

Réflexion sur le soutien aux aînés à domicile

Consultation des ordres professionnels

Priorités du ministre de la Santé et
des Services sociaux 2016-2017



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

ÉDITION

COORDINATION

Joël Brodeur, inf., M. Sc. (administration)
Directeur
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

RECHERCHE ET RÉDACTION

Barbara Harvey, inf., M. Sc. inf.
Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

COLLABORATION

Chantale Desbiens, inf., M. Sc. inf.
Directrice adjointe, Pratique infirmière
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Suzanne Durand, inf., M. Sc. inf., D.E.S.S. (bioéthique)
Directrice (jusqu'en décembre 2016)
Direction, Développement et soutien professionnel, OIIQ

Johanne Lapointe, M. A.
Adjointe à la directrice générale et à la présidente
Direction générale, OIIQ

PRODUCTION

CONCEPTION GRAPHIQUE

Service, Marketing
Direction, Marketing et événements, OIIQ

RÉVISION LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge
Direction, Marketing et événements, OIIQ

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, rue Molson
Montréal (Québec) H1Y 4V4
Téléphone : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : 514 935-3770
lventepublications@oiiq.org

Ce document est disponible sur le site de l'Ordre
oiiq.org

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives Canada, 2017
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017
ISBN 978-2-89229-706-5 (PDF)

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017
Tous droits réservés.

Note – Le terme « infirmière » est utilisé ici à seule fin d'alléger le texte et désigne autant les infirmiers que les infirmières.

Table des matières

INTRODUCTION	4
1 LE CONTEXTE DES SOINS À DOMICILE AU QUÉBEC POUR LES PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE	5
2 LE RÔLE DES CENTRES INTÉGRÉS DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX (CISSS)	7
3 APPROCHES, ENJEUX ET ÉLÉMENTS CLÉS EN LIEN AVEC LES MEILLEURES PRATIQUES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES EN SOUTIEN À DOMICILE	9
3.1 Admissibilité et évaluation	9
3.2 Gestion de cas	11
3.3 L'accès aux services médicaux	13
3.4 Le partage de l'information	14
3.5 Les technologies de l'information et les télésoins	15
4 LE RÔLE DES INFIRMIÈRES	16
5 LES PROCHES AIDANTS	18
6 RECOMMANDATIONS	20
RÉFÉRENCES	22

Introduction

Les soins à domicile à l'intention des personnes en perte d'autonomie deviennent un enjeu crucial pour les services de soins de santé, conséquence d'une démographie vieillissante au Québec. À cette réalité s'ajoute le défi important d'une meilleure utilisation de la main d'œuvre, dans un contexte de ressources limitées, afin de répondre aux besoins de plus en plus nombreux et complexes de cette même population vieillissante. À cet effet, le gouvernement du Québec a annoncé récemment une démarche visant à améliorer les soins et les services à domicile. D'ailleurs, plusieurs intervenants s'entendent sur le fait qu'effectivement, l'offre de services ainsi que la distribution actuelle des soins à domicile ne sont pas optimales.

Avec sa *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, le ministre de la Santé et des Services sociaux propose une véritable intégration des services en vue de favoriser et de simplifier l'accès aux soins pour la population, dont ceux aux aînés. Ainsi, cette loi vise à améliorer la qualité et la sécurité des soins et à accroître l'efficience et l'efficacité du réseau. En ce sens, cette réorganisation constitue un important levier de changements et offre un contexte propice à revoir les pratiques cliniques et organisationnelles. Le ministre de la Santé et ses collègues mènent actuellement une démarche de consultations des acteurs clés, dont les ordres professionnels, dans le but de recenser les meilleures pratiques en soutien à domicile dans le réseau.

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se sent particulièrement interpellé par cette démarche qui vise à améliorer la sécurité et la qualité de vie de nos aînés à domicile, démarche qui cible tout particulièrement les personnes vulnérables dont la perte d'autonomie est souvent une conséquence de problèmes complexes et évolutifs de santé physique ou mentale.

Au titre de son mandat de protection du public, l'OIIQ apprécie l'occasion de présenter au ministre ce qu'il juge comme étant les approches, les enjeux et les éléments clés en lien avec les bonnes pratiques cliniques et organisationnelles en soutien à domicile, pour la clientèle aînée en perte d'autonomie présentant des enjeux cliniques complexes¹.

Globalement, l'OIIQ est d'avis que l'admissibilité des personnes au soutien à domicile doit être basée sur l'évaluation de leurs réels besoins et sur le plan d'intervention qui en découle, et ce, dans une organisation de services intégrée et soutenue par la gestion de cas. Les infirmières sont en mesure de soutenir les changements demandés en collaboration avec les autres professionnels de la santé et en partenariat avec la personne en perte d'autonomie et ses proches aidants. Le document suivant est divisé en cinq sections comportant chacune des enjeux et éléments clés menant à des recommandations qui, à notre avis, permettront d'offrir de meilleurs soins et services aux aînés à domicile.

¹ Le présent document est inspiré du mémoire de l'OIIQ, *Assurance autonomie*, 2013.

1

Le contexte des soins à domicile au Québec pour les personnes en perte d'autonomie

La gouverne des soins à domicile comporte des implications autant pour la personne en perte d'autonomie que pour le système de santé québécois dans son ensemble. Au Québec, en 2009-2010, plus de 83 % des interventions à domicile dans le cadre du programme *Perte d'autonomie liée au vieillissement* (PALV) se sont déroulées auprès d'aînés de plus de 75 ans (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux [AQESSS], 2011). La demande pour ce type de service, autant ici qu'ailleurs, ne cesse de croître, principalement en raison du vieillissement de la population ainsi que de la demande des soins de santé associée aux maladies chroniques (Carrier et Newbury, 2016; Joo et Liu, 2016; Metcalfe, 2005; Voyer, 2013). Il est reconnu que le vieillissement est généralement associé à une augmentation du risque de maladies chroniques et des incapacités. Les soins et les services à domicile demeurent une solution avantageuse, car tout en répondant à la volonté des aînés de demeurer chez eux, ils permettent de diminuer les coûts engendrés par une utilisation non nécessaire des ressources plus coûteuses comme les centres d'hébergement ou les centres hospitaliers. Les meilleures pratiques en soutien à domicile doivent viser le déplacement des ressources et des services vers les lieux où résident les personnes, tout en mettant l'accent sur les plus vulnérables aux prises avec des problématiques de santé à long terme, ayant des besoins complexes et dont le fardeau de la maladie crée une pression constante sur le système de santé (Association canadienne de soins et services à domicile [ACSSD], Association des infirmières et infirmiers du Canada [AIIC] et Collège des médecins de famille du Canada [CMFC], 2016; Béland et al., 2006; Carrier et Newbury, 2016; De Stampa et al., 2014; Department of Health, 2005a; Joo et Liu, 2016; Randall, Thunhurst et Furze, 2016; Snoddon, 2010). Cet objectif est légitime et répond aux besoins ainsi qu'à la volonté des personnes en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible à la maison.

Les gouvernements qui se sont succédé ont consacré des efforts et des investissements considérables au programme des soins à domicile et aux ressources liées à la perte d'autonomie. Par contre, des préoccupations importantes demeurent concernant l'accès aux soins et services de soutien à domicile, autant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants. De plus, un fait demeure immuable : le vieillissement de la population du Québec s'avère un défi de taille pour les quarante prochaines années.

Par ailleurs, tous s'entendent pour dire que la promotion de la santé et la prévention de la maladie, par des actions sur les déterminants de la santé et les saines habitudes de vie, ont un impact positif sur les résultats de santé. Il est du devoir des infirmières de planifier des activités de prévention de la maladie au chapitre de la prévention primaire, secondaire et tertiaire afin de maintenir une bonne qualité de vie et ainsi, de réduire l'impact des pertes liées au vieillissement et à la perte d'autonomie (Carrier et Newbury, 2016; Department of Health, 2005a; Voyer, 2013).

L'espérance de vie ayant augmenté, de nouvelles situations cliniques émergent et comportent des éléments complexes qui touchent des clientèles de plus en plus variées. Non seulement la perte d'autonomie touche les personnes sur le plan fonctionnel, mais aussi on constate une augmentation de la complexité et de la vulnérabilité, notamment en ce qui concerne les problèmes de santé mentale,

de déficience intellectuelle et de démence, ainsi qu'une augmentation de la demande pour des soins palliatifs et de fin de vie à domicile. Des enjeux de taille en matière de dignité et de droits de la personne. Conséquemment, la complexité de ces situations cliniques implique la nécessité d'offrir un panier de services variés et harmonisés, mais en même temps flexibles, et d'avoir recours à des professionnels ayant des compétences cliniques avancées, aptes à répondre aux besoins de santé spécifiques de la personne âgée en perte d'autonomie ou en fin de vie et de ses proches aidants, ou à les anticiper – l'objectif étant de prévenir les détériorations et les exacerbations des conditions cliniques qui nécessitent le recours aux urgences ou aux lits d'hospitalisation.

Enfin, la recherche, l'évaluation des pratiques et l'instauration d'indicateurs de suivi et de résultats, dans une perspective de soutien à l'implantation et de suivi de la mise en œuvre de ces pratiques, devront être élaborés. De plus, l'OIIQ est d'avis que ces indicateurs devront être sensibles aux soins et aux services à domicile, ainsi qu'aux soins et aux services infirmiers dans ce contexte.

2

Le rôle des centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)

Afin de répondre à la demande de services pour les personnes en perte d'autonomie, le ministre de la Santé et des Services sociaux propose, avec la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, une véritable intégration des services afin de favoriser et simplifier leur accès à la population (dont les aînés) et ainsi, de contribuer à améliorer la qualité et la sécurité des soins, en plus d'accroître l'efficacité et l'efficience du réseau. En ce sens, cette réorganisation constitue un important levier de changement et offre un contexte propice à revoir les pratiques cliniques et organisationnelles.

En 2003, la politique de soutien à domicile *Chez soi : le premier choix* affirmait que le domicile devait être la première option à considérer en début et en cours d'intervention. Malgré une vision et une philosophie d'action claires, cette politique n'a pas rendu possible l'atteinte des résultats escomptés. En effet, cette politique ne permettait pas de bien circonscrire l'offre de services afin d'assurer son harmonisation dans toutes les régions du Québec.

L'OIIQ est d'avis que, dans la foulée des travaux de révision des pratiques cliniques et organisationnelles, l'offre de services devra être précisée et standardisée, de sorte que puisse être envisagée une organisation efficace du soutien à domicile, et ce, dans toutes les régions du Québec. Un panier de services assurés devrait permettre aux CISSS la possibilité de recruter des ressources humaines compétentes et de conclure des ententes avec les organismes qui répondent aux exigences de cette offre de services. Cela permettrait aussi aux établissements d'élaborer des mesures de contrôle de qualité, autant de performance que de gestion de risques.

Les CISSS auront besoin de moyens qui leur permettront de jouer le rôle de chef d'orchestre dans un environnement qui est actuellement très complexe. En raison des nombreux partenaires et acteurs, de même que des services offerts à domicile, à l'extérieur ou à l'intérieur de leurs murs, au privé ou au public, l'OIIQ est particulièrement préoccupé par la capacité des établissements à être imputables des pratiques cliniques, de l'encadrement et des normes relatives à la sécurité et à la qualité des services. Le rôle des CISSS s'avère donc d'autant plus important, car ils doivent répondre à l'offre de services, les coordonner, gérer les risques et assurer la qualité des soins. En effet, les personnes en perte d'autonomie présentent différents profils d'incapacité et requièrent une grande gamme de services, autant pour les activités de la vie domestique (AVD), les activités de la vie quotidienne (AVQ) que pour les soins médicaux, infirmiers et de réadaptation. Ainsi, le nombre d'intervenants qui gravitent à domicile auprès d'une personne en perte d'autonomie et de ses proches aidants est important et nécessite une coordination efficace.

L'OIIQ est donc d'avis que le modèle de prestations qui sera proposé impliquera que les services professionnels demeurent sous la responsabilité directe du réseau public par l'intermédiaire des CISSS, dont la mission est d'encadrer les pratiques professionnelles selon les divers règlements et lois en vigueur. À cela s'est ajouté, avec les changements apportés au *Code des professions*, l'encadrement du travail de non-professionnels ou aides-soignants : ces deux groupes offrent une prestation de soins, notamment en ce qui concerne les AVQ, auprès de clientèles bien définies telles que les personnes âgées semi-autonomes en résidence privée et dans des environnements variables.

Étant donné que les AVQ ne se limitent pas aux soins d'hygiène ni à l'aide à la mobilité, mais qu'ils requièrent souvent des soins invasifs et l'administration de médicaments, ces activités de soins, afin de ne pas devenir préjudiciables, doivent être effectuées par des personnes formées et encadrées. L'OIIQ est soucieux des enjeux de qualité et de sécurité liés à l'encadrement des non-professionnels. Le domicile étant un lieu isolé où les intervenants agissent seuls, sans supervision et avec un accès limité pour consulter les collègues, les CISSS, dont les directions de soins infirmiers (DSI), en collaboration avec leurs partenaires du réseau local, devront s'assurer de la prestation sécuritaire des activités réservées de soins infirmiers. Il sera essentiel que les employés qui donneront des soins à domicile soient certifiés et titulaires d'une formation reconnue (ACSSS, AIIC et CMFC, 2016). Ainsi, les directions des programmes concernées devront mettre en place des conditions permettant aux infirmières de bien encadrer les activités de soins donnés par des non-professionnels, et ce, dans un but de protection du public.

1. L'OIIQ recommande que l'offre de soins et de services à domicile à la population âgée soit clairement détaillée, standardisée et diffusée.
2. L'OIIQ recommande que le rôle et les responsabilités de tous les acteurs concernés soient bien définis.
3. L'OIIQ recommande que les modalités d'évaluation et les plans d'intervention, pour les personnes qui requièrent des services de soutien à domicile, demeurent sous la responsabilité du réseau public de santé.
4. L'OIIQ recommande que les pratiques cliniques, l'encadrement et les normes relatives à la sécurité et à la qualité demeurent une responsabilité du réseau public de santé, selon les mandats qui lui sont confiés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).
5. L'OIIQ recommande que toutes les personnes provenant d'une organisation hors réseau public de santé et qui donnent des services en lien avec les AVQ, aient suivi une formation reconnue, telle que « auxiliaire aux services de santé et sociaux ou assistance à la personne en établissement ».

3

Approches, enjeux et éléments clés en lien avec les meilleures pratiques cliniques et organisationnelles en soutien à domicile

3.1

Admissibilité et évaluation

Afin d'être admissible au soutien à domicile, une personne doit faire l'objet d'une évaluation de ses besoins. Cette évaluation, basée sur des activités de la vie courante, est réalisée à l'aide de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) actuellement utilisé dans les établissements du Québec pour l'évaluation des usagers des services de soutien à domicile ou en besoin d'hébergement. Cet outil d'évaluation intègre le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Il mesure le niveau d'incapacités résultant d'une déficience, identifie les ressources afin de pallier ces incapacités et indique les handicaps pour lesquels la personne doit obtenir de l'aide. Chaque profil ISO-SMAF permet de déterminer le niveau de services dont pourrait avoir besoin la personne pour les soins et services, l'assistance aux AVQ et l'aide aux AVD. Les besoins de la personne sont ensuite colligés dans un plan d'intervention précisant la nature et l'intensité des services requis en fonction de ses ressources personnelles.

Cet outil, qui a été conçu pour évaluer les incapacités, a fait ses preuves. Par contre, l'OIIQ est d'avis que même si l'OEMC mesure le niveau d'autonomie, il ne permet pas une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne ainsi que des impacts de cette condition sur leur niveau d'autonomie. Également, l'OEMC ne permet pas d'évaluer le niveau de soins que la personne nécessite, ni l'ampleur des besoins psychosociaux. De plus, pour le même profil ISO-SMAF d'incapacité, ne sont pas pris en compte la condition sociale ou culturelle de la personne, la complexité de la situation ainsi que la condition de santé physique et les soins requis qui deviennent de plus en plus complexes (trachéostomie, ventilateurs mécaniques, pompes à perfusion, pansements complexes, etc.). Pourtant, tous ces éléments peuvent être des obstacles à un soutien à domicile sécuritaire. Finalement, les besoins du proche aidant ne sont pas évalués par l'OEMC. De cette façon, une évaluation incomplète peut faire en sorte que l'usager et ses proches aidants ne bénéficient pas des services les plus pertinents et sécuritaires selon leurs besoins spécifiques d'intensité de services à eux, et entraîner comme conséquence un échec du maintien à domicile.

Compte tenu du fait que l'objectif de l'offre de services en soutien à domicile est de maintenir le plus longtemps possible la personne à domicile avec les services qu'elle requiert et ainsi d'éviter l'utilisation de ressources plus spécialisées, une évaluation complète de la condition physique et mentale devra être effectuée dès le début du processus. Pour ce faire, des outils favorisant l'inclusion de ces dimensions seront utilisés, afin de bien définir la situation globale et le contexte dans lesquels se retrouve la personne en perte d'autonomie et de repérer les plus vulnérables (ACSSD, AIIC et CMFC, 2016; Randall et al., 2016; Snoddon, 2010). Il devrait alors y avoir adéquation entre les besoins de soins et de services et la capacité du réseau à donner ces services, ce qui éviterait des délais indus et les listes d'attente.

De plus, tous s'entendent pour reconnaître la contribution des proches aidants et conviennent que l'engagement de ces derniers devrait être mieux soutenu et encouragé. À l'instar de la proposition de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille (2013), l'OIIQ est d'avis que l'évaluation des besoins de la personne en perte d'autonomie devrait inclure systématiquement l'évaluation des besoins de ses proches aidants.

Compte tenu de tous ces éléments, l'offre de soins et services serait basée sur une situation de vie et des conditions de santé beaucoup plus précises : par conséquent, le plan de services serait nettement plus pertinent. L'évaluation de l'état de santé et des incapacités de la personne, dans toute sa complexité et sa globalité, devrait être au cœur du projet du MSSS qui vise à revoir les pratiques cliniques et organisationnelles au soutien à domicile. Dans ce contexte, le rôle de l'infirmière est central quant à l'évaluation de la condition de santé physique et mentale, activité professionnelle qui lui est réservée par la loi et pour laquelle elle est formée. Puisqu'elle est la seule professionnelle avec le médecin à être autorisée par les lois à exercer cette activité, l'infirmière doit être impliquée dans le processus d'évaluation de la condition de santé d'une personne lorsque cette évaluation est requise. De plus, l'infirmière est bien placée pour pouvoir repérer, sur les bases de son évaluation, les patients les plus vulnérables dont le fardeau de la maladie et les enjeux de santé complexes sont des obstacles au maintien à domicile et qui devraient bénéficier de la plus grande intensité de services et de soins (Randall et al., 2016; Snoddon, 2010). Ainsi, l'évaluation de l'infirmière permettra la mise en œuvre de services pertinents, et ce, en collaboration avec le patient, les autres professionnels concernés et les proches aidants dont les besoins auront aussi été évalués à l'aide de grilles validées et disponibles. L'approche patient partenaire (le terme patient incluant les proches aidants) est alors au cœur des préoccupations des intervenants.

6. L'OIIQ recommande la bonification de l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) ou l'utilisation systématique d'outils complémentaires standardisés afin de permettre une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne en perte d'autonomie, de manière à ce que les services donnés soient en adéquation avec les besoins réels.
7. L'OIIQ recommande d'implanter un processus systématique d'évaluation des besoins des proches aidants en complément à l'évaluation de la personne en perte d'autonomie.

À l'instar de l'évaluation complète et globale de la condition de santé et du niveau d'autonomie de la personne, la gestion de cas est reconnue comme une pratique exemplaire en soutien à domicile pour la clientèle vulnérable, présentant des enjeux cliniques complexes (Association canadienne de soins et services à domicile, 2005; Department of Health, 2005a; Metcalfe, 2005; Randall et al., 2016; You, Dunt, Doyle et Hsueh, 2012). Le gestionnaire de cas est un professionnel de la santé qui intervient auprès des personnes en perte d'autonomie, en situation de complexité et d'incapacité. Il est l'intervenant pivot responsable de la coordination des soins et services à la personne et à ses proches aidants, ce qui élimine ainsi les interventions non concertées et la fragmentation des soins (Hudon, Chouinard, Diadiou, Lambert et Bouliane, 2015; Voyer, 2013). Il est responsable de l'évaluation, de la planification des services par l'intermédiaire du plan de services individualisé (PSI), de la dispensation et de la coordination de l'ensemble des mesures prévues avec l'équipe interdisciplinaire; il a aussi recours à l'approche patient partenaire.

Le modèle de gestion de cas, adopté lors de l'implantation des réseaux de services intégrés pour personnes âgées, est un acquis pour la plupart des CISSS du Québec. Cela incite l'OIIQ à croire que la gestion de cas deviendra la pierre angulaire ou l'assise de l'organisation de l'offre de services et inclura la coordination de ces derniers ainsi que la contribution des professionnels impliqués. Habituellement composées d'infirmières et de travailleurs sociaux, les équipes de gestionnaires de cas font souvent face à des situations complexes, autant du point de vue social que de celui des soins de santé physique ou mentale. Ainsi, ces gestionnaires de cas doivent avoir accès, selon les besoins et en temps opportun, aux ressources professionnelles complémentaires à leurs propres interventions.

En effet, la personne en perte d'autonomie, suivie en gestion de cas, présente des besoins multiples et évolutifs : elle requiert une vigilance et une surveillance continues. Le gestionnaire de cas peut provenir de différentes disciplines professionnelles et ne devrait pas agir uniquement en tant que courtier de services : il devrait être en mesure d'offrir des services propres à sa discipline tout en collaborant avec d'autres professionnels. Par ailleurs, la gestion de cas devrait être confiée à l'intervenant qui possède les compétences liées à la problématique prédominante de la personne en perte d'autonomie.

De ce fait, une personne qui présente des problèmes de santé générant des enjeux cliniques et à risque liés à la santé physique, aux maladies chroniques, aux troubles cognitifs, aux médicaments et à des traitements invasifs, devrait être confiée à une infirmière pour sa gestion de cas (Carrier et Newbury, 2016; Randall et al., 2016). Les enjeux cliniques, pour le suivi à long terme au domicile, sont cruciaux. La personne se trouve habituellement dans un état de santé précaire et complexe : elle présente souvent plusieurs maladies chroniques dégénératives qui diminuent son autonomie fonctionnelle. L'état de santé physique ou mentale peut changer brusquement, ce qui nécessite des compétences de pointe sur le plan de la surveillance clinique, activité réservée aux infirmières. Conséquemment, les infirmières deviennent de moins en moins interchangeables en raison de la spécificité que nécessite une intervention prompte correspondant au niveau de gravité ou d'urgence afin d'éviter l'hospitalisation (Voyer, 2013). Ainsi, pour éviter les séjours à l'urgence et l'utilisation des lits de soins aigus, les personnes âgées en perte d'autonomie qui présentent des enjeux cliniques complexes et qui demeurent à domicile, devraient se voir attribuer une infirmière gestionnaire de cas et pouvoir également compter 24/7 sur des services médicaux et infirmiers intégrés (ACSSD, AIIC et CMFC, 2016; Stampa, 2014; Béland, 2006; Joo, 2016). En effet, le morcellement des soins et services entre les établissements, les sites, les programmes et les intervenants et entre la première et la deuxième lignes, est un obstacle majeur au maintien à domicile.

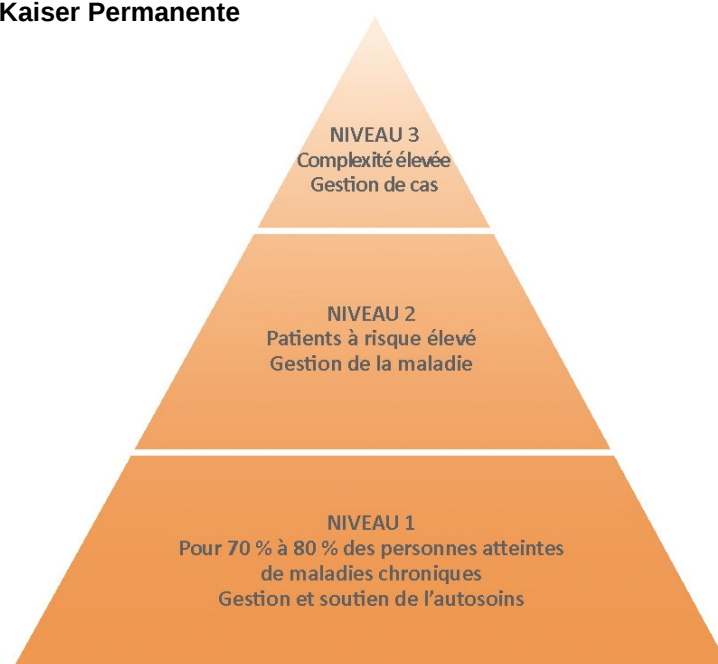
Le gestionnaire de cas assure l'intégration des services entre les différents paliers de services et d'intervenants, tout en établissant une trajectoire de soins pour chacun des patients en particulier (Dubuc et al., 2013; Hudon et al., 2015).

Nous sommes donc d'avis, à l'instar des modèles de gestion de cas qui ont fait leurs preuves et qui ont été déployés aux États-Unis (Kaiser Permanente et Evercare) ainsi qu'en Angleterre (Supporting People with Long Term Condition), que la gestion de cas, par des infirmières, des patients présentant une stratification du niveau de complexité la plus élevée (voir figure 1), devrait être la base des pratiques en maintien à domicile (Carrier et Newbury, 2016; Metcalfe, 2005; Randall et al., 2016; Snoddon, 2010).

Ainsi, les patients les plus vulnérables, ayant les besoins de santé et les enjeux cliniques les plus complexes et qui représentent le plus grand fardeau pour le système, seraient sous les soins d'une infirmière gestionnaire de cas selon les principes suivants :

- Définir un plan de soins personnalisé basé sur les réels besoins et qui reflète les choix du patient.
- Établir une trajectoire de soins intégrée pour chacun des patients.
- Offrir des soins proactifs au sein d'une équipe multidisciplinaire dont les services sociaux et utiliser tous les niveaux de soins et de partenariat, allant des services spécialisés aux organismes communautaires.
- Dispenser des soins et des services dans l'environnement le moins spécialisé possible, dont le domicile.
- Mettre l'accent sur les patients représentant le plus gros fardeau pour le système.
- Favoriser et soutenir les soins de santé primaire et la prévention pour tous les niveaux de stratification de la complexité.

Figure 1
Stratification de l'état de santé et de la complexité des soins
selon la pyramide de Kaiser Permanente



Source : Department of Health, 2005a, cité dans Commissaire à la santé et au bien-être, 2010, p. 87.

L'OIIQ est conscient que l'organisation de ces services sera un grand défi pour les CISSS, autant pour les différents programmes clientèles que pour les différentes disciplines professionnelles. Par contre, nous avons bon espoir que l'intégration des services, visée par la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*, sera un levier incontournable pour relever ce défi.

8. L'OIIQ recommande que l'infirmière soit désignée gestionnaire de cas pour les personnes qui nécessitent des soins et services professionnels et dont les problèmes de santé générant des enjeux cliniques complexes sont à l'origine de la perte d'autonomie.

3.3 | L'accès aux services médicaux

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'accès aux services médicaux ainsi qu'aux autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire est un élément crucial en gestion de cas. Outre les professionnels des établissements avec lesquels le gestionnaire de cas doit se coordonner, les médecins jouent également un rôle capital. Actuellement, l'accès au médecin de famille est difficile et ne répond pas nécessairement aux besoins les plus urgents d'une personne en perte d'autonomie ou présentant une détérioration ou une exacerbation de ses symptômes, ni aux besoins de l'équipe interdisciplinaire qui s'en occupe. Peu de médecins offrent des soins à domicile ou sont disponibles en temps opportun, et ce, malgré le vieillissement de la population qui exige un soutien plus intensif et performant avec une accessibilité à ces services médicaux. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) pourrait aussi être mise à contribution. En effet, sa formation et son champ d'exercice, en collaboration avec un médecin de famille, lui permettent d'assurer le suivi des personnes en perte d'autonomie. En plus de ses compétences l'autorisant à exercer certaines activités relevant de la pratique médicale, l'IPSPL a enrichi ses connaissances propres à la discipline infirmière; ainsi, elle en fait bénéficier son équipe dans les différents milieux de première ligne. Elle propose aussi une réflexion critique sur des situations de soins parfois complexes et participe à la prise de décisions cliniques. L'IPSPL possède également les habiletés nécessaires au développement de la collaboration interprofessionnelle essentielle à l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services de première ligne, y compris les soins à domicile (Vedel, Monette, Béland, Monette et Bergman, 2011).

L'IPSPL procède à une évaluation exhaustive de la condition de santé de la personne âgée. Elle utilise une approche de promotion de la santé et de prévention de la maladie afin de maintenir l'autonomie fonctionnelle et de fournir un accès rapide à des traitements pour des problèmes de santé courants et pour le suivi des maladies chroniques. Elle contrôle les symptômes afin d'éviter une détérioration de l'état de santé du patient et une hospitalisation éventuelle. En dernier lieu, elle prodigue des soins palliatifs et des soins de fin de vie.

L'OIIQ est d'avis qu'il faut parfaitement définir le rôle et la contribution spécifiques de chaque intervenant impliqué, soit le médecin, l'IPSPL et l'infirmière, et aussi définir des trajectoires de référence, des modalités de disponibilité 24/7 des effectifs médicaux ainsi que des mécanismes formels de communication requis entre les professionnels, de sorte qu'une approche collaborative soit implantée. À l'instar de ce qui a été privilégié par le MSSS comme approche en CHSLD, l'infirmière devrait être en responsabilité et le tandem médecin-IPSPL serait en référence et en appui.

9. L'OIIQ recommande de rendre disponibles, pour les soins à domicile, des tandems médecins-IPSPL afin de soutenir une réponse efficiente face à une hausse potentielle de la demande de soins médicaux à domicile.
10. L'OIIQ recommande de bien définir la contribution spécifique du médecin, de l'IPSPL et de l'infirmière et de définir des trajectoires de référence et des mécanismes de communication formels entre eux.

3.4 | Le partage de l'information

La gestion de cas implique également la coordination et la circulation de l'information concernant la personne en perte d'autonomie. Une coordination efficace de services passe par un partage essentiel de toutes les données d'ordre médical, y compris le volet infirmier, le volet psychosocial et le soutien à l'adaptation (ergothérapie, physiothérapie).

L'OIIQ est par contre préoccupé quant à la gestion de la confidentialité de l'information qui circule. Ces informations, provenant de sources multiples et diversifiées, concernent toutes les composantes de l'être humain et relèvent, en particulier, de tout ce qui a trait à son intimité. Le code de déontologie de l'infirmière et celui de chaque professionnel de l'équipe interdisciplinaire imposent respect et discrétion quant à la communication des informations recueillies. Des précautions particulières devront être prises quant aux renseignements de santé, requis pour les soins, mais qui sont hautement confidentiels et transmis à des personnes qui ne sont pas nécessairement tenues par le secret professionnel. Les établissements de santé et les instances concernées devront s'attarder tout particulièrement à cette problématique et encadrer les façons de faire, relatives aux renseignements personnels, tout en s'assurant que l'information pertinente permettant une meilleure intégration des services et la continuité des soins entre les professionnels est disponible (ACSSD, AIIC et CMFC, 2016). Il est clair que la communication et le partage d'information entre les équipes et entre les services (entre le programme de soutien à domicile, le médecin de famille en GMF et l'infirmière d'Info-Santé par exemple) sont des éléments clés pour éviter la fragmentation des soins et le recours aux urgences ou services plus spécialisés (Vedel et al., 2011).

11. L'OIIQ recommande que des processus formels d'encadrement du partage de l'information bidirectionnel soient élaborés afin d'assurer la protection des renseignements personnels du patient.

La condition des personnes en perte d'autonomie nécessite généralement différents types de soins et différents prestataires. La collaboration interdisciplinaire et intersectorielle est au cœur des processus rattachés à l'implantation de meilleures pratiques en soutien à domicile. Déjà, des établissements ont instauré différents systèmes qui permettent la consultation à distance, l'accès en tout temps aux données cliniques et la mise à jour régulière des différents plans d'intervention ou de services interdisciplinaires. Par exemple, des spécialistes peuvent évaluer un problème sans devoir se déplacer et proposer un plan d'intervention qui répond aux besoins de l'utilisateur tout en soutenant la pratique de l'infirmière.

Le succès de l'implantation de meilleures pratiques en soutien à domicile, dont une meilleure intégration et coordination des services, sera en grande partie tributaire d'une bonne utilisation des télésoins et des technologies de l'information dans les milieux cliniques. Ces technologies présentent des avantages indéniables autant pour les prestataires de soins que pour les patients (Conseil interprofessionnel du Québec [CIQ], 2016). Somme toute, elles favorisent l'efficacité du réseau, l'accès aux soins et aux services, l'évaluation et la gestion de cas, une coordination interprofessionnelle et intersectorielle accrue ainsi qu'une meilleure équité pour les régions.

De par son rôle de coordination et de gestion de cas, l'infirmière sera au centre de l'utilisation de ces nouvelles technologies. Celles-ci accroîtront la portée de son travail, notamment sur les plans de l'accès à l'information, de l'évaluation, du jugement clinique et du nombre de patients qu'elle pourra traiter. Par exemple, une personne en perte d'autonomie, qu'elle soit âgée ou qu'elle ait une déficience physique, présente souvent des plaies chroniques nécessitant des soins complexes. L'accès à un spécialiste à distance, en temps réel et avec image, a déjà démontré des impacts positifs sur le processus de guérison et sur la diminution de l'utilisation moins pertinente d'heures/soins à domicile. Beaucoup de suivis peuvent être faits à distance, ce qui permet ainsi au professionnel d'assurer une continuité dans le traitement des données et de suivre l'évolution de la condition de santé sans devoir se déplacer.

Tous les professionnels sur le terrain devront être équipés adéquatement de matériel informatique et d'une connexion Internet afin de soutenir l'analyse et le traitement de l'information dans un contexte interdisciplinaire et intersectoriel. Pour démontrer leur efficacité, les systèmes devront être intégrés et interopérables : de ce fait, ils permettront d'assurer une dispensation de soins et de services sécuritaires et de qualité. Pour ce faire, des balises visant à encadrer la pratique des professionnels en matière de télésoins et d'utilisation des nouvelles technologies devront être posées (CIQ, 2016).

12. L'OIIQ recommande que l'informatisation des processus cliniques et l'utilisation des technologies de l'information, dont les télésoins, fassent partie intégrante des bonnes pratiques en soins à domicile.

4

Le rôle des infirmières

Les changements aux différents règlements professionnels, les règles relatives à la certification des résidences privées pour aînés, les contrats avec les ressources intermédiaires, l'utilisation des nouvelles technologies, les changements démographiques et la complexification des situations cliniques posent d'importants défis aux infirmières exerçant dans ce domaine de pratique que sont les soins à domicile.

L'exercice infirmier en soutien à domicile repose sur l'autonomie professionnelle de l'infirmière. Il requiert des connaissances approfondies, un jugement clinique sûr, une grande capacité d'adaptation et une aptitude à travailler en partenariat avec la personne et ses proches aidants ainsi qu'avec les autres professionnels de la santé. L'infirmière doit tenir compte, dans son approche et dans ses interventions, de la condition de santé du patient, des répercussions de son état de santé sur lui-même et sur sa famille, de ses valeurs et de sa culture ainsi que de son milieu socio-économique et de l'environnement physique dans lequel il vit (Hudon et al., 2015). L'infirmière doit aussi tenir compte de l'environnement humain de la personne en perte d'autonomie ainsi que de la réalité vécue par le proche aidant et des besoins spécifiques à ce dernier. De plus, le nombre et la diversité d'intervenants en soins à domicile font en sorte que l'infirmière doit exercer davantage ses habiletés de coordination des soins et de suivi de la clientèle.

L'évaluation clinique constitue une activité essentielle sur laquelle reposent l'intervention de l'infirmière et sa décision de déterminer un plan thérapeutique infirmier (PTI) qui s'arrimera au plan d'intervention interdisciplinaire (PII) ou au plan de services individualisé (PSI), selon la situation de la personne en perte d'autonomie. Le PTI contient notamment les directives qui sont destinées à l'ensemble de l'équipe de soins coordonnée par l'infirmière. En effet, l'Office des professions du Québec a autorisé, par règlement, l'administration de médicaments et la prestation de soins invasifs d'assistance aux AVQ par des aides-soignants dans certains environnements de soins tels que les soins à domicile. Dans ce contexte, l'infirmière devient responsable de l'encadrement des activités réservées de soins infirmiers confiés à des aides-soignants.

Les soins de proximité, la santé communautaire, le droit de prescrire dans le domaine des soins de plaies ainsi que les connaissances et compétences nécessaires à ce rôle sont étudiés à l'université seulement. D'ailleurs, depuis 2001, la formation collégiale des infirmières n'inclut pas les composantes nécessaires à l'exercice infirmier dans la communauté. L'OIIQ est d'avis que les infirmières responsables des suivis à long terme et du maintien à domicile des personnes en perte d'autonomie, doivent être détentrices d'une formation universitaire.

L'OIIQ est d'avis également qu'il est crucial de veiller à ce que les rôles et responsabilités de l'équipe soignante soient mieux définis sur le plan des zones de partage des compétences et de la contribution spécifique de chacun. Il ne faut pas oublier d'inclure la contribution des aides-soignants, du patient lui-même, de sa famille et de ses proches aidants. Le patient est un acteur clé qui possède des forces et des ressources : il est le premier responsable de son bien-être physique, mental et social. Les infirmières, de par leur approche de soins holistique et centrée sur le patient, sont particulièrement bien placées pour encourager le patient à prendre le contrôle de sa situation, à explorer l'étendue de

ses besoins et objectifs de soins et à favoriser le concept d'autosoins (ACSSD, AIIC et CMFC, 2016; Carrier et Newbury, 2016; Hudon et al., 2015; Randall et al., 2016).

Enfin, l'exercice infirmier devrait être éclairé par les données probantes et reposer sur les meilleures pratiques de soins infirmiers au soutien à domicile. De bonnes pratiques cliniques, des indicateurs de qualité et de performance de l'exercice infirmier ainsi que des outils cliniques nationaux devraient être adoptés. De plus, les programmes de formation initiale et continue des infirmières exerçant en soutien à domicile et en gestion de cas, devraient comprendre le développement des compétences et de l'expertise nécessaires aux activités professionnelles et interprofessionnelles essentielles à ce domaine de pratique. L'objectif visé est une meilleure uniformisation des manières de faire, tant sur le plan clinique que sur le plan organisationnel.

13. L'OIIQ recommande que les infirmières responsables des suivis à long terme, pour les personnes en perte d'autonomie à domicile, soient détentrices d'une formation universitaire.
14. L'OIIQ recommande que les rôles et responsabilités de l'équipe soignante ainsi que la contribution spécifique de chacun des intervenants impliqués soient bien définis.
15. L'OIIQ recommande d'adopter, à l'échelle nationale, les bonnes pratiques cliniques en soins infirmiers à domicile.

Les proches aidants constituent la plus grande source d'aide aux personnes en perte d'autonomie. Bien que le degré et le type d'aide fournie diffèrent d'un cas à l'autre, leur apport dans l'allègement du fardeau du système de santé est incommensurable. Des familles plus petites qu'autrefois, géographiquement dispersées, augmentent le défi d'être proche aidant. Aussi, la prestation des soins se complexifie, ce qui est préoccupant, car de nombreux aînés font eux-mêmes office d'aidants auprès d'autres personnes âgées. Les aidants membres de la famille présentement au travail doivent soutenir à la fois leurs parents vieillissants et leurs propres familles. En fait, il existe de nombreux types d'aidants et le domicile exige encore plus de ces personnes. Selon le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), les services publics au Québec comblent moins de 10 % du total des besoins des aînés en perte d'autonomie, puisqu'ils fournissent en fait très peu de soins non médicaux (Letarte, 2016). Comparé aux autres pays de l'OCDE, le Canada est au bas de l'échelle en matière d'offre de soins non médicaux et, au Canada, le Québec est l'une des pires provinces.

Par contre, même si l'offre et les services sont améliorés, le domicile n'est pas toujours le cadre unique ou optimal pour répondre aux besoins de la personne et de ses proches aidants, car il nous faut tenir compte des situations familiales et sociales diverses. De ce fait, il faudra trouver et planifier des solutions de remplacement temporaires (ex. : services divers de répit) ou permanentes qui permettront l'accès à des milieux de vie adaptés et sensibles à l'adéquation des besoins aidé-aidant. De plus, nous ne devons pas désinvestir à outrance les ressources existantes telles que les ressources non institutionnelles ou les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) qui demeurent, à ce jour, des choix de milieux pertinents et appropriés et qui s'imposeront encore dans bon nombre de situations.

En dépit du fait que plusieurs études font état de leur grande vulnérabilité (nombreux problèmes de santé, détresse psychologique perturbant la vie familiale et sociale), il est aussi reconnu que les aidants ne reçoivent les services dont ils ont besoin qu'en dernier ressort, lorsqu'ils sont déjà épuisés ou malades (Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, 2013). Conséquemment, l'OIIQ est d'avis que les services de répit pour les proches aidants doivent être inclus dans le panier de services assurés.

L'OIIQ considère que, sans des proches aidants soutenus par des services qui répondent à leurs besoins, le soutien à domicile pour la personne en perte d'autonomie est mis à rude épreuve, voire devant un échec. Les bonnes pratiques en soutien à domicile visent l'adéquation entre les besoins réels de la personne et les services requis. La même adéquation devrait s'appliquer pour les proches aidants. Comme le propose la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille, des services assurés autant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants devraient être considérés. L'infirmière devra donc assurer une surveillance clinique de la santé physique et mentale du proche (Voyer, 2013).

16. L'OIIQ recommande que les services du soutien à domicile soient assurés tant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants.
17. L'OIIQ recommande, pour permettre le libre choix, que d'autres solutions de remplacement au domicile soient envisagées et que l'accès à des ressources d'hébergement temporaires ou permanentes existantes soit maintenu lorsque la qualité de vie et la sécurité, autant celles de la personne en perte d'autonomie que celles de son proche aidant, sont compromises.

6

Recommandations

La proposition du ministre de la Santé et des Services sociaux de revoir les pratiques de soutien à domicile à différents niveaux fournit, au réseau de la santé, une occasion d'effectuer les virages requis pour répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie. Avec les changements apportés, ces dernières pourront mieux choisir leur milieu de vie, notamment celui de leur domicile. Cette proposition exigera des changements majeurs concernant nos modes et nos structures de soins et pour lesquels l'OIIQ a émis des préoccupations, principalement liées à son mandat de protection du public et au rôle de l'infirmière. À cet effet, l'OIIQ propose une série de mesures, qui sont contenues dans les recommandations suivantes :

1. L'OIIQ recommande que l'offre de soins et de services à domicile à la population âgée soit clairement détaillée, standardisée et diffusée.
2. L'OIIQ recommande que le rôle et les responsabilités de tous les acteurs concernés soient bien définis.
3. L'OIIQ recommande que les modalités d'évaluation et les plans d'intervention, pour les personnes qui requièrent des services de soutien à domicile, demeurent sous la responsabilité du réseau public de santé.
4. L'OIIQ recommande que les pratiques cliniques, l'encadrement et les normes relatives à la sécurité et à la qualité demeurent une responsabilité du réseau public de santé, selon les mandats qui lui sont confiés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (LSSSS).
5. L'OIIQ recommande que toutes les personnes provenant d'une organisation hors réseau public de santé et qui donnent des services en lien avec les AVQ, aient suivi une formation reconnue telle que « auxiliaire aux services de santé et sociaux ou assistance à la personne en établissement ».
6. L'OIIQ recommande la bonification de l'outil d'évaluation multicientèle (OEMC) ou l'utilisation systématique d'outils complémentaires standardisés afin de permettre une évaluation complète de la condition de santé physique et mentale de la personne en perte d'autonomie, de manière à ce que les services donnés soient en adéquation avec les besoins réels.
7. L'OIIQ recommande d'implanter un processus systématique d'évaluation des besoins des proches aidants en complément à l'évaluation de la personne en perte d'autonomie.
8. L'OIIQ recommande que l'infirmière soit désignée gestionnaire de cas pour les personnes qui nécessitent des soins et services professionnels et dont les problèmes de santé générant des enjeux cliniques complexes sont à l'origine de la perte d'autonomie.

9. L'OIIQ recommande de rendre disponibles, pour les soins à domicile, des tandems médecins-IPSPL afin de soutenir une réponse efficiente face à une hausse potentielle de la demande de soins médicaux à domicile.
10. L'OIIQ recommande de bien définir la contribution spécifique du médecin, de l'IPSPL et de l'infirmière et de définir des trajectoires de référence et des mécanismes de communication formels entre eux.
11. L'OIIQ recommande que des processus formels d'encadrement du partage de l'information bidirectionnel soient élaborés afin d'assurer la protection des renseignements personnels du patient.
12. L'OIIQ recommande que l'informatisation des processus cliniques et l'utilisation des technologies de l'information, dont les télésoins, fassent partie intégrante des bonnes pratiques en soins à domicile.
13. L'OIIQ recommande que les infirmières responsables des suivis à long terme, pour les personnes en perte d'autonomie à domicile, soient détentrices d'une formation universitaire.
14. L'OIIQ recommande que les rôles et responsabilités de l'équipe soignante ainsi que la contribution spécifique de chacun des intervenants impliqués soient bien définis.
15. L'OIIQ recommande d'adopter, à l'échelle nationale, les bonnes pratiques cliniques en soins infirmiers à domicile.
16. L'OIIQ recommande que les services du soutien à domicile soient assurés tant pour la personne en perte d'autonomie que pour ses proches aidants.
17. L'OIIQ recommande, pour permettre le libre choix, que d'autres solutions de remplacement au domicile soient envisagées et que l'accès à des ressources d'hébergement temporaires ou permanentes existantes soit maintenu lorsque la qualité de vie et la sécurité, autant celles de la personne en perte d'autonomie que celles de son proche aidant, sont compromises.

Références

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. (2013). *Soins et services à domicile de longue durée – Volet 2 : recension de pratiques*. Repéré à <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3561/Recension%20pratiques%20SAD%202014%2001%2007.pdf>

Association canadienne de soins et services à domicile. (2005). *La gestion de cas à domicile : table ronde sur invitation, 3 et 4 mars 2005 : résumé des délibérations*. Repéré à <http://canadiensensante.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/2005-case-management-gestion-cas/alt/2005-case-management-gestion-cas-fra.pdf>

Association canadienne de soins et services à domicile, Association des infirmières et infirmiers du Canada, et Collège des médecins de famille du Canada. (2016). *Un Plan national pour de meilleurs soins à domicile au Canada*. Repéré à <http://www.thehomecareplan.ca/wp-content/uploads/2016/10/Better-Home-Care-Report-Oct-French-v3-1.pdf>

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. (2011). *Six cibles pour faire face au vieillissement de la population*. Repéré à http://www.aqesss.qc.ca/docs/public_html/document/Documents_deposes/six_cibles_vieillissement_rapport_2011.pdf

Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A.-P., et Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial. *Journals of Gerontology*, 61(4), 367-373.

Busby, C., et Robson, W. B. (2013). *La gestion des coûts des soins de santé pour une population vieillissante : le défi fiscal que le Québec n'a pas encore relevé*. Repéré sur le site de l'Institut C.D. Howe : https://www.cdhowe.org/sites/default/files/attachments/research_papers/mixed/e-brief_149_QC_F.pdf

Carrier, J., et Newbury, G. (2016). Managing long-term conditions in primary and community care. *British Journal of Community Nursing*, 21(10), 504-508.

Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. (2014). *Guide des standards de pratique de première ligne au soutien à domicile : ergothérapie, nutrition, physiothérapie, soins infirmiers et travail social*. Repéré à http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/standards_de_pratique_-version_finale-dec._2014_1.pdf

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. (2013). *Soins à domicile : une synthèse des connaissances pour répondre à des questions prioritaires aux paliers local et central*. Repéré à http://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/tourigny_2013_synthese_connaissances_soinsdomicile.pdf

Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. (2013). *Soutenir les proches aidants de personnes en perte d'autonomie... des avenues à considérer*. Repéré à <http://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/commissions/CSSS/mandats/Mandat-24161/memoires-deposes.html>

Commissaire à la santé et au bien-être. (2010). *État de situation portant sur les maladies chroniques et la réponse du système de santé et de services sociaux* (Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010, vol. 2). Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T2-EtatSituationMaladiesChroniques-052010.pdf

Conseil interprofessionnel du Québec. (2016). *Télépratique et gestion du dossier numérique en santé et en relations humaines : outil d'aide à la décision*. Repéré à https://professions-quebec.org/wp-content/uploads/2016/11/télépratique_dossier_numérique_vf_2016-10-06.pdf

De Stampa, M., Vedel, I., Buyck, J. F., Lapointe, L., Bergman, H., Beland, F., et Ankri, J. (2014). Impact on hospital admissions of an integrated primary care model for very frail elderly patients. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 58(3), 350-355.

Department of Health. (2005a). *Supporting people with long term conditions: An NHS and Social Care Model to support local innovation and integration*. Repéré à http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4122574.pdf

Department of Health. (2005b). *Supporting people with long term conditions: Liberating the talents of nurses who care for people with long term conditions*. Repéré à http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4102498.pdf

Dubuc, N., Bonin, L., Tourigny, A., Mathieu, L., Couturier, Y., Tousignant, M., . . . Raiche, M. (2013, 17 mai). Development of integrated care pathways: Toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *International Journal of Integrated Care*, 13, e017.

Hudon, C., Chouinard, M. C., Diadiou, F., Lambert, M., et Bouliane, D. (2015). Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: A qualitative study of patient and family experience. *Annals of Family Medicine*, 13(6), 523-528.

Institut national de santé publique du Québec. (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées : le point de vue des experts*. Repéré à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1640_SynthAccConnCondMiseOeuvreResServIntPersAgees.pdf

Joo, J. Y., et Liu, M. F. (2016, 11 novembre). Case management effectiveness in reducing hospital use: A systematic review. *International Nursing Review*. doi:10.1111/inr.12335.

Letarte, M. (2016, 3 décembre). Vieillesse de la population : proches aidants par défaut. *Le Devoir*. Repéré à <http://www.ledevoir.com/societe/sante/485981/vieillesse-de-la-population-proches-aidants-par-defaut>

Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, L.Q. 2015, chapitre 1.

Metcalfe, J. (2005). The management of patients with long-term conditions. *Nursing Standard*, 19(45), 53-60.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : le premier choix : la politique de soutien à domicile*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *L'autonomie pour tous : livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*. Repéré à http://www.assnat.qc.ca/Media/Process.aspx?MediaId=ANQ.Vigie.Bll.DocumentGenerique_72745

Ministère des Affaires sociales et de la Santé. (2016). *Aide à domicile aux personnes âgées et aux personnes handicapées par les SAAD prestataires : le guide des bonnes pratiques*. Repéré à http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20161207_-_guide_des_bonnes_pratiques_pa_ph.pdf

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2010). *L'exercice infirmier en santé communautaire : soutien à domicile : lignes directrices* (2^e éd.). Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/295LD-soutien-domicile.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2013). *Assurance autonomie : mémoire*. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/3399_AssuranceAutonomie_Memoire.pdf

Randall, S., Thunhurst, C., et Furze, G. (2016). Community matrons as problem-solvers for people living with multi-co-morbid disease. *British Journal of Community Nursing*, 21(12), 594-598.

Snoddon, J. (2010). *Case management of long-term conditions: Principles and practice for nurses*. Malden, MA : Wiley-Blackwell.

Vedel, I., Monette, M., Béland, F., Monette, J., et Bergman, H. (2011, 7 mars). Ten years of integrated care: Backwards and forwards: The case of the province of Quebec, Canada. *International Journal of Integrated Care*, 11(éd. spéc.), e004.

Voyer, P. (dir.). (2013). *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (2^e éd.). Saint-Laurent, QC : Éditions du Renouveau Pédagogique.

You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., et Hsueh, A. (2012, 14 novembre). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: A systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research*, 12, 395.

