à domicile, en excluant le temps consacré aux réunions formelles et informelles.

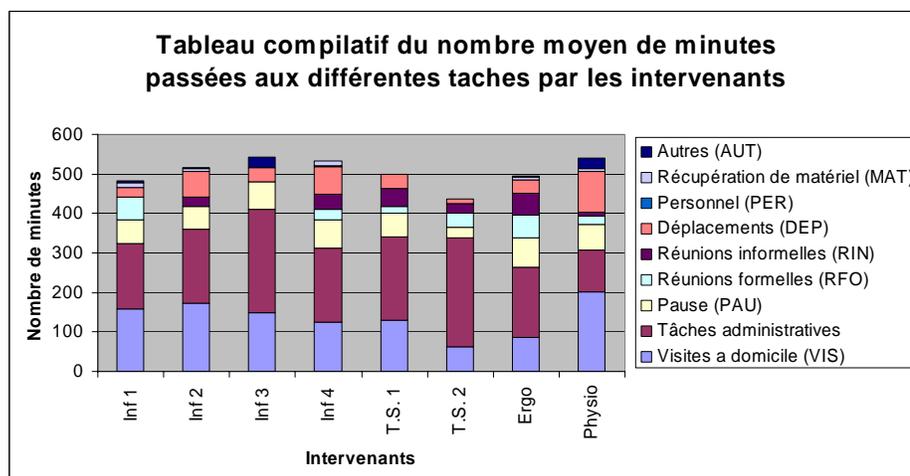


Figure 30

Nombre moyen de minutes consacrées aux différentes tâches par les intervenants mobiles en santé du secteur B durant la semaine du 9 au 13 février 2004.

L'analyse des grilles d'emploi du temps par période de 15 minutes nous ont aussi permis de quantifier l'occupation du local selon la journée de la semaine et d'interpréter la séquence de travail des intervenants mobiles (figure 31).

Il faut noter, d'une part, que le taux d'occupation du local est plus élevé le lundi AM et le vendredi PM, périodes durant lesquelles les intervenants semblent préparer leur semaine. Le taux d'occupation du local est aussi faible le mardi PM dû à la réunion hebdomadaire d'équipe qui se déroule dans une salle de réunion.

1. Entre 7:30 jusqu'à 8:30, entre 0 et 4 intervenants occupent le local; plusieurs passent y déposer ou ramasser des choses avant de se mettre sur la route.
2. Jusqu'à 11:30, de 0 à 2 intervenants occupent le local, sauf le lundi où le taux d'occupation va jusqu'à 4. L'ergothérapeute et les intervenantes sociaux occupent en général le local en AM.
3. À partir de 11:30 jusqu'à 12:15 (juste avant l'heure du repas), on retrouve de 1 à 6 intervenants au local, de retour des visites à domicile.
4. À partir de 12:15 jusqu'à 13:00, un maximum de 2 personnes sont au local, c'est l'heure du repas.
5. À partir de 13:15 jusqu'à 16:30, entre 1 et 7 intervenants sont au local, avec une dominante de 5, sauf le mardi PM entre 13h30 et 15h00 où le local est vide dû à la réunion hebdomadaire d'équipe.
6. Enfin, à partir de 16:30 jusqu'à 17:15, on note une diminution graduelle de 3 à 0 intervenants dans le local, sauf pour le vendredi où 2 intervenants terminent entre 17 :45 et 18 :00.

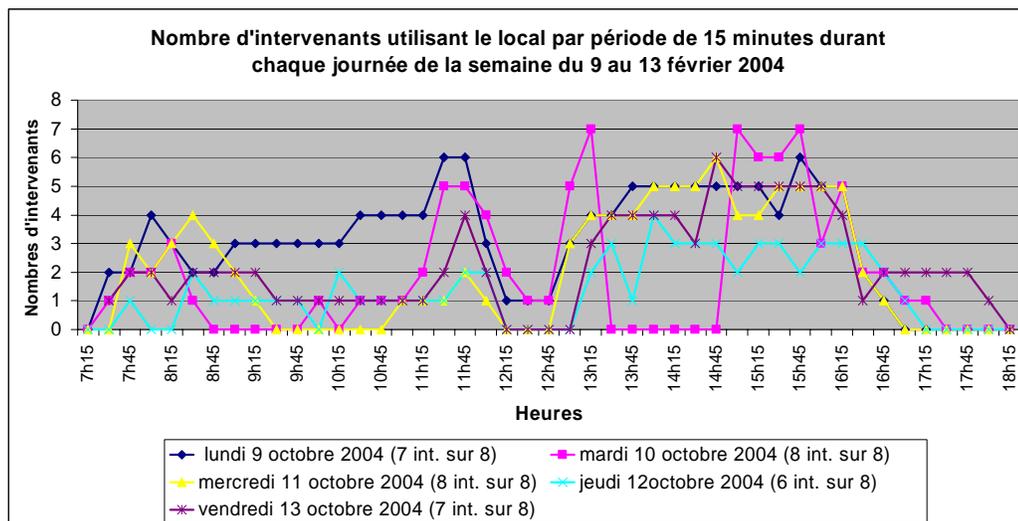


Figure 31
 Nombre d'intervenants mobiles du secteur B dans le local commun pour chaque jour de la semaine du 9 au 13 février 2004

Notre observation de l'occupation des postes de travail du local commun lors de 4 demi-journées nous a permis de préciser certains points.

Certains intervenants s'approprient un espace de travail pour la journée en arrivant le matin, en y déposant « leurs affaires ».

1. Certains intervenants n'apportent pas leur portable chez les bénéficiaires, des difficultés avec la lenteur de la technologie ne leur permettant pas d'entrer des données au domicile de ces derniers. Un seul intervenant travaille chez ses bénéficiaires. Il s'agit du physiothérapeute pour qui l'entrée de données est possible durant les traitements prolongés.
2. Pour le premier avant-midi d'observation, un poste de travail a été utilisé par l'ergothérapeute pendant 90 minutes, deux autres postes l'ont été pendant 15 minutes. Tous les postes étaient inutilisés entre 10 :45 et 11 :45. Durant la 2^e avant-midi d'observation, 2 intervenants ont occupé un poste pendant 15 minutes, 1 pendant 30 minutes, 1 pendant 45 minutes, 1 pendant 1 heure, et 1 pendant 90 minutes, avec jamais plus de 3 intervenants en même temps dans le local.
3. Pendant le 1^{er} après-midi d'observation, un seul poste est occupé à 13 :00 mais quatre ont été réservés, les intervenants y ayant déposé leurs choses. Dès 14 :15, les 4 postes de travail sont occupés, 2 sont réservés et 2 tables carrées occupés. Jusqu'à 16 :00, on compte en général 6 (mais jusqu'à 8) intervenants dans le local, la densité d'occupation diminuant graduellement jusqu'à 17 :15. Durant le 2^e après-midi d'observation, dès 13 :00, 4 des 6 postes de travail sont réservés, un poste et 2 tables carrées sont occupés. À partir de 13 :45 jusqu'à 16 :00, il y aura entre 5 et 7 intervenants dans la pièce. À 16 :45, il ne reste qu'un intervenant.
4. Les infirmiers et infirmières ont tendance à se regrouper autour de postes adjacents ; l'ergothérapeute et les intervenants sociaux à s'approprier les postes de travail plus ergonomiques et mieux isolés acoustiquement, ces intervenants y passant plus de temps. Les ergothérapeutes et les intervenants sociaux en effet moins bien servis par les postes non assignés ou les aires ouvertes comparativement aux infirmières et aux physiothérapeutes, leur travail nécessitant soit un matériel de consultation imposant, soit de longs appels téléphoniques.
5. Durant les périodes d'occupation les plus denses, on comptera jusqu'à 4 personnes au téléphone en même temps, mais le plus souvent, 1 à 2. Les intervenants n'utilisent pas leurs téléphones cellulaires, mais des téléphones fixes à cause du manque de maniabilité et de la moins bonne qualité de réception.⁹ Certains intervenants travaillent avec des écouteurs. On observera aussi jusqu'à 6 intervenants travaillant sur leur portable en même temps, mais le plus souvent, 3 à 4. Plusieurs discussions de cas, entre 2 ou 3 intervenants et parfois une collègue d'une autre équipe, prendront place dans le local au cours de ces deux après-midi. Quelques discussions se feront dans le corridor, et certains appels personnels, parfois dans le vestiaire adjacent.

⁹ Aucun système « sans main » n'a été acheté comme nous l'avions recommandé.

10:00 AM : 1 intervenant sur 8

14 :30 : 6 intervenants sur 8

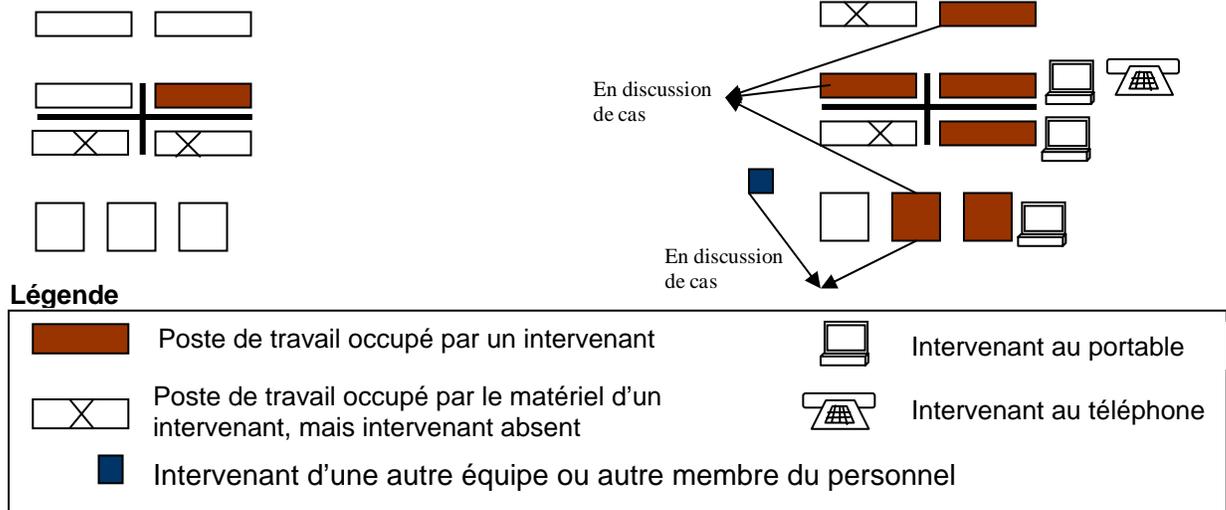


Figure 32
Occupation du local des intervenants de l'équipe sectorielle B
en avant-midi (à gauche) et en après-midi (à droite)

Enfin, nos entrevues individuelles avec 7 des 8 intervenants nous ont permis de valider nos observations et de faire quelques constats additionnels. En général, les intervenants apprécient le local commun ; ils parlent « d'une formule intéressante à améliorer ».

D'une part, leur expérience positive est liée au fait que **l'aire ouverte favorise le développement de l'esprit d'équipe et les collaborations professionnelles** :

- « *Le local commun brise l'isolement* »,
- « *Il est plus facile d'échanger* »,
- « *Avant, on était tous séparés dans des bureaux* »,
- « *Les NTIC, ça peut pousser à l'isolement professionnel* ».

D'autre part, **les problèmes liés à l'acoustique sont le principal inconvénient de la formule à aire ouverte** : « *C'est bruyant pour se concentrer ou faire des appels* ». Les 4 postes de travail avec cloisons acoustiques sont considérés comme fonctionnant mieux à ce chapitre que les postes de dépannage. Ils suggèrent de privilégier les matériaux de revêtement à propriété acoustique pour absorber le bruit. Les intervenants ont aussi adapté leurs habitudes : « *Entre nous, c'est entendu qu'on doit chuchoter...* ». Ils recommandent de prévoir une alcôve de confidentialité pour les appels téléphoniques nécessitant plus de concentration et un petit lieu pour les discussions de cas.

En outre, plusieurs intervenants insistent sur **l'importance d'un mobilier ergonomique facilement ajustable dans le contexte de postes de travail non assignés**.

Enfin, l'importance **d'adapter les rangements aux besoins spécifiques des différents profils professionnels** ressort, sans compter la mallette d'ordinateur commune à tous, pas assez spacieuse, et que l'on dépose souvent sur le plancher, faute de place sur la surface de travail.

RATIONALISER LES RESSOURCES IMMOBILIÈRES : RECOMMANDATIONS

Avant l'apport des NTIC

Il ressort de notre analyse qu'avant même l'introduction des NTIC dans les pratiques du SAD, plusieurs stratégies visant la rationalisation des ressources immobilières peuvent être mises de l'avant.

À l'échelle urbaine :

1. Il importe d'abord de choisir soigneusement la localisation du point de service SAD. Il est en effet crucial d'assurer une localisation centrale par rapport au territoire desservi. L'augmentation des distances de déplacement des intervenants, ne serait-ce que de quelques kilomètres par jour, représenterait des coûts énormes étant donné la récurrence quotidienne de cette dépense multipliée par l'ensemble des intervenants.¹⁰
2. Les territoires les plus étendus appellent à des stratégies particulières. La localisation de points de chute secondaire pour les intervenants des secteurs les plus éloignés du bâtiment principal est une possibilité à envisager. Par exemple, dans le cas d'un sous-secteur géographique excentrique aux secteurs principaux comme celui de Sainte-Brigitte-de-Laval, un « relais », dans une pharmacie ou une clinique médicale, pourrait être aménagé.
3. Les critères de localisation devraient inclure, au-delà du critère fondamental de centralité, des considérations par rapport aux possibilités d'expansion du bâtiment et du stationnement, à la proximité de services connexes et des coûts d'achat ou de location, ainsi que d'entretien et d'exploitation.
4. Une infirmière attitrée aux prélèvements « à jeun » permettrait de minimiser les allers-retours au point de service des autres infirmiers et infirmières, favorisant l'aménagement des visites sur des plages horaires plus étendues durant la journée.
5. La distribution des fournitures médicales à la résidence des bénéficiaires contribuerait à minimiser les passages en début de matinée des infirmiers et infirmières au local de préparation du point de service et à réduire le nombre de kilomètres parcourus.
6. Pour ce qui est des physiothérapeutes et ergothérapeutes, le large volume du matériel utilisé pour les traitements et les démonstrations, ainsi que son partage par les intervenants de plusieurs secteurs, demandent une réflexion particulière.

¹⁰ Le remboursement garanti par la convention collective des intervenants en santé de 20 kilomètres par jour pourrait être un frein à la rationalisation des frais de déplacements.

À l'échelle architecturale :

7. Dans la mesure du possible, le secteur SAD aura avantage à être localisé au rez-de-chaussée d'un édifice, près de l'accès au stationnement des intervenants. Cette considération devrait s'appliquer à tous les secteurs d'intervenants mobiles, notamment le secteur FEJ.
8. Des stratégies permettant de revoir la concentration des visites à domicile en avant-midi et des activités de bureau en après-midi permettraient le partage des postes de travail entre intervenants et leur réduction en nombre : par exemple, la planification des visites à domicile sur des plages horaires étendues avec des quarts de travail de 7 :00 à 15 :00 et de 12 :00 à 20 :00.
9. L'organisation des locaux du SAD devrait s'inspirer des tendances dans le domaine de l'aménagement des espaces à bureaux, notamment en ce qui concerne les aires de travail flexibles et les postes non assignés pour les professionnels. Une telle réflexion pourrait s'étendre à l'ensemble de tous les intervenants mobiles du CLSC, notamment le secteur FEJ.
10. L'aménagement de bureaux privés ou semi-privés est coûteux en superficie de plancher et en cloisons, sans compter le chauffage et l'entretien, dans le contexte d'une occupation non continue de ces derniers. L'aménagement d'aires ouvertes permettrait des économies considérables qui pourraient être transférées à l'embauche d'intervenants additionnels et à l'achat de postes informatiques et de mobilier ergonomique.
11. Nos observations ont révélé l'importance des discussions informelles de cas entre intervenants. L'aménagement d'alcôves de confidentialité et de petits lieux de discussion serait à prévoir pour compenser l'abolition des cloisons.
12. Des postes de travail non assignés, attribués selon la règle du « premier arrivé, premier servi », permettraient d'en maximiser l'occupation et de réduire leur nombre.
13. Le maintien, voire le développement, de l'esprit d'équipe et du sentiment d'appartenance est une dimension importante à considérer dans l'aménagement des locaux SAD. Chaque aire ouverte devrait mettre en valeur l'identité de l'équipe géographique concernée par des aménagements particuliers.
14. L'intégration des auxiliaires familiaux dans les équipes géographiques existe dans plusieurs CLSC. Elle permet, d'une part, de réduire considérablement le kilométrage de ces derniers en les assignant à des secteurs géographiques donnés et, d'autre part, d'assurer un suivi plus continu des clients bénéficiaires.

L'apport des NTIC

L'observation de l'impact de l'introduction des NTIC dans les pratiques SAD a permis de préciser certaines stratégies pour la rationalisation des ressources immobilières. Quelques constats généraux ont pu être faits :

1. À moins que les procédures d'entrée de données statistiques et cliniques soient grandement simplifiées et les interfaces informatiques pensées de manière extrêmement conviviales, ces tâches demeureront une part importante du travail des intervenants mobiles.
2. L'utilisation des portables n'entraîne pas la disparition du papier, même si les intervenants en manipulent et en produisent beaucoup moins. Demeure ainsi la nécessité d'avoir accès à une imprimante, un photocopieur et un bac à recyclage, ainsi qu'à un rangement personnel adapté.
3. Outre les économies considérables en superficies de plancher, les aires ouvertes aident à pallier à l'isolement professionnel potentiellement induit par les NTIC, en favorisant la collaboration et les échanges spontanés entre les intervenants. Nos observations indiquent que leur aménagement doit être pensé avec un mobilier ergonomique adapté et des considérations particulières pour les questions d'acoustique et de contrôle de l'ensoleillement.
4. La délimitation des aires ouvertes en fonction des équipes géographiques est à privilégier en raison de dimensions restreintes qui permettent, d'une part, de maintenir l'intimité acoustique du local et, d'autre part, de renforcer l'esprit d'équipe et le sentiment d'appartenance.
5. Nos analyses confirment la pertinence d'une politique de postes de travail non assignés mais avec certaines nuances en ce qui concerne les dimensions et les caractéristiques des postes selon la spécialisation des intervenants professionnels.
6. Dans le contexte de l'élimination des bureaux assignés (privés ou semi-privés), il importe de prévoir des locaux de services communs, partagés par les équipes géographiques, pour soutenir la communication, les échanges professionnels et l'émulation entre les intervenants. Les aires ouvertes des différentes équipes géographiques seront organisées de manière à accéder facilement à des locaux communs.

PROPOSITION POUR UN CADRE NORMATIF DE PROGRAMMATION ARCHITECTURALE

Cette dernière section propose un cadre normatif pour l'élaboration de programmes architecturaux de CLSC-SAD. Les recommandations visent principalement les locaux servant les intervenants mobiles en santé, ces derniers étant visés par le projet CLSC du futur et ayant fait l'objet d'une évaluation en profondeur. Les autres locaux, soit les bureaux de la direction et de l'administration, l'accueil, le service 24/7 et les télésoins, ainsi que les locaux de services communs à tous le personnel SAD (local du syndicat, toilettes, café du personnel) n'ont été abordés que superficiellement.

La présente section propose des critères de définition et des règles de calcul des superficies de plancher, principalement pour les locaux des travailleurs mobiles.

Les locaux des travailleurs mobiles

1. Aire de bureau des travailleurs mobiles

- Aire ouverte de bureau des travailleurs mobiles.
- Aire spécifique à chacune des équipes géographiques (sectorielles) ou spécialisée (multisectorielle).
- Elle comprend les postes de travail nécessaires à l'entrée de données cliniques et statistiques par les intervenants, ainsi qu'au suivi des dossiers de bénéficiaires qui leur sont assignés.
- Les postes de travail sont non assignés.
- L'augmentation de la clientèle SAD dans les 10 prochaines années suggère que le nombre d'intervenants dans les équipes géographiques pourrait augmenter. Cette croissance doit être estimée et prise en compte dans le dimensionnement du local.

Ainsi, la **superficie de plancher de l'aire ouverte d'une équipe** est calculée en fonction des critères suivants :

- Nombre d'intervenants actuels en santé dans l'équipe,
- Intégration ou non du ou de la chef d'équipe dans l'aire de travail,
- Assignation ou non d'auxiliaires familiaux à l'équipe et leur nombre, le cas échéant.
- Un facteur de croissance de 25 % des effectifs pourra être pris en compte afin de prévoir la hausse du nombre d'intervenants dans les équipes.

Règle de calcul

Superficie d'une aire ouverte de bureau pour une équipe de travailleurs mobiles :

$$\text{Nombre d'intervenants en santé NIS} \times 2,5 \text{ m}^2 = X_1$$

$$\text{Nombre d'auxiliaires familiaux NAF} \times 0,5 \text{ m}^2 = X_2$$

$$\text{Facteur de croissance : } (X_1 + X_2) 0,25 = X_3$$

$$\text{Superficie de l'aire ouverte} = X_1 + X_2 + X_3$$

Le **nombre de postes de travail dans l'aire ouverte** est, quant à lui, calculé en fonction de la diversité et de la spécificité des tâches des intervenants de l'équipe, ainsi que de l'existence actuelle ou à venir de quarts de travail :

- Heures d'occupation du local,
- L'occupation maximale simultanée du local sera estimée sur la base des quarts de travail des intervenants et des pratiques respectives des différentes spécialités professionnelles. Dans la situation actuelle, nos observations suggèrent que des facteurs d'occupation devraient être pris en considération : 3 postes de travail seront suffisants pour couvrir les besoins de 4 intervenants en santé; un poste de travail, pour les besoins de 4 auxiliaires familiaux.
- Il est à prévoir que les intervenants professionnels se diversifieront dans les équipes sectorielles pour répondre à des besoins particuliers de soins, ainsi qu'à des pathologies régionales. On pense à l'ajout potentiel, dans chacune les équipes, d'une ou d'un inhalothérapeute, d'une ou d'un technicien en réadaptation, d'infirmières de soir et de fin de semaine, ainsi que d'une ou d'un technicien de laboratoire.

Règle de calcul

Calcul du nombre de postes de travail dans l'aire ouverte selon les facteurs d'occupation:

$$1 \text{ chef d'équipe} \times \text{facteur d'occupation de } 1,0 = Y_1 \text{ m}^2$$

$$\text{Nombre d'intervenants en santé NIS} \times \text{facteur d'occupation de } 0,75 = Y_2 \text{ m}^2$$

$$\text{Nombre d'auxiliaires familiaux NAF} \times \text{facteur d'occupation de } 0,25 = Y_3 \text{ m}^2$$

$$\text{Nombre de postes requis} = (Y_1 + Y_2 + Y_3)$$

Les **dimensions et le niveau d'intimité des postes de travail** sont définis en fonction de la spécificité des tâches des différents profils professionnels d'intervenants:

- Pour le ou la chef d'équipe, dont les tâches impliquent des conversations téléphoniques ou en personne de différentes natures et niveaux de confidentialité, on privilégiera un poste « de discussion », c'est-à-dire avec une meilleure isolation acoustique.
- Les ergothérapeutes et autres intervenants, dont les tâches impliquent À LA FOIS un nombre plus important d'heures de bureau ET un travail de recherche documentaire, auront accès à des postes « étendus », c'est-à-dire, avec une surface de travail et des rangements plus généreux.
- Les intervenants sociaux dont les tâches impliquent À LA FOIS un nombre plus important d'heures de bureau ET des discussions téléphoniques de nature moins factuelles, auront accès à des postes « de discussion »
- Dans le cas des auxiliaires familiaux, des postes minimaux, de type isoloir, seront prévus.

Règle de calcul

Superficies des différents types de poste de travail:

Poste de discussion: 5,0 m² / poste

Poste étendu: 4,0 m² / poste

Poste standard : 2,5 m² / poste

Poste minimal : 1,5 m² / poste

La figure 33 illustre les dimensions relatives de trois de ces postes de travail.



Figure 33

Postes standard (à gauche), postes étendus (en haut à droite) et poste de discussion (en bas à droite) de dimensions comparables à celles proposées (Cie Steelcase)

Les recommandations suivantes visent des aspects qualitatifs de l'aménagement :

- Comme les intervenants ont tendance à se regrouper par spécialité professionnelle autour de postes adjacents, l'aménagement de l'aire ouverte rassemble entre eux les postes standard, les postes étendus, les postes de discussion et les postes minimaux.
- Un mobilier ergonomique, reconnu pour sa facilité d'ajustement d'un intervenant à l'autre (chaise, hauteur de la surface de travail, éclairage, etc.), est privilégié. Des compagnies spécialisées seront consultées.
- Les rangements individuels sont adaptés aux besoins des différents profils professionnels. Ils peuvent être verrouillés et comprennent une section « ramasse-tout » servant à vider les surfaces de travail des menus objets à la fin des périodes d'utilisation, ainsi qu'une section pour la valise du portable.
- Les questions d'acoustique dans l'aire commune font l'objet d'un soin particulier. Les systèmes de panneaux acoustiques sont à la fois efficaces acoustiquement et suffisamment transparents pour permettre le contact visuel entre les intervenants, ainsi que la pénétration de la lumière naturelle.
- Afin de maximiser les conditions d'écoute téléphonique dans l'aire ouverte, des systèmes « sans main » pour téléphones cellulaires sont à favoriser.
- Le contrôle de l'ensoleillement par rapport à la position des postes de travail et à l'orientation des écrans d'ordinateur doit aussi faire l'objet d'une attention particulière. Les effets d'éblouissement et les situations de surchauffe, possibles selon la position de l'aire ouverte dans un bâtiment, sont à éviter.

2. Les salles de rencontre intra et interdisciplinaire.

- Les salles de rencontre intra et interdisciplinaire permettent aux travailleurs mobiles de partager leur expertise autour de discussion de cas.
- Elles rassemblent aussi bien les travailleurs d'une même équipe que ceux de plusieurs équipes, ainsi que des intervenants appartenant ou non au même profil professionnel.
- Elles sont facilement accessibles à partir de l'aire ouverte de bureaux.
- Des cloisons transparentes sont favorisées pour faciliter la localisation des intervenants et le repérage rapide de la disponibilité des salles.
- Trois types de salles sont à prévoir :
 - L'*alcôve de discussion*. Elle peut accommoder jusqu'à 4 personnes. On en prévoit une par équipe de travailleurs mobiles. Elle peut aussi servir d'alcôve de confidentialité pour des conversations téléphoniques « difficiles » ponctuelles. Ce lieu peut être équipé de fauteuils confortables avec tablettes de travail intégrées pour les portables.
 - La *salle de réunion* peut accommoder jusqu'à 8 personnes. On en prévoit une pour deux équipes de travailleurs mobiles.
 - La *salle de coordination* peut accommoder jusqu'à 15 intervenants. On en prévoit une pour l'ensemble des équipes de travailleurs mobiles.

Règle de calcul

Les dimensions des salles sont calculées à partir des ratios suivants :

Alcôve de discussion :	1,5 m ² / chaise
Salle de réunion :	2,0 m ² / chaise
Salle de coordination :	2,5 m ² / chaise



Figure 34

Exemple de salle de discussion à proximité d'une aire ouverte

3. Le vestiaire

- Le vestiaire sert à délester les intervenants de leur équipement et de leurs vêtements extérieurs dès leur arrivée.
- Sa localisation dans le bâtiment est la proximité :
 - De l'accès au stationnement des intervenants,
 - Du local de préparation et d'entreposage.
- Localisé près de l'accès, il contribue à éviter que certains intervenants s'approprient un poste de travail pour la journée en y déposant « leurs affaires » tôt le matin.
- Il peut être commun à tous les intervenants ou segmenté selon les équipes géographiques ou spécialisées.
- Les casiers et leur rangement sont adaptés aux différents profils professionnels, en référence à leurs besoins spécifiques, par exemple, la valise du portable, la glacière, au sac de matériel, etc.



Figure 35
Particularité du matériel de travail de l'infirmière (à gauche)
et de l'ergothérapeute (à droite)

4. Le local de préparation

- Le local de préparation est le dépôt principal de fournitures médicales
- Il sert à la préparation du matériel quotidien de chaque intervenant. Une préposée est assignée ou non à cette tâche.
- Il comporte une utilité propre, une utilité souillée et la pharmacie proprement dite.
- Un système de codes à barres permettrait de garder l'inventaire à son minimum et réduirait la superficie nécessaire à l'entreposage du matériel.
- Cette fonction du SAD pourrait aussi être donnée en sous-traitance, par exemple au réseau des pharmaciens.



Figure 36
Pharmacie conventionnelle (à gauche) et système de code à barres (à droite)

5. Le local d'entreposage

- Le local d'entreposage fait office de dépôt pour le matériel de travail, principalement des physiothérapeutes et des ergothérapeutes.
- Il doit être pensé en relation avec les spécificités de l'équipement à entreposer, il est possible de réduire la superficie de plancher en maximisant l'utilisation du volume de la pièce.



Figure 37

Exemple de manque de fonctionnalité d'un local d'entreposage SAD

Locaux des travailleurs fixes

1. L'accueil, le 24/7 et les télésoins

Une aire ouverte rassemble les postes de travail réservés à l'accueil du SAD, au 24/7 et aux télésoins. Elle est planifiée avec les mêmes considérations que l'aire ouverte des travailleurs mobiles en ce qui concerne, notamment, les types de postes et le niveau de séparation entre ces derniers.

2. Bureaux de la direction

- Les dimensions des bureaux de la direction respectent les normes d'aménagement en vigueur à la CHQ.
- Les bureaux sont assignés. Toutefois, les bureaux des employés dont l'emploi du temps est partagé entre plusieurs bâtiments auraient avantage à être non-assignés.

3. Secrétariat

- Les dimensions des postes de travail respectent les normes d'aménagement en vigueur à la CHQ.
- Une aire ouverte peut aussi servir les besoins du secrétariat.

4. Archives

Les dimensions respectent les normes de la CHQ pour ce type de fonction.

Toutefois, les archives papiers seront réduites au minimum dans le contexte de l'utilisation systématique des NTIC dans un avenir moyen.

5. La salle de photocopie, d'impression et papeterie

Les dimensions respectent les normes de la CHQ pour ce type de fonction.

6. Salle de conférence

Les dimensions respectent les normes de la CHQ pour ce type de fonction.

Une salle de conférence est prévue pour les réunions administratives et de direction. Elle sera aussi utilisée pour différentes activités de formation.

Les services communs

1. Le café du personnel

À moins que le bâtiment dans lequel sont localisés les locaux SAD soit équipé d'une cafétéria, le café du personnel comprend, outre des tables et des chaises pour les employés, un évier, un réfrigérateur, un four micro-ondes et un lave-vaisselle.



Figure 38
Exemple d'ambiance pour le café des employés

2. Le local du syndicat

Les dimensions respectent les normes de la CHQ pour ce type de fonction.

3. Les toilettes

Les dimensions respectent les normes de la CHQ pour ce type de fonction.

5. Les aires de circulation

Considérant que les locaux du SAD relève d'une problématique d'espaces à bureaux, le pourcentage de la superficie nette de plancher allouée aux fins de circulation devrait se conformer au standard pour ces types d'édifices.

Rationaliser les locaux du SAD: situation actuelle et hypothèse de révision

Le tableau 1 compare le nombre d'employés du SAD de Beauport, ainsi que les locaux et les superficies de plancher à l'automne 2002 avec une situation prospective, estimée à partir des normes d'aménagement proposées et d'une composition d'équipe sectorielle révisée, telles que suggérées par nos évaluations et notre travail avec un panel d'experts.

À l'automne 2002, trois équipes sectorielles de 7 intervenants, une équipe multisectorielle de 13 intervenants et 36 auxiliaires familiaux, pour un total 71 travailleurs mobiles, se partagent 316,5 m² nettes d'espace à bureaux (40% de la superficie totale nette), ainsi que 117 m² servant à la préparation et à l'entreposage des fournitures et de l'équipement de soins (utilité propre, utilité souillée, local de préparation et d'entreposage) (15% de la superficie totale nette). Quant aux 13 travailleurs fixes, ils occupent 151 m² en espaces à bureaux (20% de la superficie totale nette). L'ensemble des travailleurs mobiles et fixes ont accès à des services communs (salles de réunion, de photocopie et d'impression, local du syndicat, café des employés, et toilettes) faisant 192 m² (25 % de la superficie totale nette). Si on ajoute les aires de circulation, les murs et la mécanique du bâtiment représentent 474 m² on obtient une superficie totale de 1250,5 m².¹¹

Dans l'hypothèse de révision, chacune des trois équipes sectorielles comprend 23 travailleurs mobiles dont 9 auxiliaires familiaux; l'équipe multisectorielle compte 21 travailleurs mobiles dont 9 auxiliaires familiaux, pour un grand total 90 travailleurs mobiles. Ces derniers se partagent 153 m² nettes d'espace à bureaux (24% de la superficie totale nette), ainsi que 256,5 m² servant à la préparation et à l'entreposage des fournitures et de l'équipement de soins, d'une part, mais aussi au travail intra et interdisciplinaire (alcôves et salles de discussion et salle de coordination) (40% de la superficie totale nette). Quant aux 13 travailleurs fixes, ils occupent 80 m² d'espaces à bureaux (un peu plus de 12% de la superficie totale nette). L'ensemble des travailleurs mobiles et fixes a accès aux mêmes services communs cités plus haut faisant 161 m² (25 % de la superficie totale nette). Si on ajoute les aires de circulation, les murs et la mécanique du bâtiment représentent 250 m² on obtient une superficie totale de 968 m².

Cette nouvelle proposition permet de réaliser une économie de surface de plancher pour les postes des travailleurs mobiles de plus de 25%. Même avec l'ajout de lieux favorisant le travail intra et interdisciplinaires, la réorganisation globale des locaux du SAD a permis, avec une augmentation de plus de 25% du nombre d'employés mobiles de diminuer la superficie totale du bâtiment de près de 28%, soit de 1250,5 m² à 900,5 m².

¹¹ Ces superficies excluent les locaux de la direction du CSO.

	ACTUELLEMENT			PROPOSITION**		
TRAVAILLEURS MOBILES						
ESPACE DE BUREAUX	Nb. Pers	M2 / PERS.	TOTAL M2	Nb. Pers	M2 / PERS.	TOTAL M2
Équipe sectorielle						
TRAVAILLEURS ACTUELS						
INTERVENANTS ACTUELS						
INFIRMÈRES	3	8	24	3	2,5	7,5
ERGOTHÉRAPEUTES	1	9,5	9,5	2	2,5	5
PHYSIOTHÉRAPEUTES	1	9,5	9,5	2	2,5	5
INTERVENANTS SOCIAUX	2	11	22	2	2,5	5
SOUS-TOTAL 1	7		65	9		22,5
AUXILIAIRES FAMILIAUX	0	0	0	9	0,5	4,5
SOUS-TOTAL 2	7		65	18		27
NOUVEAUX INTERVENANTS POTENTIELS*						
INHALOTHÉRAPEUTE	0	0	0	1	2,5	2,5
TECHNICIEN EN READAPTATION	0	0	0	1	2,5	2,5
TECHNICIENNE DE LABORATOIRE	0	0	0	1	2,5	2,5
INFIRMÈRE SOIR + FIN DE SEMAINE	0	0	0	1	0	0
INFIRMÈRE SOINS PALLIATIFS	0	0	0	1	2,5	2,5
SOUS-TOTAL 3)	0		0	5		10
TOTAL (pour une équipe)	7		65	23		37
POUR LES 3 ÉQUIPES SECTORIELLES	21		195	69		111
Équipe multisectorielle						
ORGANISATRICE COMMUNAUTAIRE	1	17	17	1	5	5
INTERVENANTS SOCIAUX (SOINS PALLIATIFS)	1	8	8	1	2,5	2,5
INFIRMÈRES SOINS PALLIATIFS	2	5	10			
NUTRITIONNISTES	1	9	9	2	2,5	5
INFIRMÈRES 24/7 ET FIN DE SEMAINE	5	8	40	4	2,5	10
INFIRMÈRES DE PLAIES	2	5	10			
INTERVENANTS SOCIAUX (HÉBERGEMENT PRIVÉ)	1	9,5	9,5	1	2,5	2,5
INFIRMÈRES (HÉBERGEMENT PRIVÉ)	1	8	8	1	2,5	2,5
AUXILIAIRES FAMILIAUX	36	-	10	9	0,5	4,5
NOUVEAUX INTERVENANTS POTENTIELS*						
GESTIONNAIRES DE CAS	0	0	0	1	5	5
MÉDECINS	0	0	0	1	5	5
TOTAL POUR ÉQUIPE MULTI-SECTORIELLE	50		121,5	21		42
TOTAL BUREAUX POUR TRAVAILLEURS MOBILES	71		316,5	90		153
LOCAUX COMMUNS						
	Nb locaux	m2	TOTAL M2	Nb locaux	m2	TOTAL M2
ALCÔVE DE DISCUSSION	0	-		4	6	24
SALLE DE DISCUSSION	0	-		2	16	32
SALLE DE COORDINATION	0	-		1	37,5	37,5
VESTIAIRE	0	-		1	46	46
UTILITÉ PROPRE	1	31	31	1	31	31
UTILITÉ SOUILLÉE	1	15	15	1	15	15
ENTREPÔT / PHARMACIE	1	71	71	1	71	71
TOTAL LOCAUX COMMUNS TRAV. MOBILES			117			256,5
TRAVAILLEURS FIXES						
ESPACES DE BUREAUX	Nb. Pers	M2 / PERS.	TOTAL M2	Nb. Pers	M2 / PERS.	TOTAL M2
PRÉPARATRICE	1	0	0	1	2,5	2,5
INFIRMÈRE D'ACCUEIL	2	5	10	2	5	10
INFIRMÈRE GUICHET UNIQUE	1	12	12	1	5	5
SECRÉTAIRES	3	17	51	3	5	15
CHEF D'ÉQUIPE DES INFIRMÈRES	1	13	13	1	7,5	7,5
CHEF DES PROGRAMMES INTÉRIMAIRES	1	15	15	1	7,5	7,5
CHEF D'ÉQUIPE AUXILIAIRES FAMILIAUX / INTERV. SOC.	1	10	10	1	7,5	7,5
DIRECTRICE DES PROGRAMMES	1	18	18	1	10	10
SECRÉTAIRE DE DIRECTION	1	20	20	1	7,5	7,5
RESPONSABLE DES SOINS INFIRMIERS	1	2	2	1	7,5	7,5
TOTAL BUREAUX POUR TRAVAILLEURS FIXES	13		151	13		80
LOCAUX COMMUNS (tr. mobiles et fixes)						
	Nb locaux	m2	TOTAL M2	Nb locaux	m2	TOTAL M2
SALLE DE CONFÉRENCE ET DE FORMATION	2	(45+20)	65	2	65	65
SALLE DE PHOTOCOPIE ET IMPRESSION	1	8	8	1	10	10
ARCHIVES	1	21	21	1	16	16
LOCAL DU SYNDICAT	1	9	9	1	10	10
CAFÉ DES EMPLOYÉS	1	81	81	1	40	40
TOILETTES	2	4	8	2	10	20
CIRCULATIONS, MURS ET SERVICES TECHNIQUES			474			250
TOTAL LOCAUX COMMUNS À TOUS			666			411
TOTAL POUR L'ENSEMBLE DES LOCAUX			1250,5			900,5

Tableau 1

Nombre d'employés et superficies de plancher actuels et proposés

* Intervenants additionnels recommandés par le panel d'experts consulté.

** Le nombre de personnes ne correspondra pas nécessairement selon le taux d'occupation mesuré et le taux de croissance projeté.

CONCLUSION

Cette recherche évaluative a permis de faire le point sur les besoins en ressources immobilières des CLSC-SAD, dans le contexte de l'introduction systématisée des NTIC dans le quotidien des travailleurs mobiles.

Si l'apport des NTIC laissait envisager une réduction importante du temps consacré au travail de bureau par les intervenants, l'observation de la réalité nous oblige à nuancer cette prémisse. En effet, avant que la technologie ne performe de manière optimale et que les interfaces ne soient extrêmement conviviales, l'entrée de données cliniques et statistiques demeurera une tâche importante de l'intervenant en santé du SAD. Il importe de suivre l'évolution des améliorations technologiques en relation avec la réduction du temps consacré à cette tâche.

Cela dit, l'observation de l'occupation des bureaux d'intervenants mobiles avant même l'introduction des NTIC s'est avérée des plus révélatrices. En effet, dans un contexte où les autorités concernées visent à rationaliser les ressources immobilières et à transférer les sommes économisées au développement des NTIC ainsi qu'à l'embauche d'intervenants additionnels, l'occupation presque nulle des locaux sur près de la moitié de la journée semble une avenue de réflexion cruciale.

À ce chapitre, il y aurait lieu de revoir la politique d'attribution de bureaux privés ou semi-privés aux intervenants mobiles puisque leur tâche principale, pour la grande majorité, demeure la prestation de soins à domicile. Son remplacement par une politique d'aires ouvertes réduirait considérablement la surface de plancher réservée aux bureaux du SAD et, par ricochet, les coûts d'aménagement, d'occupation et d'opération. Cette réflexion pourrait d'ailleurs s'étendre à la mission CLSC-FEJ.

Je précise qu'il serait toutefois dangereux de s'emballer sur les promesses de cette proposition sans s'assurer de supporter les tâches effectuées par les intervenants mobiles, au-delà de l'entrée de données cliniques et statistiques. En effet, leur travail comporte une part importante, essentielle et créatrice de travail intra et interdisciplinaire, où les expertises professionnelles sont partagées et mises à profit autour de discussions de cas. En outre, les intervenants effectuent un important travail de coordination avec leurs collègues mais aussi avec les cliniques médicales, les hôpitaux et les pharmacies et, bien sûr, leurs clients bénéficiaires.

Si les bureaux privés et semi-privés ne fournissent pas le meilleur support à un tel travail de collaboration, leur remplacement par des aires ouvertes devra permettre, via les économies réalisées, d'aménager des lieux de discussion accessibles, multiples et appropriés. Alcôves de discussion, petites salles de rencontre, salles de formation et de coordination, tous ces espaces viendront supporter et valoriser la nature intra et interdisciplinaire du travail de l'intervenant en santé du SAD.

En outre, il faudra s'assurer que les aires ouvertes des équipes d'intervenants, ainsi que les locaux communs qui y seront associés, feront l'objet de plans d'aménagement conçus par des designers professionnels. La disposition des partitions, le choix du

mobilier, le contrôle des ambiances acoustiques et lumineuses feront toute la différence du monde dans la qualité de ces milieux pour les travailleurs autonomes et à l'ouverture de ces derniers à de tels changements.

À ce chapitre, il importe de calculer les économies sur plusieurs années au niveau des coûts d'aménagement (réduction du nombre de cloisons, du plâtrage, de la peinture, etc.), d'occupation (location ou du remboursement d'hypothèque) et d'entretien (chauffage et réparation), et d'en transférer un pourcentage à l'acquisition d'un mobilier ergonomique, durable et attrayant dont le choix aura été fait en consultation avec des professionnels de l'aménagement.