

SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

VOLET 1 : RECENSION DES ÉCRITS

Marie-Chantal Gélinas
Courtière de connaissances

Direction de la planification, de la performance et
des connaissances

Novembre 2013



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

COLLABORATION À LA RÉDACTION

Gaétanne Cormier, courtière de connaissances, ASSS de la Montérégie

RECHERCHE DOCUMENTAIRE

Hélène Bouchard, technicienne en documentation, ASSS de la Montérégie

Pascale Côté, technicienne en documentation, ASSS de la Montérégie

RÉVISION LINGUISTIQUE ET MISE EN PAGE

Claire Lavoie, agente administrative, ASSS de la Montérégie

Citation suggérée :

Gélinas, M.-C. (2013), Soins et services à domicile de longue durée –Volet 1 : Recension des écrits. Longueuil : Agence de santé et des services sociaux de la Montérégie, 59 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.

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 : version électronique : 978-2-89342-624-2 (PDF)

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES	5
SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE - EN RÉSUMÉ	7
MANDAT	13
DÉMARCHE	13
RECENSION DES ÉCRITS	14
1. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES	15
2. SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE	16
DÉFINITION	16
CLIENTÈLE VISÉE	17
PROGRAMME DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE.....	17
TRAJECTOIRE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE.....	19
3. REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES	20
4. PRÉVENTION À DOMICILE	21
STRATÉGIES PRÉVENTIVES DE LA DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE	22
5. ÉVALUATION	24
OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENÈLE (OÉMC) ET SES COMPOSANTES	25
OUTILS SPÉCIFIQUES COMPLÉMENTAIRES	26
6. SERVICES ET SOINS OFFERTS	28
SERVICES À DOMICILE DE BASE	28
SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS	29
GESTION DES RISQUES.....	33
7. PROGRAMMES DESTINÉS À CERTAINES CLIENTÈLES	35
SERVICES INTENSIFS DE SOUTIEN À DOMICILE (SISAD)	35
PROGRAMME D'ORGANISATION DE SERVICES INTENSIFS LONG TERME POUR PERSONNES HANDICAPÉES (POSILTPH)	35
8. SERVICES SPÉCIALISÉS À DOMICILE	36
ÉQUIPES AMBULATOIRES DE PSYCHOGÉRIATRIE	36
ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE	37
SERVICE RÉGIONAL DE SOINS PULMONAIRES À DOMICILE (SRSAD)	38
9. MÉTHODE DE SUIVI À DISTANCE/TÉLÉSOINS	38
10. MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE TRANSITION	40
GESTION DE CAS	40
RÉSEAU LOCAL DE SERVICES.....	42
RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)	43
ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ	43
11. QUALITÉ	44
AU QUÉBEC.....	44
EN ONTARIO	45
AUTRES PROVINCES.....	47

12. AUTRES MODÈLES DE SOINS À DOMICILE.....	47
AU CANADA	47
Modèle des soins de santé primaires à domicile.....	48
Modèle ontarien.....	49
TENDANCES INTERNATIONALES	50
Le modèle danois	51
Le modèle australien	51
13. CONCLUSION.....	52
RÉFÉRENCES.....	53

LISTE DES ACRONYMES

AC	Agrément Canada
ACAT	<i>Aged Care Assessment Team</i>
ACSSSD	Association canadienne des soins et services de santé à domicile
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CACP	<i>Community Aged Packages</i>
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CLSC	Centre local de santé communautaire
CSSS	Centre de services de santé et de services sociaux
CQA	Conseil québécois d'agrément
DNA	Dépistage nutritionnel des aînés
DPAPA	Direction des personnes âgées en perte d'autonomie
EACH	<i>Extended Aged Care at Home Packages</i>
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
ESPA	Entente sur le soutien aux proches aidants
GMF	Groupe de médecine familiale
HACC	<i>Home and Community Care Programme</i>
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ISAR	Identification systémique des aînés à risque
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OÉMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAD	Programme d'adaptation domiciliaire
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
PIECH	<i>Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home</i>
POSILTPH	Programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées
PRISMA-7	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
QSSO	Qualité de services de santé Ontario
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RLS	Réseau local de services
RSIPA	Réseaux de services intégrés aux personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SHQ	Société d'habitation du Québec
SIPA	Système intégré pour personnes âgées en perte d'autonomie
SISAD	Services intensifs de soutien à domicile
SISD	Système d'information des services à domicile
SMAF	Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle
SRSAD	Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires
TIC	Technologies de l'information et des communications

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'utilisateur 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'utilisateur, 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 simples¹, 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'utilisateur. 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'efficacité 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'utilisateur 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'utilisateur 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 autorisés. 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 entendent 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

MANDAT

Essentiels à la pérennité du système de santé, les services à domicile figurent au rang des priorités ministérielles, lesquelles misent sur l'intensification du nombre d'heures de services rendus directement au domicile des personnes d'ici 2015. En effet, l'accroissement démographique de la population âgée nécessite l'augmentation des services, l'adaptation des interventions et la diversification des réponses pour les personnes âgées et leurs proches aidants¹.

Tel que mis de l'avant dans son Plan stratégique 2010-2015², le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entend favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités, entre autres, en définissant l'offre de service pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers. Cette offre de services à domicile de longue durée sera précisée à l'aide d'orientations en matière d'accessibilité, de continuité, d'efficacité, d'efficience et de qualité des services, en plus de définir les rôles et les responsabilités des partenaires et de préciser certains modes d'organisation et dispensation des services. De même, la publication récente de « L'autonomie pour tous, livre blanc sur la création d'une assurance autonomie », document précurseur à la Politique nationale de soutien à l'autonomie, dont le dépôt a été prévu au printemps 2013, s'inscrit également dans cette perspective.

Pour appuyer l'amorce de ces travaux, la Direction générale adjointe des services aux aînés (DGASA) du MSSS souhaite obtenir un portrait global des pratiques prometteuses en soutien à domicile (SAD) de longue durée. Afin de soutenir cette démarche, un mandat de courtage a été confié à l'équipe de Gestion des connaissances de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

Dans le contexte de ce mandat, deux questions principales ont été formulées :

1. Quelles sont les meilleures pratiques de SAD de longue durée en termes d'organisation et de dispensation eu égard aux principes d'accessibilité, de continuité, d'efficacité, d'efficience et de qualité des services?
2. Quelles sont les pratiques québécoises prometteuses ou novatrices de SAD de longue durée actuellement en cours dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS)?

DÉMARCHE

Afin de répondre à ces questions, les données ont été recueillies à partir de trois sources principales :

- Une recension des écrits
- Une recension des pratiques
- Une consultation d'experts

Dans un premier temps, une recension sommaire des écrits a permis de dresser un portrait global afin de mieux contextualiser les questions de recherche. Dans un deuxième temps, la captation de pratiques a été réalisée par compilation et analyse de documents écrits témoignant des programmations mises de l'avant par plusieurs CSSS du Québec, suivis d'entrevues téléphoniques auprès de gestionnaires en services à domicile. Cette recension des pratiques dans différents établissements de la province a permis de dégager des thèmes et des lignes directrices concernant les pratiques actuelles de soutien à domicile. À partir des tendances identifiées lors de la recension des pratiques et devant les différentes avenues qu'elles proposent, des experts ont été conviés à une consultation afin de dégager une démarche réflexive sur les meilleures pratiques en services à domicile.

RECENSION DES ÉCRITS

La présente recension vise à obtenir une vision d'ensemble quant aux services de soutien à domicile de longue durée, en s'appuyant sur les plus récentes données scientifiques. Les dates de publication de l'ensemble de la documentation consultée s'échelonnent de 2003 à 2013. Compte tenu de sa visée, notons que cette recherche documentaire n'est donc pas systématique.

Considérant l'étendue du mandat et la diversité considérable de l'information disponible, il a été convenu avec le mandant d'utiliser comme point de départ deux synthèses de connaissances, sous la direction du chercheur André Tourigny, portant sur les services à domicile, soit : « Coordination et transition impliquant les soins à domicile chez les personnes âgées » et « Une synthèse de connaissances pour répondre à des questions prioritaires aux paliers local et central ». Ces revues abordent, entre autres, les thèmes suivants :

- L'effet des visites préventives ou de surveillance.
- Les meilleures pratiques et stratégies cliniques de soins à domicile pour diminuer le recours aux services de santé, améliorer la qualité des soins, améliorer ou maintenir l'autonomie fonctionnelle (incluant la gestion de cas et l'évaluation gériatrique).
- La télésanté et autres technologies.
- La coordination et la transition impliquant les soins à domicile chez les personnes âgées.

Hormis ces synthèses, la littérature scientifique consultée porte sur les thèmes suivants :

- Le repérage des personnes âgées vulnérables.
- Les stratégies préventives de la dénutrition des personnes âgées à domicile.
- L'outil d'évaluation multiclientèle (et ses déclinaisons SMAF et ISO-SMAF).
- Le soutien aux proches aidants.
- La gestion des risques.
- L'efficacité des télésoins.

- Les mécanismes d'accessibilité et de continuité des services.
- La qualité.
- Les tendances internationales en termes d'offres de services à domicile.

Il est à noter que certaines sections ont été davantage élaborées selon la demande du mandant. Par ailleurs, les volets des soins palliatifs dispensés à domicile ainsi que les soins post-aigus ne seront pas abordés dans le cadre de ce document, ceux-ci faisant l'objet d'autres mandats spécifiques. Il en est de même pour la gestion de cas et l'aide à domicile qui sont abordées sommairement.

Le repérage de cette documentation a été effectué par l'exploitation de bases de données Medline et PubMed et du moteur de recherche Google Scholar. En plus des recherches sur les bases de données électroniques, une attention particulière a été apportée aux documents suggérés et les écrits des auteurs reconnus dans le domaine ont été examinés.

La littérature grise consultée comprend, entre autres, des documents ministériels portant sur la politique de soutien à domicile et le plan stratégique 2010-2015, des documents des Agences de la santé et des services sociaux (ASSS) et des documents produits par diverses instances paragouvernementales canadiennes, dont le Conseil canadien de la santé, l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Association canadienne des soins et services à domicile ainsi que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS).

1. ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

En 2003, le MSSS publiait sa Politique de soutien à domicile « Chez Soi : le premier choix ». Cette politique est fondée sur une vision citoyenne, laquelle nous amène à considérer l'individu au-delà de toute catégorie et conséquemment, à offrir des services de soutien à domicile sur la base de ses besoins. Elle s'appuie également sur la reconnaissance de l'engagement des proches aidants et des familles.

La vision de la Politique de soutien à domicile peut se résumer ainsi³ :

- Le domicile doit toujours être la première option à considérer par tous les intervenants, et ce, à toutes les étapes de l'intervention.
- Le proche aidant est reconnu comme un client qui a des besoins propres, comme un partenaire et comme un citoyen qui remplit ses obligations courantes. Dans cette perspective, l'engagement du proche aidant est volontaire et résulte d'un choix libre et éclairé.
- L'intervention à domicile ne signifie pas seulement « offrir des services »; il faut adopter une approche de soutien, c'est-à-dire considérer à la fois la situation de la personne, son entourage et son environnement.
- Le domicile doit être un choix « neutre » financièrement pour l'utilisateur.

La politique québécoise de soutien à domicile précise que, de façon générale, les services à domicile seront offerts jusqu'à la hauteur de ce qu'il en coûterait pour héberger une personne présentant un même profil de besoins dans un établissement public³.

Dans son Plan stratégique 2010-2015, le MSSS entend favoriser le soutien à domicile des personnes ayant des incapacités en déployant les objectifs suivants² :

- Définir l'offre de service de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, y compris les familles et les proches aidants, selon les profils de besoins et les milieux de vie, et en précisant les modalités de contribution des usagers.
- Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants.

Finalement, en 2012, le ministère de la Famille et des Aînés - dont le volet Aînés relève désormais du MSSS – publie la première politique gouvernementale sur le vieillissement « Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec ». La politique met de l'avant, entre autres, le choix stratégique suivant¹ :

- Accroître l'offre de service ainsi que l'accès aux services et améliorer la concertation des acteurs pour mieux soutenir les personnes âgées et leurs proches à domicile et dans la communauté.

2. SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

DÉFINITION

L'Association canadienne des soins et services de santé à domicile (ACSSSD) définit les services à domicile comme :

« Un éventail de services offerts à domicile ou dans les installations communautaires qui englobent la promotion de la santé et de l'enseignement, les interventions curatives, les soins de fin de vie, la réadaptation, l'adaptation et l'intégration sociale ainsi que le soutien aux soignants naturels (familles) »⁴.

Pour sa part, le Système d'information des services à domicile (SISD) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) définit les services à domicile comme étant :

« Une gamme de services permettant aux clients souffrant d'une incapacité partielle ou totale de vivre dans leur propre foyer, et qui ont souvent pour effet de prévenir, de retarder ou de remplacer les soins actifs ou les soins de longue durée »⁵.

Ces services sont considérés comme étant de longue durée à domicile lorsqu'ils sont requis de façon continue, dans une perspective de long terme (plus de trois mois)⁶, à domicile ou en milieu de vie substitut 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.

CLIENTÈLE VISÉE

Les usagers bénéficiant des services de soutien à domicile sont :

- Les personnes présentant des incapacités significatives et persistantes dont la cause peut être physique, psychique ou psychosociale. Il peut s'agir de personnes âgées, des personnes présentant une déficience physique, des maladies chroniques ou recevant des soins palliatifs et des soins post-hospitalisation⁷.
- Les proches aidants et les familles font également partie de la clientèle bénéficiant des services de soutien à domicile³.

Au Canada, plus de 60 % des aînés qui reçoivent des soins à domicile sont des femmes et plus de 70 % sont âgés de 75 ans et plus. De plus, environ 20 % des aînés sont atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une autre forme de démence⁸.

PROGRAMME DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE DE LONGUE DURÉE

Dans le contexte québécois, les soins et services à domicile de longue durée sont mis en place et harmonisés par les ASSS et les CSSS. Le Centre local de santé communautaire (CLSC), par les programmes de soutien à domicile (SAD), en est le principal prestataire. Ces soins et services comprennent³ :

- Les soins et les services professionnels (services médicaux, infirmiers, de nutrition, de réadaptation et psychosociaux).
- Les services d'aide à domicile (assistance personnelle, aide domestique, activités communautaires de soutien civique et assistance à l'apprentissage).
- Les services aux proches aidants (gardiennage ou présence-surveillance, répit, dépannage, appui aux tâches quotidiennes, services psychosociaux).
- Le soutien technique (fournitures médicales, équipements et aides techniques).

À ces services de base, s'ajoutent les services d'adaptation domiciliaire, les services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement ainsi que les mesures concernant l'aspect sociétal du soutien à domicile (mesures relatives au logement, au transport adapté, à l'intégration sociale et professionnelle, les services municipaux, les mesures fiscales et les prestations destinées aux personnes ayant une incapacité et à leurs proches aidants, les mesures de conciliation travail-famille).

Niveau de services	Fournisseur
Soins et les services professionnels	<ul style="list-style-type: none"> ● CLSC (professionnels)
Services d'aide à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ● CLSC (auxiliaire de la santé et des services sociaux) ● Services d'allocation directe ● Entreprises d'économie sociale ● Assistance financière via le Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD)
Services aux proches aidants	<ul style="list-style-type: none"> ● CLSC (professionnels pour les services de soutien, auxiliaires pour les services de répit) <p>Parfois conjointement avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Services d'allocation directe ● Organismes communautaires ● Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD)
Soutien technique	<ul style="list-style-type: none"> ● CLSC ● Agences de santé et des services sociaux (programmes AVQ/AVD)
Adaptation domiciliaire	<ul style="list-style-type: none"> ● Programme d'adaptation domiciliaire (PAD) <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation de l'ergothérapeute (CLSC ou en privé) - Société d'habitation du Québec (SHQ) - Municipalité - Entrepreneur privé (choix de l'utilisateur)
Services généraux et spécialisés offerts en ambulatoire et en établissement	<ul style="list-style-type: none"> ● Centre de jour ● Hôpital de jour ● Etc.

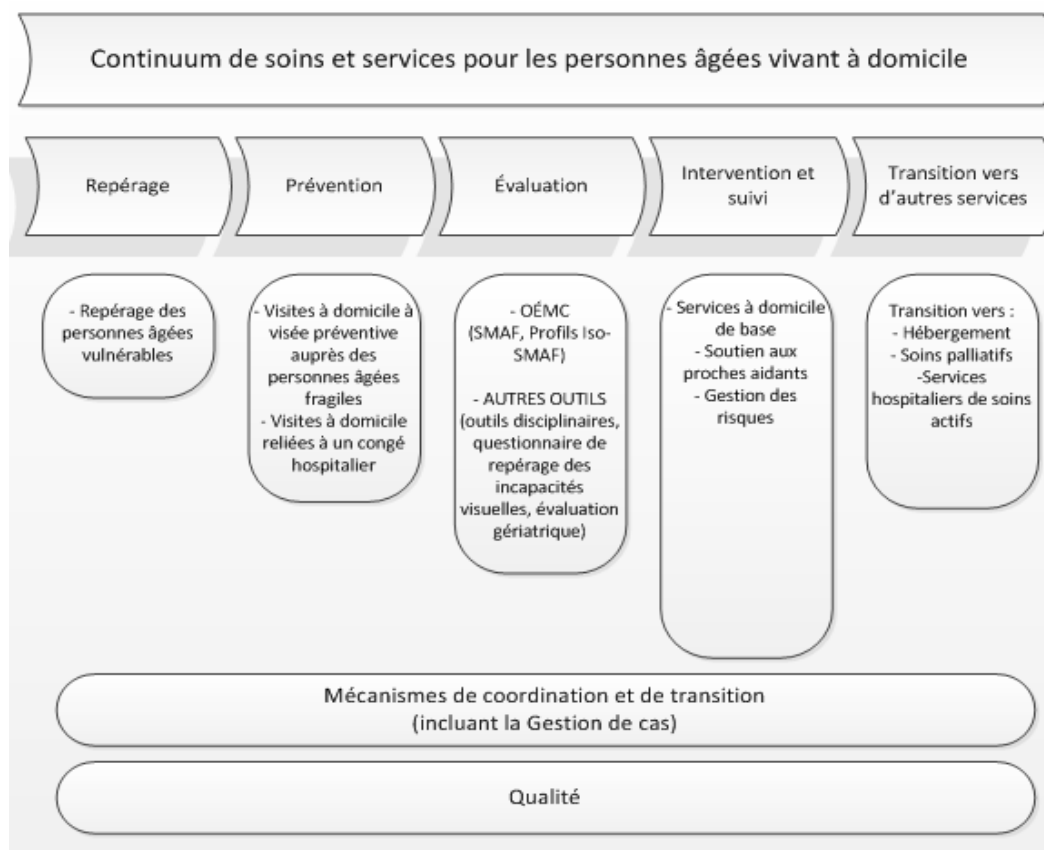
TRAJECTOIRE DE SERVICES POUR LES PERSONNES ÂGÉES VIVANT À DOMICILE

Le parcours fonctionnel d'usagers âgés requérant des services à domicile de longue durée permet de mieux anticiper et répondre aux besoins multidimensionnels des aînés et de leurs proches aidants, et facilite le suivi. En effet, la trajectoire favorise la planification des services, uniformise de façon consensuelle le parcours de l'utilisateur et en identifie les étapes clés⁹ :

- Le repérage
- La prévention
- L'évaluation
- L'intervention et le suivi
- La transition vers l'hébergement (ou un autre service)

La notion de continuum de services est également utilisée et renvoie à la fois à la continuité et à la complémentarité des services nécessaires aux personnes âgées¹⁰. De plus, le continuum de services reconnaît explicitement que les usagers, nécessitant des services à domicile, ont des besoins auxquels un ensemble d'organismes et d'établissements doivent répondre¹⁰, d'où les notions de mécanismes de coordination et de transition ainsi que de qualité.

Figure 1.



3. REPÉRAGE DES PERSONNES ÂGÉES VULNÉRABLES

Le repérage permet d'identifier de façon précoce et rapide les personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie ou à risque de le devenir. Cette activité s'inscrit dans le continuum de services au sein des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA)¹¹. Notons que cette recension s'attarde uniquement à la notion de repérage de la vulnérabilité, qui réfère à « identifier les personnes déjà affectées par une condition ou un état de dépendance et ne s'étend pas au dépistage », lequel réfère à « l'identification des personnes qui seront affectées, dans le futur, d'une condition ou d'un état de dépendance »¹².

Approches ¹²	<ul style="list-style-type: none"> ● On discerne trois types d'approches en matière de repérage : <ul style="list-style-type: none"> ○ Opportuniste : en profitant d'un contact avec le réseau de la santé (urgence, clinique de consultation externe, guichet unique). ○ Systémique : toutes les personnes âgées rencontrées lors des campagnes annuelles de vaccination ou lors d'un bilan de santé annuelle. ○ Mixte : combinant les deux approches précédentes. ● L'approche mixte est recommandée.
Outils ¹³	<ul style="list-style-type: none"> ● Plusieurs outils sont disponibles. Deux outils de repérage ont été validés au Québec : Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7) et l'Identification systémique des aînés à risque (ISAR). ● Ces outils peuvent être utilisés lors de rencontre en présence de la personne ou par téléphone, dans le cadre des services à domicile ou à l'urgence, et par des professionnels de la santé ou des bénévoles de différents organismes.
Objectifs ^{11,13}	<ul style="list-style-type: none"> ● Identification précoce des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de l'être. ● Permet d'établir les priorités, de déterminer les cas devant être évalués en premier.
PRISMA-7 ¹²	<ul style="list-style-type: none"> ● Le PRISMA-7, compatible avec le SMAF, est principalement utilisé au guichet unique des CLSC. ● Clientèle : personnes âgées de 65 ans et + non hébergées. ● Temps de passation : moins de 5 minutes. ● Évalue 7 dimensions : <ul style="list-style-type: none"> ○ Âge ○ Genre ○ Limitation d'activités ○ Besoins d'aide ○ Problèmes de santé ○ Identification d'un proche aidant ○ Déplacements Sensibilité : <ul style="list-style-type: none"> ○ 3 oui ou + : 78,26 % ○ 4 oui ou + : 60,87 %

Données probantes et recommandations¹²	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les 24 heures suivant un repérage positif, une évaluation brève de l'autonomie et des services actuels est requise afin de confirmer le besoin de services. • À Sherbrooke, en 2006, 75 % des personnes repérées comme étant vulnérables n'étaient pas connues du CLSC ou n'avaient pas eu d'évaluation de leur autonomie dans l'année précédente. • La cible à atteindre en termes de clientèle repérée se situe autour de 85 % des consultations à l'urgence (pour les usagers de 75 ans et plus, repérés avec l'outil PRISMA-7).
Barrières^{11,13}	<ul style="list-style-type: none"> • Manque de ressources pour dépister et faire le suivi. • Méconnaissance de la différence entre repérage et évaluation. • Le repérage n'a de valeur que si des possibilités d'intervention sont disponibles rapidement après celui-ci.

4. PRÉVENTION À DOMICILE

Les visites préventives à domicile se catégorisent en deux types : les visites à visée préventive auprès des personnes âgées fragiles et celles subséquentes à un congé hospitalier. Dans les deux cas, il s'agit principalement de prévention tertiaire, soit une intention de pallier les conséquences d'une maladie ou d'une condition existante.

Étant donné que le présent mandat concerne la clientèle en services à domicile de longue durée, les visites reliées à un congé hospitalier sont répertoriées uniquement à titre indicatif et comparatif, puisqu'elles concernent principalement une clientèle en soins postaigus.

	Visites à visée préventive ¹⁴	Visites reliées à un congé hospitalier ¹⁴
Contenu	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions s'apparentent à l'évaluation gériatrique globale accompagnée de visites de suivi. • Peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Éducation à la santé ○ Informations ○ Recommandations, conseils ○ Identification des problèmes et leur gestion 	<ul style="list-style-type: none"> • Les interventions sont reliées au suivi assurant un meilleur enseignement ou au soutien à domicile de la personne âgée à la sortie de l'hôpital. • Peuvent inclure : <ul style="list-style-type: none"> ○ Élaboration de plan de soins ○ Réadaptation à domicile ○ Coopération avec le médecin de famille ○ Entretiens téléphoniques ○ Coordination des services de soins après le congé ○ Enseignement
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> • En moyenne 2 à 3 visites par année 	<ul style="list-style-type: none"> • Non mentionné
Durée	<ul style="list-style-type: none"> • De quelques mois à quelques années 	<ul style="list-style-type: none"> • Entre 1 et 18 mois

	Visites à visée préventive ¹⁴	Visites reliées à un congé hospitalier ¹⁴
Professionnels impliqués	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart du temps, une infirmière 	<ul style="list-style-type: none"> • Infirmière • Médecins de famille • Physiothérapeute • Pharmaciens
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • Potentiel de diminuer la mortalité (en particulier chez les personnes âgées plus jeunes) • Potentiel d'améliorer l'autonomie fonctionnelle, combiné à une évaluation gériatrique globale et un suivi • Efficacité non démontrée pour prévenir l'hébergement et diminuer les admissions hospitalières 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction significative du risque de réadmission, favorisant une meilleure autonomie après le congé
Recommandations et commentaires	<ul style="list-style-type: none"> • Les auteurs recommandent de faire preuve de prudence dans l'implantation de tels programmes et de réviser le contenu actuel des programmes comprenant un volet de visites préventives. 	<ul style="list-style-type: none"> • Considérer, dans l'interprétation, que les résultats tiennent peu compte de la clientèle gériatrique hospitalisée souffrant de problèmes cognitifs. • Tenir compte du contexte (préventif vs de soins) dans lequel les interventions reliées au congé hospitalier ont été développées.

STRATÉGIES PRÉVENTIVES DE LA DÉNUTRITION DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

La dénutrition (ou malnutrition protéino-énergétique) se définit comme « un ensemble de troubles caractérisant une insuffisance, une carence importante d'éléments nutritifs associée à des apports énergétiques insuffisants »¹⁵. Les personnes âgées dans la communauté, mais plus spécifiquement les usagers des services à domicile, représentent une clientèle à risque élevé de dénutrition. Cependant, le dépistage de la dénutrition est rarement réalisé dans le cadre d'une démarche systématique et peu de stratégies de prévention de la détérioration de l'état nutritionnel sont mises en place.

En 2005, dans le cadre d'un rapport présenté au Comité responsable de l'évolution de l'OÉMC, un sous-comité scientifique a évalué les outils de dépistage nutritionnel afin de statuer sur le choix de l'outil nutritionnel complémentaire à l'OÉMC. Deux outils ont alors été retenus pour la clientèle aînée, dont l'outil québécois « Dépistage nutritionnel des aînés » (DNA). L'outil ontarien « *Seniors in the community : Risk Evaluation for Eating and Nutrition* » (SCREEN) a toutefois été considéré comme étant plus approprié pour les sous-groupes à risque (clientèle adulte avec déficience physique ou intellectuelle). La version française de l'outil restait toutefois à être validée¹⁶.

<p>Prévalence de la dénutrition^{17,18}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au domicile, la dénutrition atteint 4 % des personnes de plus de 65 ans et plus de 10 % des personnes de plus de 80 ans. Toutefois, 25-30 % d'entre elles sont à risque de dénutrition en période de stress, parce qu'elles mangent déjà de façon insuffisante ou déséquilibrée, et d'autant plus si elles souffrent d'isolement social. • Les femmes présentent un plus grand risque que les hommes. • Les personnes qui vivent seules sont plus dénutries (21,3 %) que celles qui ne vivent pas seules (4 %-7,5 %). Les causes sont nombreuses : difficulté à faire les courses, dépression, etc. • 22 % de la clientèle âgée du soutien à domicile est à risque élevé de dénutrition et 44 % à risque modéré.
<p>Outil « Dépistage nutritionnel des aînés » (DNA)¹⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le DNA est un outil québécois conçu et validé pour dépister les risques de carences d'apports alimentaires dans la population âgée en perte d'autonomie vivant dans la communauté : <ul style="list-style-type: none"> ○ Élaboré à partir des déterminants physiopsychosociaux des apports énergétiques et protéiques identifiés à l'aide de modèles explicatifs multivariés. ○ Comprend 7 énoncés à cocher et des recommandations selon le niveau de risque établi. ○ Selon le résultat obtenu, un protocole de surveillance et d'intervention nutritionnelle en milieu communautaire est proposé sous forme d'un arbre décisionnel, afin d'améliorer les apports alimentaires et contrer la perte de poids. ○ Encourage également la mise en place de services appropriés en alimentation. ○ Nécessite une formation de 7 heures, accessible à tous les professionnels de la santé.
<p>Principales recommandations concernant les aînés vivant à domicile¹⁸⁻²⁰</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le dépistage de la dénutrition repose sur des outils simples à utiliser. La principale difficulté est de penser à dépister la dénutrition de façon systématique, à chaque visite. • Toutes les personnes âgées de 70 ans et plus, au moins une fois par année, lors de la visite médicale, devraient avoir accès à une intervention de dépistage. <p>Concernant les aînés vivant seuls :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stimuler l'appétit du client puisque l'anorexie est très fréquente dans les problèmes associés à la dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prise de plusieurs petits repas et collations au cours de la journée ○ Intégration des aliments de haute densité nutritive ○ Préparer les repas avec des amis ○ Encourager à prendre les repas entre conjoints, amis, voisins, en groupe ○ Compléter l'apport alimentaire avec l'aide de suppléments au besoin • Pour les personnes âgées en perte d'autonomie présentant des incapacités à cuisiner, offrir des services tels : <ul style="list-style-type: none"> ○ Commande téléphonique ○ Livraison à domicile ○ Aide pour faire l'épicerie ou pour la préparation des repas ○ Repas communautaires ○ Services de popotes roulantes ou traiteurs

	<ul style="list-style-type: none"> • Spécifiquement pour la personne atteinte de démence vivant à domicile : <ul style="list-style-type: none"> ○ Prendre certaines dispositions pour éviter des accidents associés aux appareils électroménagers, aux substances toxiques, etc. ○ Abaisser la température du chauffe-eau ○ Avoir recours à l'aide à domicile, popote roulante • Vérifier régulièrement l'efficacité des mesures mises en place.
Principales interventions à développer en soins à domicile¹⁷	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place de réseaux de soutien (famille, amis, aide professionnelle à domicile) pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'aide aux courses ○ La préparation des repas ○ L'aide à la prise alimentaire ○ La mobilisation de la personne • Développement d'interventions en interdisciplinarité (nutritionniste, médecin, infirmière, ergothérapeute, orthophoniste, travailleur social, etc.) pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ Favoriser, pour la nutritionniste, l'accès aux informations sur l'état de santé du client ○ Sensibiliser les intervenants de l'équipe à l'importance de certaines interventions ou modalités au plan de traitement ○ Mettre en œuvre des recommandations de manière optimale • Développement des services communautaires liés à : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'approvisionnement, notamment le transport et l'accompagnement pour l'aide à l'épicerie ○ La préparation, telle la livraison de repas préparés (par un traiteur ou la popote roulante) et la préparation de repas à domicile
Efficacité²¹	<ul style="list-style-type: none"> • Étude ontarienne menée auprès de 367 personnes âgées vivant à domicile et vulnérables (qui demandent de l'aide à des agences pour certains services tels que, repas à domicile, épicerie, transport, cuisiner, soins de base, etc.) pour déterminer si un programme alimentaire peut diminuer le risque de dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'étude a démontré, après 18 mois, qu'un programme de nutrition formel, comprenant de l'aide à la préparation des repas, prévient la dénutrition. ○ Le modèle de régression a démontré que la personne âgée qui a fait davantage appel aux services de repas à domicile est associée de façon significative à un risque moins grand de dénutrition avec le temps.

5. ÉVALUATION

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, les personnes atteintes d'une maladie chronique, les personnes en fin de vie, les personnes qui ont une déficience physique, intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, les personnes qui ont un problème de santé mentale et les personnes qui ont une incapacité temporaire et qui nécessitent des services posthospitalisation ou post-intervention chirurgicale²². L'outil a de plus fait l'objet de nombreuses publications réaffirmant son utilité et sa valeur²³.

De même, la renommée du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) – intégré à l'OÉMC - repose sur de nombreuses recherches scientifiques, ce qui en fait un instrument d'évaluation fiable, complet et simple à utiliser²⁴. Plusieurs composantes découlent de la grille SMAF, dont le SMAF-Social, le PRISMA-7 [voir section Repérage, p.14-15] et les Profils Iso-SMAF²⁴.

OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENTÈLE (OÉMC) ET SES COMPOSANTES

<p>Outil d'évaluation multi clientèle (OÉMC)^{3,22}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'applique à toutes les clientèles des services à domicile. • Est utilisé pour : <ul style="list-style-type: none"> ○ L'évaluation des clientèles et la planification des services à domicile ○ L'évaluation de la situation lorsqu'un usager devra être transféré vers un CLSC ou un CHSLD et inversement ○ L'évaluation des usagers et la planification des soins et services aux usagers en milieu d'hébergement et des soins de longue durée ○ L'évaluation des demandes d'orientation et d'admission • Mesure également, de façon sommaire, les besoins des proches aidants. • Est compatible avec le système d'évaluation des demandes d'hébergement et les outils d'évaluation utilisés dans les centres d'hébergement, les centres de réadaptation et certains services spécialisés des centres hospitaliers.
<p>Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). • Est intégré à l'OÉMC depuis son adoption en 2002 par le MSSS. • Mesure les incapacités à l'aide d'une grille (29 items) qui couvre six dimensions de l'autonomie : <ul style="list-style-type: none"> ○ AVQ (7 items) ○ Mobilité (6 items) ○ Communication (3 items) ○ Fonctions mentales (5 items) ○ AVD – Instrumentales (8 items) ○ Dimension sociale
<p>Profils Iso-SMAF^{6,10}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Système de gestion clinico-administratif basé sur des groupes iso-ressources. • Classification basée sur l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle (en utilisant les 29 items du SMAF). Les usagers sont classés parmi les 14 profils Iso-SMAF selon l'intensité et le type de service requis pour le maintien de leur autonomie. • Ce système facilite l'identification du niveau d'expertise, le nombre d'heures de soins et la quantité de personnel requis pour répondre aux besoins de la clientèle. • Permet de contribuer à la compréhension des liens entre les besoins des individus, les services requis et les ressources nécessaires.

Afin de compléter l'OÉMC, des informations additionnelles peuvent être recueillies à partir d'outils spécifiques ou disciplinaires selon les besoins spécifiques de l'utilisateur et identifiées lors de la passation de l'OÉMC.

OUTILS SPÉCIFIQUES COMPLÉMENTAIRES

<p>Exemples d'outils spécifiques complémentaires²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Mobilité/Prédicteurs de chute : <ul style="list-style-type: none"> ○ Échelle d'équilibre de Berg ○ Échelle de mesure de la stabilité de la marche Get Up and Go ○ 5 Time sit to stand ○ 6 minutes walking test ○ Time up and go ○ Four Square Step Test ● Fonctions mentales : <ul style="list-style-type: none"> ○ Mini-mental status examination (MMSE) ○ Montreal cognitive assessment (MoCa) ○ Test de l'horloge ○ Protocole d'examen cognitif de la personne âgée (PECPA-2R) ○ Échelle de dépression gériatrique ● Autres fonctions motrices : <ul style="list-style-type: none"> ○ Bilan musculaire ○ Bilan articulaire ○ Straight leg raising (SLR) ● Autres évaluations : <ul style="list-style-type: none"> ○ Échelle de douleur ○ Échelle de prédiction des plaies de pression de Braden ○ Questionnaire d'évaluation du risque nutritionnel chez la personne âgée ○ Entente sur le soutien aux proches aidants (ESPA) (se référer à la section Soutien aux aidants pour plus de détails) ○ Évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile (se référer à la section Gestion des risques pour plus de détails)
<p>Questionnaire de repérage des incapacités visuelles^{26,27}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● L'Institut Nazareth et Louis-Braille et le Centre de réadaptation MAB-Mackay, soutenus financièrement par l'Agence de santé et des services sociaux de Montréal, ont développé et implanté ce programme, en réponse au Programme national de prévention des chutes²⁶. ● L'outil a été déployé à Montréal, en soutien aux activités de prévention des chutes mises en œuvre par les CSSS, dans le but de réduire le risque de chute et de faciliter l'accès aux services spécialisés²⁶. ● Depuis le début du programme, on observe une augmentation du taux de référence aux services de réadaptation en déficience visuelle²⁶. ● Le questionnaire utilisé est un outil standardisé, administré par entrevue et comprenant 20 questions²⁶. ● L'inclusion du dépistage des pathologies visuelles suivies d'interventions démontre une efficacité dans la plupart des études multifactorielles²⁷. ● Cependant, le nombre d'études est insuffisant pour conclure à l'efficacité du dépistage visuel comme intervention unique en prévention des chutes²⁷. ● La modification du domicile des personnes présentant une atteinte visuelle importante permet de réduire le nombre de chuteurs de 41 %²⁷.

Évaluation gériatrique globale
(comprehensive)^{14,28-30}

- Processus diagnostique interdisciplinaire à multiples facettes qui vise l'identification des besoins spécifiques de la personne âgée.
- Il est important de distinguer l'évaluation globale par l'équipe de base et l'évaluation gériatrique globale. La première devrait évaluer les fonctions cognitive, émotive, physique et fonctionnelle, tandis que la seconde approfondit l'évaluation avec une approche plus spécifique et détaillée propre aux clientèles complexes.
- Soutient la fonction d'évaluation et intègre, de plus, des interventions de gestion, de liaison ou de gestion de cas.
- Permet l'élaboration d'un plan de traitement visant le maintien de la capacité fonctionnelle de la personne âgée fragile.
- Souvent réalisée par une équipe spécialisée de gériatrie ou de psychogériatrie en CSSS, dans le contexte de services spécialisés à domicile.
- Professionnels impliqués : un gériatre (ou médecin spécialisé en gériatrie) et une infirmière spécialisée en gériatrie. Peut aussi miser sur la contribution d'autres professionnels : travailleur social, ergothérapeute, physiothérapeute.
- L'évaluation gériatrique globale effectuée à domicile :
 - Diminue l'utilisation des services d'urgence, car les interventions dans la communauté qui en découlent offrent une continuité des soins pour gérer les problématiques de santé
 - Diminue la durée de séjour à l'hôpital
 - Diminue la mortalité
 - Réduit les admissions en soins de longue durée
 - Augmente le nombre de personnes qui retournent au domicile de façon sécuritaire à la suite d'un séjour hospitalier
- L'évaluation gériatrique à domicile est une intervention coordonnée qui doit :
 - Répondre aux situations complexes rencontrées à domicile
 - Permettre l'élaboration d'un plan d'action adapté
 - Éviter les situations de crise, des hospitalisations inadéquates et en urgence
 - Favoriser un accès direct aux consultations de gériatrie

6. SERVICES ET SOINS OFFERTS

Au Québec, les services à domicile de base, tels que décrits dans la Politique de soutien à domicile³, comprennent quatre volets.

SERVICES À DOMICILE DE BASE

1. Soins et services professionnels	<ul style="list-style-type: none">• Services médicaux• Soins infirmiers• Services de nutrition• Services de réadaptation de base : physiothérapie, ergothérapie, orthophonie et audiologie• Services d'inhalothérapie• Services psychosociaux <p>À cette liste, s'ajoutent l'accès aux :</p> <ul style="list-style-type: none">• Services de consultation (psychogériatrie, gériatrie, psychiatrie)• Services de réadaptation spécialisés <p>Offerts par : le réseau public, à domicile ou en ambulatoire. Le pharmacien fait également partie de l'équipe de soutien à domicile, bien qu'il ne se déplace pas au domicile, sauf dans de rares cas.</p>
2. Services d'aide à domicile	<ul style="list-style-type: none">• Services d'assistance personnelle : les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation, la mobilisation, les transferts, etc.• Services d'aide domestique : l'entretien ménager, la préparation de repas, l'approvisionnement et les autres courses, l'entretien des vêtements, la lessive, etc.• Activités communautaires de soutien civique : Ces activités comprennent les services requis pour compenser un manque de capacité à faire face à certaines exigences de la vie quotidienne, telles que d'administrer son budget, de remplir des formulaires administratifs, etc. Les services de popote, d'accompagnement et les visites d'amitié sont également inclus dans ces services.• Assistance à l'apprentissage : Ce service renvoie aux activités d'entraînement et de stimulation, aux activités personnelles et domestiques, au soutien aux activités occupationnelles, aux activités de réadaptation, etc. <p>Offerts par : le CLSC, les organismes communautaires, les groupes bénévoles et les entreprises d'économie sociale dans le cadre du Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique (PEFSAD).</p>

<p>3. Services aux proches aidants</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gardiennage ou « présence-surveillance » • Répit • Dépannage • Appui aux tâches quotidiennes • Services psychosociaux <p>Offerts par : les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale ou encore le CLSC.</p> <p>Se référer également au tableau suivant « Soutien aux proches aidants » pour plus de détails.</p>
<p>4. Soutien technique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les fournitures médicales • Les équipements • Les aides techniques <p>} nécessaires pour qu'une personne demeure à domicile</p> <p>Le soutien technique est envisagé avant la mise en place de services, ou encore pour faciliter ou optimiser la prestation de services professionnels ou de services d'aide à domicile. De plus, l'accès au soutien technique peut contribuer grandement à protéger des accidents, tant pour les personnes elles-mêmes, que pour les proches ou le personnel. Il assure aussi de maintenir l'autonomie fonctionnelle de la personne et offre à certaines clientèles une meilleure qualité de vie.</p> <p>L'accès au soutien technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le processus et les règles d'attribution doivent assurer aux personnes ayant une incapacité à domicile un accès au soutien technique aux mêmes conditions que si elles étaient hospitalisées ou hébergées. • La responsabilité de l'évaluation et de l'attribution du soutien technique est fonction du degré d'expertise requis (caractéristiques de la personne, spécificités du soutien technique, expertise complémentaire disponible, etc.). <p>Accessible en vertu de : divers programmes administrés par le ministère et son réseau (agences de santé, CLSC et centres de réadaptation), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les autres ministères et les organismes du milieu, et ce, pour autant que le soutien visé ne soit pas déjà couvert par un régime public d'indemnisation ou un régime privé d'assurance.</p>

SOUTIEN AUX PROCHES AIDANTS

Dans la littérature grise, nous avons recensé les services de soutien offerts aux proches aidants au Québec. De plus, une recension sommaire de la littérature scientifique internationale a permis d'identifier les besoins et les attentes des proches aidants, les types d'interventions non médicamenteuses, ainsi que leur efficacité.

La place accordée aux proches aidants est désormais celle d'un partenariat reconnu. Le soutien aux proches aidants apparaît alors comme une préoccupation nouvelle dans les orientations politiques, et plus encore dans la mise en place de services⁷.

<p>Services offerts^{3,31}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Gardiennage ou « présence-surveillance » : activités normales de garde lorsqu'un proche qui habite avec une personne ayant une incapacité doit s'absenter occasionnellement de son domicile pour diverses activités de la vie courante. ● Répît, également Soins de relève : permet aux proches aidants un temps de détente afin de compenser le stress et la fatigue supplémentaires occasionnés par les besoins particuliers d'un enfant ou d'un adulte ayant une incapacité. Peut être offert à domicile : la personne ayant une incapacité est alors prise en charge par une autre personne dans son milieu naturel, cette dernière assurant une relève. Ou à l'extérieur du domicile : il prend alors la forme d'un hébergement temporaire (dans un établissement public, une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement), ou encore d'un séjour dans une famille d'accueil, une maison de répît ou dans toute autre ressource qui offre ce service. ● Dépannage : permet aux proches aidants de faire face à des situations imprévisibles. Il est donc temporaire et généralement de courte durée. Il consiste à prévoir ou organiser les besoins en situation d'urgence, et ce, afin de diminuer les inquiétudes que peuvent avoir certains proches aidants. ● Appui aux tâches quotidiennes : comporte diverses mesures qui permettent de relayer les proches aidants dans leurs activités quotidiennes, lorsqu'ils prennent soin d'une personne ayant une incapacité ou lorsqu'ils vaquent à leurs autres occupations. Ces mesures comprennent les soins des enfants, le soutien dans l'organisation de la vie matérielle et l'accompagnement. ● Services psychosociaux : Offerts par : les organismes communautaires, les groupes bénévoles, les entreprises d'économie sociale ou encore le CLSC.
<p>Besoins identifiés par les proches aidants³²⁻³⁴</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Les proches aidants nécessitent surtout du soutien quant aux thèmes suivants³² : <ul style="list-style-type: none"> ○ Information et éducation ○ Soutien professionnel ○ Communication efficace avec les professionnels ○ Soutien légal et pour la gestion financière ● Les proches aidants craignent souvent d'être isolés et souhaitent davantage de réseautage, soit avec des pairs ou pour combler des besoins d'éducation. Le besoin pour du répît est également présent³³. ● À l'égard des services publics, les attentes des proches aidants concernent surtout l'aide instrumentale requise pour les activités de la vie quotidienne (hygiène, habillement, etc.) et les activités de la vie domestique (entretien ménager, cuisine, etc.)³⁴. ● Les proches aidants s'attendent à une qualité de services et à une stabilité du personnel³⁴.

Types d'interventions non médicamenteuses recensées dans la littérature ^{35,36,37}	<ul style="list-style-type: none"> • Interventions psycho-socio-éducatives • Psychothérapie • Groupe de soutien (groupe de parole, groupe d'échange d'expérience, etc.) • Amélioration de l'information et de la compétence des patients sur leur maladie • Structure de répit (en institution ou aide à domicile), incluant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre de jour ○ Famille d'accueil ○ Aide à domicile ○ En institution ○ Répit par le biais d'un visionnement d'une vidéo destinée à l'aider
Efficacité ^{36,38,39}	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets positifs les plus significatifs sont observés lorsqu'on combine plusieurs interventions^{36,38}. • Les effets de ces interventions sont plus importants en ce qui concerne l'amélioration des connaissances sur la maladie, mais moins notoires sur le niveau d'épuisement de l'aidant et son risque de développer un trouble dépressif³⁶. • Les interventions psychoéducatives et les psychothérapies sont celles qui ont le plus d'effet positif à court terme. L'effet positif de ces interventions est plus marqué pour les aidants de patients non déments³⁶. • Ces résultats dépendent également de l'âge du patient et de l'aidant, du sexe de l'aidant, de la relation entre l'aidant et l'aidé, ainsi que du nombre de séances octroyées³⁶. • Un dépistage tous les 6 mois de l'épuisement de l'aidant est recommandé. Ce dépistage serait d'autant plus important à réaliser en présence d'une situation à risque comme la présence de troubles du comportement, d'incontinence, de dépendance physique du patient³⁹.
Commentaire ³²	<ul style="list-style-type: none"> • La plupart des études recensées font état des besoins spécifiques des proches aidants de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres problèmes cognitifs³².

Outil pour l'évaluation des besoins des proches aidants

Peu d'intervenants travaillant au SAD utilisent un outil spécifique pour évaluer les besoins de soutien des proches aidants. Actuellement, aucun outil n'a encore été formellement recommandé en complémentarité à l'OÉMC. Cependant, une équipe de recherche québécoise s'est penchée sur la question et a développé l'outil « Entente sur le soutien aux proches aidants » (ESPA). Une implantation pilote de cet outil est d'ailleurs en cours dans un CSSS de la région de Montréal.

Description⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Outil multidimensionnel visant à : <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifier les besoins de soutien des proches aidants de personnes âgées en perte d'autonomie fonctionnelle ou cognitive. ○ Établir un plan de soutien pour ces aidants. • Caractère distinctif : processus d'utilisation basé sur une approche de partenariat entre proche aidant-intervenant, permet de parvenir à une entente commune quant au type de soutien souhaité par les aidants pour combler leurs besoins et le moment où ils désirent le recevoir. • Simple à utiliser • Complémentaire à l'OÉMC
Dimensions⁴⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Comprend quatre dimensions regroupant des besoins de soutien jugés essentiels à combler, soit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Aider l'aidant à prendre soin de son parent ○ Améliorer la qualité de vie de son parent ○ Améliorer la qualité de vie de l'aidant ○ Obtenir de l'aide et du soutien
Validité^{40,41}	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptation, en contexte québécois, du <i>Carers Outcome Agreement Tool</i> (COAT) utilisé en Suède. • L'outil a été validé par une équipe de recherche.
Formation⁴²	<ul style="list-style-type: none"> • Afin de faciliter l'implantation de l'outil ESPA dans des conditions optimales, une formation d'environ quatre heures est recommandée.
Implantation⁴²	<ul style="list-style-type: none"> • Depuis février 2011, projet-pilote au CSSS de la Montagne. Une centaine de gestionnaires de cas ont reçu la formation, notamment sur la façon de rédiger les plans de soutien.

GESTION DES RISQUES

Bien que la gestion du risque soit souvent considérée en termes de lois et réglementation, peu d'études approfondies ont été réalisées quant à l'implication de l'éthique clinique. En effet, la gestion des risques, en lien avec la poursuite ou la fin de maintien à domicile, est peu étudiée en recherche. Dans le cadre de cet exercice, la gestion des risques a donc été abordée sous différents angles touchant à la notion du risque à domicile : les facteurs de vulnérabilité, le profil de risques, la fragilité des aînés, les raisons de fin de maintien et la prise de décision partagée.

Facteurs de vulnérabilité⁴³	<ul style="list-style-type: none">• Incontinence• Chutes• Dénutrition• Non-observance de la médication• Médication psychotrope et anticholinergique• Absence de réseau de soutien• Épuisement des aidants• Déficits cognitifs• État dépressif• Déficit visuel• Hospitalisation ou visite à l'urgence• Autres facteurs de comorbidité
Profil de risques de l'utilisateur à domicile⁴⁴	<ul style="list-style-type: none">• Concernant l'utilisateur même :<ul style="list-style-type: none">○ Déclin des capacités physiques○ Déclin des fonctions mentales○ Déclin des fonctions cognitives○ Déficit auditif○ Déficit visuel○ Isolement social• Concernant le comportement de l'utilisateur :<ul style="list-style-type: none">○ Histoire de 2 chutes ou +○ Non-observance de la médication○ Fumeur (avec oxygène à domicile ou non)○ Comportement agressif○ Obésité morbide requérant de l'assistance aux transferts• Concernant la situation de vie :<ul style="list-style-type: none">○ Habite seul et déclin des capacités physiques○ Habite seul et déclin des capacités cognitives○ Insalubrité morbide○ Logement non sécuritaire○ Épuisement des proches aidants○ Maltraitance• Concernant la capacité de gestion de sa santé :<ul style="list-style-type: none">○ Polyprescription médicamenteuse avec ou sans déclin des capacités cognitives

<p>Concept de fragilité/aînés fragiles^{15,45}</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Il n’y a pas de définition universellement reconnue de la fragilité. Cependant, le concept regroupe trois attributs : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un état de risque accru ou de vulnérabilité ○ Une réduction des aptitudes permettant de faire face aux exigences de la vie ○ Le risque ou la présence d’incapacités ● Ainsi, le concept de fragilité englobe la perte d’autonomie et la survenue de la dépendance. ● La fragilité peut se concevoir comme un état d’équilibre précaire entre des facteurs médicaux et des facteurs sociaux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Un état physiologique de vulnérabilité secondaire à de multiples déficiences ou dérégulation des systèmes conduit à une diminution des réserves physiologiques. ○ Les facteurs environnementaux viennent renforcer les difficultés de santé, induisant des situations complexes. ● Les personnes âgées fragiles ont un risque important de dépendance dans la réalisation des activités essentielles de la vie quotidienne, lors d’hospitalisation, d’institutionnalisation, lors d’épisodes de pathologies prolongées. Dix à 20 % des personnes de plus de 65 ans et 46 % des plus de 85 ans sont considérées fragiles. ● Le repérage de la fragilité est un enjeu majeur de prévention de la dépendance.
<p>Outil « Évaluation du risque pour les personnes vivant à domicile »²⁵</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Outil développé en 2004 par le CSSS de la Montagne, les Services ambulatoires de psychogériatrie des CLSC Métro, NDG-Montréal-Ouest, Parc-Extension et St-Henri et la Direction territoriale de Montréal du Curateur Public du Québec. ● Il s’agit d’un processus d’évaluation qui s’adresse à toute clientèle adulte, vulnérable, aux prises avec de multiples problèmes et pour laquelle les intervenants ont la perception que le fait de demeurer à domicile constitue un trop grand risque pour l’usager, par opposition au fait de recevoir ses soins en institution. ● Ce processus d’évaluation du risque est composé de : <ul style="list-style-type: none"> ○ La grille de recensement des facteurs de risque ○ L’outil d’analyse du risque ○ Des critères de l’aptitude de la Nouvelle-Écosse
<p>Raisons d’hébergement/Fin de maintien à domicile^{46,47}</p>	<p>Concernant les usagers présentant des incapacités cognitives :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Potentiel que le domicile puisse répondre aux besoins de la dyade usager-proche aidant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Soins spécialisés non disponibles ○ Difficulté du proche aidant de prodiguer les soins ○ Environnement physique non sécuritaire ○ Diminution des contacts sociaux du proche aidant ● Acceptation de l’hébergement : <ul style="list-style-type: none"> ○ Pression positive et renforcement des professionnels à l’égard de l’hébergement ○ Acceptation de l’hébergement par les membres de la famille, dû à l’âge avancé de l’usager ● La décision de faire héberger un proche : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ne repose pas sur la volonté d’une seule personne, le proche aidant ou la personne âgée elle-même. ○ Implique des discussions avec d’autres membres du réseau formel (professionnels de la santé) et informel.

Prise de décision partagée^{48,49}

- Processus par lequel les professionnels de la santé impliquent les usagers dans les décisions liées à leur santé, afin qu'ils reçoivent les soins dont ils ont besoin en accord avec les options disponibles et les valeurs personnelles.
- Accompagnée d'outils d'aide à la décision (documentation, présentation orale, vidéo ou autre) qui aident les usagers et les professionnels de la santé en rendant explicite la décision à prendre, en fournissant de l'information au sujet des options disponibles et des résultats sur la santé et en aidant l'utilisateur à mieux communiquer ses valeurs personnelles aux soignants.
- Le modèle interprofessionnel de prise de décision partagée (IP-PDP) a été conçu par une équipe interprofessionnelle et permet, au-delà de la dyade médecin-patient, aux différents membres de l'équipe de soutenir l'utilisateur devant prendre une décision.
- Parmi les barrières rapportées pour l'implantation d'un tel modèle, sont rapportés le manque d'applicabilité, les contraintes de temps et la situation clinique ne s'y prêtant pas.

7. PROGRAMMES DESTINÉS À CERTAINES CLIENTÈLES

SERVICES INTENSIFS DE SOUTIEN À DOMICILE (SISAD)

Les Services intensifs de soutien à domicile (SISAD) ont été développés à l'intention des personnes en lourde perte d'autonomie nécessitant jusqu'à 35 heures de service par semaine. Par exemple, à Montréal, depuis 2007, près de 600 places SISAD sont accessibles sur l'ensemble du territoire, principalement pour permettre le retour à domicile après une hospitalisation⁵⁰.

PROGRAMME D'ORGANISATION DE SERVICES INTENSIFS LONG TERME POUR PERSONNES HANDICAPÉES (POSILTPH)

Des services intensifs à domicile pour les personnes présentant une déficience physique et âgées de moins de 65 ans (au moment de la prise en charge) sont alloués par le biais du Programme d'organisation de services intensifs long terme pour personnes handicapées (POSILTPH).

8. SERVICES SPÉCIALISÉS À DOMICILE

ÉQUIPES AMBULATOIRES DE PSYCHOGÉRIATRIE

Les équipes ambulatoires de psychogériatrie, créées par le MSSS dans les années 80, en réponse à l'engorgement des urgences par une population vieillissante affectée par des problèmes de santé mentale, de même que faciliter le retour à domicile et éviter l'hébergement de la population âgée⁵¹.

Clientèle visée ⁵¹	<ul style="list-style-type: none">• La clientèle visée présente toujours des problèmes de santé mentale apparus durant le 3^e âge.• Un problème ancien de santé mentale peut être présent, mais la personne sera référée à l'équipe parce qu'elle présente, depuis peu, une maladie reliée au vieillissement.
Rôles ⁵¹	<ul style="list-style-type: none">• Les rôles de l'équipe comprennent une évaluation spécialisée, du soutien aux équipes de base et de l'éducation auprès de la clientèle. L'intervention est limitée dans le temps.• Les objectifs spécifiques poursuivis sont :<ul style="list-style-type: none">○ Offrir un soutien aux familles et aux proches○ Soutenir les intervenants dans le traitement et le suivi des clients psychogériatriques○ Faciliter l'intégration dans le milieu de vie○ Offrir de la consultation, de la formation et de l'information aux intervenants○ Offrir un milieu d'enseignement et de recherche en psychogériatrie
Composition de l'équipe ⁵¹	<ul style="list-style-type: none">• Équipe de base :<ul style="list-style-type: none">○ Médecin○ Infirmière○ Travailleur social• Peuvent également s'ajouter, à titre de membre de l'équipe ou de consultant externe :<ul style="list-style-type: none">○ Ergothérapeute○ Psychologue ou neuropsychologue○ Psychiatre
Efficacité ⁵¹	<ul style="list-style-type: none">• L'efficacité des équipes ambulatoires de psychogériatrie fait consensus dans la littérature canadienne et internationale.• Une équipe de psychogériatrie apparaît plus efficiente par rapport à des soins réguliers, sans être plus coûteuse.• La proximité de personnes compétentes en psychogériatrie par rapport aux équipes de base favorise un meilleur repérage, un meilleur suivi et une meilleure habilitation des membres de l'équipe de base.• Un maillage étroit entre l'équipe ambulatoire de psychogériatrie et la gestion de cas favorise de meilleurs résultats pour la personne âgée et ses proches aidants.

ÉQUIPES DE SANTÉ MENTALE DE PREMIÈRE LIGNE

Clientèle visée ⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes âgées de 18 ans et plus présentant : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des symptômes laissant soupçonner la présence d'un trouble mental ○ Un trouble mental et présentant des signes d'instabilité de l'état mental ○ Un trouble mental dont les symptômes sont considérés comme contrôlés, mais qui nécessite l'expertise spécifique de l'équipe en santé mentale en raison d'une situation temporaire • Il est préférable de cibler une clientèle plutôt que d'établir des critères d'accès à l'équipe, car les critères d'inclusion conduisent nécessairement à des critères d'exclusion. Dans certaines situations, les programmes devront s'adapter à l'utilisateur de services et non le contraire.
Accès ⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisateur peut avoir accès à l'équipe en santé mentale de première ligne à la suite d'une recommandation : <ul style="list-style-type: none"> ○ Des services généraux psychosociaux du CSSS ○ Des services d'urgence ○ Des services spécialisés en santé mentale ○ D'autres référents dont les connaissances et les compétences en santé mentale sont considérées comme suffisantes pour recommander une personne directement • Pour avoir accès à l'équipe, il n'est pas nécessaire d'avoir obtenu un diagnostic de trouble mental ou d'avoir une recommandation d'un médecin.
Composition de l'équipe ⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • Équipe de base : <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychologue ○ Infirmière ○ Travailleur social • Peuvent également s'ajouter, à titre de membre de l'équipe ou de consultant externe : <ul style="list-style-type: none"> ○ Ergothérapeute ○ Pharmacien ○ Nutritionniste ○ Médecin
Rôles ⁵²	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer un soutien aux partenaires à l'intérieur du CSSS et aux partenaires externes en première ligne, y compris certains organismes communautaires. • Évaluer, à l'aide d'outils cliniques reconnus, les demandes acheminées à l'équipe. • Offrir des soins et des services basés sur des données probantes et des guides de pratique dans un contexte de première ligne, en tenant compte des proches.
Lieux de pratique	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les CSSS (Services généraux). • Certaines équipes de santé mentale sont ambulatoires et offrent un suivi à domicile.

SERVICE RÉGIONAL DE SOINS PULMONAIRES À DOMICILE (SRSAD)

Le Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires (SRSAD) est un service spécialisé de deuxième ligne qui dispense des soins à domicile à des adultes atteints de maladies pulmonaires chroniques sévères nécessitant ou non de l'oxygénothérapie à domicile qui résident sur le territoire de l'ASSS de Montréal. Le SRSAD a également le mandat d'application du programme national d'oxygénothérapie à domicile pour toutes les clientèles admissibles (adulte et pédiatrique) vivant sur l'île de Montréal⁵³.

Depuis plus de 30 ans, ce service est régionalisé et la gestion administrative du service est assurée par le programme de médecine de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR). Les intervenants du SRSAD en partenariat avec les CSSS et les hôpitaux visent, selon une approche de gestion de cas (gestionnaire de cas par l'infirmière clinicienne ou l'inhalothérapeute), à prévenir ou du moins à retarder l'apparition de l'incapacité fonctionnelle totale et les complications dans le but d'éviter les consultations à l'urgence et les hospitalisations des personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). En 2011-2012, le SRSAD comptait plus de 5 300 usagers inscrits au suivi à domicile, disposant d'une équipe de gestionnaires et plus de 25 infirmières cliniciennes et 30 inhalothérapeutes.

Dans chacun des CLSC, une infirmière-gestionnaire de cas a été désignée comme étant responsable du programme MPOC. Celle-ci a pour fonctions : la formation, l'aide-conseil auprès des autres intervenants impliqués ainsi que la prise en charge clinique des personnes atteintes pour lesquelles une connaissance plus approfondie de la maladie est requise. Ce type de prise en charge permet la migration de l'expertise de deuxième ligne de l'équipe d'inhalothérapeutes du SRSAD vers la première ligne⁵⁴.

9. MÉTHODE DE SUIVI À DISTANCE/TÉLÉSOINS

Selon plusieurs écrits scientifiques, une utilisation appropriée et plus généralisée des technologies de l'information et des communications (TIC) et des technologies de soins à domicile améliore l'efficacité des services. La télésanté permet de faciliter l'accessibilité de soins et services à une clientèle vulnérable dans un contexte de pénurie des ressources⁵⁵.

Définition⁵⁵

- 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
 - Engagent activement l'utilisateur
 - 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'utilisateur et les membres de l'équipe de soins qui peuvent être situés dans un ou plusieurs points de service

Clientèle visée ^{14,55}	<ul style="list-style-type: none"> • Clientèle vulnérable. • Clientèle atteinte de maladies chroniques : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diabète ○ Maladies pulmonaires ○ Maladies cardiovasculaires
Types d'intervention ^{14,55}	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien téléphonique : <ul style="list-style-type: none"> ○ De façon quotidienne, hebdomadaire ou au besoin • Télésoins ou télésurveillance : <ul style="list-style-type: none"> ○ Installation d'appareil de mesure au domicile avec surveillance à distance par un professionnel • Technologies de la domotique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Systèmes personnels d'intervention d'urgence électronique ○ Appareils ou accessoires électroniques ○ Contrôle de l'environnement ou autonomisation de l'environnement accompagné d'un suivi à distance par un professionnel
Efficacité ^{14,56}	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de télésoins améliore la capacité d'autogestion des usagers. • Les télésoins favorisent l'accès aux services et ont un effet structurant sur le mode de fonctionnement, ce qui oblige à une adaptation organisationnelle. • Les interventions faisant appel à la télésurveillance et le soutien téléphonique sont globalement bénéfiques pour les personnes âgées vivant à domicile, notamment pour la clientèle atteinte de MPOC : <ul style="list-style-type: none"> ○ Diminution des visites à l'urgence pour la clientèle atteinte de MPOC ○ Diminution des coûts ○ Diminution de l'utilisation de certains services, notamment en lien avec les réadmissions ○ Transferts des services à l'hôpital vers les services à domicile pour les personnes atteintes de maladies cardiaques
Exemple de pratique ^{55,57}	<ul style="list-style-type: none"> • Projet CLSC du futur, CLSC Orléans, Québec (2003) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Les télésoins mettaient l'accent sur la prévention et l'intervention précoce ○ La clientèle ciblée : usagers atteints de maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque) ○ Mise en place de télésoins consistant à utiliser à domicile une technologie qui permet : <ul style="list-style-type: none"> ▪ De saisir les paramètres vitaux (température, pouls, poids, pression artérielle, mesure d'oxygène) ▪ De répondre à un questionnaire personnalisé sur la condition de santé de l'utilisateur (fatigue, essoufflement) ▪ De transmettre les informations à un moniteur central sous la responsabilité d'une infirmière ○ Lorsque les paramètres excédaient les limites établies pour l'utilisateur, l'infirmière assurait un suivi, en collaboration avec une collègue pour les visites à domicile, lorsque nécessaire ○ Un programme d'enseignement a été adapté pour apprendre à l'utilisateur à gérer ses problèmes de santé

10. MÉCANISMES DE COORDINATION ET DE TRANSITION

GESTION DE CAS

Les écrits soulignent l'importance d'une organisation des services axée sur des données probantes^{7,14}. En ce sens, il a été démontré que l'utilisation d'un système de soins intégrés, qui repose sur l'organisation de la pratique clinique par gestion de cas, améliore l'efficacité, notamment en facilitant l'accessibilité aux services et en permettant de coordonner des interventions orientées vers les résultats.

Particulièrement dans l'intervention à domicile de longue durée, l'organisation est basée sur le travail multidisciplinaire, lequel regroupe tous les professionnels qui interviennent auprès de la personne soutenue à domicile : médecin traitant, infirmière, auxiliaire familiale, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, nutritionniste, pharmacien³. Ceci est d'autant plus pertinent dans un contexte de complexification des problèmes vécus par les clientèles ayant besoin de soutien à domicile : le travail multidisciplinaire, dans une perspective de gestion de cas, permet de développer une vision commune de l'intervention.

La gestion de cas est centrée sur le lieu de résidence de l'utilisateur et érigée autour de la première ligne et des services communautaires. Elle est souvent mise en opposition avec le modèle hospitalocentrique, basé sur les soins spécialisés, privilégiant la gestion de la maladie (*disease management*) et désormais considéré désuet pour répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie^{58,59}.

Définition	<ul style="list-style-type: none">• Processus collaboratif d'évaluation, de planification, de facilitation et de représentation des personnes concernant les options et services qui répondent à leurs besoins⁶⁰.• Selon l'ACSSD, il s'agit d'une stratégie axée sur le client en vue de dispenser des services de santé et de soutien de qualité en utilisant les ressources disponibles de manière efficace et efficiente pour aider le client à vivre une vie saine dans son milieu et selon ses capacités⁶¹.
Clientèle visée ⁶²	<ul style="list-style-type: none">• Les clients qui bénéficient de la gestion de cas connaissent en général des problèmes de santé et/ou sociaux aigus ou chroniques qui nécessitent une panoplie de ressources et de services. La relation entre le client et l'intervenant en gestion de cas peut être de courte ou de longue durée.
Facteurs facilitateurs ⁶³	<ul style="list-style-type: none">• Expérience professionnelle du gestionnaire de cas• Habilités de communication• Coordination avec l'équipe multidisciplinaire et le médecin• Sélection adéquate et appropriée des usagers suivis en gestion de cas
Compétences essentielles du gestionnaire de cas ⁶²	Telles qu'énoncées par le Réseau national des gestionnaires de cas du Canada : <ul style="list-style-type: none">• Expert en gestion de cas (rôle intégrateur central)• Communicateur• Collaborateur• Navigateur habile dans le réseau de la santé et des services sociaux• Gestionnaire• Défenseur• Professionnel

Fonctions du gestionnaire de cas⁶³	<ul style="list-style-type: none"> ● Évaluation des besoins ● Planification des services ● Coordination ● Négociation ● Monitoring ● Réévaluation
Modèles québécois utilisant la gestion de cas^{7,64}	<ul style="list-style-type: none"> ● Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA)⁷ : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clientèle : personnes âgées à domicile ○ Six éléments essentiels à l'intégration des services : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le guichet unique ▪ La gestion de cas ▪ Une approche centrée sur la personne ▪ L'utilisation des plans de services individualisés ▪ L'utilisation d'un instrument d'évaluation commun s'inscrivant dans un processus continu d'évaluation et d'application des guides de pratiques cliniques ▪ Des outils référant à un dossier clinique informatisé ● Système intégré pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)^{7,64} : <ul style="list-style-type: none"> ○ Clientèle : personnes âgées dépendantes (aînés fragilisés) ○ Modèle de coordination fonctionnelle avec l'intégration des intervenants et de leur pratique clinique comme fondement mobilisateur ○ S'appuie sur un modèle clinique de gestion de cas et des protocoles interdisciplinaires qui intègrent l'intervention médicale, sociale et de soutien ○ Principes de base : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le guichet unique ▪ La gestion de cas ▪ Des protocoles d'évaluation et d'interventions interdisciplinaires ▪ Le développement d'équipes multidisciplinaires ▪ La coordination entre la 1^{re}, 2^e et 3^e lignes et le secteur de la longue durée selon un principe de responsabilité commune ▪ L'intégration du soutien et des soins qui proviennent à la fois du secteur public et du secteur communautaire ▪ L'implication du médecin traitant dans l'équipe de soins ▪ L'introduction du principe de capitation pour l'allocation des ressources
Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> ● Les interventions de coordination faites par un gestionnaire de cas^{65,66} : <ul style="list-style-type: none"> ○ Améliorent la capacité fonctionnelle ○ Favorisent une meilleure utilisation des médicaments ○ Diminuent les hébergements en soins de longue durée ○ Améliorent l'utilisation des services communautaires ○ Réduisent les hospitalisations incluant une diminution des admissions à l'urgence

Efficacité	<ul style="list-style-type: none"> • La gestion de cas améliore la qualité des soins chez la clientèle âgée grâce à une approche intégrée et coordonnée⁶³. • Un suivi à domicile à long terme, incluant des stratégies de gestion de cas, permet d’orienter la personne vers les services requis et de coordonner leur prestation¹⁴. • Les stratégies de gestion de cas ou de soins coordonnés semblent produire certains effets bénéfiques sur le patient (principalement au niveau de l’adhérence à la médication) et sur l’utilisation des services de santé (principalement, la réduction des journées d’hospitalisation)¹⁴. • Modèle hybride le plus efficace⁶⁷: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cumul du rôle de coordination avec, en mineur, un rôle relié à l’exercice des fonctions propres à la profession d’appartenance (moins de 20 %) ○ Clientèle homogène ○ Avec une charge de cas de modérée à élevée (de 34 à 46 cas) ○ Pour un territoire restreint ○ Comprenant des intervenants psychosociaux (travailleurs sociaux ou agents de relations humaines)
Commentaires¹⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Il est important de faire preuve de prudence dans l’interprétation des résultats puisque la plupart des études excluent les patients ayant des déficits cognitifs.

RÉSEAU LOCAL DE SERVICES

« Le Réseau de services intégrés se définit comme un ensemble de partenaires publics, privés et communautaires qui dispensent un continuum de services coordonnés à une population définie d’un territoire circonscrit et qui est tenu responsable financièrement et cliniquement des effets du réseau sur le système ainsi que sur la santé et le bien-être de la population desservie »⁶⁸.

En 2004, la création de 95 réseaux locaux de services (RLS) à l’échelle du Québec vise à rapprocher les services de la population et à les rendre plus accessibles, mieux coordonnés et continus.

Ce mode d’organisation des services, développé sous la responsabilité des agences, est basé sur des RLS dans chaque région. Le modèle du RLS repose sur la disponibilité, à proximité du milieu de vie, d’une large gamme de services de première ligne et sur la mise en place de mécanismes de référence et de suivi pour assurer l’accès aux services de deuxième et de troisième ligne.

Le fonctionnement en réseau requiert la hiérarchisation des services. Des mécanismes de référence entre les différents producteurs de services ont été instaurés pour garantir une meilleure complémentarité entre ceux-ci et faciliter le cheminement des personnes entre les services de première ligne (services médicaux et sociaux généraux), de deuxième ligne (services médicaux et sociaux spécialisés) et de troisième ligne (services médicaux et sociaux surspécialisés)⁶⁹.

RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS POUR LES PERSONNES ÂGÉES (RSIPA)

Le Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) dessert une clientèle constituée de personnes âgées à risque de perte d'autonomie, de personnes âgées en perte d'autonomie ainsi que de personnes présentant des caractéristiques gériatriques⁶⁸.

Les principes directeurs pour du RSIPA comportent une série de recommandations liées à l'usager et à ses proches, à la pratique clinique et à l'organisation de services.

En lien avec l'accessibilité et la coordination, on retrouve, entre autres⁶⁸ :

- L'organisation des services doit permettre l'intégration et la complémentarité des différents niveaux de services.
- L'établissement de liens privilégiés entre les médecins du territoire (qu'ils œuvrent en GMF ou autres) doit être favorisé.
- L'accessibilité aux services requis le plus rapidement possible et le plus près possible du milieu de vie des personnes par le biais d'un guichet unique doit être favorisée; toutefois des corridors de services bidirectionnels doivent être prévus lorsque la personne doit obtenir des services dans un autre environnement.
- La planification des services doit faire appel à la hiérarchisation des services en tenant compte :
 - Des besoins cliniques de la clientèle
 - Du degré d'urgence des interventions nécessaires
 - Du niveau requis d'expertise pour répondre adéquatement aux besoins de la personne à une étape précise et à l'intérieur d'un ensemble spécifique de services
 - Des plateaux techniques et de consultation spécialisée requis
 - De l'état de situation des effectifs médicaux de première ligne pour assurer le service

ACCESSIBILITÉ ET CONTINUITÉ

L'accessibilité, la continuité et la globalité des services sont des dimensions interreliées et interdépendantes. La continuité ressort cependant comme le facteur central dans l'expérience de soins, car elle détermine, en grande partie, l'accessibilité et la globalité et, par voie de conséquence, le recours à l'urgence. Dans certaines situations, le recours à l'urgence peut s'expliquer à la fois par un manque d'accessibilité et de continuité dans les services de première ligne.

Les mécanismes de liaison et de coordination au niveau des services de soutien à domicile et entre ceux-ci et les soins spécialisés sont des éléments contribuant à l'accessibilité et à la continuité des services. L'amélioration de la continuité évite des visites à l'urgence, diminue la durée de séjour à l'urgence et facilite le retour à domicile^{58,70}. Néanmoins, les interventions de coordination à portée plus limitée, réalisées à l'urgence, ont des résultats plus mitigés ou non concordant, particulièrement si les liens avec le médecin dans la communauté ne sont pas préalablement établis⁵⁸.

La gestion de cas et la planification du congé constituent également deux mécanismes de coordination et de transition pour améliorer la fluidité du cheminement de l'utilisateur. La planification du congé est abordée très synthétiquement dans le document présent, car elle fera l'objet d'un mandat ultérieur portant sur les soins post-aigus.

Planification du congé	<ul style="list-style-type: none">• Les hôpitaux sont la principale source de référence pour les soins à domicile⁸.• La planification du congé doit débuter dès que possible, lors du séjour de l'utilisateur à l'urgence⁷¹.• La planification du congé réduit le risque de réadmission⁶⁶.• Le ciblage d'aînés à risque, généralement dépistés selon l'âge ou à partir de critères établis par des outils de repérage validés, permet de se concentrer sur les plus vulnérables et d'anticiper leurs besoins⁷¹.• Le fait d'accorder une importance particulière à l'enseignement à l'utilisateur et sa famille dans la planification du congé est une stratégie gagnante⁷¹.
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. QUALITÉ

AU QUÉBEC

Au Québec, peu d'études exhaustives ont été effectuées en ce qui concerne les indicateurs de qualité des soins et des services à domicile. Néanmoins, dans une optique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des services aux usagers, depuis 2005, les établissements de santé et de services sociaux ont l'obligation de solliciter, tous les quatre ans, un agrément auprès d'organismes reconnus et de transmettre à différentes entités un rapport abrégé sur les résultats de cette démarche⁷². Au Québec, deux organismes d'agrément sont reconnus par le MSSS pour agréer les établissements de santé et de services sociaux, soit le Conseil québécois d'agrément (CQA) et Agrément Canada (AC).

Ces deux organismes ont défini des procédures d'accréditation pour les établissements du réseau⁷³. L'agrément repose donc sur « l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles, en fonction de normes qui renvoient aux meilleures pratiques et d'un processus qui tient compte du contexte et des caractéristiques de l'établissement »⁷⁴.

À titre d'exemple, le CQA repose sur le modèle de la qualité des services, lequel tient compte des quatre angles d'évaluation suivants :

- La satisfaction des besoins et des attentes de la clientèle
- La mobilisation du personnel
- La gestion efficace et efficiente des processus organisationnels
- La capacité d'amélioration

Quant à AC, les normes sur les soins et services à domicile s'appuient sur cinq éléments clés de l'excellence des services - soit le leadership clinique, le personnel, les processus, l'information et le rendement - et comprennent les sections suivantes⁷⁵:

- Investir dans les soins et services à domicile.
- Favoriser la préparation et la participation proactive des employés.
- Fournir des services sûrs et appropriés.
- Tenir des systèmes d'information clinique accessibles et efficaces.
- Évaluer la qualité et obtenir des résultats positifs.

En plus de permettre le développement des méthodes d'évaluation des processus organisationnels, une démarche d'agrément transmet à la population et particulièrement à la clientèle de l'établissement un indicateur de la qualité de l'organisation, permet d'identifier les forces et les défis ainsi qu'établir un consensus autour d'un plan d'amélioration de la qualité systémique et réaliste, stimule l'initiative et la mobilisation au sein de l'organisme et favorise le sentiment d'appartenance⁷⁴.

EN ONTARIO

En Ontario, le gouvernement a mandaté l'organisme indépendant, Qualité de services de santé Ontario (QSSO), de mesurer, entre autres, la qualité des services à domicile de longue durée et la satisfaction des résidents et d'en rendre compte au public. L'Ontario est donc la première et, pour le moment, la seule province à produire des rapports publics sur des indicateurs de la qualité des services, affichés sur le site Web d'information publique sur les soins à domicile de QSSO⁷⁶. Les résultats des indicateurs ont été fournis à QSSO par plusieurs sources, dont l'ICIS. Le rapport des soins à domicile comprend les résultats provinciaux pour onze indicateurs de qualité concernant des sujets comme les temps d'attente, l'incontinence, les fonctions cognitives et les plaies de pression. Le site comprend aussi des renseignements sur les expériences des clients en matière de services de soins à domicile. Ces résultats sont fournis à l'échelle de la province et au niveau des centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Ces indicateurs couvrent neuf sujets :

- Temps d'attente
- Incontinence
- Fonctions cognitives
- Chutes
- Plaies de pression
- Visites aux urgences
- Réadmissions à l'hôpital
- Satisfaction des usagers
- Placement dans un centre de soins de longue durée

De plus, ils sont organisés en fonction de six attributs d'un système de santé performant :

- Accessible
- Efficace
- Sûr
- Axé sur l'utilisateur
- Efficient
- Centré sur la santé de la population

La figure 2 illustre les résultats ontariens pour l'année 2010-2011 organisés selon les six attributs, chacun des sujets étant accompagné de son indicateur et du résultat, les cibles à atteindre n'étant toutefois pas mentionnées.

De plus, afin d'évaluer la qualité de leurs services, tous les 14 CASC de la province ont⁷⁷ :

- Des comités de la qualité du conseil
- Des plans annuels d'amélioration de la qualité
- Un processus officiel de traitements des plaintes
- Un outil de sondage commun pour évaluer la satisfaction des clients : Les CASC peuvent maintenant se comparer entre eux
- Un outil de sondage commun pour évaluer la satisfaction auprès des fournisseurs de services contractuels
- Un outil de sondage commun sur la satisfaction des employés
- Un ensemble d'outils standardisés pour évaluer les besoins des clients et déterminer les services

Figure 2. Synthèse des résultats d'avril 2010 à mai 2011

ATTRIBUT	SUJET	INDICATEUR	VALEUR
Accessible	Temps d'attente après une hospitalisation	Nombre de jours avant le premier service pendant lesquels 90 % des gens attendent après leur sortie de l'hôpital avec une recommandation de soins à domicile	7 jours*
Accessible	Temps d'attente dans la collectivité	Nombre de jours avant le premier service pendant lesquels 90 % des gens attendent dans la collectivité après avoir fait une demande de soins à domicile	9 jours*
Efficace	Incontinence	Pourcentage de clients dont le problème de fonction vésicale nouveau ou existant ne s'est pas amélioré	58%
Efficace	Fonctions cognitives	Pourcentage de clients ayant un problème de communication nouveau ou existant qui ne s'améliore au fil du temps	20%
Effective	Réadmissions à l'hôpital	Pourcentage de clients des soins à domicile qui retournent à l'hôpital après en être sortis	En attente
Sûr	Chutes	Pourcentage de clients des soins à domicile qui disent être tombés au cours des 90 jours précédents	28%
Axé sur le client	Satisfaction des clients	Pourcentage de clients des soins à domicile qui étaient généralement satisfaits des fournisseurs de services et de la façon dont les soins sont dispensés par les gestionnaires de cas	91%
Efficient	Visites aux urgences	Visites aux urgences par les clients des soins à domicile sortant d'un service de soins actifs pour être dirigés vers un CASC	En attente
Efficient	Placement en foyer de SLD	Pourcentage de clients des soins à domicile placés en foyer de SLD qui auraient pu rester chez eux ou ailleurs dans la collectivité	20%
Centré sur la santé de la population	Vaccination	Pourcentage de clients des soins à domicile qui disent être tombés au cours des 90 jours précédents	24%

* Pour janvier 2011 – mars 2011

Tiré du site de QSSO⁷⁸

AUTRES PROVINCES

En 2011, le Département de santé et de bien-être de la Nouvelle-Écosse a publié un ensemble de standards utiles pour la gestion des soins et services à domicile. Trente-sept standards sont regroupés sous treize objectifs; l'ensemble permettant une évaluation des soins professionnels dispensés aux usagers, des services de soutien ainsi qu'une évaluation de la qualité de la gouvernance et de l'imputabilité⁷⁹.

La Saskatchewan a publié, en 2010, un ensemble de standards de soins à domicile portant, entre autres, sur l'évaluation et la coordination des soins. De plus, leur politique de soins de santé à domicile présente le contenu de ce qui constitue l'offre primaire de services à domicile⁸⁰.

L'ACSSD a publié le document « Portraits de soins à domicile au Canada ». Cette synthèse permet d'identifier les similitudes et dissemblances entre les provinces eu égard à la couverture des soins à domicile, les modalités d'évaluation, les standards de qualité, l'accessibilité ainsi que les divers modèles de prestation de service⁸¹. L'ACSSD a également été mandatée par le gouvernement canadien pour l'élaboration, en collaboration avec des partenaires, de l'Outil d'évaluation des politiques de soins à domicile. Cet outil servira de cadre aux décideurs pour élaborer et évaluer les politiques de soins intégrés. Il permettra aussi aux décideurs et aux fournisseurs de soins de divers secteurs d'évaluer les exigences, comme les besoins en ressources humaines et le rôle optimal des soins à domicile dans les modèles de prestations de soins de santé intégrés.

De plus, l'ICIS a élaboré des indicateurs nationaux de rendement des soins à domicile qui ont été validés lors de la réalisation de projets pilotes dans ce domaine. Dans ce contexte, le Système d'information des services à domicile (SISD), dépôt de données comparables sur les aspects cliniques et administratifs et sur les ressources, a été développé par l'ICIS. Depuis 2004, l'ICIS, et d'autres organismes nationaux comme Statistique Canada assurent la production de rapports à partir d'indicateurs comparables⁷⁶. L'ICIS souhaite également mettre en place un système de déclaration qui aidera l'ensemble des provinces et des territoires à participer à la production de rapports nationaux⁸².

12. AUTRES MODÈLES DE SOINS À DOMICILE

AU CANADA

Au Canada, il existe des écarts considérables dans les soins 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. Ainsi, il n'y a pas encore de consensus quant à la forme que devraient prendre les soins à domicile pour les aînés au Canada bien que l'importance des soins à domicile soit clairement établie⁸. En effet, les soins 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 Canada⁸³.

Les soins à domicile proviennent traditionnellement d'un ensemble de services offerts dans la communauté, mais sans coordination avec les hôpitaux et les médecins généralistes. Cette approche s'avère désormais désuète. Les soins à domicile font partie intégrante des soins de santé et le Conseil canadien de la santé recommande de mieux les intégrer aux autres services de santé, surtout aux soins hospitaliers et aux soins primaires⁸.

Modèle des soins de santé primaires à domicile

Le Conseil canadien de la santé constate que « jusqu'à présent les soins à domicile et les soins primaires sont grandement restés deux secteurs distincts de notre système de santé, chacun faisant référence à l'autre, sans intégration »⁸. Par ailleurs, dans un contexte où le nombre de personnes âgées confinées à domicile s'accroît, le besoin d'intégrer les soins à domicile et les soins primaires devient prépondérant.

Définition ^{84,85}	<ul style="list-style-type: none"> • Soins primaires complets et continus à domicile. • Les soins primaires réfèrent aux soins de premier niveau qui offrent des soins généralistes, globaux, continus, intégrés, accessibles à toute la population, et qui coordonne et intègre des services nécessaires à d'autres niveaux de soins. • Important de faire la distinction avec l'hôpital à domicile, lequel se compose de soins médicaux de courte durée à la maison.
Clientèle visée ⁸⁴	<ul style="list-style-type: none"> • La clientèle présentant des maladies chroniques complexes et des problèmes d'ordre social.
Équipe de soins ⁸⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Un fournisseur de soins : habituellement un médecin ou une infirmière praticienne. • Une équipe multidisciplinaire (coordonnée par le fournisseur de soins).
Pratiques prometteuses ^{8,85}	<ul style="list-style-type: none"> • Projet national de partenariat, Calgary, Alberta et Halton/Peel, Ontario : <ul style="list-style-type: none"> ○ Parrainé par l'ACSSD entre 2004 et 2006 ○ Clientèle : patients atteints de diabète de type 2, afin de les aider à mieux gérer leur état de santé et à éviter les complications ○ A pour objectif de rattacher un gestionnaire de cas spécialisé dans les soins à domicile à chaque équipe de médecine généraliste participante ○ Le gestionnaire de cas travaille en partenariat avec le médecin de l'équipe pour évaluer les besoins des patients • House Calls, Toronto, Ontario : <ul style="list-style-type: none"> ○ Centre de médecine familiale mobile ○ Clientèle : patients frêles et confinés à la maison ○ Équipe interprofessionnelle dirigée par un médecin de famille avec le soutien d'un gériatre ○ Soins primaires complets et continus • Primary Integrated Interdisciplinary Elder Care at Home (PIECH), Victoria, Colombie-Britannique : <ul style="list-style-type: none"> ○ Programme de soins primaires interdisciplinaires intégrés aux aînés à domicile ○ Équipe de soins composée d'un médecin, d'une infirmière et d'un physiothérapeute

Données probantes^{8,85}

- Réductions considérables des visites à l'urgence, des hospitalisations et des admissions en hébergement.
- **Projet national de partenariat :**
 - Amélioration de la qualité des soins
 - Meilleure utilisation des ressources
 - Renforcement de la gestion communautaire des maladies chroniques
 - Potentiel de réduction des coûts
- **House Calls :**
 - Réduction de 29 % des réadmissions à l'hôpital
 - 67 % de patients en soins palliatifs sont décédés à domicile
- **PIECH**
 - Diminution de 20 % des visites à l'urgence
 - Réduction de 40 % des admissions à l'hôpital
 - Réduction de 40 % du nombre de jours d'hospitalisation

Modèle ontarien

Durant les années 90, l'État ontarien a mis en place un système de concurrence dirigée (*managed competition*), inspiré du Royaume-Uni. Il a alors mis sur pied un réseau de centres d'accès aux soins communautaires (CASC) auquel il confiait « la mission de coordonner, sur différents territoires, la compétition entre différents producteurs de services (à but lucratif et à but non lucratif) choisis pour dispenser différents services de SAD »⁸⁶. Cette formule s'applique à toutes les composantes des services de SAD, c'est-à-dire autant aux composantes professionnelles qu'aux services de soutien à la personne (AVQ), d'aide domestique (AVD) et de soutien communautaire.

Cependant, cette formule a fait émerger de nombreux problèmes : elle a, entre autres, avantagé les fournisseurs du secteur privé au détriment de ceux du tiers secteur (sans but lucratif), ce qui rendait instable l'offre de services et affectait à la baisse la qualité des services et des emplois. À la suite de recommandations publiées en 2005, dans le rapport Caplan, l'État régule désormais l'appel d'offres en encadrant davantage les mécanismes de la concurrence⁸⁷.

L'Ontario possède actuellement un réseau de 14 CASC. Ils font office de guichets d'accès aux services permettant une gestion des soins à une échelle locale. Couvrant l'ensemble du territoire ontarien, ces centres administratifs servent d'intermédiaires entre les usagers et les fournisseurs de services. Ils sont chargés d'acheter des services auprès d'agences privées ou d'organismes du tiers secteur pour ensuite orienter les usagers. L'attribution des contrats de service se fait par le biais d'un processus d'appel d'offres géré par les CASC⁸⁸. Les CASC n'ont aucun rôle clinique. Ils planifient des services et les mettent en œuvre, mais ne dispensent pas de soins. Les rôles de planificateur-acheteur et de dispensateur de services y sont donc clairement séparés.

Les CASC assurent le lien entre les différents services au plan local avec les fournisseurs de soins, soit :

- Les services à domicile
- Les services de soutien dans la communauté
- Les établissements de soins de longue durée
- Les équipes de soins dans les hôpitaux
- Les cliniques communautaires

De plus, ils établissent des ententes avec des fournisseurs de services afin de fournir :

- Des services de soins infirmiers, d'ergothérapie, d'orthophonie, de diététique et de travail social dans des environnements de groupe en plus des maisons des bénéficiaires.
- Des services de soins infirmiers ainsi que de la formation dans des foyers de soins de longue durée dans certaines circonstances.

Les gestionnaires de cas ou coordonnateurs de soins constituent la majorité du personnel des CASC (3500 gestionnaires de cas pour les 14 CASC). Ils assurent et coordonnent les services à domicile et communautaires, évaluent la satisfaction du client, surveillent la qualité des services.

TENDANCES INTERNATIONALES

Dans la plupart des pays européens et nord-américains, les décideurs entrevoient désormais les services à domicile comme ayant un meilleur rapport coût-efficacité pour maintenir le niveau d'autonomie des personnes, d'autant plus qu'il s'agit du mode de soins préféré des usagers⁸⁹⁻⁹¹.

Dans de nombreux pays européens, les services à domicile se situent entre le système de santé et les services sociaux. Les services à domicile dispensés par le système de santé comprennent généralement les soins de réadaptation ainsi que les soins infirmiers pour les soins chroniques et aigus (hôpital à la maison) et la clientèle ayant des diagnostics multiples ou terminaux. Les services à domicile dispensés par le secteur des services sociaux comprennent l'aide aux activités de la vie quotidienne, du counseling et du soutien civique⁹².

Certains pays scandinaves ont reconnu les avantages qu'une seule institution soit responsable de coordonner les services à domicile. Les municipalités deviennent alors les responsables de l'organisation des soins à domicile⁹².

Le modèle danois

Le Danemark a investi davantage dans les services à domicile que les autres pays, afin d'en arriver à une meilleure intégration et à une meilleure rentabilité. Depuis plus de 25 ans, le Danemark a cessé de bâtir des établissements de soins de longue durée. Il concentre plutôt ses efforts de législation et ses ressources dans le développement des soins à domicile et des différentes modalités d'aide à l'autonomie à domicile. Les programmes de services à domicile offrent des soins infirmiers, des repas, une adaptation du domicile, des soins en centres de jour, une aide financière et des services de transport, préconisant un accès 24 heures sur 24. Les services de santé et les services sociaux pour les aînés sont intégrés et coordonnés par des gestionnaires de cas, en équipe interdisciplinaire, par un recouvrement de services de soins et par des programmes communs de formation⁸.

La responsabilité de la santé des citoyens est partagée entre les différents paliers de gouvernement. Le gouvernement national met en place un cadre de lois pour les politiques sociales et les politiques de santé. Il répartit aussi les revenus d'impôts entre les autorités régionales et locales. Les structures régionales sont responsables des services de soins de santé, entre autres des hôpitaux, des médecins de famille et des spécialistes. Les municipalités sont responsables des services sociaux, y compris ceux à domicile. Fait intéressant, les municipalités doivent défrayer les frais quotidiens d'hospitalisation des patients prêts à recevoir leur congé, ce qui encourage l'efficacité des services à domicile. Des visites préventives à domicile annuelles sont offertes à tous les citoyens de plus de 75 ans. Elles visent à encourager l'autonomie et à mieux utiliser les ressources⁸.

Le système de soins de santé et de services sociaux du Danemark offre des soins médicaux et sociaux complets, sans coût direct pour les patients. Le taux de taxation au pays est cependant assez élevé⁸.

Le modèle australien

Quant à l'Australie, le pays a mis en place un système national de soins aux aînés, lequel garantit l'accès aux soins à domicile. Par le biais de ce système, trois programmes gouvernementaux participent au maintien à domicile des personnes âgées : le *Home and Community Care Programme* (HACC), les *Community Aged Packages* (CACP) et les *Extended Aged Care at Home Packages* (EACH)⁹³.

Le *Home and Community Care Programme* (HACC) comprend la majorité des services à domicile et communautaires. Il vise le maintien de l'autonomie des Australiens à domicile et dans la communauté, ce qui permet de réduire les admissions dans les établissements d'hébergement. Le programme inclut les services suivants : gestion de cas, soins personnels, soins infirmiers, aide familiale, soins de répit et autres appuis communautaires pour les usagers et leurs proches aidants^{8,93}.

Les *Community Aged Packages* (CACP) sont des ensembles de soins destinés aux aînés qui ont des besoins complexes de santé. Les services sont organisés par un coordonnateur de soins. Ils sont plus complets que ceux du programme HACC. Une équipe d'évaluation multidisciplinaire (*Aged Care Assessment Team* – ACAT) doit fournir ses recommandations pour qu'un tel ensemble de soins soit accordé à un client^{8,93}.

Les *Extended Aged Care at Home Packages* (EACH) sont destinés aux usagers requérant une aide plus importante que celle des CACP. L'objectif est d'assurer des soins à domicile intensifs, d'un niveau qui équivaut à celui offert par un établissement de soins. Depuis 2006, des ensembles spéciaux de soins destinés à la clientèle atteinte de démence ont été ajoutés pour les personnes qui ont des difficultés de comportement et des symptômes psychologiques associés à la démence. L'équipe ACAT doit également donner son approbation pour qu'un tel ensemble de soins soit accordé à un usager^{8,93}.

13. CONCLUSION

Le paradigme du virage des services à domicile est amorcé depuis une dizaine d'années. Le maintien à domicile des aînés, en plus de constituer le choix privilégié de la majorité des usagers, se révèle plus économique que le recours à l'hébergement. Les connaissances probantes mettent en lumière la nécessité de bien arrimer les différents établissements, leurs services et leurs équipes, pour assurer la qualité et la continuité des services. Il est donc désormais important de considérer les services à domicile comme une composante cruciale d'un système intégré de soins de santé. Afin d'y parvenir, l'élaboration puis l'utilisation de lignes directrices et de standards définis au sujet des différentes étapes de la trajectoire de services font consensus.

RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Famille et des Aînés, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Vieillir et vivre ensemble : chez soi, dans sa communauté, au Québec. Québec: Ministère de la Famille et des Aînés; 2012:200.
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Plan Stratégique 2010-2015: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010:52.
3. 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.
4. Association canadienne des soins et services à domicile. Le rôle essentiel des soins et services de santé à domicile dans l'amélioration de l'accès aux services de santé Ottawa Association canadienne des soins et services à domicile; 2007:8.
5. Institut canadien d'information sur la santé. Système d'information des services à domicile (SISD) - Évaluation des incidences sur la vie privée. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé 2006:59.
6. Ministère de la Santé et des Services sociaux. L'autonomie pour tous, Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie. Québec: Gouvernement du Québec; 2013:42.
7. Vézina A, Pelletier D, Sévigny A, Beauregard L. Organisation de l'aide et des services de soutien à domicile - Inventorier pour innover: Ministère de la santé et des services sociaux et le Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture; 2010:102.
8. Conseil canadien de la santé. Aînés dans le besoin, aidants en détresse: quelles sont les priorités de soins à domicile pour les aînés au Canada ? Toronto: Conseil canadien de la santé; 2012:64.
9. Shang M. Élaboration de trajectoires de services à l'intention d'une population vivant avec une déficience : recension des écrits et recommandations. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2012:29.
10. Direction de la santé publique. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile - Cadre de référence*: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2004.
11. Jodoin Y. Le repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal; 2008:35.
12. Raïche M, Hébert R, Dubois MF, et al. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation. *L'intégration des services: les fruits de la recherche pour nourrir l'action*. Québec: EDISEM; 2007:451-466.
13. Harrisson C. Outils de repérage et d'évaluation de la vulnérabilité chez les personnes âgées : tableaux comparatifs. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011:19.
14. Tourigny A, al. Soins à domicile: une synthèse des connaissances pour répondre à des questions prioritaires aux paliers local et central: CHU de Québec/Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec; 2013:271.
15. Arcand M, Hébert R. Précis pratique de gériatrie. St-Hyacinthe: Edisem; 2007:1270.

16. Kergoat M-J, Gravel J, Al. . Recommandation d'un outil de dépistage du risque nutritionnel complémentaire à l'Outil d'évaluation multiclientèle chez les populations adultes vulnérables vivant à domicile ou en institution : rapport final présenté au comité responsable de l'évolution de l'Outil d'évaluation multiclientèle. Montréal: Institut universitaire de gériatrie de Montréal; 2005:51.
17. Lapointe C, Payette H, Dionne T. L'alimentation des clients âgés du soutien à domicile: étude des besoins de la clientèle et des services offerts par les ressources communautaires. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke; 2006:134.
18. Lesourd B., Bouchiche C., al. Comment aider une personne âgée isolée à son domicile à mieux s'alimenter *Traité de la nutrition de la personne âgée*: Springer; 2009:295-302.
19. Ferland G. Alimentation et vieillissement. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2007:329-345.
20. Haute Autorité en Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personnes_agees_ceapp.pdf (page consultée le 16 juillet 2013); 2008:18.
21. Keller HH. Meal programs improve nutritional risk: a longitudinal analysis of community-living seniors. *Journal of the American Dietetic Association*. 2006:1042-1048.
22. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Chez soi: Le premier choix - Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2004:39.
23. Hébert R, Raïche M, Dubois M-F, Gueye NR, Tousignant M. Développement d'indicateurs pour valoriser des actions de prévention et de réadaptation de la perte d'autonomie des personnes âgées. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. Décembre 2012;60(6):463-472.
24. Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. *Site de la Démarche SMAF*: [En ligne] www.demarchesmaf.com (Page consultée le 26 mars 2013).
25. Hôpital Maisonneuve-Rosemont, CSSS Lucille-Teasdale, CSSS de la Pointe-de-l'Île. Continuum de soins et de services pour la clientèle ayant des troubles cognitifs 2007:239.
26. Déry L, McGraw C, Walter W. Le repérage des incapacités visuelles: un moyen de prévenir les chutes chez les aînés. *13e Symposium scientifique sur l'incapacité visuelle et la réadaptation*. 2011;XII:32-36.
27. Gagnon C, Lafrance M. Prévention des chutes auprès des personnes âgées vivant à domicile. Analyse des données scientifiques et recommandations préliminaires à l'élaboration d'un guide de pratique clinique: Institut national de santé publique du Québec; 2011:211.
28. McCusker J, Verdon J. Do geriatric interventions reduce emergency department visits? A systematic review. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 2006;61(1):53-62.
29. Harrisson C. L'infirmière gériatrique – Ses qualités, son rôle et ses fonctions. Longueuil: Agence de la santé et desservicessociaux de la Montérégie; 2011:13.
30. Giguère M, Fleury F. Récupération fonctionnelle des personnes âgées en perte d'autonomie suite à un épisode de soins aigus à l'hôpital : Recommandations. Longueuil Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2010:14.

31. Association canadienne des soins de santé. *Les soins de relève au Canada*. Ottawa: Association canadienne des soins de santé; 2012.
32. Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJC, Freitas S. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: an integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2013.
33. Stoltz P, Udén G, Willman A. Support for family carers who care for an elderly person at home—a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004;18(2):111-119.
34. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population. Montréal: Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux; 2011:50.
35. Haute Autorité en Santé. Recommandations de bonne pratique: Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels 2010:29.
36. Sörensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *The Gerontologist*. 2002;42(3):356-372.
37. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, al. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community-based respite care for frail older people and their carers. 2007.
38. Pinquart M, Sorensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *International Psychogeriatrics*. 2006;18(4):577-596.
39. Eppers L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2008;20(8):423-428.
40. Lévesque L, Ducharme F, Caron C. L'ESPA... pour mieux soutenir les aidants. *Perspective infirmière*. 2010(Juillet-août):42-46.
41. Ducharme F, Lévesque L, Caron C, et al. Validation d'un outil pour les proches-aidants. *Recherche en soins infirmiers*. 2009;97:63-73.
42. Gélinas P. Un outil novateur, des résultats prometteurs. *Synergie Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux*. 2011(Juillet-août):11-12.
43. Cartier N, Prud'homme J. Du domicile à l'hébergement: autonomie, sécurité et gestion des risques. Présentation faite au Colloque organisé par le Centre d'expertise sur la santé des personnes âgées et des aidants (CESPA) de l'IUGM: [en ligne] http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/5584603.pdf?Archive=103754692193&File=5584603_pdf (page consultée le 9 avril 2013); 2008.
44. Doran DM, Hirdes J, Blais R, Ross Baker G, Pickard J, Jantzi M. The nature of safety problems among Canadian homecare clients: evidence from the RAI-HC© reporting system. *Journal of nursing management*. 2009;17(2):165-174.
45. Espinoza SE, Fried LP. Risk factors for frailty in the older adult. *Clinical Geriatrics*. 2007;15(6):37.
46. Ducharme F, Couture M, Lamontagne J. Decision-Making Process of Family Caregivers Regarding Placement of a Cognitively Impaired Elderly Relative. *Home Health Care Services Quarterly*. 2012;31(3):197-218.
47. Belleau H. L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives. *Canadian Journal on Aging*. 2007;26(4):329-342.
48. Légaré F, Stacey D, Pouliot S, et al. Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of interprofessional care*. 2011;25(1):18-25.

49. Légaré F, Ratté S, Gravel K, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. *Patient education and counseling*. 2008;73(3):526-535.
50. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. *Site de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (in Espace Média: les services de soutien à domicile)*: [En ligne] <https://agence.santemontreal.qc.ca/espace-medias/dossiers-et-questions-frequentes/les-services-de-soutien-a-domicile/> (Page consultée le 12 avril 2013).
51. Fleury F. Recension des écrits concernant les meilleures pratiques relatives aux équipes de psychogériatrie. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie;; 2010:17.
52. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2011:54.
53. Paré G, Sicotte C, Poba-Nzaou P. Analyse des effets d'un programme de télésoins à domicile déployé au Service régional de soins à domicile pour malades pulmonaires chroniques [en ligne] <http://www.telussante.com/docs/case-studies/evaluation-t%C3%A9l%C3%A9soins-srsad-hmr-2012.pdf?sfvrsn=6> (page consultée le 24 juillet 2013); 2012.
54. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Vers un réseau de services intégrés destiné aux personnes atteintes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC): Éléments essentiels de la mise en oeuvre. [En ligne] http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/reseau_serv_integres_mpoc.PDF?Archive=191201391948&File=reseau_serv_integres_mpoc_PDF (Page consultée le 8 avril 2013)2002:12.
55. Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS). Revue systématique des effets de la télésurveillance à domicile dans le contexte du diabète, des maladies pulmonaires et des maladies cardiovasculaires2009:75.
56. Lamothe L, Paquette M-A, Fortin J-P. L'utilisation des télésoins à domicile pour un meilleur suivi des maladies chroniques. *Santé Publique*. 2013;25(2):203-211.
57. Fortin J-P. *CLSC du Futur: Soutien à domicile et télésoins*. Québec: Centre francophone de recherche en informatisation des organisations; 2004.
58. Pineault R, Tousignant P, Roberge D, Lamarche P. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse: Direction de santé publique, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal 2005:29.
59. Hébert R. L'assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *La Revue canadienne du vieillissement*. 2012;31(1):1-11.
60. Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health & Social Care in the Community*. 2009;17(5):447-458.
61. Association canadienne des soins et services à domicile. Appliquer la gestion de cas en tant que stratégie d'intégration des systèmes: expériences issues du Projet de partenariat national de l'ACSSD. Ottawa: Association canadienne des soins et services à domicile; 2007:9.
62. Réseau national des gestionnaires de cas du Canada. Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada: Réseau national des gestionnaires de cas du Canada;; 2012:18.

63. Harrisson C. Gestion de cas – Comparaisons entre les orientations ministérielles et les données probantes. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011:17.
64. Béland F, Bergman H, Lebel P, et al. Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Canadian Journal on Aging*. 2006;25(1):5-24.
65. Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC health services research*. 2011;11(1):93.
66. Tourigny A, al. Synthèse des connaissances sur les soins à domicile: Fonds de recherche sur la société et la culture du Québec; 2010:183.
67. Fleury F. RCA Personnes âgées - Meilleures pratiques sur le repérage, l'évaluation, les mécanismes de coordination et la planification du congé pour des services offerts aux personnes âgées depuis un centre hospitalier jusqu'au domicile. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2009:24.
68. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Lignes directrices Réseaux de services intégrés pour les personnes âgées (document de travail)2009:34.
69. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. L'intégration des services de santé et des services sociaux : Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2004:26.
70. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (Direction de santé publique), Institut national de santé publique du Québec (Direction des systèmes de soins et services), Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne. L'accessibilité et la continuité des services : une étude sur la première ligne au Québec. Rapport de recherche Gouvernement du Québec; 2008:86.
71. Shang M. Recension des écrits portant sur la planification du congé de personnes âgées à partir de l'urgence. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2012:12.
72. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, sous la direction de André Garon MD, directeur, Direction de la qualité. Les lignes directrices sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006:31.
73. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Sous la direction de Sylvie Bernier MD, directrice, Direction de la qualité. Guide sur l'agrément des services offerts par les établissements de santé et de services sociaux. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux 2012:15.
74. Conseil québécois d'agrément. *Site du Conseil québécois d'agrément*: [en ligne] <http://cqaqualite.ca/> (page consultée le 9 avril 2013).
75. Agrément Canada. *Site d'Agrément Canada*: [en ligne] <http://www.accreditation.ca/fr/> (page consultée le 12 avril 2013).
76. Conseil canadien de la santé. Rapport de progrès 2012: renouvellement des soins de santé au Canada: [En ligne] http://healthcouncilcanada.ca/tree/ProgressReport2012_FINAL_FR.pdf (Page consultée le 5 avril 2013); 2012:24.
77. Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Rapport sur la qualité des CASC de 2009-2010. Ontario: Centre d'accès aux soins communautaires de l'Ontario; 2010:42.
78. Qualité des services de santé Ontario. *Site de Qualité des services Ontario*: [En ligne] <http://www.hqontario.ca> (Page consultée le 5 avril 2013).

79. Nova Scotia Health and Wellness. Home care standards for quality services (Edition 3.1): Continuing Care Branch, Department of Health and Wellness. En ligne [http://www.gov.ns.ca/health/ccs/homeCare/HomeCare_Standards_Quality_Service.pdf] (page consultée le 11 avril 2013).
80. Saskatchewan Ministry of Health. Home Care Policy Manual: [En ligne] <http://www.health.gov.sk.ca/homecare-manual> (document consulté le 11 avril 2013).
81. Association canadienne des soins et services à domicile. Portraits in Home Care 2013. Ottawa: Association canadienne des soins et services à domicile; 2013.
82. Institut canadien d'information sur la santé. Développement d'indicateurs nationaux et de rapports pour les services à domicile — Phase 2 : Rapport final du projet. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé; 2004:116.
83. Association canadienne des soins et services à domicile. Les soins à domicile, le prochain service essentiel : répondre aux besoins de notre population vieillissante. Ottawa: [en ligne] <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1913> (page consultée le 29 juillet 2013); 2008.
84. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Retour vers le futur: soins primaires à domicile pour les Canadiens âgés confinés à la maison - Partie 1: où nous en sommes. *Canadian Family Physician*. 2013;59(3):e120-e124.
85. Stall N, Nowaczynski M, Sinha SK. Retour vers le futur: soins primaires à domicile pour les Canadiens âgés confinés à la maison - Partie 2: où nous allons. *Canadian Family Physician*. 2013;59(3):e125-e128.
86. Bergeron-Gaudin J-V, Jetté C, Vaillancourt Y. *La place du tiers secteur dans les services à domicile au Canada: une comparaison interprovinciale*: Laboratoire de recherche sur les pratiques et les politiques sociales, Université du Québec à Montréal; 2011.
87. Bourque GL, Vaillancourt Y. Les services à domicile : pour une offre plurielle et solidaire de qualité: Note d'intervention de l'IREC; 2012:9.
88. Jetté C, Vaillancourt Y, Bergeron-Gaudin J-V. L'économie plurielle dans les services à domicile au Canada: une comparaison des modes de régulation entre le Québec et l'Ontario. *Lien social et Politiques*. 2011(66):155-175.
89. Genet N, Kroneman M, Boerma W. Explaining governmental involvement in home care across Europe: An international comparative study. *Health Policy*. 2013.
90. Genet N, Boerma W, Kroneman M, Hutchinson A, Saltman RB. Home Care across Europe: Current structure and future challenges. Vol Observatory Studies Series No. 27: World Health Organization; 2012:156.
91. Danish National Centre for Social Research. LIVINDHOME: Living independently at home. Reforms in home care in 9 European countries. Copenhagen: [En ligne] http://observgo.uquebec.ca/observgo/fichiers/39418_gss.pdf (document consulté le 15 juillet 2013); 2011.
92. Tarricone R, Tsouros AD. Home care in Europe: the solid facts. Copenhagen: Organisation mondiale de la santé 2008:36.
93. Organisation de coopération et de développement économiques. Les soins de longue durée pour les personnes âgées : le projet de l'OCDE sur la santé. Paris: OCDE; 2005:155.

