

Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale

(2019-2023)

**Expérimenter la gériatrie
sociale pour ajouter de
la vie aux années**



La gériatrie sociale est une idée originale du Dr Stéphane Lemire, MD, M.Sc., interniste-gériatre et président fondateur de la Fondation AGES

Sous la direction de :
Élie Belley-Pelletier, directeur général

Rédaction :
Élise Doré, erg., ergothérapeute-conseil à la Fondation AGES
Sylvie Lafrenière, inf. M. Sc., infirmière-conseil à la Fondation AGES
François Talbot, directeur général adjoint à la Fondation AGES

Collaboratrices :
Geneviève Dubé, conseillère au développement en gériatrie sociale à la Fondation AGES
Mireille Landry, coordonnatrice aux relations publiques et aux partenariats à la Fondation AGES
Sophie Michaud, coordonnatrice à l'innovation et au développement des communautés à la Fondation AGES

Infographie : Simon Lavallée-Fortier

La réalisation des projets pilotes en gériatrie sociale a été rendue possible grâce au soutien financier du gouvernement du Québec.

Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales,
204-801 4^e rue, Québec, (Québec), G1J 2T7
Dépôt légal
© Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales, 2023
2^e trimestre 2023
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 978-2-9821674-0-7

Tous droits réservés

Note — Pour faciliter la lecture, le genre féminin est souvent employé, sans aucune discrimination. Cette utilisation a pour seul but d'alléger la lecture.

La reproduction en tout ou en partie, la diffusion et la traduction, à des fins non commerciales sont permises avec l'autorisation de la Fondation AGES et avec mention de la source.

Table des matières

Liste des acronymes utilisés	6
Mot du président fondateur de la Fondation AGES.....	7
Introduction	9
Intention initiale des projets de gériatrie sociale	10
Méthodologie	11
La gériatrie sociale	12
Qu'est-ce que la gériatrie sociale ?.....	13
Les objectifs de la gériatrie sociale	13
Le vieillissement accéléré.....	14
À qui s'adresse la GS ?	15
Comment repérer le vieillissement accéléré ?	16
Le modèle de gériatrie sociale.....	21
Les projets pilotes de gériatrie sociale	22
Les projets pilotes	23
Projets pilotes financés par le MSSS.....	24
La sentinelle en gériatrie sociale.....	25
Retour historique	26
Constats initiaux	26
Qui sont les sentinelles ?	27
Rôle des sentinelles.....	28
Comment devient-on sentinelle ?.....	29
Outil de travail des sentinelles	30
Résultats	30
Autres caractéristiques des aînés accompagnés par les équipes de GS.....	34
La navigatrice en gériatrie sociale	35
Origine de la création du poste de navigatrice	36
La navigatrice dans la trajectoire d'une alerte	36
L'impact de la collecte approfondie d'informations	36

Les rôles et les actions de la navigatrice	38
Les rôles de la navigatrice	38
Former, soutenir et animer un réseau local de sentinelles.....	38
Repérer les risques et les signes de vieillissement accéléré à domicile	40
Effectuer des actions ciblées à domicile pour améliorer la santé et favoriser le maintien à domicile	40
Participer à l'évaluation du projet et de ses retombées.....	41
Développer et participer à des projets d'innovation.....	41
Les actions de la navigatrice auprès des aînés	42
Actions à domicile en promotion (ADP) de la santé et en prévention	42
Arrimage entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux	46
Développement du pouvoir d'agir de l'aîné et de ses proches sur la gestion de ses soins de santé.....	47
Renforcement du réseau de soutien de l'aîné	48
Résultats	49
AÎNÉES AD-PLUS, son utilisation en intervention et lors des rencontres de discussion des alertes.....	50
<i>L'infirmière du CISSS/CIUSSS associée à l'équipe de GS</i>	<i>51</i>
Pertinence de la ressource infirmière en gériatrie sociale	52
Qui sont ces ressources cliniques ?	53
Temps consacré à la GS	54
Que font les ressources cliniques associées à l'équipe de GS ?	56
Facteurs organisationnels favorisant le travail de la ressource clinique	62
Intervention auprès des 65 ans et plus lors de l'implication de deux programmes CISSS/CIUSSS	62
Saisie d'activités (I-CLSC) et système de documentation adaptés à la GS.....	63
Visites à domicile auprès d'aînés présentant peu de perte d'autonomie	64
Connaissance de la carte sociale	64
Trajectoires d'accueil entre la GS et les programmes du CISSS/CIUSSS	64
Sensibilisation des gestionnaires et intervenants des services touchés par la GS	65
Disponibilité d'un local ou point de chute au sein de l'organisme hôte	65
<i>Le soutien clinique et organisationnel fourni par la Fondation AGES</i>	<i>66</i>
Soutien clinique de la Fondation AGES	67
Formation <i>Sentinelles en gériatrie sociale</i>	67
Orientation initiale de la navigatrice.....	67
Orientation initiale de la ressource clinique associée à l'équipe de GS	68
Rencontres de discussion des alertes (DDA)	69
Communautés de pratique.....	70
Formation continue des navigatrices	73
Accompagnement à la formation de sentinelles.....	74
Soutien clinique ponctuel.....	74
Outils cliniques développés par la Fondation AGES	75

Soutien organisationnel de la Fondation AGES.....	77
Retour historique.....	77
Outils de soutien à la structuration initiale du projet.....	78
Arrimages communautaires.....	79
Arrimages avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.....	80
Collecte et analyse des données.....	81
Gestion des protocoles, des finances et de la reddition.....	82
Réflexions pour la suite.....	83
Agir sur les facteurs personnels ayant un impact sur l'accès aux soins de santé	84
La subsidiarité en matière de soins de santé.....	85
La pertinence de l'outil PRISMA-7^{MC} en gériatrie sociale.....	87
Particularités de certaines clientèles rejointes dans le cadre des projets de gériatrie sociale	88
La gériatrie sociale et les initiatives de travail de milieu pour les aînés vulnérables (ITMAV).....	90
Relation avec les établissements de santé et de services sociaux.....	93
Confidentialité, consentement et communication bilatérale.....	94
Nécessité d'un Guide pratique pour la réflexion éthique des équipes en GS.....	95
Bilatéralité de la communication entre un établissement et le milieu communautaire : l'utilité du principe de cercle de soins	95
Réflexions sur les ressources infirmières en GS.....	96
Est-il justifié d'affecter une ressource infirmière à la gériatrie sociale dans le contexte actuel ?	96
Autres développements en gériatrie sociale.....	98
Impact économique de la gériatrie sociale.....	100
Les résultats en bref des projets pilotes.....	103
Conclusion	104
Nuage de mots.....	105
La Fondation AGES en détail.....	106
Bibliographie.....	107
Annexe 1. Fiche AINÉES AD-PLUS.....	110
Annexe 2. Acronyme AINÉES AD-PLUS : développement, adaptation et utilisation	112
Annexe 3. Modèle logique de la gériatrie sociale	117

Liste des acronymes utilisés

CISSS/CIUSSS	Centre intégré de santé et de services sociaux Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale en aide à domicile
FAGES	Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales
GS	Gériatrie sociale
ITMAV	Initiative de travail de milieu pour les aînés vulnérables
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PPALV	Programme pour les personnes en perte d'autonomie lié au vieillissement
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Mot du président fondateur de la Fondation AGES

En 2013, avec l'appui de plusieurs personnes agissant en communauté auprès des aînés, j'ai mis sur pied la Fondation AGES afin de contribuer autrement à ajouter de la vie aux années des aînés. Permettre aux grands-mères Laurette de ce monde de vieillir, mieux.

Bien que la façon d'y arriver n'était pas claire au départ, il semblait important, à l'aube d'une accélération du vieillissement de la population, d'adapter les notions de gériatrie pour répondre aux besoins croissants des aînés. D'autant plus qu'il semblait déjà certain que le réseau de la santé n'y arriverait pas à lui seul, déconnecté des réalités communautaires et axé davantage sur les aspects cliniques, voire médicaux, de la santé.

Il nous fallait trouver une façon de faciliter la collaboration entre tous les acteurs importants au maintien de la santé des aînés, afin d'agir sur l'ensemble des déterminants de la santé et identifier rapidement les situations problématiques potentielles afin d'éviter un vieillissement accéléré. Un merci tout spécial aux instigateurs et facilitateurs de la Fondation AGES de la première heure : Madame Denise Perron, Madame Julie Rivard, Monsieur John Mackay, Monsieur Jean-Marc Legentil, Madame Josée-Anne Bergeron, Madame Josée Viens, Monsieur Julien Nadeau. Et, évidemment, ma mère, Yvonne Lavoie, ma plus grande fan... ;)

Le hasard faisant bien les choses, j'ai eu tôt la chance de croiser des gens dédiés aux aînés qui voyaient déjà la valeur ajoutée de cette idée de « gériatrie sociale ». M. Jean-Louis Bazin (Fondation Cap-Diamant) m'a orienté vers Mme Josée Arsenault (Service Amical Basse-Ville) qui m'a chaleureusement accueilli dans son organisme pour développer l'idée et expérimenter les balbutiements de la gériatrie sociale. Déjà, en commençant comme chauffeur bénévole, j'ai constaté à quel point ces contacts privilégiés avec les aînés offraient une opportunité d'aller plus loin dans le soutien apporté, d'autant plus que ces contacts étaient la plupart du temps répétés. L'aîné pourrait vraiment faire l'objet d'un repérage élargi en communauté ! Nous avons donc développé les outils nécessaires à ce repérage et les employés et bénévoles de l'organisme ont mis l'épaule à la roue.

Grâce à l'enthousiasme des responsables « aînés » du CSSS de la Vieille-Capitale, dont Mme Céline Allard et ses comparses, il a été possible de permettre à toutes les personnes intéressées par la santé des aînés du secteur Basse-Ville-Limoilou de travailler ensemble dans un seul but commun dans le cadre de cette « expérimentation sur le terrain » : ajouter de la vie aux années des aînés. Le succès rencontré a permis de donner au projet une visibilité médiatique sans précédent pour la Fondation AGES, par la plume de Mylène Moisan. L'idée de départ allaient pouvoir devenir collective.

Le premier forum de gériatrie sociale a alors mis en action plus d'une centaine d'acteurs en lien avec les aînés de façon à construire collectivement un modèle de gériatrie sociale qui pourrait être mis à l'échelle dans toutes les communautés du Québec.

L'arrivée d'Élie Belley-Pelletier comme directeur général a depuis permis de mieux structurer l'approche, la recherche de financement, de tisser des liens avec différentes organisations en lien avec les aînés, de bâtir un organisme de bienfaisance unique en son genre, car dédiée à la santé des aînés en son sens large, sans se consacrer à leurs maladies individuellement. J'apprends beaucoup au contact d'Élie et je ne le remercierai jamais assez d'avoir mis au profit de « la cause » ses immenses qualités d'entrepreneur social, ses compétences de diplomate, son intelligence vive. Jamais je n'aurais rêvé d'être entouré d'une équipe aussi incroyable que celle qu'il a assemblée.

Un merci spécial à Madame Marguerite Blais, qui a convaincu son parti de faire la promesse de soutenir le développement de la gériatrie sociale partout au Québec. Son amour des aînés a donné l'élan nécessaire pour que le modèle de gériatrie sociale se déploie, d'abord avec le financement de trois projets pilotes de gériatrie sociale menés par la Fondation AGES.

Enfin, un merci à toutes celles et ceux qui se sont engagés au sein des projets de gériatrie sociale au cours de toutes ces années : les acteurs et actrices des projets pilotes, les alliés, les aînés qui veulent plus, qui veulent mieux pour leur vieillissement. La gériatrie sociale peut ajouter de la vie aux années uniquement si chacun et chacune met l'épaule à la roue. Merci à vous tous et toutes d'y croire.

Dr Stéphane Lemire
Interniste-gériatre
Président fondateur

Introduction

La gériatrie sociale (GS) a fait son apparition en Basse-Ville de Québec en 2014 suivant la rencontre entre un gériatre et un organisme communautaire. À différentes occasions, notamment lors de forums publics organisés en 2016 et en 2018, les fondements et les principaux processus de l'approche ont été soumis à des centaines de citoyens, partenaires communautaires et institutionnels afin qu'ils soient le fruit d'une coconstruction. Dès lors, l'approche a naturellement évolué et continuera de se raffiner avec le temps.

Avec le développement de plusieurs projets pilotes soutenus par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) entre 2019 et aujourd'hui, le défi était de mettre à l'épreuve une approche émergente dans une diversité de contextes sociodémographiques et géographiques et de faire les ajustements en conséquence.

Les projets pilotes ont été un laboratoire vivant idéal pour valider les hypothèses de base et poursuivre la coconstruction avec le concours de différentes personnes, organismes et établissements de santé dans différentes régions. À mesure que la gériatrie sociale se professionnalise par la constitution d'équipes intersectorielles, les diverses activités de suivi clinique et de gestion, ainsi que les discussions et découvertes issues des communautés de pratique mises sur pied, ont favorisé l'émergence d'une meilleure compréhension terrain des enjeux cliniques, opérationnels et structurels ainsi que des retombées concrètes de l'action en GS.

Aujourd'hui, le temps est venu de tracer un portrait de cette approche après plus de trois années de projets pilotes. Les objectifs de ce rapport sont de :

- Présenter les principales composantes de la gériatrie sociale telles qu'on les conçoit aujourd'hui ;
- Mettre en lumière le parcours des dernières années en insistant sur les apprentissages issus de la mise en œuvre des projets de GS ;
- Explorer les possibilités de développement et d'amélioration du modèle de GS.

Intention initiale des projets de gériatrie sociale

Au moment de la mise en place des projets pilotes en 2019, la Fondation AGES a construit un modèle logique (annexe 3), cadre opératoire constitué d'un guide de déploiement¹, d'un cadre conceptuel² et d'un cadre d'évaluation³ pour établir les balises de fonctionnement des projets pilotes et permettre une comparabilité des projets.

Au moment de l'implantation des premiers projets, des mécanismes ont été mis en place pour documenter les résultats et répondre à plusieurs questions, notamment :

- Est-ce que le modèle déployé répondra aux objectifs pour lequel il a été conçu ?
- Quels seront les facteurs qui faciliteront l'arrimage et la collaboration avec les ressources du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au bénéfice des aînés à domicile ?
- Quelle sera la volumétrie des projets, i.e. combien de personnes seront rejointes ?
- Quelles seront les caractéristiques des aînés rejoints ?
- De manière plus précise, quels seront les effets différenciés sur :
 - Les personnes aînées (cible principale des interventions)
 - Les prestataires de services (cible secondaire)
 - Les communautés d'accueil des projets (cible secondaire).

¹ Fondation AGES (2019). *Guide de déploiement d'un projet pilote*. Québec : Auteur. [document inédit].

² Fondation AGES (2019). *Cadre conceptuel de la gériatrie sociale*. Québec : Auteur. [document inédit].

³ Fondation AGES (2019). *Cadre d'évaluation de la phase I*. Québec : Auteur. [document inédit].

Méthodologie

Ce rapport est construit à partir des intrants quantitatifs et qualitatifs issus des projets et colligés par la Fondation AGES. À l'exception de l'évaluation du MSSS (dont les données ne sont pas accessibles) et d'un rapport externe qui a permis d'interroger individuellement près de 200 intervenants, collaborateurs et aînés à propos de leur regard sur la gériatrie sociale⁴, les données ont été récoltées par des parties prenantes et non par des tiers. Elles ne sont donc pas exemptes de possibilités de biais.

Néanmoins, les éléments récoltés l'ont été de manière méthodique et régulière au fil des redditions de comptes demandées aux projets par la Fondation AGES à l'aide d'une grille de collectes de données qui a évolué avec le temps.

Tableau sommaire des sources de données utilisées dans le présent rapport

Quantitatives	Qualitatives
- Reddition de comptes depuis 2019, mais effectuée de façon trimestrielle des navigatrices depuis avril 2021 - Reddition de comptes trimestrielle des projets - Sondage par une firme extérieure (2021)	- Histoires de cas (68 histoires amassées) - Entrevues semi-dirigées par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (non accessibles) - Rencontres de discussion des alertes (DDA) - Rencontres individuelles de suivi clinique - Rencontres des deux (2) communautés de pratique

Il est de rigueur de mentionner certains biais qui pourraient altérer la qualité des données notamment liés au fait que :

- Les projets pilotes n'ont pas tous démarré au même moment. Les 3 projets pilotes initiaux ont démarré à 5 mois d'intervalle et 3 projets pilotes additionnels ont été ajoutés en 2021.
- Il faut compter plusieurs mois après le démarrage des projets pour avoir des données.
- La pandémie, particulièrement les premiers mois, ont affecté grandement les modalités d'intervention et les données de cette période ont été traitées à part pour ne pas fausser les résultats.

⁴ Thulé Évaluation. (2021). *Évaluation de trois projets pilotes en gériatrie sociale*. Québec : Auteur. Repéré à <https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Thule-Rapport-GS.pdf>

La gériatrie sociale

Qu'est-ce que la gériatrie sociale ?

La gériatrie sociale découle d'abord de l'expertise médicale en gériatrie. Son objectif principal est d'agir pour contrer le vieillissement accéléré qui peut survenir chez des aînés en raison de différents facteurs biopsychosociaux. Ce sont donc des caractéristiques inhérentes au vieillissement qui font en sorte que les aînés sont plus susceptibles de faire face à une dégradation subite de leur état de santé à l'issue de différents événements (maladie, chute, deuil, déménagement, etc.).

L'épithète « sociale » de la gériatrie sociale est un rappel du fait que les déterminants sociaux de la santé⁵ (les conditions socioéconomiques, l'environnement physique, la solitude, etc.) ont des impacts tout aussi importants que les autres déterminants de la santé sur le quotidien de l'aîné. Il est donc primordial de tenir compte des conditions de vie des personnes rencontrées lorsque l'on intervient en gériatrie sociale si l'on souhaite obtenir des résultats concluants.

Par conséquent, on pourrait définir la gériatrie sociale de la manière suivante :

La gériatrie sociale est une approche écologique de la santé des aînés visant à favoriser des actions de proximité sur l'ensemble des déterminants de leur santé dans le respect de leurs droits et autonomie décisionnelle.⁶

Les objectifs de la gériatrie sociale

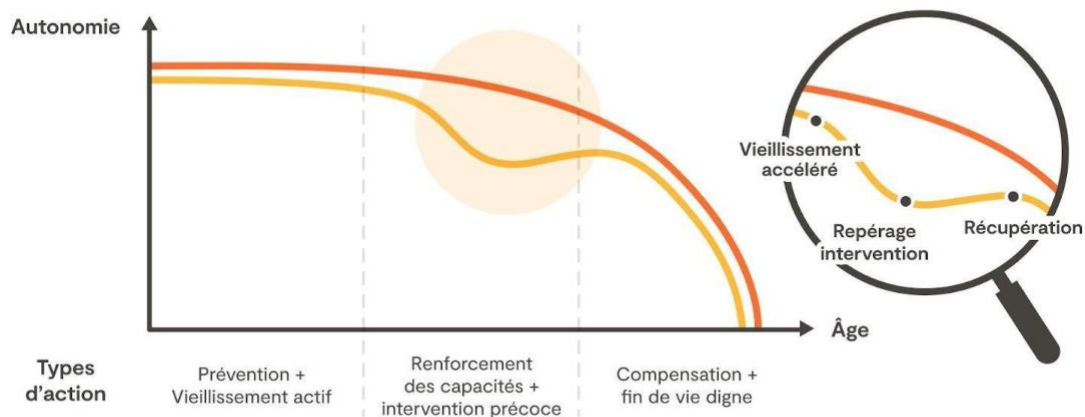
1. **Une mobilisation des acteurs d'une communauté** pour soutenir davantage la santé, la qualité de vie et le maintien à domicile des aînés dans le respect de leurs préférences et de leur autonomie décisionnelle.
2. **La mise en place d'une structure de repérage élargi** permettant d'identifier de façon proactive les risques sur la santé des aînés et d'agir avant une dégradation.
3. **Un meilleur soutien à domicile** par des intervenants qui peuvent aider directement à identifier et prévenir les risques pour la santé ainsi que soutenir et renforcer le pouvoir d'agir de l'aîné sur sa propre santé.
4. **Une meilleure continuité de service** entre les intervenants communautaires et les professionnels du réseau de la santé et des services sociaux par la mise en place de mécanismes structurants d'échange d'information et de collaboration, dans le respect de la confidentialité.

⁵ Institut national de santé publique du Québec. (2022). *Déterminants de la santé. Pourquoi agir sur les déterminants de la santé?* INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique. Page internet. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante#:~:text=Les%20d%C3%A9terminants%20de%20la%20sant%C3%A9,ainsi%20des%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20de%20sant%C3%A9>.

⁶ Lemire, S. (2022). *Ajouter de la vie aux années - Le développement de la gériatrie sociale au Québec*. Présentation au 34^e congrès scientifique annuel de la Société québécoise de gériatrie. Repéré à <https://www.sggeriatrie.org/congres.php>

Le vieillissement accéléré

Un des concepts centraux qui sous-tend la gériatrie sociale est celui de vieillissement accéléré inspiré de l'OMS (2016)⁷ et des travaux de Luigi Ferrucci (2002). Cette vision du vieillissement met en lumière deux trajectoires modélisées d'un vieillissement type. Premièrement, un vieillissement dit « normal » ou souhaité où la perte de l'autonomie et des capacités est rapide, mais surtout tardive dans la vie ; elle rejoint la notion d'une morbidité compressée en fin de vie telle que postulée par le Dr James Fries au tournant des années 1980. Deuxièmement, un vieillissement dit « pathologique » qui est déclenché par un événement perturbateur (deuil, chute, épisode aigu d'une maladie, etc.) et qui peut entraîner un déclin des capacités plus hâtif, mais possiblement réversible, pour peu qu'on soit en mesure de le repérer de manière rapide et d'intervenir sur celui-ci.



La gériatrie sociale a donc cherché, dès ses débuts, qui sont les meilleures personnes pour repérer rapidement ce « vieillissement accéléré », quel est le meilleur outil pour soutenir ce repérage et de quelle manière il faut intervenir afin d'assurer un renversement du déclin, ou du moins un ralentissement, pour aller vers une stabilisation, même une récupération, en vue d'un retour à une courbe normale de vieillissement.

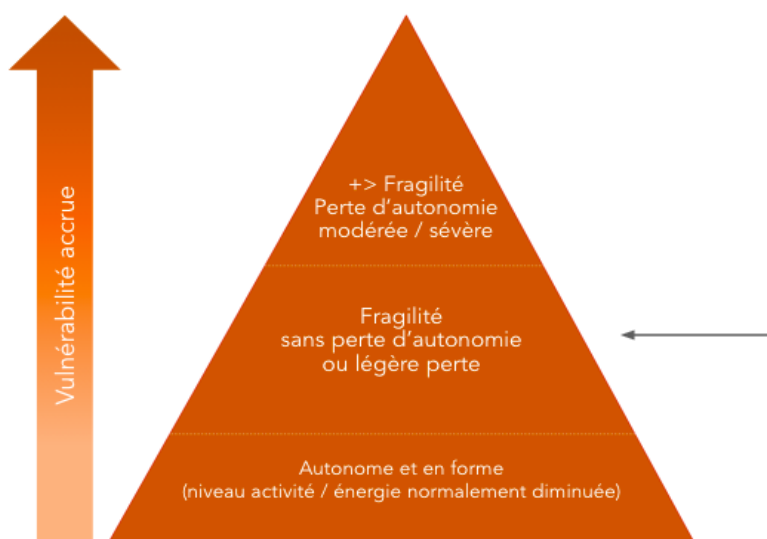
⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

À qui s'adresse la GS ?

Si la définition de la gériatrie sociale peut ratisser très large et s'appliquer aux personnes âgées en général, l'objectif des projets-pilote concerne de manière plus précise un type de personne qui échappe en partie aux programmes et ressources actuelles existantes. En cohérence avec l'objectif de prévenir le vieillissement accéléré, la gériatrie sociale s'inscrit généralement en amont des soins offerts par le réseau de la santé, mais en aval des interventions qui visent le vieillissement actif.

Comme le décrit le diagramme suivant, la gériatrie sociale tente plutôt de rejoindre un groupe de personnes âgées fragiles, mais dont la perte d'autonomie est légère ou encore inexistante. Cet objectif découle de l'analyse mettant en lumière le fait que les personnes âgées, dont la fragilité est modérée à sévère, sont souvent déjà prises en charge par le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). À l'autre extrémité de la pyramide se trouvent les personnes âgées en forme dont le potentiel d'entrée en trajectoire de vieillissement accéléré est plus faible.

Ainsi, le groupe d'aînés ciblés par la gériatrie sociale est celui du centre de la pyramide, celui des personnes ayant atteint un certain niveau de fragilité, sans nécessairement être en perte d'autonomie ou présentant une perte d'autonomie légère.



Comment repérer le vieillissement accéléré ?

L'outil de soutien au repérage : l'acronyme AINÉES

Puisque la volonté de la gériatrie sociale est de repérer, chez les aînés dans la communauté, des indices de vieillissement accéléré, elle doit fournir un outil clinique adéquat à cet égard. Après avoir effectué une revue des outils disponibles en 2019, la Fondation AGES a arrêté son choix sur l'outil AINÉES, développé en 2007 au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)⁸ et présenté dans le cadre de référence de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier du MSSS,⁹

A	Autonomie et mobilité
I	Intégrité de la peau
N	Nutrition et hydratation
É	Élimination
E	Etat cognitif, comportement et communication
S	Sommeil

Il s'agissait à la base d'un outil destiné au milieu hospitalier précisant 6 aspects de la santé de la personne âgée à maintenir et à surveiller, puisque leur dégradation, par rapport à la normale, est « indicative et prédictive de détérioration de son état de

santé »¹⁰. Le Cadre de référence de l'approche adaptée¹¹ présente l'acronyme AINÉES comme un outil pour cibler les éléments d'intervention de nature préventive et déceler précocement les signes d'installation ou la présence de conditions à risque pouvant mener à un déclin fonctionnel. Cet outil est d'ailleurs cité comme exemple de « Projet inspirant » dans le plan d'action 2012-2017 issu de la Politique *Vieillir et vivre ensemble*¹² du gouvernement du Québec.

⁸ Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014). Les Signes « AINÉES », L'histoire de Mme Rose, Partie 1 et Partie 2. *Perspective infirmière*. 11 (2), 46-51 et 11 (3), 48-54.

⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Vers un service d'urgence adapté à la personne âgée*, p. 29. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf>

¹¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *Op. cit.*

¹² Gouvernement du Québec. (2012). *Plan d'action 2012-2017 — Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, p.117. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/aineef-5234-MSSS.pdf>

1^{re} adaptation pour la GS : l'acronyme AINÉES 75-PLUS

L'outil de soutien au repérage AINÉES n'était donc pas pensé initialement pour la communauté. Le CHUM a autorisé la Fondation AGES à l'utiliser et à l'adapter, pour permettre une utilisation en communauté, afin de repérer l'ensemble des éléments pouvant indiquer des risques pour la personne âgée à domicile.

La première adaptation a été l'ajout de 75-PLUS à l'acronyme AÎNÉES. La terminologie 75-PLUS renvoie à des facteurs de risque et des facteurs de protection associés à la santé des aînés à domicile : 75 ans, (P) proches aidants, (L) laisser-aller, (U) urgence relative et (S) services. Ces 5 éléments supplémentaires ont été mis à l'essai durant la période de 2019 à 2021. Ils ont par la suite été revus pour donner suite aux commentaires des navigatrices et sous l'impulsion de Sylvie Lafrenière, infirmière-conseil, ayant travaillé sur le développement de l'acronyme AINÉES au CHUM.

2^e adaptation pour la GS : l'acronyme AINÉES AD-PLUS

Toujours avec l'accord du CHUM, la 2^e adaptation a vu les termes 75-PLUS modifiés pour parvenir au modèle actuel. Les éléments suivants ont été retirés pour les raisons suivantes :

75 ans

L'ajout d'un critère d'âge visait à rendre compte du fait que, plus la personne vieillit, plus le risque de connaître un épisode de vieillissement accéléré augmente. Cependant, ce critère sera par la suite abandonné puisque : a) les personnes âgées fragiles se trouvent aussi chez les moins de 75 ans et b) ce critère ne permet pas d'orienter le regard de la sentinelle ou de capter une modification dans la routine de vie d'une personne. En d'autres mots, observer l'âge d'une personne ne permet pas à la sentinelle de déceler des signes annonciateurs de perte d'autonomie.

(L) Laisser-aller

La question du laisser-aller, c'est-à-dire la négligence de soi, une baisse d'intérêt, un sentiment général de déprime ou l'abandon d'activités significatives pour la personne, bien qu'on lui accorde de l'importance dans le repérage, sera plutôt traitée comme une notion transversale après la révision de l'outil. Le laisser-aller peut s'observer dans les autres aspects de la « lunette » AINÉES AD-PLUS tels l'activité physique, l'intégrité cutanée (hygiène), la nutrition, les autosoins de santé, les loisirs et la vie sociale ainsi que la salubrité du logis.

D'autres déterminants importants de la santé des personnes âgées à domicile viennent ainsi compléter l'acronyme AINÉES initial : AD-PLUS.

(A) Autosoins de santé (incluant l'autogestion des soins de santé) : La question des autosoins et de l'autogestion des soins de santé a été identifiée

A
D
P
L
U
S

A Autosoins de santé (incluant l'autogestion des soins de santé)
A Accès aux services de santé et au matériel de soins
D Domicile sécuritaire et adapté aux besoins
P Proches aidants
L Loisirs, rôle, vie sociale et spirituelle
U Urgence d'agir (en lien avec l'âge, la fragilité et les éléments de repérage)
S Salubrité

comme un déterminant de la santé à surveiller. En effet, lorsqu'une personne éprouve des difficultés à entreprendre les actions nécessaires au maintien de sa santé ou à appliquer les recommandations faites par des professionnels pour assurer le maintien de sa santé, cela peut entraîner une entrée en trajectoire de vieillissement accéléré.

Accès aux services de santé et au matériel de soins :

La question de l'accès aux services est apparue dès la première version de l'outil et s'est transformée lors de la révision. Cet élément réfère à la capacité de la personne à accéder aux services et au matériel nécessaires au maintien de sa santé et de son niveau d'autonomie. Il est vécu par beaucoup d'aînés à domicile comme un enjeu. Une personne peut en effet avoir des besoins, mais ne pas savoir comment les combler, ou éprouver des difficultés à le faire en raison des difficultés d'accès. Des facteurs personnels peuvent aussi freiner l'accès aux soins de santé¹³. Cette difficulté d'accès mérite d'être signalée, car elle peut devenir un facteur d'entrée en phase de vieillissement accéléré.

(D) Domicile sécuritaire et adapté aux besoins :

La gériatrie sociale, à travers son réseau de sentinelles, permet d'avoir un accès privilégié au milieu de vie de l'aîné. Le regard que peut porter la sentinelle sur le domicile offre donc l'opportunité de mesurer, avec l'aîné, si son domicile est sécuritaire et répond à ses besoins. Des composantes de dangerosité peuvent entraîner des accidents qui, eux-mêmes, peuvent être à la base d'un vieillissement accéléré.

¹³ Levesque, J.-F., Harris, M.H. et Russell, G. (2013). Patient-centered access to healthcare: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12:18. Repéré à <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

(P) Proches aidants :

Les proches aidants ont fait leur apparition dans l'outil pour ne plus en sortir lors de l'ajout des éléments 75-PLUS. La présence de proches aidants et le regard sur l'évolution de leur condition peuvent être un signal important du risque de l'entrée dans une trajectoire de vieillissement accéléré pour l'aîné qu'ils assistent.

Un proche aidant qui s'épuise, qui devient lui-même plus vulnérable, qui transforme ses comportements envers l'aîné qu'il soutient, est fréquemment repéré en communauté et constitue un intrant significatif dans l'analyse visant une prévention du vieillissement accéléré de la personne.

(L) Loisirs, rôle, vie sociale et spirituelle :

Il est primordial, pour l'aîné, de pouvoir s'engager dans des activités significatives et de jouer des rôles qui donnent un sens à sa vie. L'importance de la spiritualité pour l'aîné ainsi que les liens significatifs avec son entourage et avec sa communauté culturelle et religieuse sont des aspects qui influencent également son bien-être. La perte de sens peut survenir pour plusieurs raisons et peut affecter la santé mentale, voire la santé physique ; qu'on pense par exemple au décès d'un conjoint ou encore à une perte d'autonomie qui empêche la personne d'assister à un groupe d'entraide. Lorsque les capacités d'un aîné changent avec le temps, sa façon d'y réagir et de s'y adapter influence sa trajectoire de vieillissement.

(U) Urgence d'agir :

L'urgence d'agir fait référence aux éléments de repérage qui révèlent un risque à court terme et peuvent entraîner des conséquences significatives pour l'aîné, tels un risque de feu, une chute avec blessure importante, des propos suicidaires, un changement soudain de l'état cognitif, etc. Il est d'autant plus important d'agir vite si le problème progresse rapidement ou s'il entraîne un danger à court terme. Cet aspect de l'acronyme vise à rappeler aux sentinelles et aux navigatrices l'importance de ne pas hésiter à signaler l'urgence d'une situation pour s'assurer d'une prise en charge rapide lorsque nécessaire.

(S) Salubrité :

La question de la salubrité peut comporter son lot de risques pour un aîné à domicile. Un logis qui n'est plus salubre ou dont la salubrité est en baisse marquée peut avoir un impact sur la santé d'une personne, entraîner des maladies ou encore aggraver un problème de santé déjà existant, sans compter les répercussions possibles sur sa santé mentale. Les enjeux de salubrité mettent l'aîné à risque d'éviction et de dissolution de son réseau ; autant d'éléments qui influenceront la trajectoire de vieillissement.

Suivant la période d'essai de cette 2^e adaptation, des navigatrices ont soulevé l'absence, dans l'acronyme, de lettres faisant clairement référence à la maltraitance, aux difficultés financières et à la présence d'idées suicidaires. Il est donc important de souligner que l'outil AINÉES AD-PLUS n'est pas une liste de problèmes à repérer ; si tel était le cas, la liste serait passablement longue. Ainsi, en observant et en questionnant la personne âgée sur les aspects AINÉES AD-PLUS on pourra, par exemple, repérer la présence de douleur et des indices de maltraitance potentielle, de ressources financières limitées ayant une incidence sur le maintien de la santé, de malnutrition, d'humeur dépressive, de délirium et de déconditionnement. C'est l'analyse des observations avec l'équipe de GS qui permettra de repérer un problème potentiel auquel il faudra donner suite.

La lunette AINÉES AD-PLUS

La lunette AINÉES AD-PLUS est un outil de soutien au repérage, utile et efficace pour une diversité d'acteurs de la communauté, du milieu de la santé et pour les aînés eux-mêmes.

AÎNÉES : aspects de la santé des aînés qui doivent être maintenus et où une détérioration est considérée comme indicative ou prédictive d'un déclin fonctionnel justifiant une action

AD-PLUS : facteurs associés à la santé des personnes âgées vivant dans la communauté.

L'acronyme étendu AINÉES AD-PLUS¹⁴ est issu d'un processus de développement itératif au sein des professionnels de la Fondation AGES et d'un groupe de 8 navigatrices en GS ayant travaillé avec plus de 1 000 personnes âgées à l'intérieur de projets pilotes. C'est un aide-mémoire qui, selon les utilisateurs, répond concrètement à la mission et au contexte de travail de la GS.

Pour en savoir plus, voir la Fiche AINÉES AD-PLUS à l'Annexe 1 ainsi que le document AINÉES AD-PLUS : développement, adaptation et utilisation à l'Annexe 2.

Un repérage ou une surveillance ?

Cette question a été abordée dès le départ pour la gériatrie sociale dont le projet repose sur trois piliers : la communauté, la proximité et la défense des droits des aînés. Ce troisième principe est central lorsque vient le temps d'aborder la question des sentinelles et du repérage. Ainsi, le repérage ne doit pas être vu comme le fait d'épier les personnes âgées, mais bien comme une façon de les outiller afin qu'elles puissent obtenir les réponses adaptées à leurs besoins.

En communauté, le repérage de risques ou de signes de vieillissement accéléré est une occasion d'accroître le pouvoir d'agir de l'aîné en lui fournissant les outils pour comprendre lui-même sa situation et pour poser les gestes nécessaires au maintien et au renforcement de sa qualité de vie. En ce sens, l'outil AINÉES AD-PLUS a été conçu en vue d'une utilisation par et pour la personne aînée.

¹⁴ Utilisé et adapté avec l'autorisation du CHUM (©CHUM, 2007 ; adapté, Fondation AGES, 2019 et 2021).

Nous verrons plus loin les mécanismes par lesquels une situation suscitant une préoccupation à l'égard des éléments AINÉES AD-PLUS cheminera. Le repérage en communauté se fait dans un esprit de bienveillance et à ce moment-ci, il importe de mentionner que le consentement de l'aîné est central dans ce mécanisme et fait partie des notions de base qui sont enseignées dans les formations, guides et outils en appui au repérage.

Le modèle de gériatrie sociale

Le modèle général de la gériatrie sociale s'est articulé autour des engrenages représentés ci-dessous :

- Les sentinelles
- L'équipe de gériatrie sociale : navigatrice, infirmière ou autre professionnel de la santé
- Les acteurs cliniques (pharmacien, médecin de famille, ergothérapeute, etc.)
- Les acteurs communautaires (popote roulante, centre d'action bénévole, etc.).

L'équipe de GS est composée de navigatrices embauchées par l'organisme de la communauté responsable du projet et d'une ressource clinique infirmière du CISSS/CIUSSS du territoire. D'autres professionnels de la santé peuvent aussi y être associés.



Les travailleurs de milieu et plus particulièrement les travailleurs issus des Initiatives de travail de milieu auprès des aînés vulnérables (ITMAV) peuvent œuvrer au sein même de l'équipe de gériatrie sociale (l'engrenage orange) ou encore en collaboration avec l'équipe de gériatrie sociale en regard du repérage en communauté en fonction des volontés des acteurs locaux.

Les projets pilotes de gériatrie sociale

Les projets pilotes

Grâce au financement du gouvernement du Québec octroyé au printemps 2019, trois projets pilotes ont vu le jour avec neuf navigatrices. Ces projets ont bénéficié initialement d'un financement de 18 mois pour l'embauche de navigatrices et l'expérimentation du modèle de gériatrie sociale tel que développé par la Fondation AGES. En 2021, le financement du gouvernement a permis l'implantation de 3 nouveaux projets (de 9 à 12 navigatrices). Pour l'année 2022-2023, les projets ont été reconduits pour une période de 12 mois. La Fondation AGES a, quant à elle, bénéficié d'un appui durant toute la durée pour offrir un appui organisationnel et clinique aux projets.



La Fondation a présenté, à l'aube de l'année 2023-2024, une proposition permettant au gouvernement d'offrir de la gériatrie sociale sur l'ensemble du territoire québécois sur un horizon de cinq ans. Cette proposition est disponible et peut être consultée sur le site du ministère des Finances.¹⁵

¹⁵ Fondation AGES. (2022). *Pour le déploiement d'équipes intersectorielles de gériatrie sociale partout au Québec. Automne 2022*. Mémoire de consultation prébudgétaire. Québec : Auteur. Repéré à http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publicques/consultations_prebudgétaires/2023-2024/memoires/Memoire_Fondation_AGES.pdf

Projets pilotes financés par le MSSS

Le MSSS finance actuellement six projets de gériatrie sociale à titre de projets pilotes. Trois projets ont été mis sur pied en 2019 et trois autres en 2021.

2019

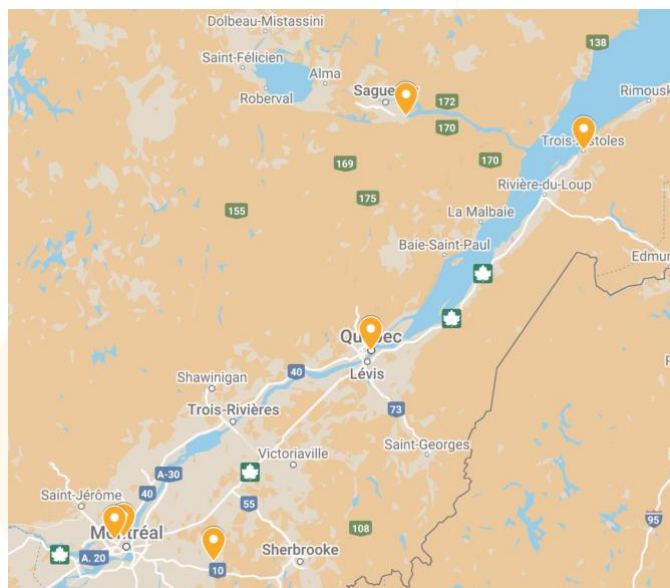
- MRC des Basques dans la région du Bas-Saint-Laurent (CISSS BSL) – Logi-Aide des Basques
- Basse-Ville de Québec dans la région de la Capitale-Nationale (CIUSSSCN) – Service Amical Basse-Ville
- Laval (CISSS Laval) – Coopérative de soutien à domicile de Laval

2021

- RLS de la Baie dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean (CIUSSS SLSJ) – Aide chez-soi La Baie
- MRC de la Haute-Yamaska dans la région de l'Estrie (CIUSSSE CHU) – Coop Autonomie chez-soi
- Quartier Villeray dans la région de Montréal (CIUSSSNÎM) – Coopérative Novaide

Ces projets pilotes sont portés par des organisations locales qui offrent des services directs à des milliers d'aînés, dont la plupart sont des entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD).

Les projets pilotes de la Fondation AGES ainsi que d'autres projets similaires font actuellement l'objet d'une évaluation de la part du MSSS « dans l'optique d'un déploiement national ».¹⁶



¹⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Un financement additionnel de 980 000 \$ octroyé à la Fondation AGES pour des mesures de gériatrie sociale*. Communiqué de presse émis à Québec le 19 octobre 2021. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-3217/>

La sentinelle en gériatrie sociale



Retour historique

La gériatrie sociale s'est d'abord développée au sein d'un organisme communautaire hybride, à la fois organisme en soutien à l'autonomie des personnes âgées et entreprise d'économie sociale en aide à domicile, situé en Basse-Ville de Québec, au rez-de-chaussée d'un HLM réservé aux personnes de 55 ans et plus : le Service amical Basse-Ville (SABV). Il a été rapidement possible de constater que ce type d'organisme hôte offrait un haut potentiel pour la gériatrie sociale. En effet, en œuvrant directement dans le milieu de vie d'aînés, en offrant des activités permettant d'être en contact régulier avec eux et en ayant le regard de dizaines de préposées en aide à domicile, le SABV pouvait accueillir les demandes, les préoccupations et les craintes de nombreuses personnes. L'enjeu devenait ensuite de les faire cheminer, ce que nous verrons plus tard. Néanmoins, l'expérience du SABV a permis d'identifier que les EÉSAD peuvent jouer un rôle de première importance dans le devenir du repérage en communauté des aînés à risque de vieillissement accéléré. L'ensemble des EÉSAD au Québec compte sur un bassin de plus de 9 000 préposées en aide à domicile. Celles-ci sont régulièrement présentes auprès d'aînés partout au Québec, leur fournissant, entre autres, des services d'entretien ménager et d'aide à la vie quotidienne dans leur milieu de vie et, conséquemment, sont souvent témoins de situations préoccupantes chez les aînés qu'elles visitent, préoccupations doivent être prises en compte.

Constats initiaux

C'est ainsi qu'apparaît l'idée de construire la gériatrie sociale sur l'assise d'un réseau de personnes en mesure de veiller au repérage des signes de vieillissement accéléré chez les aînés, dans une optique de bienveillance et de soutien. Diverses observations viennent d'ailleurs appuyer cette intention :

- Tout d'abord, on constate une méconnaissance de ce qui appartient au vieillissement normal au sein des personnes travaillant auprès des aînés. On tend à banaliser certains signes, comme l'incontinence urinaire de novo et les chutes, ce qui rend difficile la prévention du vieillissement accéléré.
- Notre système de santé, pour des raisons historiques, est principalement configuré pour les urgences et les soins aigus. Le profil de la population a bien changé depuis la mise en place de ce système qui a de la difficulté à s'adapter aux défis engendrés par le nombre croissant d'aînés.
- On observe également un fossé entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). La communication et le partage d'informations sont souvent parsemés d'embûches entre ces deux entités qui offrent des services à la population.

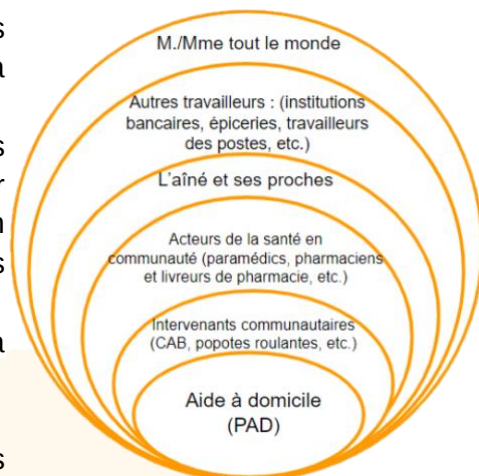
- Enfin, une quantité appréciable d'individus, travailleurs et membres de la communauté, en contact régulier avec des personnes âgées, ne sont pas mis à contribution à leur juste valeur. Ils ont le potentiel de devenir des acteurs incontournables d'un réseau de bienveillance collective pour les aînés.

Qui sont les sentinelles ?

Le noyau de base des sentinelles d'un projet de gériatrie sociale est composé des préposées d'aide à domicile qui visitent des aînés à une fréquence régulière pour œuvrer dans leur milieu de vie. Ils apprennent à connaître la personne âgée et ses habitudes de vie et sont à même de constater l'apparition de signes de vieillissement accéléré et de facteurs de risque pour sa santé et sa sécurité à domicile, pour peu qu'ils soient formés à les reconnaître.

À eux s'ajoutent :

- les intervenants et bénévoles des organismes communautaires qui offrent des services à la population aînée ;
- les acteurs de la santé en communauté, tels les paramédics (ambulanciers), dont les appels pour une clientèle âgée occupent une forte proportion des demandes reçues et qui se butent parfois à des refus de transfert en milieu hospitalier ;
- les proches aidants qui soutiennent un aîné à domicile.



Certains travailleurs, comme ceux des institutions bancaires, des épiceries, salon de coiffure, du milieu municipal (ex. préposé à l'accueil) et autres, peuvent aussi devenir des personnes de référence pour des aînés côtoyés régulièrement.

Enfin, l'aîné est bien placé pour devenir une sentinelle pour lui-même et son réseau social, pourvu qu'il soit habilité à repérer l'apparition de signes de vieillissement accéléré.

Perspectives de développement :

Plus le réseau de sentinelles en gériatrie sociale sera vaste et l'origine des sentinelles diversifiée, plus ce réseau de bienveillance sera profitable pour repérer les signes de vieillissement accéléré chez les aînés et ainsi prévenir la perte d'autonomie. Des projets en expérimentation ont été mis sur pied pour former des sentinelles chez les paramédics, les travailleurs des postes ou encore les employés de pharmacie et ces initiatives ont eu des retombées positives. L'exploration de cette voie prometteuse est à poursuivre.

Le volet de l'aîné, sentinelle pour lui-même, est aussi une avenue à développer. Avec les bonnes informations, bien vulgarisées ainsi que des outils pour supporter ses observations, l'aîné serait plus en mesure de gérer sa propre santé avec compétence. D'ailleurs, cette intention met de l'avant les autosoins qu'on retrouve dans la portion AD-PLUS de l'outil de soutien au repérage AÎNÉES AD-PLUS. Elle est également en parfaite harmonie avec une des valeurs de la gériatrie sociale, celle de maintenir et renforcer le pouvoir d'agir des aînés.

Rôle des sentinelles

Le fait d'agir en tant que sentinelle ne constitue pas une tâche supplémentaire. Comme la sentinelle est déjà en contact régulier avec des aînés, ce rôle fait plutôt appel à de la vigilance et à de la bienveillance dans le cadre de ses fonctions habituelles. De fait, selon un sondage réalisé auprès de 69 sentinelles en 2021, la fonction de sentinelles jouait un rôle positif dans le cadre de son travail (100 % des répondants) et permet d'améliorer le travail de préposée d'aide à domicile (90 % des répondants)¹⁷. Il s'agit d'un processus dans lequel on leur demande de poser un regard éclairé sur le vieillissement et où la rétroaction des navigatrices vient compléter ce processus de façon positive.

Le rôle de la sentinelle se décline en trois composantes toutes reliées à l'outil d'aide au repérage AÎNÉES AD-PLUS :

- Être **à l'affût** des situations nouvelles qui influencent le quotidien de l'aîné.
- **Repérer** les signes de vieillissement accéléré et les facteurs de risque pour la santé et la sécurité de l'aîné.
- Transmettre **l'alerte** à l'équipe de gériatrie sociale, et ce, avec le consentement de l'aîné.

¹⁷ Thulé Évaluation. (2021). *Évaluation de trois projets pilotes en gériatrie sociale*. Québec : Auteur.
Repéré à <https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Thule-Rapport-GS.pdf>

Comment devient-on sentinelle ?

Au départ d'un projet de gériatrie sociale, les sentinelles sont formées par la Fondation AGES en mode virtuel, via la formation *Sentinelles en gériatrie sociale*. Cette formation, d'une durée de 3 heures, divisée en 2 blocs, et dispensée par une professionnelle-conseil, leur permet de s'approprier le rôle de sentinelle ainsi que d'en comprendre les limites, tout en se familiarisant avec l'outil de soutien au repérage AINÉES AD-PLUS. Un cahier du participant ainsi qu'une fiche AINÉES AD-PLUS leur sont alors fournis pour soutenir les apprentissages. Lorsque la navigatrice est bien installée dans ses fonctions au sein du projet de gériatrie sociale, il lui revient de poursuivre la formation des sentinelles de son territoire.

Ce que nous avons appris :

La formation *Sentinelles en gériatrie sociale* a évolué au fil des ans, tant en ce qui concerne le contenu que l'approche pédagogique, pour s'assurer de bien répondre au rôle et aux besoins des sentinelles. La Fondation AGES considère que la durée minimale acceptable de la formation est de trois heures pour arriver à explorer suffisamment les différents concepts abordés. De plus, il est apparu clairement, avec l'arrivée de nouveaux projets, que la décentralisation de la formation vers les projets de gériatrie sociale était souhaitable pour créer le lien entre l'équipe de gériatrie sociale et les sentinelles du territoire. Toutefois, cette décentralisation est possible seulement sous supervision de la FAGES, pour s'assurer de la qualité de la diffusion du contenu.

Les sentinelles sont en lien avec la navigatrice de l'équipe de gériatrie sociale. Elles peuvent être invitées à participer à diverses activités de mobilisation pour parfaire leurs connaissances concernant la « lunette » AINÉES AD-PLUS et les signes de vieillissement accéléré.

De plus, les sentinelles ont accès à l'Info-Sentinelle, une publication trimestrielle produite par la Fondation AGES et transmise par la navigatrice. Elle est destinée à sensibiliser les sentinelles sur des sujets d'intérêt pour elles tels : la dépression, le suicide, les chutes, la maltraitance, les autosoins de santé, les troubles de la déglutition, l'isolement social et les troubles neurocognitifs majeurs.

La formation *Sentinelles en gériatrie sociale* est aussi offerte par la Fondation AGES au grand public et les individus qui s'y inscrivent ne sont pas nécessairement reliés à des projets de gériatrie sociale. Ils ont toutefois accès aux mêmes documents et des ressources leur sont proposées lors de la formation pour qu'ils puissent réagir adéquatement lorsqu'ils repèrent des signes de vieillissement accéléré. De plus, ils ont accès à l'Info-Sentinelle via la page Facebook *Sentinelles en gériatrie sociale*.

Outil de travail des sentinelles

Tel que déjà mentionné, l'acronyme AINÉES AD-PLUS est l'outil de soutien au repérage utilisé par les sentinelles. Elle aide la sentinelle à repérer les signes de vieillissement accéléré et à transmettre l'alerte à l'équipe de gériatrie sociale en utilisant un regard et un langage commun pour favoriser la circulation de l'information.



Un outil de **transmission** d'alerte, basé sur la lunette AINÉES AD-PLUS, a été développé par l'équipe de GS de Laval et partagé aux autres projets de gériatrie sociale. Créé à la manière d'un aide-mémoire, il permet à une sentinelle de l'EÉSAD de **transmettre**, de façon simple, une alerte à la navigatrice, en fonction de l'acronyme AINÉES AD-PLUS.

Source : Freepik,
image libre de droits

Résultats

Après 3 ans de projets pilotes, le réseau de sentinelles sur les territoires de gériatrie sociale permet de rejoindre 14 000 aînés grâce à plus de 1 300 sentinelles formées. En d'autres mots, 1 300 personnes sont en contact avec 14 000 aînés et sont à même de capter rapidement des signes de vieillissement accéléré à partir de l'outil d'aide au repérage AINÉES AD-PLUS.

Projet de Laval à lui seul :

770 sentinelles formées
pour une étendue de repérage
de **7 000 personnes**

Alerte en gériatrie sociale

S'il a été important de définir une terminologie pour renvoyer aux situations nécessitant une action de la part des sentinelles, le choix du terme n'a pas été facile.

Le terme anglais « flag » semblait le plus à propos afin de témoigner d'une situation qui ne nécessite pas une intervention urgente, mais qui doit être revue.

Le terme « alerte » a été adopté pour sa facilité de compréhension, contrairement à « drapeau », mais nous considérons qu'il demeure imparfait par son caractère référant trop à la nature urgente et aiguë.

Si les formations ont d'abord rejoint majoritairement des préposées des EÉSAD, les années 2 et 3 des projets ont permis de rejoindre un plus vaste groupe d'acteurs : organismes communautaires, aînés et leurs proches et groupes ciblés tels que les paramédics.

Au regard des « alertes » soulevées par les sentinelles, ce sont près de 2 300 alertes qui ont été reçues par les navigatrices en gériatrie sociale.

Ces alertes touchaient une plus grande proportion de femmes (57 %) avec un âge moyen de 76 ans.

En ce qui a trait à la connaissance de ces personnes par le réseau de la santé, 49 % d'entre elles étaient non connues ou connues avec un dossier « inactif », c'est-à-dire qu'il n'était pas prévu pour le réseau d'entrer en contact avec elles au cours des 3 prochains mois. Or, à l'égard de la question du vieillissement accéléré, il est pensable qu'une période de 3 mois soit suffisante pour qu'une situation se détériore si elle n'est pas prise en charge.

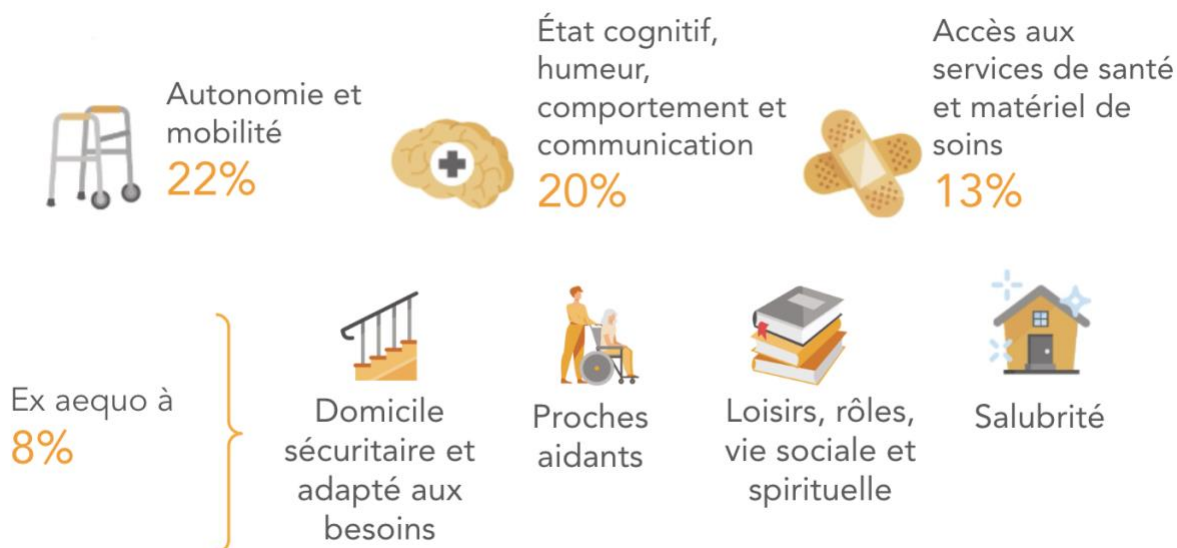


Il est également possible d'affirmer que 13 % ou plus des alertes lancées provenaient d'une inquiétude en lien avec trois aspects du AÎNÉES AD-PLUS :

- Autonomie et la mobilité
- État cognitif, humeur, comportement et communication
- Accès aux services de santé et au matériel de soins.

Aux yeux de la Fondation, ces résultats permettent difficilement de tirer des conclusions à ce moment-ci. Est-ce que les sentinelles voient plus ces situations parce qu'elles savent mieux les repérer ? S'agit-il de situations qui sont plus visibles ? À contrario, sont-elles moins attentives à d'autres éléments ? Des travaux futurs pourraient notamment permettre de vérifier si de la formation continue offerte aux sentinelles pourrait se répercuter dans les inquiétudes en lien avec des aspects du AÎNÉES AD-PLUS qui ont suscité des alertes. Par exemple, les sentinelles ayant suivi une formation sur la nutrition seraient-elles plus susceptibles de voir des situations préoccupantes en regard de cette question par la suite ?

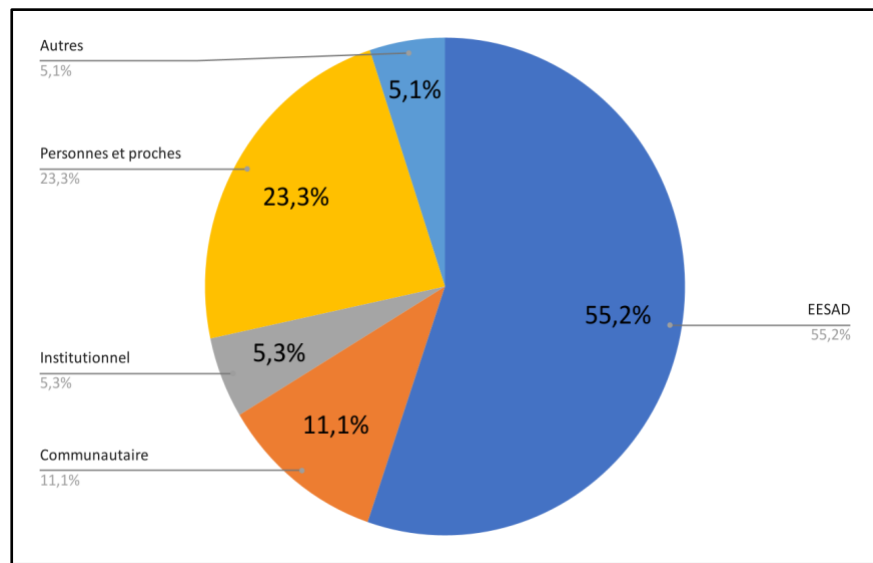
Afin d'interpréter adéquatement les résultats ci-dessous, il importe de savoir qu'une alerte peut être liée à plus d'une inquiétude au regard des aspects du AÎNÉES AD-PLUS. À titre d'exemple, on peut donc dire que l'aspect Autonomie et mobilité était l'aspect le plus présent dans les alertes lancées par les sentinelles, dans une proportion de 22 % des 2 300 alertes.



Ce que nous avons appris :

Un des premiers apprentissages réalisés en regard de l'apport des sentinelles sur les territoires de gériatrie sociale concerne le fait que les alertes n'apparaissent pas spontanément une fois les sentinelles formées. Il existe un lien entre le nombre d'alertes et le nombre de sentinelles formées, la régularité des contacts des navigatrices avec les sentinelles, ainsi qu'avec la capacité des projets à « faire sortir les alertes ». La mobilisation du réseau de sentinelles par les navigatrices est essentielle pour créer un sentiment d'appartenance, mais aussi pour comprendre la réalité et les défis vécus par les sentinelles au quotidien et les sensibiliser à lancer des alertes. La lunette AÎNÉES AD-PLUS, abordée lors de la formation, nécessite d'être revue et approfondie avec les sentinelles, souvent de façon plus concrète pour qu'elles arrivent à bien repérer les signes de vieillissement accéléré.

Enfin, la provenance de 90 % des alertes est liée à trois groupes de sentinelles : les EÉSAD (55 %), la personne et ses proches (23 %) et les organismes communautaires (11 %). Il était anticipé que la forte majorité des alertes proviendrait des préposées d'aide à domicile de l'EÉSAD, souvent le premier bassin de sentinelles au démarrage du projet de gériatrie sociale. La Fondation supposait toutefois que le milieu communautaire deviendrait le deuxième groupe de référence alors que ce fut finalement « l'aîné et ses proches ». Parmi les éléments qui pourraient expliquer cette situation, on peut penser à la large diffusion de la formation sentinelle au grand public, la présence d'un projet au sein d'un milieu de vie pour aînés, les activités de sensibilisation à la GS réalisées dans les HLM et auprès de groupes d'aînés par des navigatrices, et la pénétration progressive des concepts au sein des communautés où sont implantés les projets.



Alertes pour l'année 2022

Ce que nous avons appris :

Les causes de la réticence à lancer une alerte (peur de briser le lien de confiance avec l'aîné, incompréhension de certains éléments du AÎNÉES AD-PLUS, etc.) sont variées au sein de la communauté des sentinelles. Une analyse des alertes reçues permet de travailler de façon plus ciblée les craintes ou tabous des sentinelles. Les notions de consentement, de confidentialité et de respect des droits des aînés sont indissociables de ce défi et doivent être approfondies avec les sentinelles.

Il a été rapporté, dans certains projets, que des aînés pouvaient être plus à l'aise de s'ouvrir à des personnes qu'ils voient sur une base régulière (préposée d'aide à domicile, employé ou bénévole d'un organisme communautaire) qu'à des professionnels du RSSS lorsque le suivi est plus distancé. La gériatrie sociale devient réellement, dans ces cas, un outil additionnel dans le suivi des besoins par le réseau public et un acteur complémentaire qui aide l'établissement à exercer sa responsabilité populationnelle.

Autres caractéristiques des aînés accompagnés par les équipes de GS

Les données recueillies lors des rencontres de discussions des alertes et les « histoires de cas » transmises nous ont permis de brosser un portrait plus qualitatif des aînés accompagnés par les équipes de GS.

Plusieurs d'entre eux ont accès ou font appel aux soins de santé du réseau surtout lorsque la situation ou la perte d'autonomie nécessite des soins plus importants ou devient critique. Une infirmière qui a travaillé plus d'un an en GS disait avoir observé qu'il est possible d'agir avant « la débarque santé » dans le cadre de la gériatrie sociale.



Source : Unsplash, image libre de droits

- Ce sont souvent des aînés qui vivent seuls et ont peu de revenus ;
- Certains ne perçoivent pas le risque, le problème de santé ou le besoin d'aide, soit par méconnaissance ou par fatalisme ;
- D'autres nient ces problèmes, les minimisent ou s'en accommodent ;
- Plusieurs ne savent pas où chercher de l'aide ou ne comprennent pas le processus de demande ;
- D'autres n'ont pas l'énergie, la motivation ou les ressources financières pour chercher de l'aide ;
- Certains ont un problème de communication ou sont technologiquement démunis ;
- Plusieurs ont de la difficulté à gérer leurs soins de santé (rendez-vous, examens, médication, etc.) ou n'arrivent pas à faire comprendre aux professionnels de la santé leurs problèmes et leurs conséquences sur leur vie ;
- Certains craignent de devoir déménager s'ils parlent de leurs difficultés au médecin ou demandent de l'aide au CLSC ;
- D'autres se tiennent loin du système de santé par méfiance, crainte ou mauvaise expérience ;
- S'ils sont connus du CLSC, ces aînés ne savent souvent pas qui contacter ou sont en attente de services depuis plusieurs mois ;
- Il y a aussi ceux qui veulent savoir quoi faire au quotidien pour prévenir les problèmes en vieillissant et gérer ce qui les incommode ;
- Enfin, les équipes sont de plus en plus sollicitées pour des aînés aux prises avec des problèmes de santé mentale présentant des signes de vieillissement accéléré.

La navigatrice en gériatrie sociale



Origine de la création du poste de navigatrice

L'idée d'un réseau de sentinelles qui repèrent les signes de vieillissement accéléré chez la population âgée est apparue très tôt dans la genèse de la gériatrie sociale. Toutefois, il semblait qu'un engrenage était manquant dans la chaîne de transmission de l'information pour recevoir les alertes des sentinelles et faire le pont entre la communauté et le réseau de la santé. Le poste de navigatrice a donc été créé dans le but qu'un intervenant puisse aider l'aîné à « naviguer » entre les différents services offerts afin de répondre à ses besoins. Si le terme de navigatrice peut sembler inusité dans l'espace francophone, il faut savoir qu'il a fait l'objet d'une littérature assez significative du côté anglophone. En effet, le rôle de « patient navigator » y est documenté pour l'accompagnement de maladies chroniques ou de cancer, notamment dans des professions d'infirmières, de travailleurs sociaux ou chez les proches¹⁸. Dans le cas de la gériatrie sociale, il a été choisi d'offrir un encadrement clinique aux navigatrices, sans toutefois accoler de titre professionnel aux exigences de ce poste, afin que le rôle puisse évoluer avec souplesse. Il était toutefois clair que la navigatrice devait posséder des compétences en relation d'aide et des aptitudes en matière de relations interpersonnelles et interorganisationnelles. Le mandat s'est précisé avec le temps, en fonction des défis et besoins rencontrés au sein des premiers projets-pilotes, passant d'une vision générale à un rôle plus spécifique et mieux défini.

La navigatrice dans la trajectoire d'une alerte

La navigatrice est le pivot de l'équipe de gériatrie sociale et se retrouve au centre de la courroie de transmission des informations. En lien avec les sentinelles de son territoire, elle reçoit leurs alertes et, afin de donner suite à celles-ci, elle effectue une collecte d'informations approfondie à domicile. Cela lui permet de broser un portrait complet de la situation et de pouvoir présenter celui-ci à la professionnelle clinique associée au projet lorsque requis. Ce travail conjoint avec l'infirmière en gériatrie sociale, basée au CISSS/CIUSSS, lui permet de faire le pont avec les professionnels de la santé du réseau et ceux basés dans la communauté (ex. : pharmaciens, GMF, etc.). Enfin, la navigatrice travaille en concertation avec les divers intervenants de la communauté (ITMAV, EÉSAD, organismes communautaires, etc.) qui offrent des services aux aînés. Cette position stratégique et ces précieux liens font en sorte qu'elle peut répondre de façon optimale aux besoins des aînés qu'elle visite dans leur milieu de vie.

L'impact de la collecte approfondie d'informations

La navigatrice est une actrice privilégiée dans la collecte d'informations significatives sur le vécu de la personne. Or, il n'est pas souhaité que celle-ci exerce une activité professionnelle de dépistage ou d'évaluation de la santé physique et mentale (activité réservée aux infirmières) ou d'évaluation psychosociale (activité réservée aux travailleurs sociaux).

¹⁸ McBrien, K.A., Ivers, N., Barnieh, L., Bailey, J.J., Lorenzetti, D.L., Nicholas, D., et al. (2018). Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review. *PLoS ONE* 13(2) : e0191980. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29462179/>

C'est pourquoi, dans le cadre des projets de gériatrie sociale, le terme *Collecte approfondie d'informations* a été développé. Il renvoie à l'idée d'une collecte basée sur l'outil de soutien au repérage AÎNÉES AD-PLUS et appuie le travail subséquent des acteurs qui assisteront l'aîné dans ses démarches. Ultimement, cette collecte d'informations devrait permettre de trouver les facteurs contributifs, les conséquences du problème soulevé dans l'alerte, mais aussi d'observer d'autres risques possibles et de broser un portrait de la santé globale de l'aîné.

Puisqu'une alerte peut déboucher sur des motifs d'inquiétude multiples par rapport à la situation d'un aîné, l'impact de la collecte approfondie d'informations à l'aide du AÎNÉES AD-PLUS peut s'apprécier par le nombre de motifs

d'inquiétude ayant soulevé des alertes qui augmente de façon considérable suivant la visite de la navigatrice à domicile, comme démontré ci-contre.



De plus, la collecte approfondie d'informations par la navigatrice permet de mettre en lumière des aspects du AÎNÉES AD-PLUS qui étaient moins présents dans les alertes des sentinelles, comme la nutrition et l'hydratation par exemple. Pour chaque personne rencontrée par une navigatrice, les aspects suivants sont ceux qui étaient les plus présents, dans des proportions de 19 % à 50 % des cas.



Des outils ont été élaborés pour permettre de guider les observations de la navigatrice et d'être attentive aux changements par rapport au comportement ou au niveau de fonctionnement habituel de l'aîné. Ces outils seront abordés ultérieurement.

Les rôles et les actions de la navigatrice

La fonction de la navigatrice dans un projet de gériatrie sociale a fait l'objet, au cours des années d'expérimentation, de plusieurs réflexions. À cet égard, une perspective s'est progressivement cristallisée de manière à présenter une fonction qui puisse être comprise et intégrée par les organisations porteuses de projets de gériatrie sociale et leurs partenaires. On définit donc la fonction de navigatrice selon des « rôles » et des « actions auprès des aînés ».

Ce que nous avons appris :

L'accompagnement des navigatrices depuis les premiers projets pilotes nous a permis de mieux camper leur rôle et les actions qu'elles sont en mesure de poser, mais aussi d'apprendre quelles aptitudes sont des atouts essentiels. Posséder de bonnes aptitudes relationnelles était une exigence de départ, mais l'expérience nous a montré que dans un contexte de relations interorganisationnelles et de pénurie de personnel, l'accomplissement de la tâche nécessitait un grand niveau d'autonomie, d'initiative, de polyvalence, en plus d'une excellente capacité à fixer ses propres limites et à les respecter.

Les rôles de la navigatrice

Les rôles de la navigatrice renvoient à toutes les composantes du travail qu'effectue une navigatrice. Ils touchent à la fois les services directs rendus aux aînés mais aussi le travail visant à fortifier la communauté et à assurer un ancrage optimal du projet au sein de celle-ci. Les rôles suivants seront explicités plus en détail dans les pages suivantes :

1. Former, soutenir et animer un réseau local de sentinelles
2. Repérer les risques et les signes de vieillissement accéléré à domicile
3. Effectuer des actions ciblées à domicile pour améliorer la santé et favoriser le maintien à domicile
4. Participer à l'évaluation du projet et de ses retombées
5. Développer et participer à des projets d'innovation

Former, soutenir et animer un réseau local de sentinelles

Une fois bien installée dans ses fonctions, la navigatrice est responsable de former les sentinelles de son territoire, mais aussi de leur offrir ensuite du soutien, de s'assurer qu'elles comprennent bien leur rôle et de faire naître un sentiment d'appartenance.

Elle peut d'ailleurs mobiliser son réseau de sentinelles en collaboration avec l'infirmière en gériatrie sociale. Que ce soit par des rencontres hebdomadaires avec les sentinelles, par des courriels d'information, par la discussion autour d'une vignette clinique ou encore durant un café-rencontre portant sur un thème de la lunette AINÉES AD-PLUS, tous les moyens sont bons pour mobiliser le réseau de sentinelles.

Perspectives de développement

Un travail a été entrepris au sein de la FAGES pour baliser le développement d'outils et/ou de formations par les navigatrices. Dans une perspective de déploiement national de la gériatrie sociale, il devient nécessaire d'encadrer, entre autres, l'utilisation de l'outil AINÉES AD-PLUS à diverses fins ainsi que la formation Sentinelles en gériatrie sociale, qui sont les fondements de la gériatrie sociale. Ce travail devra se poursuivre, avec la collaboration des navigatrices, pour s'assurer qu'elles puissent continuer à faire preuve d'initiative, selon un cadre clair et dans les limites de leur rôle.

Compte tenu de la répercussion de la mobilisation des sentinelles sur le nombre d'alertes reçues et par conséquent, sur le nombre d'ânés rejoins, il serait intéressant de développer, à la Fondation AGES, des outils et des activités de mobilisation du réseau de sentinelles. Un recensement de ce qui a été mis sur pied par les navigatrices des différents projets de gériatrie sociale pourrait être la première étape d'un co-développement en ce sens.

Afin de travailler en complémentarité avec les divers intervenants du réseau de la santé et du milieu communautaire, de participer efficacement à la concertation territoriale et d'y jouer un rôle significatif, la navigatrice doit d'abord bien comprendre la spécificité de son mandat et ce qui le distingue et le rend complémentaire de celui des autres acteurs œuvrant sur le territoire. Il revient aussi à la navigatrice de présenter aux différents partenaires son rôle au sein de la gériatrie sociale et de développer des stratégies de mobilisation autour de l'enjeu du vieillissement accéléré. Elle doit bien connaître les ressources visant les ânés de son territoire et collaborer de façon étroite, avec l'aide de l'infirmière CISSS/CIUSSS, avec les divers acteurs de son établissement de santé.

Ce que nous avons appris :

L'expérience a démontré que la présence d'une coordination investie et soutenante, qui comprend bien les enjeux du projet, facilite grandement le travail de la navigatrice et le développement du projet de gériatrie sociale. Comme elle assure un lien avec les acteurs communautaires du milieu ainsi qu'avec l'établissement de santé et de services sociaux et qu'elle participe au comité de pilotage, la coordination joue un rôle clé dans la gestion du projet. Elle saura positionner la gériatrie sociale comme une ressource incontournable du territoire, mettre à profit le rôle de la navigatrice, et faciliter son travail en mettant en place les modalités nécessaires à l'exercice optimal de ses fonctions.

Repérer les risques et les signes de vieillissement accéléré à domicile

Lorsqu'elle reçoit l'alerte d'une sentinelle, la navigatrice, après s'être assurée que la personne visée par l'alerte a donné son consentement pour qu'on la contacte, va communiquer avec elle et se rendre à son domicile pour approfondir le repérage initié par la sentinelle. La navigatrice cherche d'abord à comprendre la situation qui a motivé l'alerte puis elle explore les différentes facettes de la santé globale de l'aîné et identifie, le cas échéant, les risques associés aux motifs de l'alerte ou à d'autres éléments repérés à domicile. L'accès à l'espace de vie est très important puisqu'il permet à l'aîné d'aborder, sans tout le stress qui accompagne les évaluations en clinique, les problématiques qui nuisent à son autonomie ou qui affectent sa santé. La navigatrice cherche à savoir qui est cette personne et quelle est sa perception par rapport au problème soulevé par la sentinelle. Elle explore avec l'aîné les pistes déjà envisagées ou testées pour régler la situation ou en atténuer les conséquences et les attentes quant au support à fournir. À la lumière de cette rencontre, la navigatrice aura compris quels sont les besoins de l'aîné et quelles sont les actions à prioriser.

Effectuer des actions ciblées à domicile pour améliorer la santé et favoriser le maintien à domicile

Les interventions de la navigatrice, orientées par la grille d'observation qu'est le AÎNÉES AD PLUS, doivent se solder par un soutien à l'aîné dans ses efforts pour se maintenir en santé et poursuivre son projet de vie à domicile, même en présence de certaines limitations et maladies chroniques.

Dans cette perspective, la navigatrice accompagne l'aîné (et ses proches) dans ses démarches pour comprendre son état de santé, faire les choix qui lui semblent appropriés, et ce, dans le respect de son rythme. Elle peut d'ailleurs, en cours d'accompagnement, poser des gestes concrets, dans les limites de son rôle, pour favoriser le maintien à domicile.

Pour répondre à certains des besoins identifiés avec l'aîné, il est parfois nécessaire de faire appel aux différents partenaires du réseau de la santé ou encore du milieu communautaire. La navigatrice se questionne sur le type de ressources appropriées pour répondre aux besoins et accompagne l'aîné dans les diverses trajectoires permettant d'avoir accès à des services, en collaboration avec l'infirmière en gériatrie sociale (la section suivante distingue les actions directes et indirectes qui peuvent être initiées par la navigatrice).

Ce que nous avons appris :

La présence d'une ressource clinique infirmière en gériatrie sociale s'est révélée un ajout majeur pour l'accompagnement clinique de la navigatrice et pour la transmission des informations vers le système de santé. Elle contribue, par ses connaissances du réseau de la santé, à orienter et faciliter la démarche de la navigatrice ou de la personne aînée concernée vers les ressources cliniques appropriées. De plus, le fait qu'elle puisse intervenir de façon ponctuelle auprès de l'aîné et de ses proches a un impact direct et concret sur la santé de ces derniers. Enfin, sa participation aux rencontres de discussion des alertes contribue à la réflexion collective sur les situations cliniques abordées.

Participer à l'évaluation du projet et de ses retombées

La navigatrice collige des données statistiques concernant les actions entreprises dans son accompagnement auprès des aînés afin de participer à l'évaluation du projet. Elle fournit également une « histoire de cas » trimestrielle pour documenter de façon qualitative les retombées du projet. Elle participe au co-développement des outils à sa disposition, dans une optique d'amélioration continue, et doit s'assurer que la structure du projet répond bien au besoin d'origine.

Développer et participer à des projets d'innovation

La navigatrice porte un regard critique sur les besoins des aînés de son territoire et sur les ressources disponibles pour y répondre, mais aussi sur ses propres besoins pour pouvoir exercer son rôle de façon optimale. Les défis identifiés sont autant d'occasions de proposer ou de participer à des projets d'innovation pour mener à bien la mission de la gériatrie sociale. Le LISA (Laboratoire d'innovation en santé des aînés), associé à la Fondation AGES, interpelle d'ailleurs régulièrement les navigatrices pour participer à des projets d'innovation.

Ce que nous avons appris :

Au cours des trois dernières années, les navigatrices ont soumis des idées d'innovation et ont participé à plusieurs projets d'innovation avec le soutien du LISA (Laboratoire d'innovation en santé des aînés). La souplesse dans laquelle se développe la gériatrie sociale est propice à l'exploration d'idées émergentes. Les navigatrices ont collaboré à des projets sur le prêt d'équipement adapté, la dysphagie, la rééducation pelvienne et périnéale, l'accompagnement médical, les menus travaux, etc.

Les actions de la navigatrice auprès des aînés

Les actions de la navigatrice sont soutenues, sur le plan clinique, par une infirmière en gériatrie sociale basée au CISSS/CIUSSS et par l'équipe conseil de la Fondation AGES (infirmière, ergothérapeute, gériatre et éthicienne, clinique). La terminologie associée à ces actions est le fruit d'une démarche inductive, c'est-à-dire que les actions des navigatrices ont été d'abord guidées par des balises plus larges entre 2019 et 2021. Puis, à mesure que se précisaient les actions les plus porteuses, la terminologie suivante a pu être définie.

1. Actions à domicile en promotion de la santé et en prévention
2. Arrimage entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux
3. Développement du pouvoir d'agir de l'aîné et de ses proches dans la gestion de ses soins de santé
4. Renforcement du réseau de soutien de l'aîné.

Deux composantes essentielles vont guider les actions des navigatrices : l'**autonomie décisionnelle**, parce que l'aîné participe à toutes les décisions dans l'objectif de soutenir son pouvoir d'agir et de mettre à profit ses forces et ses capacités et la **confidentialité**. Une formation, des procédures et des outils ont été développés afin que les intervenants de la communauté et ceux du RSSS puissent collaborer en respectant la personne âgée en toute légalité.

Actions à domicile en promotion (ADP) de la santé et en prévention

Les actions à domicile en promotion de la santé et en prévention sont possiblement les actions les plus centrales dans le rôle de navigatrice. En effet, afin de prévenir l'entrée dans une trajectoire de vieillissement accéléré, il suffit parfois de détails, d'interventions simples à domicile qui peuvent être réalisées par des personnes qui ne sont pas des professionnelles de la santé, mais dont le rôle est justement de soutenir les aînés qui vieillissent à domicile.

Les actions en promotion de la santé et en prévention ont donc été classées en 5 catégories. Ces catégories ont été nommées en fonction des occurrences les plus fréquentes des enjeux travaillés au cours des premières années des projets pilotes. Dans le cadre de la présentation des données, on parlera donc des actions de promotion de la santé et de prévention en regard :

- Des risques de chutes ;
- Des problématiques associées au non-respect des ordonnances ;
- Des troubles associés à l'alimentation ;
- De la dégradation de maladies chroniques ;
- De la dégradation d'autres composantes de la santé.

Par exemple, une navigatrice pourrait s'assurer que les médicaments utilisés par l'aîné ne sont pas périmés et que ce dernier arrive à respecter la posologie, prévenir les chutes par quelques ajustements au domicile (fixer des fils électriques qui traînent, coller un tapis d'appoint, suggérer des pantoufles qui tiennent mieux dans les pieds, etc.) ou encore s'assurer, avec l'accord de l'aîné et lorsque requis, que la nourriture qu'il possède n'est pas périmée ou conservée à des températures le mettant à risque.

Actions à domicile en prévention des chutes

Bon an, mal an, environ 300 000 Québécois âgés de 65 ans et plus chutent¹⁹. Ces chutes peuvent être causées par une multitude de facteurs. En effet, selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « [...] la fréquence des chutes et des traumatismes liés aux chutes est élevée même chez les aînés actifs et en santé »²⁰. Il est donc apparu assez rapidement, dans les projets de gériatrie sociale, que des actions pouvaient être menées à domicile pour prévenir des chutes. L'intervention d'un ergothérapeute permet une analyse complète du domicile et des aptitudes fonctionnelles de l'aîné ainsi que la mise en place de stratégies structurantes à moyen et long terme. Il serait toutefois inexact de penser que rien ne peut être fait en dehors de l'intervention de cette dernière, tandis que l'aîné patiente sur la liste d'attente pour une consultation (qui peut avoisiner plusieurs mois d'attente pour un aîné



Histoire de navigatrice

Une sentinelle lance une alerte pour une dame qui a fait deux chutes dans sa salle de bain. Elle se déplace avec une marchette dans son logis, mais la laisse dans le corridor lorsqu'elle entre dans la salle de bain parce que c'est encombré. La navigatrice a réaménagé la salle de bain de Mme avec son consentement en retirant le tapis devant la toilette, en plaçant la litière du chat dans une autre pièce et en retirant une petite étagère qui avait été ajoutée par Mme.

...des
chutes

¹⁹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile — Recension des écrits du cadre de référence* (édition originale 2004, mise à jour en 2018). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>

²⁰ *Ibid*

présentant un risque de chute, mais n'ayant jamais chuté). C'est là que les actions de la navigatrice peuvent prendre tout leur sens : une ampoule brûlée, un tapis d'appoint glissant ou encore la disposition de certains meubles peut nuire au déplacement sécuritaire. Autant d'éléments qui peuvent être modifiés avec l'accord de l'aîné de manière à sécuriser simplement son environnement.

Les projets de gériatrie sociale ont aussi permis de constater que plusieurs établissements de santé et services sociaux fournissent des aides à la mobilité et des adaptations de domicile uniquement au-delà d'un seuil financier minimal (souvent 100 \$ ou 200 \$). En deçà de ce montant, les personnes sont invitées à défrayer elles-mêmes les coûts du matériel généralement acquis en pharmacie. Les navigatrices ont ainsi été confrontées à plusieurs situations où des aînés se sont privés de ces aides techniques faute de moyens financiers suffisants ou les ont rafistolées eux-mêmes à l'aide de ruban adhésif, de collier de serrage (Ty-Rap), etc. Ces constats ont mené au développement d'un partenariat avec une organisation caritative récupérant et réparant des aides techniques afin de les rendre accessibles, gratuitement, aux personnes pour lesquelles le besoin a été identifié. Ce type de matériel est disponible en pharmacie et ne nécessite aucune modification structurelle du logis. De plus, les navigatrices reçoivent une formation pour s'assurer que le prêt respecte des balises de sécurité, en plus d'avoir accès au soutien des professionnelles-conseil de la FAGES au besoin. Pour en savoir plus, consultez la page du Laboratoire d'innovation en santé des aînés sur le site de la Fondation AGES au <https://geriatriesociale.org/projets-lisa/prest-dequipements-adaptes/>.

Actions à domicile en prévention de problématiques associées au non-respect des ordonnances

Si la relation entre le pharmacien et la personne âgée revêt une grande importance, ne serait-ce qu'en raison du respect des ordonnances, plus d'une navigatrice a rapporté, au cours des projets pilotes, avoir vu des médicaments périmés, des médicaments pêle-mêle à l'extérieur de leurs contenants, des ordonnances non remises, etc. La navigatrice peut jouer un rôle auprès de l'aîné lorsqu'elle constate que la gestion de la médication est un enjeu pour lui. Avec son consentement, elle peut en discuter avec les acteurs de la santé (pharmacien, infirmière, etc.) pour que ces derniers puissent poser les gestes permettant une meilleure gestion des médicaments. De plus, la navigatrice peut aider l'aîné à structurer, autour de lui, un réseau de soutien pour assurer une prise de médicaments adéquate.



...de
problématiques
associées au
non-respect des
ordonnances

Histoire de navigatrice

Une pharmacienne fait appel à la navigatrice pour un homme âgé qui n'a pas renouvelé sa médication depuis six mois. La navigatrice constate à domicile que M. a des oublis plus fréquents et qu'il a de la difficulté à s'organiser en ce qui concerne la prise de médicaments. Avec l'accord de M. et en collaboration avec la pharmacienne, la médication a été livrée une fois/semaine, dans un pilulier, et tous les médicaments ont pu être mis à la même heure chaque jour. La navigatrice en a informé une amie de M. qui l'appelle chaque jour pour lui rappeler de prendre sa médication. De plus, la pharmacienne a communiqué avec le médecin pour qu'un suivi médical soit assuré.

Action à domicile en prévention des troubles associés à l'alimentation

Au cours des années de projets pilotes, les navigatrices ont constaté qu'un nombre important de personnes vivaient des problèmes liés à l'alimentation. Rappelons que, selon des études, 15 à 20 % de la population âgée subirait une perte non intentionnelle de poids (de l'ordre de 5 % de la masse corporelle sur 6 à 12 mois) et que celle-ci serait liée à un accroissement

de la morbidité et de la mortalité.²¹ La navigatrice peut jouer un rôle dans l'appui à la structuration des services permettant l'accès à une alimentation appropriée, mais elle peut aussi agir directement pour éviter des intoxications alimentaires, la dénutrition ou le désintérêt vis-à-vis de l'alimentation. Par l'accès au domicile et grâce au temps qu'elle prend pour établir le contact avec l'aîné, la navigatrice se trouve au cœur même de la prévention des risques reliés au milieu de vie et aux habitudes de vie de cette personne.



...de troubles
associés à
l'alimentation

Histoire de navigatrice

Une sentinelle lance une alerte à la navigatrice parce qu'elle observe une perte de poids chez une dame âgée. À domicile, la navigatrice constate que Mme a de plus en plus de difficulté à planifier ses repas et à s'approvisionner en nourriture. La popote roulante a été mise en place pour faciliter le quotidien de Mme.

Actions à domicile en prévention de la dégradation des maladies chroniques

Les actions de la navigatrice à domicile ciblent également la prévention de maladies chroniques. Plusieurs de ces maladies exigent, de la part de l'aîné, une prise de médication, le respect de conseils de santé, le suivi d'indicateurs (glycémie dans le cas du diabète), etc. L'hygiène de vie et l'organisation que cela suppose peuvent parfois faire défaut momentanément, pour diverses raisons. La navigatrice, par les renseignements qu'elle arrive à faire ressortir de sa collecte approfondie d'informations, peut contribuer à prévenir une dégradation de la situation en menant



...de la
dégradation
de maladies
chroniques

Histoire de navigatrice

Une navigatrice reçoit une alerte pour un aîné qui a fait deux chutes. M. croit qu'il chute en raison de baisses de pression. En faisant sa collecte approfondie d'informations, la navigatrice réalise que M. est diabétique et qu'il n'arrive pas à gérer sa glycémie adéquatement (2 repas par jour : des crêpes au sirop d'érable au restaurant à 14 h et un sandwich de dépanneur à 18 h). Elle demande à M. de prendre sa glycémie qui s'avère être à 12. Elle a interpellé l'infirmière en gériatrie sociale qui a pu faire de l'enseignement et assurer un suivi de la glycémie auprès de M. De plus, la popote roulante a été mise en place pour que M. puisse avoir une alimentation plus appropriée pour sa condition.

des actions qui influencent la gestion de la maladie par l'aîné.

²¹ Gaddey, H.L., Holder, K. (2014). Unintentional Weight Loss in Older Adults, *American Family Physician*. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24784334/>

Actions à domicile en prévention de la dégradation d'autres composantes de la santé

Presque toutes les composantes du AÎNÉES AD-PLUS auraient pu faire l'objet d'actions à domicile en promotion de la santé et en prévention. La notion d'*autres composantes* a donc été créée pour inclure les actions visant à prévenir une détérioration de l'état de santé de l'incontinence urinaire, du manque/perturbation du sommeil, du déconditionnement, de l'apparition d'enjeux de plaies ou de problèmes de vision, etc. La navigatrice, via la collecte approfondie d'informations, arrive à brosser un portrait de santé globale de l'aîné, ce qui lui permet d'aborder avec lui une dégradation de ces diverses composantes. Avec le consentement de l'aîné, elle peut ainsi appuyer le travail d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux pour agir de manière optimale sur ces composantes.



...de la
dégradation
d'autres
composantes
de la santé

Histoire de navigatrice

Une sentinelle lance une alerte pour une dame qui est en perte d'autonomie avec plusieurs problèmes de santé. Elle a eu deux hospitalisations récentes pour des problèmes cardiaques. La navigatrice réalise que Mme ne comprend pas sa limite liquidienne, ni l'utilisation de son CPAP. Elle a fait appel à l'infirmière en gériatrie sociale qui est venue faire de l'enseignement et assurer un suivi auprès de Mme. Parallèlement, la navigatrice a mis en place des services d'entretien ménager et d'aide à la préparation des repas.

Arrimage entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux

Force est de constater que l'arrimage entre la communauté et le réseau de la santé et des services sociaux n'est pas toujours facile, que ce soit en raison des délais d'attente pour obtenir des services, de l'absence d'un médecin de famille ou encore d'une difficulté de transmission des informations entre ces différentes instances. La navigatrice est bien placée pour faciliter cet arrimage lorsque nécessaire et permettre à l'aîné de recevoir les services appropriés en étant la courroie de transmission entre le réseau de sentinelles sur le terrain et les professionnels du réseau de la santé via l'infirmière en gériatrie sociale.

Par exemple, la navigatrice pourrait, selon certaines conditions, référer la personne au



Transmission de la grille
d'observations AINÉES
AD-PLUS au CLSC ou à
un autre professionnel de
la santé



Appui pour
l'obtention
d'un rendez-
vous médical



Contribution à la
complétion
d'une évaluation
par le réseau

Histoire de navigatrice

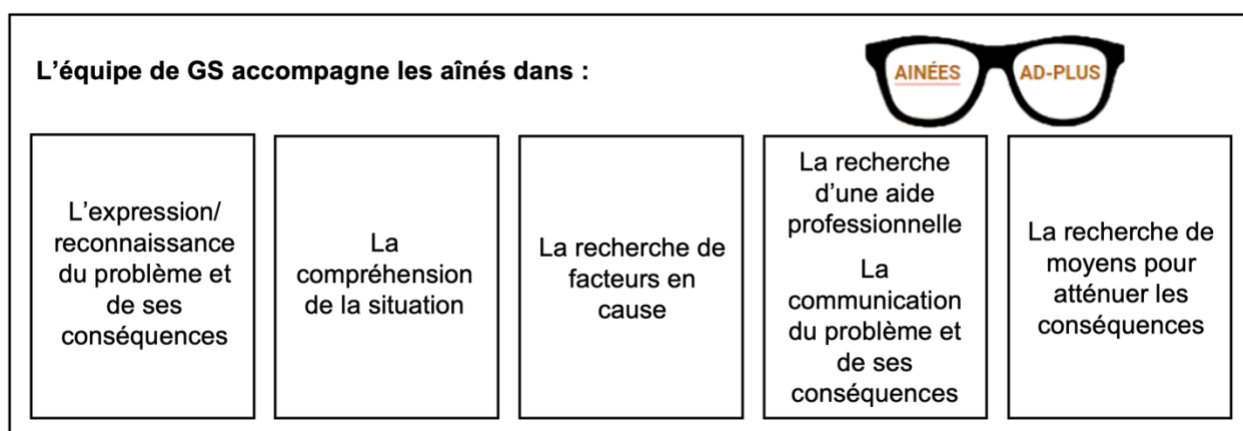
Une sentinelle lance une alerte pour un aîné qui a de multiples rendez-vous médicaux dans plusieurs hôpitaux différents et qui n'arrive plus à en faire la gestion, ni à trouver le transport nécessaire pour s'y rendre. La navigatrice a tenté d'aider M. en faisant un tableau pour lui permettre de suivre ses rendez-vous, mais M. n'est pas arrivé à assimiler le fonctionnement du tableau, malgré les tentatives nombreuses. La navigatrice a réalisé que le niveau d'aide dans le quotidien de M. était plus important qu'une simple assistance pour la gestion de ses rendez-vous. Comme M. était en attente de services au CLSC, la navigatrice a complété la grille d'observations AINÉES AD-PLUS et l'a transmise au soutien à domicile avec l'assistance de sa ressource clinique en GS pour démontrer l'urgence de la situation et l'impact réel dans la vie de M. Le dossier de M. a ensuite pu être priorisé.

CISSS/CIUSSS/médecin traitant/infirmière/GMF si une détérioration ou un risque pour la santé sont constatés. Elle pourrait également, si la personne est en attente de services ou d'un rendez-vous, transmettre l'information nécessaire afin de prioriser à nouveau le dossier de la personne en fonction de son état actuel et obtenir le bon service au bon moment.

Développement du pouvoir d'agir de l'aîné et de ses proches sur la gestion de ses soins de santé

Le développement du pouvoir d'agir de l'aîné est à la base même de la philosophie de gériatrie sociale. Il s'avère avantageux d'outiller l'aîné afin de renforcer ses aptitudes quant à l'autogestion de ses soins de santé et le maintien, voire l'amélioration des déterminants de sa santé.

L'accompagnement d'aînés dans leur expérience de santé pour prévenir ou contrer le vieillissement accéléré est l'élément central de la gériatrie sociale. Il contribue à renforcer le pouvoir d'agir de ces personnes dans la gestion de leurs soins de santé.



Par exemple, en ce qui a trait à l'autogestion des soins de santé, la navigatrice pourrait soutenir la personne dans l'identification de détériorations de son état de santé qui ne sont pas normales en vieillissant et qui nécessitent une attention professionnelle (signes AINÉES AD-PLUS), comme une difficulté à uriner ou des fuites d'urine, une perte d'appétit et de poids, une douleur incapacitante, une somnolence diurne ou encore une plaie qui ne guérit pas. Elle pourrait également soutenir un

aîné ayant un faible niveau de littératie dans la compréhension des ordonnances médicales et des requêtes pour prélèvements sanguins et examens radiologiques. Au niveau du maintien/amélioration des déterminants de la santé, elle pourrait, par exemple, soutenir l'essai et l'obtention de matériel de protection urinaire ou encore favoriser le rétablissement de la sécurité financière en appuyant l'aîné dans ses démarches.



Préparation et/ou
accompagnement/soutien
lors de rdv médicaux;
soutien pour coordination
et suivis



Soutien à la
littératie en
santé

Histoire de navigatrice

Une navigatrice reçoit une alerte pour une dame qui présente quelques problèmes de santé et qui se dit insatisfaite des recommandations de son médecin. Cette situation et les rencontres avec le médecin sont sources d'anxiété pour Mme. La navigatrice a aidé Mme à se préparer pour son prochain rendez-vous médical en identifiant les informations importantes à transmettre au médecin et les questions à lui poser. De plus, la navigatrice a accompagné Mme à son rendez-vous pour la soutenir dans cette démarche. La conversation avec le médecin a ainsi été facilitée, Mme s'est sentie écoutée et était beaucoup plus satisfaite de cette rencontre.

Ce que nous avons appris :

En raison des délais d'attente pour obtenir des services du réseau de la santé, la navigatrice se retrouve fréquemment dans des situations où elle aide l'aîné à trouver des solutions alternatives temporaires. De plus, elle devient souvent l'intervenante de référence auprès de l'aîné, étant donné la facilité d'accès et sa rapidité de réponse, même si un intervenant lui a déjà été attribué au CLSC. C'est là que l'arrimage avec le RSSS prend tout son sens.

Renforcement du réseau de soutien de l'aîné

« Ça prend un village pour soutenir les aînés » pourrait être une adaptation intéressante d'un proverbe bien connu. Renforcer le réseau de soutien a bien souvent un impact très positif sur le maintien à domicile des personnes âgées. Encore faut-il que ce réseau soit sensibilisé aux besoins de la personne et que les services nécessaires soient mis en place. La navigatrice, en étant plongée dans le quotidien de l'aîné à



Sensibilisation
ou mobilisation
des proches de
la personne



Accompagnement
vers des ressources
communautaires



Appui à la mise
en place de
services à
domicile

Histoire de navigatrice

Une sentinelle lance une alerte pour une dame qui l'inquiète puisqu'elle a de plus en plus de difficulté à s'occuper de son logis. La navigatrice observe divers risques à domicile en lien avec des difficultés liées à la mémoire. Sa seule proche aidante est sa fille qui habite à trois heures de route. Avec l'accord de la dame, la navigatrice a communiqué avec la fille et lui a brossé un portrait de la situation. La fille a réalisé qu'elle n'avait pas un portrait juste du fonctionnement de sa mère à domicile puisque cette dernière lui répétait chaque semaine au téléphone que tout allait bien. La fille de Mme est venue passer une semaine chez sa mère, elle l'a accompagnée à un rendez-vous en psychogériatrie et a fait les démarches nécessaires, en collaboration avec la navigatrice, pour mettre en place des services (popote roulante, entretien ménager et visites d'amitié) afin d'assurer la sécurité de Mme à domicile en attendant les services du CLSC.

domicile, est à même d'explorer les possibilités de ce réseau de soutien avec lui et de mobiliser les acteurs qui peuvent lui être utiles en l'accompagnant dans ses démarches.

Par exemple, la navigatrice pourrait soutenir la personne dans sa démarche de demande d'aide à son entourage pour favoriser son maintien à domicile, comme de l'aide pour faire les courses, pour du soutien moral ou encore pour prendre soin d'un animal de compagnie. Elle pourrait l'aider à mettre en place des services d'entretien ménager, de popote roulante, d'aide à la préparation de repas ou encore la référer vers des organismes communautaires selon les besoins nommés par l'aîné.

Résultats

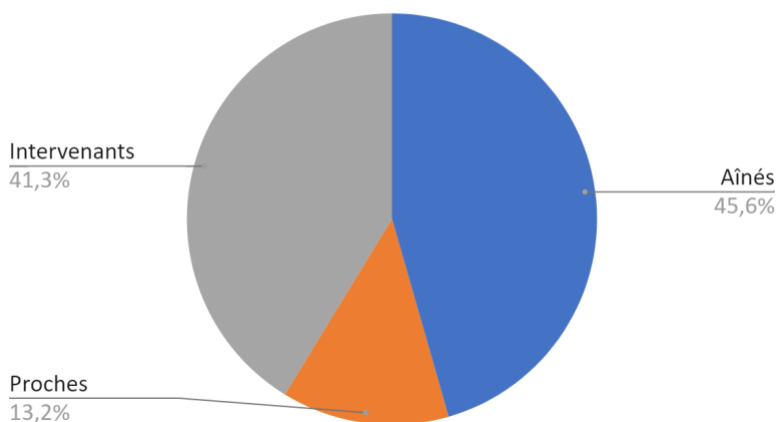
Après la phase de mise en place d'un projet de gériatrie sociale, la navigatrice traite une moyenne de **25 nouvelles alertes** par trimestre. De plus, elle agit sur une moyenne de **10 alertes d'un trimestre précédent**, mais pour lesquelles le travail se poursuit. De ces 35 alertes traitées par trimestre découlent en moyenne **125 actions** au bénéfice des aînés touchés par ces alertes.

Au cours de la dernière année :
932 alertes traitées
pour
7 209 actions posées par les
navigatrices

Cette volumétrie est satisfaisante, mais il sera intéressant d'aller chercher plus de données sur l'aspect qualitatif derrière ces chiffres dans le futur.

On peut voir sur le schéma ci-contre que près de la moitié des actions de la navigatrice sont des actions directes auprès de l'aîné. La majorité des actions indirectes ciblent des intervenants du réseau de la santé ou du milieu communautaire et le reste cible les proches de l'aîné. Cela démontre bien qu'il est tout aussi important d'agir auprès de l'aîné que de mobiliser son réseau de soutien et les acteurs qui peuvent jouer un rôle potentiel pour le maintien de ses capacités.

Cible de l'action



AÎNÉES AD-PLUS, son utilisation en intervention et lors des rencontres de discussion des alertes

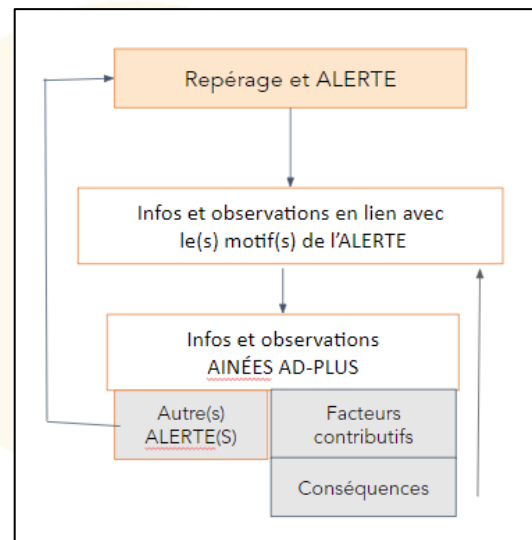
L'expérience des projets pilotes nous a permis de valider la pertinence de cet aide-mémoire, de comprendre comment l'équipe de GS peut l'utiliser concrètement au quotidien et de réfléchir aux difficultés rencontrées, mais aussi aux moyens de favoriser sa compréhension et son utilisation.

L'outil AÎNÉES AD-PLUS permet à la navigatrice d'élargir et d'approfondir le repérage de signes de vieillissement accéléré chez l'aîné visé par une alerte de la façon suivante :

1. Lorsqu'une sentinelle lance une alerte, la navigatrice questionne d'abord la sentinelle sur cette alerte pour bien identifier sa préoccupation et/ou le besoin de la personne âgée ;
2. Elle lui demande ensuite si elle a observé un changement dans les autres aspects AÎNÉES AD-PLUS ;
3. Lorsque la navigatrice rencontre la personne âgée visée par l'alerte, elle cherche d'abord à bien comprendre la situation et le besoin de cette personne, selon sa perspective ;
4. Puis elle approfondit le repérage en essayant de broser le portrait le plus complet possible de l'AÎNÉE AD-PLUS par des observations directes du milieu et de l'aîné, ainsi que par la discussion avec ce dernier ;
5. Lorsque la navigatrice discute ensuite avec l'infirmière en gériatrie sociale, elle lui décrit l'alerte et lui relate le portrait de l'AÎNÉES AD-PLUS qu'elle a pu obtenir. Par exemple :
 - i. Nous avons observé tel ou tel signe/problème. Son AÎNÉES habituel est..., depuis 2 semaines, il a changé, etc.
 - ii. On ne connaît pas son AÎNÉES habituel, mais tel aspect nous préoccupe.

Il est essentiel que la navigatrice ne limite pas sa collecte approfondie d'informations au seul motif initial de l'alerte. Lors des rencontres de discussion des alertes, ses observations par rapport aux aspects AÎNÉES AD-PLUS peuvent permettre :

- de repérer d'autres motifs d'inquiétude pouvant soulever des alertes ;
- d'identifier des causes possibles du problème et les conséquences de celui-ci sur les autres aspects AÎNÉES AD-PLUS.



L'infirmière du CISSS/CIUSSS associée à l'équipe de GS



Pertinence de la ressource infirmière en gériatrie sociale

L'étroite collaboration entre des intervenants de la communauté et des ressources cliniques du RSSS est une des clés de l'approche en gériatrie sociale qui s'est donné comme objectif de prévenir le vieillissement accéléré afin d'améliorer la qualité de vie des aînés au Québec. Pour y arriver, la GS identifie les aînés à risque par un repérage en communauté, elle renforce la première ligne communautaire et développe des trajectoires de services efficaces. Celles-ci font en sorte de mettre à contribution l'ensemble des acteurs composant le réseau de soutien des aînés.

C'est pourquoi, dans le modèle proposé par la fondation, l'équipe de GS comprend une ressource clinique, préférablement une infirmière, en mesure d'appuyer les navigatrices et les autres intervenants de la communauté dans leurs actions pour mobiliser les forces de l'aîné afin de prévenir, repérer, renverser ou stabiliser les situations de vieillissement accéléré. Cette

ressource, associée à l'équipe de GS, provient du CISSS/CIUSSS du territoire visé.



Pourquoi est-il justifié d'affecter une ressource clinique infirmière en GS ? À priori, l'infirmière est la professionnelle de la santé dont le champ de pratique permet d'intervenir en première ligne sur la plus grande proportion des déterminants de la santé des

aînés dans la communauté. Les autres professionnels ne peuvent agir sur autant d'aspects AINÉES AD-PLUS que l'infirmière en matière de repérage, de dépistage, de prévention et de traitement de problèmes. Ce qui n'empêche pas, comme nous le verrons, d'autres types de professionnels d'appuyer cliniquement l'équipe de GS.

Ce que nous avons appris :

Grâce à l'implication en gériatrie sociale des professionnels de la santé et des gestionnaires des CISSS/CIUSSS, nous avons beaucoup appris sur la contribution des ressources cliniques, sur ce qui peut la faciliter ou la freiner. L'expérience vécue sur le terrain depuis le début des projets en GS peut grandement faciliter le travail de la ressource clinique ainsi que la mise en œuvre d'actions efficaces et efficientes GS-CISSS.

L'élément *ressource clinique* du modèle de gériatrie sociale de la Fondation AGES a été mis à l'épreuve et a évolué grâce aux expériences issues des projets pilotes en cours depuis 2019. Voyons comment²² cette composante du modèle a contribué aux projets, le type de pratique exercée, ce qui a facilité son action et ce qui l'a freinée ou rendue plus difficile.

Qui sont ces ressources cliniques ?

En date de ce rapport et depuis l'été 2022, les ressources cliniques sont des infirmières dans 5 des 6 projets. Elles travaillent en CISSS/CIUSSS au sein d'équipes qui offrent des services de soutien à domicile (SAD) que ce soit via le programme de soutien aux personnes en perte d'autonomie (SAPA) ou le programme pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PPALV) :

- Infirmière de l'équipe d'évaluation PPALV (1 projet)
 - Dans ce projet, une travailleuse sociale appuie aussi l'équipe lors des discussions hebdomadaires des alertes.
- Infirmières de l'équipe SAPA (4 projets)
 - Suivis à domicile, court-terme, guichet/accueil, liaison et autres activités, par exemple vaccination, évaluation pour soins de plaies plus complexes (2 projets) ;
 - Suivis à domicile à long terme sans gestion de cas (1 projet) ;
 - Travail en RPA-RI (1 projet).

Dans le 6^e projet, la ressource clinique est un spécialiste en activités cliniques avec profil psychosocial, de la direction SAD et de proximité, dont l'activité principale est de soutenir l'équipe d'intervenants réseau du territoire.

²² Les données qualitatives et quantitatives qui soutiennent notre propos proviennent en grande partie des observations lors des rencontres de discussions des alertes, des discussions en communauté de pratique des professionnels de la santé en GS, et des « histoires de cas » (dénominisées) transmises par les ressources cliniques et les navigatrices pour illustrer leur pratique.

Temps consacré à la GS

Les infirmières et les autres professionnels qui œuvrent au sein des projets de gériatrie sociale en tant que ressources cliniques consacrent une portion de leur temps de travail à la GS. Selon notre estimation, les infirmières y travaillent de 1 à 15 h par semaine, soit entre 3 et 42 % de leur temps de travail hebdomadaire (35 h/sem.).

Il est difficile de calculer une moyenne, car si dans un des projets, les journées de travail sont déterminées à l'avance, pour d'autres, le temps consacré varie en fonction :

- de la disponibilité de l'infirmière (qui peut varier chaque semaine selon ses activités et sa charge de travail au CISSS/CIUSSS)
- du nombre d'alertes reçues qui dépend de l'étendue du territoire et de l'étape de développement du projet et du réseau de sentinelles
- du besoin d'appui clinique qui varient selon le type d'alertes, ainsi que du nombre de navigatrices et de leur aisance dans leur rôle.

De plus, nous avons pu identifier d'autres facteurs organisationnels pouvant expliquer les différences de volume d'activités des infirmières en GS :

- le type de pratique ; selon la possibilité ou non de réaliser les 3 volets de ce rôle (voir description dans la section ci-après) ;
- l'autorisation ou non par l'employeur, d'intervenir auprès d'aînés à risque ou présentant des signes de vieillissement accéléré, qui ne correspondent pas aux critères d'accès des SAD ;
- la possibilité d'assurer une présence physique minimale et régulière à l'organisme hôte du projet dans la communauté (EÉSAD ou autre), ce qui favorise les contacts directs avec les navigatrices et les sentinelles.

La ressource clinique travaille au CISSS/CIUSSS du territoire au sein d'une équipe qui offre des services domicile (SAD)

Offre à la GS des disponibilités ou des périodes dédiées

Estimation du % de temps hebdomadaire* consacré à la GS par les infirmières en 2022-2023 (15 mois):
3 à 40% (variable)

* base de 35h/ semaine

À noter que de l'automne 2019 à janvier 2022, un projet comprenant une équipe de 3 navigatrices a pu compter pendant 12 mois, sur une infirmière SAPA dédiée à temps complet à la GS et dont le bureau principal était sur les lieux mêmes de l'équipe de GS, au sein de l'organisme communautaire hôte du projet. Cette situation nous a permis d'observer les possibilités et les retombées d'un travail de proximité en soins infirmiers auprès des aînés visés par la GS. Ainsi, cette infirmière a pu créer un lien de confiance avec des aînés, à l'extérieur des structures institutionnelles traditionnelles et son immersion dans une équipe d'intervenants communautaires, lui a permis de poser un regard différent sur l'efficacité des interventions à domicile. Elle a été en mesure de contribuer à diminuer les craintes et les préjugés d'aînés face au RSSS et aux professionnels de la santé, ce qui limite leur utilisation des services de santé et augmente ainsi le risque de perte d'autonomie.

Dans un autre projet, en 2021, la ressource clinique a été, pendant un an, une kinésiologue de la direction SAPA, dédiée à 4 jours/sem. à la GS, qui prodiguait aussi des activités de conditionnement physique. À son départ, elle a été remplacée par une infirmière.

Exemple de temps consacré à la GS par l'infirmière dans un projet dont le contexte est le suivant :

Composition de l'équipe

GS : Une infirmière en GS, une navigatrice expérimentée et une débutante.

Population desservie :

22 000 personnes âgées de 65 ans et plus.

Réseau de sentinelles : base bien établie au sein de l'EÉSAD et hors EÉSAD, mais toujours en développement.

Estimation du temps consacré à la GS :

5-8 jours/mois

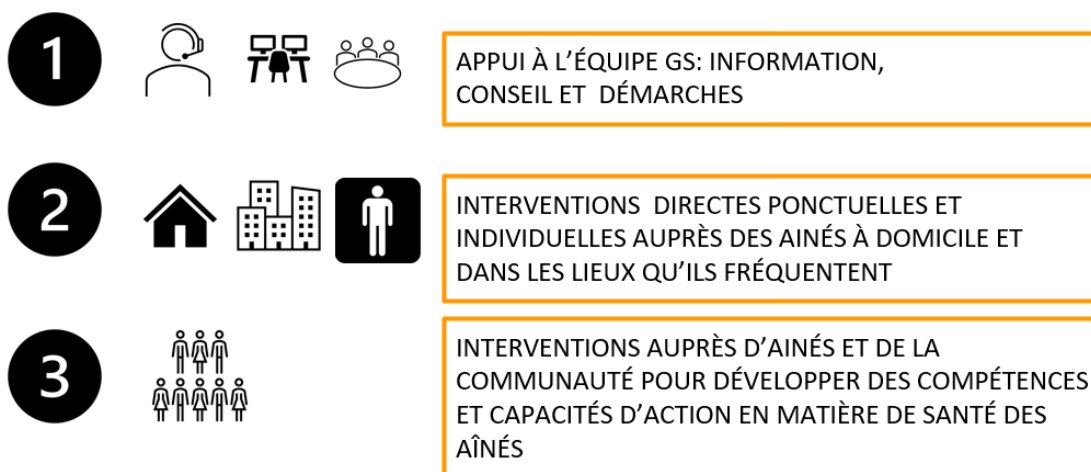
Ce que nous avons appris :

Le travail de l'infirmière en GS peut être combiné à une autre assignation ou activité au CISSS/CIUSSS si cette dernière laisse à la ressource clinique une marge de manœuvre et une souplesse suffisantes pour intervenir en GS. Ainsi, selon l'expérience vécue dans un des projets, il a été démontré que la gestion de cas à temps complet est incompatible avec le rôle de ressource clinique en GS, même en réduisant le nombre d'usagers suivis. Si l'expérience d'une ressource infirmière à temps complet sur le projet de gériatrie sociale a été tentée, il n'est pas recommandé de déployer une telle intensité de ressource en début de projet et avec un seul navigateur. Cependant, des retombées intéressantes de cette expérience ont été observées et invitent à étudier davantage cette possibilité.

Que font les ressources cliniques associées à l'équipe de GS ?

La ressource clinique en GS fournit la capacité clinique à l'équipe de gériatrie sociale. Sa capacité d'action dépend de sa profession, de ses compétences et des modalités organisationnelles qui balisent son action. Par exemple : la possibilité ou non de faire des visites, d'intervenir auprès d'aînés qui refusent dans un premier temps une ouverture formelle de dossier au CLSC, ou celle de participer à des interventions d'éducation à la santé. Ces modalités, établies par le CISSS/CIUSSS, étaient parfois différentes d'un projet à l'autre. Elles ont évolué au fil du temps et ont permis aux différents volets du rôle d'évoluer selon les besoins identifiés.

Les activités des ressources cliniques se déclinent en 3 volets s'adressant prioritairement à la pratique infirmière. Si la ressource clinique n'est pas une infirmière, elle peut y contribuer en fonction des types d'alertes rencontrées et dans la mesure de son champ de pratique.



Volet 1 : Appui à l'équipe de GS, virtuellement ou en personne

Activités présentes dans les six projets :

- Discuter des alertes et de leurs suivis avec les navigatrices ;
- Informer et conseiller les navigatrices sur l'amorce et l'orientation de la démarche d'aide ;
- Faciliter, par diverses démarches, la navigation au sein du réseau public de santé : expliquer, mettre en lien, consulter, référer ;
- Favoriser la continuité relationnelle et informationnelle entre l'aîné, les proches s'il y a lieu, les acteurs de la communauté et ceux du réseau de la santé.

Activités présentes dans les projets avec ressource clinique infirmière :

(Lorsque la ressource clinique n'est pas une infirmière, le professionnel effectuera les activités selon la nature des alertes, en fonction de ses compétences.)

- Appuyer les sentinelles/navigatrices dans l'activité de repérage AINÉES AD-PLUS : évaluer ce qui est rapporté, suggérer des observations additionnelles, proposer des actions ou intervenir directement, avec l'accord de l'aîné ;
- Outiller les navigatrices tout au long de la démarche d'aide : la compréhension de la situation et des enjeux de santé, l'urgence ou non d'agir, les stratégies d'accompagnement dans les autosoins et l'autogestion des soins, les interventions préventives et leurs limites, l'approche relationnelle, les responsabilités et limites de leur rôle, la présence d'un enjeu éthique, la connaissance des ressources en santé du RSSS, et celles de la communauté.

Volet 1 — Quelques exemples

L'infirmière en GS :

Suggère à la navigatrice les éléments particuliers à observer, des questions à poser pour mieux explorer la situation d'un aîné atteint de la maladie de Parkinson pour qui une sentinelle est inquiète face à un laisser-aller récent.

Contribue au plan d'action en fonction de l'analyse des données recueillies par la navigatrice et des informations connues par le CISSS pour une personne âgée dont on sait qu'elle est diabétique, semble ne pas comprendre comment gérer le diabète diagnostiqué il y a quelques mois, qui a fait une chute dans le stationnement et pour qui son amie s'inquiète. Le plan d'action auquel contribue l'infirmière tiendra compte du fait que la personne a déjà été suivie à la clinique du diabète du CLSC, que le type de médicament prescrit ne doit pas provoquer d'hypoglycémie, qu'il y a un enjeu de sécurité alimentaire, potentiellement un trouble de vision et de littératie.

Aide la navigatrice à comprendre la situation/comportement d'un aîné et à adapter son approche dans le cas de douleur chronique, de séquelles d'AVC, et de dimensions culturelles de la santé.

Suggère des ressources d'aide (ex. pour le choix et obtention de protection urinaire, ajustement de prothèse dentaire à faible coût).

Volet 2 : Interventions ponctuelles directes et individuelles auprès des aînés à domicile et des lieux qu'ils fréquentent

Volet présent dans les cinq projets ayant une ressource clinique infirmière qui, selon le cas :

- Évalue la condition physique et mentale et les autosoins ;
- Identifie avec l'aîné, ses problèmes de santé prioritaires et l'accompagne dans la recherche de solutions pour y faire face ;
- Détermine avec l'aîné un plan d'intervention ponctuel ou à court terme, qui tient compte des forces de l'aîné et de ses proches, et renforce leur pouvoir d'agir ;
- Prodigue, si requis, des soins préventifs et curatifs généraux ;
- Répond aux questions de l'aîné et des proches et leur offre conseils et soutien en lien, entre autres, avec les autosoins, leur autogestion, le recours aux services de santé, la prise de décision éclairée, l'affirmation de leur choix et la défense de leurs droits en matière de santé ;
- Si présence de maladie chronique et absence de suivi infirmier, débute ou consolide l'enseignement de l'autosurveillance, de la prévention des rechutes et des exacerbations ;
- Soutient l'aîné et son proche aidant dans leurs démarches de coordination de soins/services auprès des professionnels de la santé hors CISSS/CIUSSS impliqués dans les soins (médecins, pharmacien, physio, etc.). Si requis, et avec l'accord de l'aîné, communique avec ces professionnels pour assurer une communication efficace de la situation de santé, des objectifs de l'aîné et des recommandations professionnelles ;
- Facilite l'accès aux professionnels de la santé et l'arrimage avec le RSSS : par son évaluation, elle fournit au RSSS et aux professionnels des cliniques générales et spécialisées, un portrait de la situation réelle à domicile, contribuant ainsi à une priorisation adéquate de la référence, un plan d'intervention optimal et la réduction des risques d'erreurs diagnostiques et de traitement ;
- Initie ou facilite la collaboration et la concertation des professionnels de la santé déjà impliqués, des proches aidants et des intervenants communautaires ;
- Au besoin, en attendant une prise en charge par le réseau de la santé, assure ponctuellement ou à très court terme la coordination clinique ou fonctionnelle²³ des interventions cliniques à réaliser pour un aîné.

²³ Coordination clinique : coordination des interventions des actions d'une équipe (l'équipe de gériatrie sociale). Déterminer le moment opportun pour faire appel à l'entourage, à d'autres professionnels et ressources communautaires, ainsi que les types d'intervention à envisager.

Coordination fonctionnelle : assembler et synchroniser les efforts de travail des acteurs impliqués et provenant de différentes équipes ou organisations afin qu'ils soient en harmonie pour atteindre les objectifs.

Source : Dallaire, C. et Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C. Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. p.287. Montréal : Gaétan Morin Éditeur

Estimation du nombre de visites à domicile :

Varie entre 1 et 12 visites par mois, selon les projets et les périodes.

Dans les projets où la ressource clinique n'est pas une infirmière, une partie des activités pourraient avoir lieu si cette ressource avait accès à une infirmière qui peut s'impliquer dans ce volet.

Volet 2 — Quelques exemples

Intervention conjointe avec la navigatrice : l'infirmière évalue le déclin fonctionnel important et les douleurs d'un aîné qui ne veut rien savoir du CLSC malgré son état. L'infirmière discute avec lui pendant que la navigatrice intervient auprès du colocataire en lien avec l'insalubrité du logis. L'infirmière a convaincu l'aîné de se faire soigner. Après un séjour à l'hôpital, il est revenu chez lui, le logis étant plus salubre et il peut y demeurer avec sa colocataire et recevoir des services d'aide.

Évaluation à domicile d'un aîné qui présente une grande fatigue depuis plusieurs jours au point de ne plus pouvoir faire ses activités domestiques habituelles. L'infirmière évalue sa condition physique et mentale et discute de son évaluation avec le médecin de famille. Elle effectue les prélèvements pour analyses sang/urine demandées. Le problème a nécessité un changement dans la dose d'un médicament. L'infirmière a fait l'enseignement requis et, avec la navigatrice, elles ont mobilisé l'entourage de l'aîné pour l'aider en attendant que ses forces reviennent.

La vérification de la tension artérielle a servi de porte d'entrée pour une aînée qui ne sortait plus de chez elle. L'alerte provenait de voisins inquiets de ne pas l'avoir vue depuis plusieurs semaines dans les aires communes du HLM. L'infirmière a constaté un déconditionnement secondaire à la crainte de refaire une chute et la crainte de la COVID. Le logis était quasi insalubre. L'infirmière a évalué les facteurs de risque de chute intrinsèques et extrinsèques et, avec la navigatrice, a mis en place des interventions pour améliorer les aspects AINÉES AD-PLUS les plus touchés.

Une navigatrice soupçonnait la présence de maltraitance envers un aîné qui refusait d'aborder le sujet. Le prétexte de la santé de la personne, l'offre d'un soin infirmier et la création progressive d'un lien de confiance avec l'infirmière de GS ont permis de créer un filet de sécurité en attendant que la personne soit prête à en parler et à accepter d'agir. Ainsi, comme rapporté par l'infirmière et la navigatrice, elles ont fait équipe pour amener l'aînée à retrouver le pouvoir sur son vécu.

Dans un secteur plus défavorisé, la participation de l'infirmière aux activités de vaccination antigrippale dans la communauté et sa présence au Café rencontre pour aînés a permis de rejoindre et de gagner la confiance d'aînés qui se tiennent loin du système de santé ou ne savent pas comment y avoir accès.

Ce que nous avons appris :

Établir une entente formelle de partenariat avec un groupe de médecine familiale (GMF) comme c'est le cas dans un des projets, augmente la capacité d'action clinique de l'équipe GS. Ainsi, selon cette entente, une évaluation médicale ponctuelle en clinique est possible, même si l'aîné n'y est pas suivi, pourvu qu'il soit référé par l'infirmière après évaluation, et que la navigatrice ajoute ses observations AÎNÉES AD-PLUS à la demande de référence. À noter que les intervenants du GMF peuvent aussi diriger des aînés vers la GS.

Volet 3 — Interventions auprès d'aînés et de la communauté pour développer des compétences et capacités d'action en matière de prévention du vieillissement accéléré

La création de compétences individuelles et communautaires en santé est un des domaines où l'infirmière en santé communautaire peut jouer un rôle clé²⁴. Pour faire face au défi du vieillissement de la population, la Fondation croit en la création de telles compétences en matière de prévention du vieillissement accéléré d'aînés fragiles avec peu ou pas de perte d'autonomie. Elle souscrit à l'approche écologique pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés du territoire. Cette approche préconise d'aller au-delà des actions sur les capacités individuelles des aînés et d'agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé²⁵ (Richard, Tremblay et Gauvin, 2013).

C'est dans cette perspective que le volet 3 a été développé et inséré dans les activités de la ressource clinique. Celui-ci a pu être observé de 2020 à 2021 dans la pratique de l'infirmière en GS de l'un des projets initiaux. L'infirmière en GS d'un autre projet effectue des activités de ce volet depuis 2022.

²⁴ Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada — IISCC. (2019). *Modèle et normes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire du Canada*. Ottawa : Auteur. Repéré à <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>.

²⁵ Richard, L., Tremblay, M-C. et Gauvin, L. (2013). L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés. Dans L. Richard, L. Barthélémy, M_C. Tremblay, S. Pin et L. Gauvin (Dir.), *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. p.39-49. INPES éditions (France).

Dans ce volet, l'infirmière en GS :

- Contribue au développement des compétences et capacités d'action en matière de prévention du vieillissement accéléré et d'autogestion des soins de santé
 - des équipes navigatrices et sentinelles GS ;
 - des partenaires de la communauté ;
 - des aînés et de leur cercle de soins.
- Contribue à l'action communautaire et l'action intersectorielle en matière de soins de santé primaires, de prévention et de protection de la santé des aînés du territoire.

**Estimation du temps
alloué au volet 3 par
l'infirmière en GS :**

de 1 à 3 h par 1 - 2 mois.

Par ailleurs, l'infirmière en GS étant une infirmière dite de proximité, elle est en position de maintenir des liens avec la communauté des aînés du territoire ce qui lui permet, comme un canari dans la mine, de repérer au fil du temps les obstacles à la santé des aînés du territoire.^{26 27}

Volet 3 — Quelques exemples

Participation aux activités pour faire connaître la GS aux aînés de HLM et répondre à leurs questions en matière de santé et d'accès au RSSS

Participation à des rencontres de soutien au repérage d'éléments compris dans l'AINÉES AD-PLUS par les sentinelles des EÉSAD (ex. atteinte à l'intégrité cutanée, fuites urinaires)

Animation de la formation sentinelle spécifique aux professionnels de la santé de la communauté (ex. ambulanciers/paramédics)

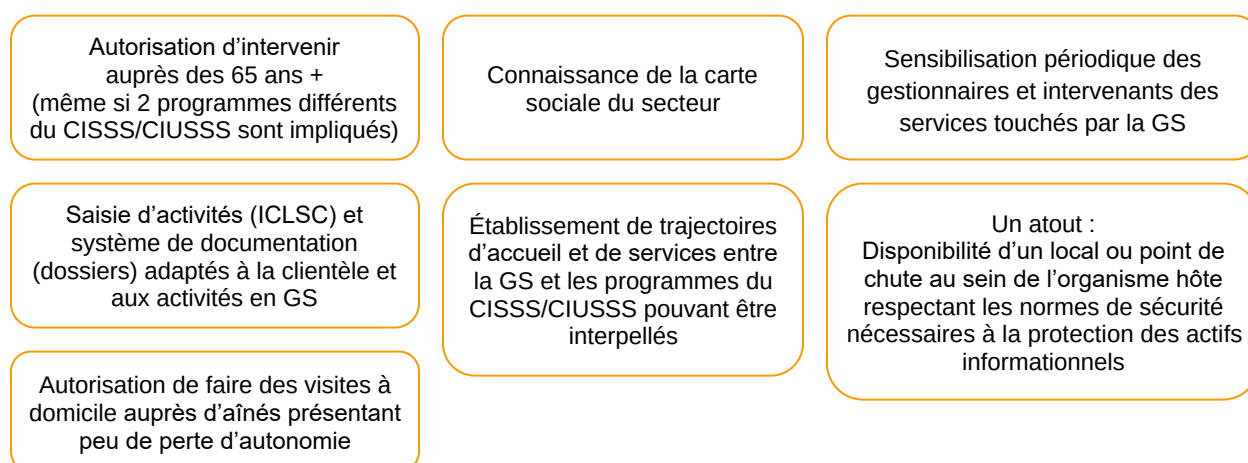
Participation à des rencontres de la Table de concertation des aînés du territoire ; les informe et discute de problèmes sociosanitaires que vivent des aînés (ex. des propriétaires refusent que les locataires âgés installent une barre d'appui dans la salle de bain).

²⁶ Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada — IISCC, *Op. cit.*

²⁷ Lafrenière, S. (2004). *Promouvoir la santé des aînés : une question de conception. Dossier Québec : infirmières et santé publique. Santé publique, Société française de santé publique*, 16 (2), pp.303-312.

Facteurs organisationnels favorisant le travail de la ressource clinique

Au fil des années, diverses modalités organisationnelles concernant la ressource clinique ont pu être expérimentées dans les projets pilotes de gériatrie sociale. Certains facteurs organisationnels ont été identifiés comme des éléments fortement favorables à l'accomplissement de son travail sur le terrain. La ressource clinique a, elle aussi, son rôle à jouer pour sensibiliser les acteurs de son CISSS/CIUSSS à la mise en place des conditions gagnantes afin de pouvoir effectuer son travail de la manière la plus efficace et efficiente possible. Chacun des éléments présentés ci-dessous sera décrit plus en détail dans les pages suivantes.



Intervention auprès des 65 ans et plus lors de l'implication de deux programmes CISSS/CIUSSS

Une infirmière GS rattachée à un programme PPALV/SAPA peut ne pas être en mesure d'intervenir pour toutes les alertes GS lui incombant, si elle n'a pas l'autorisation de son employeur d'intervenir directement auprès d'ânés présentant des risques/signes de vieillissement accéléré, mais qui ne correspondent pas aux critères d'accès du SAD :

- les personnes de 65 à 75 ans sans atteintes cognitives, comme c'est le cas dans un projet, où cette clientèle est prise en charge par un autre programme,
- les ânés présentant peu de perte d'autonomie, comme c'était le cas au début, dans un autre projet.

Restreindre la portée d'action de l'infirmière selon ces critères est contre-productif puisque, si elle n'intervient pas, il se peut que l'état de ces ânés se détériore et qu'ils viennent gonfler, plus rapidement, le nombre d'utilisateurs des services à domicile.

Ce que nous avons appris :

Le fait que l'intervention infirmière en GS s'adresse aux aînés de 65 ans et plus alors que bien souvent, plus d'un programme peuvent desservir cette clientèle, représente un défi non négligeable pour le gestionnaire responsable du volet GS au CISSS/CIUSSS. Dans cette perspective, il est recommandé d'établir, dès le départ, des modalités de communication et de référence claires entre l'équipe de GS et les programmes/services du CLSC qui desservent la clientèle âgée en communauté.

Saisie d'activités (I-CLSC) et système de documentation adaptés à la GS

Il est important de permettre à l'infirmière de ne pas utiliser les formulaires habituels d'ouverture de dossier et d'évaluation (ex. OCCI) si elle se trouve devant un aîné craintif, méfiant, désaffilié du réseau ou en voie de l'être. L'expérience a démontré que certains de ces aînés « ouverts » à voir une infirmière vont refuser dès lors que l'évaluation est trop longue ou formalisée.

L'infirmière en GS intervient en général auprès d'aînés et proches aidants ne faisant pas l'objet d'un suivi au CLSC. Certains d'entre eux peuvent être marginaux ou craindre d'avoir recours à leurs services. Le système de documentation et les modalités d'utilisation dans I-CLSC (ou autre système de saisie d'information) doivent permettre à l'infirmière de saisir des activités ponctuelles et des interventions selon la nature des services rendus, et selon le consentement de l'utilisateur ou non, à fournir toutes les informations requises à l'ouverture de dossier au CLSC.

Le service des archives des établissements a été sollicité par les infirmières en GS et leurs gestionnaires. Un code I-CLSC destiné aux activités en GS a été créé. En juin 2020, Mme Marie-Josée Jenniss, du Service des archives de la Direction des services multidisciplinaires du CIUSSS de la Capitale-Nationale a créé le document *Marche à suivre—I-CLSC Gériatrie sociale*. Ce document est une référence fort appréciée par d'autres établissements qui ont eu à réfléchir à la question, et développer eux aussi, un guide du cadre normatif en GS.

Perspective de développement :

Il serait utile de documenter, à l'intérieur des établissements, la contribution réelle de l'infirmière en GS et ses résultats. En ce qui concerne la saisie d'activités, le système I-CLSC actuel ne semble pas permettre de colliger des données sur les interventions infirmières des volets 1 et 3 en GS. Dans cette perspective, la direction SAD du CIUSSS associée au projet de GS de la région de la Haute-Yamaska, vient de débiter la mise à l'essai d'un outil dynamique de saisie des activités de l'infirmière en GS. Il a été développé par leur équipe et vise à mieux refléter l'ensemble des activités des 3 volets.

Visites à domicile auprès d'aînés présentant peu de perte d'autonomie

La clientèle visée par la gériatrie sociale, telle que décrite à la page 14 du présent document, ne répond généralement pas aux critères d'admissibilité du soutien à domicile (SAD), auquel est rattachée la ressource clinique. Dans un objectif de prévention du vieillissement accéléré, il devient tout de même impératif, surtout dans le cas d'une infirmière en gériatrie sociale, qu'elle puisse se rendre à domicile pour effectuer une évaluation in situ du problème. Cette visite à domicile permettra bien souvent de retarder ou même d'éviter le recours aux services du SAD.

Connaissance de la carte sociale

Élaborée en collaboration avec la Fondation AGES lors de la mise en place d'un projet de gériatrie sociale, la carte sociale se veut l'outil de prédilection pour faciliter l'arrimage entre la communauté et le RSSS. Elle permet à la ressource clinique de s'approprier l'ensemble des services offerts aux aînés de son territoire et même de contribuer à mettre à jour cette carte sociale. La ressource pourra ainsi, en collaboration avec l'organisatrice communautaire du CISSS/CIUSSS qui s'occupe de la clientèle des personnes âgées à domicile, faire équipe avec les acteurs clés pouvant jouer un rôle au sein du projet.

Trajectoires d'accueil entre la GS et les programmes du CISSS/CIUSSS

Afin de faciliter les trajectoires d'accueil des aînés qui sont vus par l'équipe de gériatrie sociale vers les différents programmes du CISSS/CIUSSS, la ressource clinique doit sensibiliser ses pairs à son rôle ainsi qu'au travail des navigatrices. Il ne s'agit pas ici d'accélérer la prestation de services par le RSSS à ces aînés, mais bien de faciliter la communication entre les différentes instances. Le portrait de l'aîné, qui a été réalisé à domicile par la navigatrice, et l'identification de ses besoins sont autant d'informations utiles pour évaluer le type de services à lui fournir. La présence de mécanismes de référence clairs ainsi que la connaissance mutuelle de la portée d'action des différents acteurs, facilitera ces trajectoires, tant de la GS vers le CISSS/CIUSSS que l'inverse.

Sensibilisation des gestionnaires et intervenants des services touchés par la GS

Dans un même ordre d'idées, il s'avère important, pour la ressource clinique, de faire connaître la gériatrie sociale et son rôle au sein du CISSS/CIUSSS. Pour ce faire, elle doit informer régulièrement les gestionnaires et les intervenants des programmes clientèle touchés par la collaboration intersectorielle avec l'équipe de gériatrie sociale. Cette mesure est particulièrement pertinente à l'arrivée de nouveaux employés et gestionnaires.

Disponibilité d'un local ou point de chute au sein de l'organisme hôte

Il est souhaitable que la ressource clinique puisse assurer une présence physique minimale et régulière dans les locaux de l'organisme hôte du projet de GS. Ceci facilite les contacts et les interventions avec les navigatrices, les sentinelles et, le cas échéant, les aînés qui le fréquentent. D'ailleurs, l'équipe de GS du projet pilote dans lequel l'infirmière de proximité en GS est présente régulièrement dans le milieu, a pu observer les effets bénéfiques de cette « immersion communautaire de l'infirmière » sur l'efficacité du repérage et des interventions en GS.

Vous trouverez, dans la section *Réflexions pour la suite*, des éléments de réponses à la question : dans le contexte actuel de manque d'infirmières dans les établissements du RSSS, est-il justifié d'affecter une ressource infirmière à la GS ?

Le soutien clinique et organisationnel fourni par la Fondation AGES

Soutien clinique de la Fondation AGES

Le soutien clinique de la Fondation AGES a beaucoup évolué depuis la mise sur pied du premier projet. Au démarrage des projets pilotes, la Fondation pouvait compter sur l'expertise du Dr Stéphane Lemire à titre de conseiller médical. Celui-ci a élaboré les bases scientifiques de la gériatrie sociale, mais il aurait été peu efficient de compter sur un gériatre pour assurer l'accompagnement clinique des navigatrices sur une base régulière.

Cet accompagnement a donc d'abord été réalisé en collaboration avec le Dr Lemire par les employées de la Fondation AGES, mais rapidement, il est apparu qu'un soutien plus systématique des navigatrices renforcerait leurs interventions et permettrait également l'inclusion réussie de la ressource infirmière en gériatrie sociale. Ainsi, l'arrivée d'une infirmière-conseil avec une expertise en géronto-gériatrie en contexte de soins à domicile ainsi que d'une ergothérapeute-conseil avec une expérience auprès des aînés a permis de bonifier de manière substantielle le soutien clinique. Depuis 2022, l'ergothérapeute-conseil assume la responsabilité du soutien clinique des navigatrices en collaboration avec les autres professionnels-conseils de la FAGES.

Les sections suivantes permettent de prendre la mesure de l'accompagnement offert aux acteurs et actrices de la gériatrie sociale.

Formation Sentinelles en gériatrie sociale

Une fois entrée en poste, la navigatrice doit d'abord assister à la formation Sentinelles en gériatrie sociale offerte en ligne par la Fondation AGES. Cette formation d'une durée de 3 heures est une première incursion dans le monde de la gériatrie sociale. Elle lui permet de se familiariser avec l'outil de soutien au repérage AÎNÉES AD-PLUS et de bien comprendre le rôle des sentinelles.

Orientation initiale de la navigatrice

Par la suite, l'ergothérapeute-conseil de la Fondation AGES prend un moment avec la navigatrice pour son orientation initiale. Cette rencontre permet de :

- Faire un retour sur l'approche de gériatrie sociale pour bien en saisir les fondements, les valeurs et la clientèle cible ;
- Pousser la réflexion concernant les différents rôles de la navigatrice ;
- Approfondir la compréhension du AÎNÉES AD-PLUS et son utilisation en navigation ;
- Aborder le rôle et les fonctions de l'infirmière en gériatrie sociale ;
- Discuter du soutien clinique offert par la Fondation AGES et des différentes étapes à venir dans l'appropriation de son rôle au sein de l'équipe de gériatrie sociale.

L'orientation se veut un moment de discussion et de réflexion où les embûches rencontrées, les défis à relever et les besoins de la navigatrice sont abordés. Une orientation en petit groupe est privilégiée pour favoriser le partage d'expériences entre les navigatrices des différents projets.

Perspectives de développement

Le rôle des navigatrices a évolué depuis le début des projets de gériatrie sociale, de même que le processus d'orientation offert par la FAGES lors d'une nouvelle embauche. Maintenant que ce rôle est mieux défini, l'orientation gagnerait à être répartie sur deux séances pour susciter la réflexion et l'émergence de questions de la part des navigatrices. Des lectures préalables pourraient également contribuer à approfondir certains thèmes. Enfin, l'analyse de vignettes cliniques permettrait de travailler concrètement les aspects du AÎNÉES AD-PLUS.

Maintenant que certains projets ont atteint un bon niveau de maturité, certaines navigatrices ont acquis de l'expérience et possèdent un bagage de connaissances précieux dont pourraient bénéficier les nouvelles navigatrices. Un pairage entre navigatrices sous forme de mentorat serait à explorer pour faciliter l'intégration des nouvelles navigatrices et renforcer le sentiment de compétence. De plus, ce serait un moyen de reconnaissance de l'expertise des navigatrices aguerries.

Orientation initiale de la ressource clinique associée à l'équipe de GS

Depuis le début de 2021, avec l'arrivée d'une infirmière-conseil, la Fondation AGES a structuré et formalisé son offre de soutien au processus d'orientation des ressources cliniques nouvellement associées à l'équipe de GS. Elles sont invitées à :

- s'inscrire à la formation sentinelle de 3 h donnée par la Fondation AGES ;
- participer à une activité d'orientation virtuelle de la Fondation AGES, d'une durée de maximum de 3 h. Le plan de l'activité est adapté en début de séance, en fonction des activités d'orientation en GS déjà faites dans leur milieu de travail et des questions qu'elles se posent au départ. Si la nouvelle ressource clinique désignée par le CISSS/CIUSSS n'est pas une infirmière, le contenu est adapté en fonction de ce que son champ de pratique lui permet de faire. L'objectif de l'activité est de permettre chez la ressource clinique en GS, une bonne compréhension :
 - du modèle clinique de la GS ;
 - du rôle de la ressource clinique, ses possibilités et ses limites. Du rôle des autres membres de l'équipe de GS de son territoire (navigatrices, sentinelles, coordonnateurs) ainsi que les possibilités et les limites de ces rôles ;
 - des outils cliniques utilisés en GS ;
 - des facteurs organisationnels utiles pour exercer leur rôle ;
 - des modalités pour relever le défi du travail intersectoriel en santé (ex. consentement et confidentialité) ;
 - des activités de soutien et de développement professionnel offertes par la Fondation AGES.

L'infirmière en GS poursuit son intégration avec l'aide des gestionnaires de son établissement impliqués dans le projet de GS et de la coordination de ce dernier. Elle pourra aussi compter sur l'équipe clinique de la Fondation AGES lors de rencontres de discussion des alertes ; elle peut aussi les contacter au besoin. Elle peut faire appel aux membres de la communauté de pratique qui ont donné leur accord pour être interpellés au besoin. Même si leur contexte organisationnel est parfois différent, les infirmières plus expérimentées de cette communauté se sont avérées de précieuses sources d'information.

Ce que nous avons appris :

Il sera judicieux d'intégrer, dès le départ, l'infirmière en GS à l'équipe guichet/accueil des SAD afin qu'elle maîtrise les mécanismes d'accès aux services internes (si ce n'est pas déjà le cas) et établisse un contact avec les intervenants qui y travaillent.

Rencontres de discussion des alertes (DDA)

Ces rencontres hebdomadaires regroupent divers acteurs impliqués dans la gestion des alertes reçues en gériatrie sociale afin d'approfondir en équipe les situations cliniques rencontrées et de planifier les actions à entreprendre en fonction des besoins exprimés par les aînés visés par ces alertes.

Pendant les trois premiers mois d'un projet ou en présence d'une nouvelle navigatrice, en particulier si celle-ci est la seule navigatrice de l'équipe, un clinicien-conseil de la Fondation AGES est présent sur une base régulière aux rencontres de DDA, minimalement à toutes les deux semaines, puisqu'elles s'inscrivent, entre autres, dans le processus d'orientation des navigatrices.

Les objectifs de la présence du clinicien-conseil sont les suivants :

- Aider les nouvelles équipes de gériatrie sociale à établir, structurer et améliorer leur fonctionnement dans l'action ;
- Accompagner les nouvelles navigatrices dans l'approfondissement des notions cliniques reliées à la santé des aînés faisant l'objet d'une alerte ;
- Accompagner la nouvelle ressource clinique afin qu'elle comprenne le cadre dans lequel elle évolue ;
- Favoriser la compréhension et l'utilisation concrète de l'outil de soutien au repérage AINÉES AD-PLUS ;
- Aider les intervenants en GS à reconnaître les situations cliniques pouvant bénéficier de la gériatrie sociale, à déterminer les trajectoires cliniques possibles dans le réseau de la santé ou au sein du réseau communautaire, et à préciser leur plan d'action.

Par la suite, la présence du clinicien-conseil de la Fondation AGES devient occasionnelle, en fonction des besoins de l'équipe et des alertes/situations rencontrées. Un membre de la FAGES peut aussi demander à être présent à une rencontre tous les 1-2 mois afin de suivre l'évolution des projets de GS et mieux connaître le type de défis cliniques et organisationnels rencontrés au fil du temps.

Ce que nous avons appris :

La mise en place des DDA est la clé de la conceptualisation du projet pour les parties prenantes. C'est également au sein des DDA que le soutien clinique prend tout son sens puisqu'elles permettent de mesurer l'appropriation des concepts liés à la gériatrie sociale par les intervenants de l'équipe de GS. De plus, l'expérience a démontré que toutes les alertes gagnent à être discutées en DDA afin de s'assurer que tous les déterminants de la santé ont été pris en considération et pour favoriser le travail interprofessionnel.

Communautés de pratique

Communauté de pratique des navigatrices en gériatrie sociale

Rapidement, lors du développement des premiers projets-pilotes de gériatrie sociale, le besoin de mettre sur pied une communauté de pratique des navigatrices s'est fait sentir. La nécessité de réseauter et le désir de partager sur une pratique en émergence ont guidé l'implantation de la communauté de pratique, animée par un professionnel de la Fondation AGES.

Les objectifs étaient alors de :

- Permettre la mise en commun des pratiques et des expériences pour ajuster et améliorer le développement des projets de gériatrie sociale dans un désir de codéveloppement ;
- Coproduire des outils et des stratégies pour répondre aux différents besoins et enjeux identifiés ;
- Favoriser le transfert de connaissances et le partage d'informations afin de développer les compétences nécessaires au rôle de navigatrice ;
- Contribuer à l'émergence d'idées d'innovation ;
- Encourager le soutien mutuel entre les pairs ;
- Favoriser le sentiment d'appartenance.

Avec le temps, certains apprentissages se sont consolidés, un climat de confiance s'est installé et de nouveaux projets de gériatrie sociale ont vu le jour, augmentant ainsi le nombre de participants à la communauté de pratique. Les aspects de transfert de connaissances et de développement d'outils cliniques pour soutenir la pratique ont progressivement pris de plus en plus de place.

L'esprit d'entraide se poursuit en dehors des rencontres de communauté de pratique via l'utilisation de l'application Basecamp. Les navigatrices peuvent ainsi échanger et poser des questions à leurs pairs ou encore relayer des événements ou des documents d'intérêt. Ils ont également accès, sur cette plateforme, aux formations offertes antérieurement et aux outils cliniques élaborés par la Fondation AGES.

Communauté de pratique des navigatrices en gériatrie sociale et intervenants communautaires

Parallèlement à la communauté de pratique des navigatrices, un besoin de réseautage s'est éventuellement manifesté au sein des divers acteurs du milieu communautaire œuvrant auprès des personnes âgées, dont certaines ITMAV et intervenants d'autres organismes, tel Prévoyance Aînés Laurentides. Une nouvelle communauté de pratique a vu le jour, réunissant les navigatrices et ces intervenants. Cette communauté favorise l'acquisition et le partage de connaissances en matière de santé des aînés ; elle met aussi en lumière les avenues de collaboration entre les intervenants.

Ce que nous avons appris :

Le fait que les navigatrices ont démontré un fort engagement au sein de la communauté des navigatrices nous apparaît très positif. Le partage d'expertise y est riche et multidirectionnel. L'entraide entre les pairs est spontanée et renforce le sentiment d'appartenance. C'est grâce à cet engagement que le codéveloppement du projet et la coconstruction d'outils ont permis de faire avancer la gériatrie sociale vers de meilleures pratiques.

Perspectives de développement :

La communauté de pratique des navigatrices et celle regroupant les intervenants du milieu communautaire œuvrant auprès des personnes âgées ont évolué en fonction des besoins des membres, mais aussi en fonction des professionnels de la FAGES qui les ont animées. Le partage d'expériences et de connaissances est riche et ces communautés se sont manifestement épanouies. Toutefois, avec le nombre croissant de participants, les besoins sont plus diversifiés et susciter l'intérêt de tous peut parfois représenter un défi. Il devient donc nécessaire de trouver un *momentum* pour maintenir la vitalité et la richesse des échanges. Les participants à ces communautés seront mis à profit pour redéfinir les objectifs établis afin de maintenir l'engagement mutuel à l'apprentissage entre pairs.

Communauté de pratique des professionnels de la santé en GS

La Fondation AGES offre aux ressources cliniques en GS de participer, sur une base volontaire, aux rencontres virtuelles de cette communauté de pratique mise sur pied en février 2021. D'abord dédiée aux infirmières liées aux projets, les professionnels de la santé assumant le rôle de ressource clinique en GS furent invités à s'y joindre. Les conseillers-cliniques de la Fondation en font aussi partie (ergothérapeute, médecin interniste-gériatre, infirmière clinicienne spécialisée en géronto-gériatrie).

D'une durée variant de 1 h 30 à 2 h, à raison de 6 à 8 par année, les rencontres ont, en 2021 et 2022, favorisé le partage des préoccupations en lien avec le développement des projets de GS, la compréhension des objectifs et des outils cliniques, l'appropriation du rôle de la ressource clinique et des aspects organisationnels ayant un impact sur les interventions cliniques en GS.

Les membres ont commenté des outils cliniques de GS et leur utilisation en contexte de travail avec les navigatrices. Elles ont discuté, entre autres :

- d'enjeux comme la confidentialité en contexte de travail intersectoriel ainsi que des limites du rôle de navigatrice
- de l'impact de la pandémie sur la GS
- de leurs préoccupations sur des situations comme le déconditionnement et les troubles de l'humeur en période de confinement COVID, la difficulté à rejoindre certains aînés pour la vaccination
- de l'utilisation d'AÎNÉES AD-PLUS lors des discussions des alertes et des références
- des stratégies utilisées pour appuyer les navigatrices
- d'une proposition de cheminement clinique en GS lorsqu'une sentinelle a observé chez un aîné, une difficulté lors de la déglutition
- des éléments qui devraient être abordés lors de l'orientation de ressources cliniques qui débutent en GS
- des déchirures cutanées chez les aînés à domicile et des directives de premiers soins qui devraient être transmises aux navigatrices.

La communauté de pratique leur a permis de mieux se connaître et, au besoin, de se consulter directement.

Un point statutaire sur le soutien clinique des navigatrices par la Fondation AGES est toujours à l'ordre du jour des rencontres. Les participantes sont ainsi mises au courant des nouvelles formations, présentations et communiqués Info-sentinelles offerts aux navigatrices. Elles peuvent ainsi mieux les appuyer au quotidien.

L'infirmière-conseil responsable des activités de la communauté en collaboration avec les autres cliniciens-conseil de la Fondation AGES ont offert des activités de formation continue sur la des sujets tels :

- l'évaluation sommaire de la présence de troubles de la mobilité et de l'équilibre à domicile,
- le concept de fragilité et sa pertinence pour la pratique clinique en GS,
- détecter, évaluer et référer les personnes âgées à risque de conduite automobile non sécuritaire,
- les principaux éléments d'un cadre de référence pour la réflexion éthique en GS,
- les pièges du MEEM.

Depuis novembre 2022, les membres ont accès à un lien web sécurisé sur le site de la Fondation AGES, dédié à la communauté de pratique. Elles y trouvent des documents de référence provenant de la Fondation et autres organismes en lien avec la santé des aînés dans la communauté, des outils cliniques, les présentations des formations offertes aux navigatrices et aux ressources cliniques en GS, des articles d'intérêt, les documents partagés par les membres.

Ce que nous avons appris :

La communauté de pratique est appréciée et jugée utile par la majorité des professionnels qui y ont participé. Le partage des expériences, tant d'un point de vue clinique qu'organisationnel, est l'un des aspects les plus souvent souligné. Il permet, entre autres, aux membres de mettre à profit les bonnes idées dans leur travail et d'identifier celles qui se sont avérées moins efficaces ou applicables. De plus, les ressources cliniques ont affirmé avoir particulièrement apprécié de briser leur isolement professionnel puisqu'elles sont, sauf une exception, seules à exercer ce rôle dans leur CISSS/CIUSSS. Les activités de développement et de mise à jour professionnelles sont aussi parmi les activités à

Compte tenu de l'horaire chargé de ces professionnelles, les membres de la communauté se rencontrent virtuellement moins souvent (4-5 fois/an) et moins longtemps (1 h 30).

Formation continue des navigatrices

Dans une optique de transfert de connaissances, plusieurs formations ont été offertes aux navigatrices dans le cadre des communautés de pratique, dans un objectif de développement et de mise à jour des connaissances. Elles ont été développées soit par des professionnels de la Fondation AGES, soit par des spécialistes invités. Elles visent généralement l'approfondissement de notions cliniques reliées à la santé des aînés.

Divers sujets ont été traités, en lien avec les aspects AINÉES AD-PLUS :

- Principes de base de l'approche relationnelle d'accompagnement de la personne atteinte de troubles cognitifs ;
- Le délirium ;
- Élimination : les fuites involontaires ;
- Alcool et vieillissement ;
- Conduite automobile et vieillissement ;
- Faciliter la participation d'un adulte âgé à l'entrevue médicale ;
- Soutenir un aîné dans sa démarche de demande d'aide à son entourage ;
- Sécurité à domicile et préventions des chutes ;
- La dysphagie et l'aide à l'alimentation ;
- Le défi nutritionnel des aînés ;
- Santé sexuelle chez les aînés ;
- Le vieillissement d'un point de vue des atteintes cognitives : quels sont les risques à domicile ?
- Santé mentale et vieillissement : comment soutenir les aînés ;
- Plaies : aspect préventif et premiers soins ;
- Vivre avec une maladie chronique et principes de conservation d'énergie ;
- La maltraitance et le rôle de la navigatrice.

Accompagnement à la formation de sentinelles

Compte tenu du fait que la navigatrice est responsable de former les sentinelles de son territoire, un accompagnement lui est offert par l'ergothérapeute-conseil de la Fondation AGES. La formation est revue en détail avec la navigatrice pour mettre en lumière les éléments importants à faire ressortir, apporter certaines nuances et discuter des questions qui sont souvent posées lors de la formation. De plus, la présentation PowerPoint a été bonifiée de nombreux commentaires au bas des diapositives afin que la navigatrice ait à sa disposition le plus d'informations possible pour bien se préparer.

Lors de la première formation offerte par la navigatrice, l'ergothérapeute-conseil de la Fondation AGES est présente pour offrir du soutien clinique et faire un retour constructif sur le déroulement de la formation, dans une optique d'amélioration continue. Cette présence peut se répéter si elle est jugée nécessaire pour une prise en charge autonome de la formation par la navigatrice.

Soutien clinique ponctuel

L'ergothérapeute-conseil de la Fondation AGES est la personne-ressource pour les navigatrices, en ce qui concerne l'aspect clinique. En plus des différents mécanismes de soutien clinique mis en place, elle est disponible au besoin pour répondre à leurs questions. Lorsque nécessaire, elle fait appel aux autres membres de l'équipe clinique : infirmière-conseil, interniste-gériatre et éthicienne clinique.

Ce que nous avons appris :

Compte tenu du fait que le travail des navigatrices est ponctué de défis cliniques, la formation et le soutien (clinique) ont été au centre de l'accompagnement offert par la FAGES aux navigatrices. Cela est particulièrement vrai en début de projet ou lors de l'embauche d'une nouvelle navigatrice. Leur parcours antérieur et leur connaissance du réseau de la santé sont très variables d'une personne à l'autre. Le soutien clinique vise donc d'abord une mise à niveau, mais il donne également l'occasion à la navigatrice de s'approprier la lunette AINÉES AD-PLUS, de tracer les limites de son rôle, de déterminer quelles alertes peuvent être traitées en gériatrie sociale et de parfaire sa connaissance du système de la santé et du milieu communautaire. Les rencontres de discussion des alertes, en plus des autres mécanismes mis en place, sont le lieu privilégié pour offrir ce soutien clinique puisqu'elles sont une vitrine sur le travail quotidien des navigatrices. Cet accompagnement permet de réfléchir de façon concrète aux motifs de l'alerte, au portrait AINÉES AD-PLUS de l'aîné rencontré et aux actions à entreprendre, dans le respect des limites du rôle de la navigatrice.

Dans un même ordre d'idées, le transfert de connaissances, concernant différents aspects du vieillissement en lien avec la lunette AINÉES AD-PLUS, est un élément indissociable du soutien clinique offert aux navigatrices. Pour bien comprendre les enjeux reliés au vieillissement et approfondir les notions cliniques reliées à la santé des aînés, la formation continue s'est avérée indispensable.

Outils cliniques développés par la Fondation AGES

Guide d'observation AINÉES AD-PLUS pour les navigatrices

Afin de faciliter l'appropriation de la lunette AINÉES AD-PLUS, ce guide propose des changements à observer et des éléments à questionner associés à chacun des aspects de l'acronyme. Il aidera la navigatrice à structurer sa réflexion en regard de la situation de santé globale d'une personne âgée.

Guide d'observation AINÉES AD-PLUS pour les navigatrices en présence d'un doute sur la présence d'un problème de santé mentale ou d'une atteinte cognitive chez un adulte âgé

Ce guide est un complément à l'outil précédent. Il propose aux navigatrices des mots pour décrire et documenter les observations particulières à une situation pour laquelle on se questionne sur la présence d'un problème de santé mentale ou d'une atteinte cognitive chez un adulte âgé.

Cet outil devrait permettre à la navigatrice de faire des observations ciblées et de les documenter à l'aide de l'acronyme AINÉES AD-PLUS pour structurer sa réflexion en regard de la situation de l'aîné. Elle pourra ainsi mettre l'accent sur les changements par rapport au niveau de fonctionnement habituel de l'aîné concernant l'état cognitif, l'humeur et le comportement.

Outil d'approfondissement du repérage et planification des actions par la navigatrice de l'équipe de gériatrie sociale

Cet outil offre un cadre pour la rédaction à la suite de la visite de la navigatrice au domicile de l'aîné. Il est en quelque sorte un aide-mémoire des éléments à aborder et un facilitateur pour résumer la situation lorsque nécessaire. Il devrait permettre à la navigatrice de mettre par écrit les éléments du AINÉES AD-PLUS observés, les besoins à prioriser, identifiés conjointement avec l'aîné, et les actions planifiées. Il revient à la navigatrice de compléter les sections nécessaires au moment opportun afin d'éviter que les rencontres avec les personnes âgées tournent autour d'un papier plutôt qu'une expérience humaine.

Outil de référence de l'équipe de gériatrie sociale

Certaines situations nécessitent un échange d'informations entre les membres de l'équipe de gériatrie sociale et le personnel du réseau de la santé. Il est recommandé, autant que possible, que les communications vers les médecins et autres professionnels de la santé soient assurées par les infirmières en gériatrie sociale. Ces communications gagnent à être effectuées dans un vocabulaire déjà utilisé par les acteurs avec qui l'on communique et c'est en ce sens que cet outil a été conçu. Il sert à transmettre de l'information à l'extérieur de l'équipe de gériatrie sociale lorsque le recours à du soutien supplémentaire s'avère nécessaire suivant la discussion d'une situation clinique.

Indications générales pour le consentement

La question du consentement est au cœur des interventions de l'équipe de gériatrie sociale. La confidentialité des informations étant fondamentale, le consentement est un jalon majeur de la collaboration entre le CISSS/CIUSSS et les acteurs de la gériatrie sociale. Ce document vise d'abord à guider les réflexions autour de la question de la confidentialité et du consentement. Il offre aussi un point de départ pour l'élaboration d'une modalité commune et propre au territoire en matière de consentement et de confidentialité des données.

Guide d'entrevue pour la navigatrice qui rencontre un aîné à domicile

Ce guide mise sur le savoir-faire et offre à la navigatrice des balises en matière de prise de contact avec l'aîné et de déroulement d'une rencontre à domicile. Il propose également quelques phrases clés pour faciliter l'entrevue avec la personne âgée. La navigatrice devrait ainsi être en mesure de structurer sa rencontre pour entrer en contact avec l'aîné et aller chercher les informations concernant la santé globale de la personne en lien avec l'acronyme AINÉES AD-PLUS.

Soutien organisationnel de la Fondation AGES

En plus du soutien clinique, la Fondation AGES a assuré un soutien continu lors de la mise en place organisationnelle des projets. Cette contribution a pris tout son sens, à mesure que les projets ont émergé. La Fondation a rapidement réalisé que, comme toute nouvelle approche, la gériatrie sociale devait être présentée aux groupes intéressés, par des personnes non seulement capables de la décrire avec justesse, mais aussi à même de répondre à l'ensemble des questions soulevées par les divers acteurs interpellés par son éventuelle implantation. On ne pouvait réalistement demander aux nouveaux organismes porteurs, accaparés par l'implantation de l'approche dans leur milieu et en quelque sorte novices en la matière, de satisfaire aux demandes de présentation de l'ensemble des groupes intéressés par le modèle. Par la suite, la Fondation a réfléchi à son engagement et à la question de la prise en charge progressive par les milieux, pour finalement opter pour une posture d'observateur, mais aussi d'accompagnateur "discret", capable d'offrir tout le soutien requis. Les principaux motifs pour justifier ce choix ont été le respect de l'autonomie des organisations et des milieux, tout en permettant le suivi des projets par la FAGES afin de les documenter et de faire des apprentissages permettant de bonifier le support offert.

De manière plus précise, voici en quoi est constitué le soutien de la Fondation.

Retour historique

Dans le cadre des projets pilotes, une première vague de présentation du concept a été effectuée en 2019. La direction générale de la Fondation AGES et le président fondateur ont rencontré, avec l'appui de la sous-ministre adjointe du MSSS les directions SAPA des projets-pilote afin d'assurer un arrimage avec les établissements du RSSS. Par la suite, les EÉSAD ont été rencontrées afin de leur présenter le concept puisqu'elles étaient visées comme premier groupe cible d'implantation, de pair avec les coopératives de santé (groupe cible qui sera finalement abandonné en 2019).

Toujours en 2019, un appel à projets a permis de recevoir 17 candidatures provenant d'EÉSAD et de coopératives de santé. La Fondation AGES, conjointement avec le MSSS, via un comité de pilotage, a alors procédé à une première sélection de 3 projets. En 2021, les 3 nouveaux projets sélectionnés l'ont été sur la base d'invitations. À ce moment, le MSSS ne souhaitait pas qu'un appel de projets soit effectué puisqu'il s'agissait d'un projet pilote toujours à l'étude. Les trois nouveaux porteurs ont donc été approchés directement en fonction d'une capacité de mise en marche rapide du projet sur leur territoire.

Outils de soutien à la structuration initiale du projet

Les premiers outils développés par la Fondation AGES en 2019 pour accompagner les projets consistent en un protocole de financement, un guide de déploiement, un cadre conceptuel et un cadre d'évaluation. Ces quatre pièces maîtresses permettaient aux projets d'enchâsser rapidement leur projet dans un cadre commun permettant la comparaison des projets pilotes et l'atteinte de cibles communes en matière de services et de clientèle. Ces outils ont presque tous été revus au fil des ans, mais sont demeurés les piliers des projets.

Protocole de financement

Le protocole est venu structurer les attentes formelles en matière d'évaluation, de reddition de comptes et d'encadrement des frais de projets et de navigatrices. Il comporte également une section sur les engagements de la Fondation AGES envers les projets pilotes. Le protocole a été modifié à chaque renouvellement, mais a gardé ses principales composantes jusqu'en 2023.

Guide de déploiement

Le premier guide de déploiement a vu le jour en 2019. Il a été mis à jour une première fois en 2021 et une deuxième fois en 2023. Ce guide constituait, dès la première édition, un pas-à-pas permettant à un organisme hôte de s'approprier rapidement les rôles de chacun, les attentes inhérentes à l'implantation du projet et d'offrir des modèles d'affichage de poste pour la navigatrice et d'avis destinés à la clientèle des EÉ SAD afin de présenter le projet.

La deuxième mouture du guide de déploiement est venue structurer de manière plus précise les étapes de déploiement du projet tout en ajoutant des composantes moins présentes dans la première version, comme celle de la carte sociale.

La version de 2023 a été conçue dans le cadre de la préparation d'un déploiement provincial de la gériatrie sociale, tel que proposé en 2022, puis en 2023 au gouvernement du Québec afin de répondre à l'engagement du gouvernement en la matière. Cette version, d'abord contenue à l'intérieur d'un document d'une vingtaine de pages, est devenue un volumineux « vade mecum » de la gériatrie sociale de plus de 120 pages. L'idée, à ce moment, a été de rassembler l'ensemble des outils conçus par la Fondation AGES, pour répondre à des besoins précis des projets (précision sur les trajectoires des personnes dans les projets, précisions sur le rôle des coordinations, des comités de travail, etc.) dans un seul document qui n'est plus à lire d'un couvert à l'autre, mais bien à consulter en fonction des besoins.

Cadre conceptuel

Conçu initialement afin d'inscrire les principales composantes scientifiques à la base de la gériatrie sociale dans un document séparé du guide de déploiement dont la visée était davantage opératoire, le cadre conceptuel visait à permettre aux projets de mieux comprendre les fondements du projet. On y abordait la question du vieillissement accéléré, mais aussi la différence entre le dépistage et le repérage, la notion de fragilité ou la spécificité et la fiabilité.

Ce document sous sa forme initiale a finalement été laissé de côté, mais l'ensemble de ses composantes ont continué de vivre à travers le matériel de formation de la Fondation.

Cadre d'évaluation

Un cadre d'évaluation a été mis en place en début de projet pour les années 2019-2021 et une deuxième mouture a été créée pour la période 2021-2023. Dans le premier cas, il s'agissait d'un cadre d'évaluation visant à mesurer la mise en œuvre des projets pilotes et la volumétrie d'intervention associée à ceux-ci. Il a été accompagné principalement d'une grille de collecte trimestrielle de données issues des projets ainsi que d'une fiche de collecte « d'histoires de cas » modèle à remplir par chaque navigatrice sur une base trimestrielle. Le cadre d'évaluation 2019-2021 a mené à la rédaction d'un rapport d'étapes en 2020.

Le cadre d'évaluation 2021-2023 a été, quant à lui, orienté vers des questions de recherche précises qui auraient pu faire l'objet de recherches scientifiques. Le cadre d'évaluation a d'ailleurs été revu par des chercheurs reconnus qui l'ont commenté et bonifié de manière qu'il puisse réellement être éventuellement utilisé par des chercheurs intéressés. De son côté, la collecte de données au sein des projets s'est poursuivie au fil des ans.

Arrimages communautaires

La question d'ancrer le projet au sein de la toile communautaire existante a été présente dès les débuts des projets pilotes de gériatrie sociale. La Fondation AGES a volontairement choisi le vocable « Équipe de gériatrie sociale » plutôt que « Centre de gériatrie sociale » afin d'éviter de donner l'impression que l'on implante une nouvelle structure au sein de la communauté. L'intention de la gériatrie sociale, en regard des dynamiques communautaires, est d'œuvrer à optimiser l'utilisation des ressources en place plutôt que d'en ajouter de nouvelles. Le principe même de la « navigation », tel que décrit plus haut, sous-tend l'idée que les services sont déjà en place, mais qu'il peut être ardu de s'y retrouver, d'y naviguer.

Ainsi, afin d'inscrire le projet de gériatrie sociale au sein de la communauté, les premières démarches d'implantation ont consisté en la tenue de rencontres des partenaires communautaires afin de présenter la gériatrie sociale. Au fil des ans, le recours aux tables de concertation des aînés déjà présentes à l'échelle locale dans beaucoup de milieux est apparu comme un chemin plus structurant pour aller à la rencontre des groupes. La Fondation AGES, dans ces situations, a joué le même rôle : présence lors de rencontres et réponse aux questions plus pointues à propos du vieillissement accéléré, de l'AINÉES AD-PLUS, mais aussi à propos de la complémentarité avec le programme ITMAV, l'accueil première ligne des établissements de santé ou la démarche SMAF.

La carte sociale

En 2021, le processus d'élaboration de la carte sociale par les milieux a été proposé dans le cadre de la deuxième phase de projets pilotes. Cette démarche est devenue le point de départ de plusieurs mobilisations pour le démarrage de projets de gériatrie sociale.

Le processus vise d'abord à reconnaître que les projets doivent s'ancrer dans un écosystème déjà existant qui a ses forces et ses lacunes et que le projet doit d'abord venir renforcer et compléter ce qui existe déjà dans le milieu.

Le processus de réalisation d'une carte sociale est un processus collaboratif qui réunit généralement les principaux acteurs aînés d'un territoire ainsi que des représentants de l'établissement de santé et dont la première étape est de brosser un portrait des ressources et services disponibles au sein d'un milieu en se basant sur les besoins de santé des personnes en servant de l'acronyme AINÉES AD-PLUS comme guide. L'idée ici n'était pas de créer un autre bottin de ressources généralement construit à partir d'un répertoire des organismes et de leurs services, mais bien d'identifier précisément vers quelles ressources des références peuvent être faites pour des besoins spécifiques autant dans le milieu communautaire qu'au sein de l'établissement de santé.

Ce répertoire devient vite par la suite un outil de travail essentiel pour les intervenants et permet en outre de guider le développement de réponses à des trous de service ou à identifier des doublages.

Arrimages avec les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Dans le cadre de l'implantation des projets pilotes, la Fondation AGES a joué un rôle de facilitateur entre les organismes hôtes et les acteurs des CISSS/CIUSSS des territoires visés. Plus particulièrement, dans le cadre de la mise en place des projets pilotes, les acteurs suivants ont été amenés à jouer un rôle auprès des projets pilotes de gériatrie sociale, à un moment ou à un autre :

- Direction SAPA
- Direction adjointe SAPA
- Conseillère/Conseiller cadre SAPA
- Coordination SAD
- Chef SAD
- Ressources cliniques en GS : infirmières, kinésiologue, spécialistes en activités cliniques
- Organisateur/Organisatrice communautaire.

Au terme des années d'expérimentation, l'organisation de l'arrimage a convergé vers une structure composée d'un comité de suivi administratif (comité de pilotage) et d'une structure d'échange clinique (rencontres de discussion des alertes) pouvant être adaptée par les projets, mais qui incluent généralement les acteurs mentionnés ci-dessus.

Comité de pilotage

Le comité de pilotage d'un projet de gériatrie sociale a pour mandat de suivre l'évolution des résultats du projet et d'assurer une rétroaction sur ceux-ci de manière à toujours cibler les priorités adéquates. Il travaille également à l'élaboration du cadre structurel du projet : trajectoires de communication, de référencement et de services entre l'établissement de santé (CISSS/CIUSSS) et le projet de gériatrie sociale. De concert avec la coordination du projet de GS, il veille à ce que la collaboration entre l'établissement et l'organisme porteur se maintienne et permette des améliorations continues.

Ce comité offre une garantie à l'établissement qu'il n'y aura pas de dédoublement de services et, comme il est propre à chaque établissement, il peut tenir compte des spécificités locales de chaque milieu. Ce comité, réunissant la coordination de l'organisme porteur, une organisatrice communautaire, une cheffe SAD et une gestionnaire SAPA, est accompagné par la direction de la Fondation AGES. Les rencontres se font sur une base régulière toutes 6 semaines. En 2023, les comités de pilotage des projets les plus avancés travaillaient à peaufiner l'analyse des trajectoires de services entre le milieu communautaire et les établissements en effectuant des croisements de données entre les statistiques des navigatrices et celles des ressources cliniques de l'établissement de manière à mieux comprendre le vécu des aînés rencontrés.

Rencontres de discussion des alertes

Décrit plus haut, le comité de discussion des alertes s'est, lui aussi, cristallisé au fil des années d'expérimentation et permet aujourd'hui de fortifier de manière significative la capacité du réseau de la santé et des services sociaux à tirer parti des observations faites en communautés et pouvant avoir un impact l'entrée ou non en trajectoire de vieillissement accéléré.

Collecte et analyse des données

Le rôle de fiduciaire du financement associé à la gériatrie sociale a permis à la Fondation AGES de jouer un rôle dans la reddition de comptes des données des projets. Cette dernière a permis d'obtenir, sur une période de 2 ans, des données trimestrielles complètes et ininterrompues. De plus, dans un souci de cohérence et de qualité, la Fondation a aussi effectué une rétroaction chaque trimestre auprès des organismes hôtes lorsque des données présentaient des écarts importants ou lorsque paraissaient des données semblant aberrantes en regard des tendances observées. Une fois cette collecte réalisée, les projets ont été invités, avec l'appui de la Fondation, à présenter, quatre fois par année (à chaque trimestre), leurs résultats aux partenaires de l'établissement de santé et de services sociaux en comité de pilotage. Les « histoires de cas » recueillies chaque trimestre et qui constituent aujourd'hui un corpus de pas moins de 70 vécus d'aînés, ont permis de peaufiner la compréhension des actions des navigatrices, de bonifier la nomenclature de ces actions et de réorienter les efforts de formation afin de répondre au vécu sur le terrain.

Au fil des projets, la documentation de l'action des ressources cliniques s'est avérée être un défi de taille pour les CISSS/CIUSSS. Parmi les raisons évoquées, outre la pandémie de COVID-19, il a été possible de constater que l'outil I-CLSC, utilisé dans le cadre du programme de soutien à domicile (SAD), ne permet pas de compiler adéquatement les actions des ressources cliniques dans un projet de type gériatrie sociale.

Cette situation résulte de différents facteurs :

- L'impossibilité de compiler plus de 3 actions par personne visitée ;
- Le manque de proportionnalité entre le temps alloué et la valeur des actions compilées, les unes par rapport aux autres (l'éducation à la santé et la prise de pression n'ont pas la même charge de temps pour une infirmière, mais sont toutes les deux une action) ;
- L'impossibilité de compiler les interventions d'appui à l'équipe de GS (volet 1 : information, conseils, démarches) et celles en lien avec les interventions auprès de la communauté décrites dans le volet 3.

Il est cependant à noter, en terminant, que les travaux actuels avec les CISSS/CIUSSS sont très positifs et tendent à mettre de l'avant de nouvelles façons de faire. D'une posture de scepticisme où le sentiment qu'un nouvel outil de collecte de données ne ferait que dédoubler le travail déjà réalisé à partir d'I-CLSC déjà en utilisation, nous avons cheminé ensemble vers une ouverture pour la création d'un nouvel outil. Malgré le fait qu'il puisse causer un dédoublement partiel, cet outil permettra de mieux documenter le travail des infirmières en GS et l'impact de la gériatrie sociale sur les personnes et sur l'organisation des services.

Gestion des protocoles, des finances et de la reddition

La Fondation AGES, grâce au fait qu'elle était fiduciaire des sommes rattachées à la gériatrie sociale, a pu développer une relation de bailleur de fonds avec les projets de GS. Elle a pu pratiquer une approche souple et susceptible de contribuer à l'accroissement de leur pouvoir d'agir, dans une dynamique de confiance. Cependant, la Fondation est demeurée ferme au cours des trois années sur le respect des modalités générales de financement, à savoir l'équilibre entre les frais de projet et la masse salariale associée à la prestation de services.

La Fondation estime que cette posture est susceptible d'avoir eu un impact positif sur la probabilité que les projets se réfèrent à elle lorsque des problèmes surgissaient ou lorsque des questions se posaient. Les gestionnaires des organismes porteurs savaient que des solutions seraient trouvées en collaboration avec eux.

Réflexions pour la suite

Le caractère de projet pilote et l'aspect d'innovation de la gériatrie sociale ont invité à de multiples réflexions en cours de route. La gériatrie sociale a été présentée des dizaines et des dizaines de fois à des chercheurs, des acteurs des milieux professionnels, communautaires, associatifs, des acteurs du monde politique en plus de faire l'objet d'écrits et de présentations. À presque chacune de ces occasions, des questions ont été posées, le modèle et son déploiement ont été discutés et remis en cause. Autant d'occasions de pousser plus loin la réflexion, de creuser davantage certains aspects du modèle pour s'assurer qu'il réponde le mieux possible aux besoins des personnes âgées du Québec et qu'il s'insère de la façon la plus optimale dans l'écosystème actuel du soutien à domicile des personnes âgées.

Les pages suivantes sont le fruit de plusieurs de ces réflexions ; certaines reposant sur des constats implacables, d'autres sur des intuitions et d'autres encore sur des observations à approfondir. Chose certaine, les acteurs qui ont contribué à l'avancée de ces réflexions, particulièrement celles et ceux qui œuvrent sur le terrain, ont témoigné d'une grande générosité en prenant du temps pour creuser ces questions et aider la Fondation AGES à construire un meilleur modèle de gériatrie sociale.

Agir sur les facteurs personnels ayant un impact sur l'accès aux soins de santé

La gériatrie sociale a eu à répondre rapidement à la question : pourquoi créer une « nouvelle » voie d'accès vers les services ? Certaines personnes vues par les projets de gériatrie sociale étaient « déjà connues » des services. Pourquoi donc chercher à repérer chez elles des signes pouvant indiquer un risque de vieillissement accéléré ?

Les travaux de Lévesque, Harris et Russell (2013) sont venus poser un cadre conceptuel sur ce qui se dégageait déjà sur le terrain. En effet, l'accès aux services dépend à la fois de ce que le « système » offre : l'accueil, l'orientation, les rendez-vous, les évaluations, les coordonnées et dépliants laissés chez l'utilisateur, mais aussi des « capacités de l'individu » à utiliser ces services. C'est là, entre autres, que s'installe la gériatrie sociale. Arrimée au réseau de la santé, elle accompagne les personnes âgées afin de les aider à « percevoir », à « rechercher », à « rejoindre » les soins requis et à s'y « s'engager ». Le meilleur exemple de cette situation est la personne âgée qui possède le numéro de téléphone de l'intervenant du CISSS/CIUSSS qu'elle a déjà rencontré, mais qui dit « je ne vais pas le déranger pour cela, ça ne doit pas être grave ». Par la gériatrie sociale et l'action des navigatrices, des infirmières et d'autres professionnels de la santé en GS, on peut aider la personne âgée à mieux comprendre sa situation et mieux utiliser l'aide disponible.

La gériatrie sociale ne doit pas être conçue comme une initiative qui se superpose aux ressources existantes, mais bien comme une initiative qui aide à mieux utiliser ce qui est déjà en place sur le terrain, tant en regard du milieu communautaire que du réseau de la santé et des services sociaux.

RESEARCH

Open Access

Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations

Jean-Frederic Levesque^{1*}, Mark F Harris² and Grant Russell³

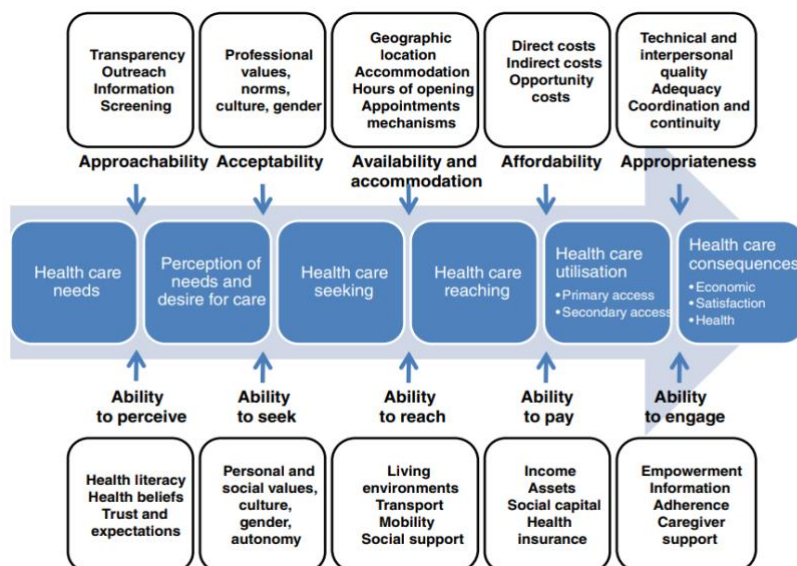


Figure 2 A conceptual framework of access to health care.

Travaux de Lévesque, Harris et Russell (2013)

La subsidiarité en matière de soins de santé

La notion de subsidiarité renvoie typiquement au droit constitutionnel. En des termes simples, elle stipule que c'est le premier palier de gouvernement en mesure d'offrir un service qui devrait l'offrir aux citoyens.

Appliquée aux soins de santé et aux services sociaux, la subsidiarité peut se définir comme le principe qui veut que ce soit la personne la plus proche de l'aîné, en mesure de lui offrir un soin ou un service de qualité, qui devrait le lui offrir. Si la préposée d'aide à domicile peut offrir un service qui peut aussi être offert par l'infirmière, c'est la préposée qui devrait l'offrir, si l'infirmière peut offrir un soin que le médecin peut aussi offrir, c'est à l'infirmière de l'offrir et ainsi de suite. Les soins de santé et de services sociaux souffrent actuellement au Québec d'un manque de ressources humaines et chaque fois qu'un échelon « supérieur » de la chaîne, présent en nombre plus faible et occasionnant des coûts plus élevés, offre un service qui aurait pu être offert par un acteur plus proche de l'aîné, nous y perdons tous collectivement.

Subsidiarité

Le soin ou le service est offert par le premier palier en mesure de l'offrir de manière adéquate.

La gériatrie sociale a donc, dès ses débuts, appuyé ses interventions sur un renforcement des niveaux les plus proches de l'ainé pour s'assurer que chaque fois que l'on devait faire appel à un professionnel plus spécialisé, toutes les activités pouvant être faites en amont l'avaient été. Par exemple, la collecte d'information approfondie faite par la navigatrice facilite le travail de l'infirmière lorsqu'elle fait son évaluation de la santé physique et mentale et des autres déterminants de la santé globale des aînés à domicile.

Dans la même perspective, et tel que déjà mentionné dans la section sur les navigatrices, l'accompagnement des aînés dans leur expérience de santé pour prévenir ou contrer un vieillissement accéléré est le dénominateur commun de l'action des navigatrices et des infirmières associées à la GS.

Un accompagnement, dit de premier niveau, est fait par une navigatrice formée à cet effet, en particulier pour les aspects du AINÉES AD-PLUS. Ainsi, en compagnie de l'ainé, elle trace un portrait de sa situation de santé, l'aide à identifier ou préciser son besoin et ce qui est possiblement normal/anormal pour lui, elle lui suggère ce qui devrait être discuté avec un professionnel de la santé et comment s'y préparer. L'infirmière appuie la navigatrice dans cet accompagnement par des conseils et de l'information. Si requis, elle intervient alors directement auprès de l'ainé par des actions découlant de son champ de pratique (ex. évaluation de la condition physique et mentale, éducation à la santé, approche motivationnelle en santé, conseils, soins généraux et directives infirmières, etc.).

Accompagner l'ainé dans son expérience de santé

- La **navigatrice** procède à un accompagnement de 1er niveau
- Lorsque requis, **l'infirmière GS** intervient directement auprès de l'ainé pour un accompagnement de 2^e niveau

Dans:

- L'expression/reconnaissance de son besoin/difficulté de santé
- La compréhension de sa situation
- La recherche de facteurs en cause
- La recherche d'une aide professionnelle, la communication du problème et ses conséquences
- La recherche de moyens pour atténuer les effets des changements/ conséquences

Les cliniciens conseil de la FAGES (infirmière, ergothérapeute et gériatre) forment et conseillent les navigateurs dans cet accompagnement

Principe de subsidiarité

La pertinence de l'outil PRISMA-7^{MC} en gériatrie sociale

Le Québec bénéficie d'une expertise de pointe en matière de vieillissement et peut compter sur le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale de déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé²⁸. Ce système, développé au tournant des années 80-90 par le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke est toujours utilisé aujourd'hui et se décline autour de la *Démarche SMAF*²⁹. À l'intérieur de cette démarche se trouve un outil de repérage de la perte d'autonomie modérée à grave appelé PRISMA-7 (l'acronyme PRISMA renvoyant au Programme de Recherche pour l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie).

La relation entre le projet de gériatrie sociale et le SMAF³⁰, mais surtout, de l'outil de repérage d'une perte d'autonomie modérée à grave PRISMA-7³¹, s'est posée dès les débuts de celui-ci et a fait l'objet de réflexions tout au cours du déploiement des projets. En effet, il importait de s'assurer d'une cohérence entre la gériatrie sociale et la démarche SMAF, utilisée à l'intérieur du Réseau de la Santé et des Services sociaux (RSSS), notamment dans le Réseau local intégré de services pour la personne âgée (RSIPA). Ainsi, le cheminement à l'intérieur de la démarche SMAF passe d'un repérage à partir de l'outil PRISMA-7 vers la complétion par un intervenant formé du RSSS d'une évaluation permettant de déterminer une cote ISO-SMAF pour la personne.

Dans le cadre de la gériatrie sociale, une question apparaissait à cette étape du processus. Advenant qu'une personne « cote » au PRISMA-7, la trajectoire de services préconisée est une évaluation de la personne réalisée par un professionnel de la santé et des services sociaux. Or, dans un contexte où la gériatrie sociale vise à améliorer la qualité de vie de l'aîné dans la communauté et dans le contexte où la première ligne est déjà chargée, il n'a pas été jugé souhaitable de jouer un rôle se limitant à une « transmission » des personnes de la communauté vers le réseau, mais bien de construire une relation « bilatérale » entre le réseau de la santé et des services sociaux et les acteurs du milieu communautaire, en mesure de poser rapidement des gestes significatifs pour améliorer la qualité de vie des aînés en communauté.

Cela ne veut pas dire pour autant que la gériatrie sociale ne considère pas la démarche SMAF pertinente, loin de là. Cette démarche a été validée scientifiquement et démontrée efficace. L'idée est de dire ici que, dans le cadre d'un repérage à domicile où l'on souhaite que les sentinelles en gériatrie sociale développent des notions de base sur le vieillissement, l'outil AINÉES AD-PLUS de soutien au repérage semble plus optimal.

²⁸ Hébert, R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Can Fam Physician*, 28:754- 762. Repéré à [ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2306554/pdf/canfamphys00242-0180.pdf](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2306554/pdf/canfamphys00242-0180.pdf).

²⁹ Centre d'expertise en santé de Sherbrooke – CESS. (Consulté le 3 avril 2023). *PRISMA-7^{MC}*. Page internet. Repéré à <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/#:~:text=L'outil%20de%20rep%C3%A9rage%20PRISMA,sant%C3%A9%20et%20des%20services%20sociaux.>

³⁰ *Ibid.*

³¹ *Ibid.*

En deuxième lieu, lorsque l'on souhaite que des actions de prévention et de promotion de la santé puissent être posées par des intervenantes communautaires telles que les navigatrices, l'outil AINÉES AD-PLUS offre plus d'opportunités. Enfin, lorsque l'on souhaite que les informations transmises par la navigatrice à la première ligne puissent permettre une évaluation rapide, l'outil AINÉES AD-PLUS permet une collecte de données approfondie mieux guidée, qui tient compte de tous les déterminants de la santé qui influencent le quotidien de l'aîné à domicile.

Finalement, le repérage en communauté soutenu par l'utilisation de la « lunette » AÎNÉES AD-PLUS a fait ressortir, à plusieurs reprises, des situations où l'aîné était déjà connu des services, avait eu une attribution de cote ISO-SMAF, mais n'était contacté (par téléphone) qu'une fois par année (ou aux 2 ans dans certains cas) pour s'informer de son état. Ici encore, cibler les aspects AINÉES AD-PLUS dans le repérage réalisé par les sentinelles et navigatrices de GS a permis de relever des composantes de l'état de santé qui avaient changé et qui invitaient à instaurer des actions préventives afin d'éviter un vieillissement accéléré. De plus, le regard que pose la navigatrice sur le milieu de vie de la personne permet d'observer des détails qui ne seraient pas nécessairement transmis par l'aîné lors du contact téléphonique avec un professionnel du réseau. Selon les commentaires obtenus de ressources cliniques en GS, les informations transmises par les navigatrices sont appréciées par les intervenants du SAD et leur permettent de prioriser adéquatement les demandes de services et de suivis.

Particularités de certaines clientèles rejointes dans le cadre des projets de gériatrie sociale

Les aînés présentant des profils ISO-SMAF 1 à 3

La gériatrie sociale peut-elle répondre à certains besoins d'aînés présentant des profils ISO-SMAF 1 à 3 en complémentarité avec le RSSS? Il est connu que le suivi, généralement téléphonique, est espacé pour les aînés dont la cote ISO-SMAF est basse et ces derniers sont appelés à solliciter de l'aide de manière active en cas de besoin. Toutefois, la réalité, selon l'expérience des navigatrices sur le terrain, est que bien souvent, ces personnes ne savent pas vers qui se tourner lorsque des besoins apparaissent, peuvent minimiser leurs besoins et ne connaissent pas leur intervenant pivot. En ce sens, la gériatrie sociale peut très bien être une réponse complémentaire aux services offerts par le RSSS. Dès réception d'une alerte d'une sentinelle, la navigatrice, en collaboration avec l'infirmière en gériatrie sociale peut poser des actions simples et rapides pour aider la personne et mettre en place des solutions temporaires en attendant que l'aîné reçoive des services, toujours dans un objectif d'éviter qu'il ne se retrouve sur une courbe de vieillissement accéléré.

En cours de projets, certains établissements ont mentionné apprécier particulièrement la présence de sentinelle auprès des personnes connues, mais à profil ISO-SMAF bas afin d'être en mesure d'assurer un suivi plus rapproché permettant à l'établissement de réévaluer rapidement la cote ISO-SMAF au lieu de devoir agir en rattrapage.

La clientèle déjà connue du soutien à domicile

La clientèle déjà connue du SAD devrait-elle faire l'objet d'alertes en gériatrie sociale et si oui, dans quelles situations ? Tout d'abord, comme énoncé précédemment, les membres de l'équipe de gériatrie sociale pourraient aider un aîné, en attente de services, à trouver des solutions temporaires comme déplacer certains objets pouvant causer des chutes dans son domicile.

Également, un aîné pourrait très bien être connu du SAD, tout en ayant un statut inactif. Dans ce cas, à la suite de la réception d'une alerte et en fonction des besoins de l'aîné, la navigatrice, avec le consentement de l'aîné et l'aide de l'infirmière en gériatrie sociale, pourrait aider à réactiver le dossier auprès du CLSC. L'équipe de gériatrie sociale pourrait parfois même démontrer l'urgence d'une situation pour qu'elle soit priorisée, compte tenu du portrait qui sera dressé de la situation à l'aide du AÎNÉES AD-PLUS et qui ne peut être obtenu sans une visite à domicile, dans les conditions de vie réelles de l'aîné.

Enfin, une personne âgée pourrait être connue du SAD pour une raison autre que celle mentionnée dans l'alerte d'une sentinelle. Il est parfois plus facile de confier certaines inquiétudes à un proche ou à une préposée d'aide à domicile qui est un visage connu. Il est aussi vrai que ces personnes, qui font partie du quotidien de l'aîné, sont souvent plus en mesure de remarquer des changements récents qui ont un impact sur son fonctionnement et ses habitudes de vie, qu'un intervenant qui est présent sur une base moins régulière et généralement, dans un contexte plus formel. Il devient donc avantageux, dans une telle situation, de faire circuler l'information auprès des intervenants concernés et avec le consentement de l'aîné, afin qu'il reçoive les services appropriés.

Les aînés référés par des intervenants du CISSS/CIUSSS

Est-il souhaitable de voir des acteurs des CISSS/CIUSSS référer vers la gériatrie sociale ? L'expérience a démontré, dans certaines situations, la valeur ajoutée de ces références vers la gériatrie sociale dans le plus grand intérêt des aînés. Par exemple, dans la dernière année, les intervenants réseau ont fait appel à plusieurs reprises à des équipes de gériatrie sociale. Leur rôle est de donner congé à des aînés hospitalisés, non connus du soutien à domicile, mais admissibles aux services et dont le retour dans le milieu de vie présente une certaine complexité. La gériatrie sociale, via son réseau de sentinelles, peut assurer une vigie. La navigatrice quant à elle peut aller observer la situation à domicile et poser des actions afin de sécuriser le retour à domicile d'ici à ce que les services à domicile soient mis en place. Il s'agit dans ce cas-ci également d'une mise en action complémentaire entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire de manière à pouvoir agir auprès d'une clientèle où il est encore possible d'agir en prévention et promotion.

La gériatrie sociale et les initiatives de travail de milieu pour les aînés vulnérables (ITMAV)

La question de la complémentarité entre le programme ITMAV et la gériatrie sociale est apparue dès la première année des projets pilotes. Si certains y ont vu un dédoublement ou même « une cannibalisation d'un programme de l'un envers l'autre »³², il a toujours été clair aux yeux de la Fondation AGES qu'il existait de multiples façons de créer, tant à l'échelle locale que nationale, des zones de synergies permettant d'améliorer les services aux aînés.

C'est en ce sens que les projets pilotes ont travaillé pendant quatre ans à construire ces zones qui nous semblent aujourd'hui porteuses pour l'avenir. Si depuis 2019, le Secrétariat aux aînés a été saisi de la question par le réseau des ITMAV autant que par les projets de gériatrie sociale, il n'a produit à ce jour, aucune ligne directrice ou consigne quant à l'arrimage et à la complémentarité des deux projets au-delà d'une demande formulée à l'effet de collaborer ensemble. La connaissance des éléments de similarité et de disparité entre les projets permet un arrimage optimal qui a été identifié par la Fondation et transmis au Secrétariat aux aînés dès la deuxième année des projets pilotes. Ils sont présentés ci-dessous.

Éléments de similarité entre les projets

Maintien des aînés à domicile

Les deux projets sont issus d'une volonté de maintenir les aînés à domicile le plus longtemps possible et en santé³³. Cette volonté, de plus en plus portée par le RSSS, suppose également que les aînés souhaitent majoritairement demeurer chez eux et que cela contribue au maintien de leur santé, pour autant qu'ils ne soient pas isolés et puissent bénéficier des services nécessaires.

Respect des volontés des aînés

Les deux approches considèrent qu'il importe de respecter au maximum la volonté des aînés et de valoriser leur prise de décision même si celles-ci peuvent parfois ne pas répondre aux standards associés à de saines habitudes de vie. Chaque approche considère que les gains sur la santé associés à l'impression de contrôle sur leur vie surpassent les inconvénients venant de choix de santé nuisibles : consommer de l'alcool ou des boissons gazeuses, fumer, faire de l'embonpoint, etc.

³² Commissaire à la Santé et au Bien-Être. (2023). *Bien vieillir chez soi, Tome 1 : Comprendre l'écosystème. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile*, Mars 2023. p.96. Repéré https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile.pdf.

³³ Gouvernement du Québec. (2018). *Mieux comprendre le rôle du travailleur de milieu dans le cadre du programme des Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV). La famille, une histoire de générations*. Ministère de la Famille. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3491236>.

Recherche de mise en relation

Les deux projets considèrent qu'il faut une communauté entière pour aider les aînés à demeurer à domicile en santé et qu'ils ne possèdent pas l'ensemble des clés pour répondre à la diversité de problèmes qu'ils peuvent rencontrer. En ce sens, la complémentarité entre ces deux programmes et avec les autres acteurs devient nécessaire.

Éléments de différenciation entre les projets

Portée

L'ITMAV est une actrice de choix pour effectuer une prise de contact avec les aînés sur le terrain. Il doit, selon le cadre de référence « poser des actions lui permettant de s'intégrer à une communauté, pour ainsi repérer les personnes aînées isolées ». En ce sens, si le projet de gériatrie sociale compte sur un réseau de sentinelles dont la principale occupation ne concerne pas le repérage, les ITMAV font du repérage sur une base régulière afin de créer le contact avec des aînés isolés.

Collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux

Les projets de gériatrie sociale sont construits autour de la mise en relation des personnes chez qui on a repéré, à l'aide de l'outil d'aide au repérage AINÉES AD-PLUS, des signes pouvant indiquer un vieillissement accéléré, et le réseau de la santé et des services sociaux. Les navigatrices des projets de GS sont en lien direct avec une infirmière attitrée au projet qui peut fournir une expertise visant à résoudre rapidement des problématiques ponctuelles.

Accompagnement d'un bassin de sentinelles

La gériatrie sociale s'implante autour d'un bassin de sentinelles formées afin de repérer et d'agir de manière préventive auprès de personnes expérimentant un vieillissement accéléré au sein d'un groupe de personnes avec qui elles sont déjà en contact. Contrairement aux ITMAV qui sont formées en travail de milieu et peuvent aller à la rencontre de personnes isolées, les sentinelles des projets de gériatrie sociale poursuivent les contacts réguliers qu'ils avaient déjà avec des aînés, mais avec un regard plus sensible aux aspects du vieillissement accéléré et surtout, avec l'accès à une navigatrice pour aiguiller une personne par la suite.

Collaboration entre les ITMAV et la gériatrie sociale

En l'absence de lignes directrices quant à la collaboration, les milieux ont fait montre de leur dynamisme et les liens se sont tissés. Il est donc facilement possible aujourd'hui, au terme de l'expérimentation, d'affirmer qu'une collaboration riche et constructive est possible. Affirmer qu'elle est possible n'est cependant pas affirmer qu'elle est facile, et le premier ingrédient qui a contribué au succès des milieux où la collaboration s'est installée a été le temps : le temps de se connaître, le temps de se comprendre et le temps de coconstruire une vision commune.

Voici quelques pistes qui émergent des projets à l'heure actuelle.

1. La collaboration rapprochée

Les projets des Basques au Bas-St-Laurent et de La Baie au Saguenay-Lac-St-Jean ont vu une collaboration rapprochée des deux projets. Dans le cas de La Baie, l'organisme hôte de la gériatrie sociale était déjà porteur d'un projet ITMAV alors que dans le cas du Bas-St-Laurent, le milieu a souhaité que l'organisme porteur du projet ITMAV devienne Logis-Aide des Basques, qui portait le projet de gériatrie sociale.

Dans ces deux cas, la cohabitation a permis d'assurer un leadership dans la complémentarité des actions. Dans le cas spécifique du Bas-St-Laurent, l'ITMAV a concentré ses interventions dans le travail terrain permettant d'aller directement à la rencontre d'aînés pouvant être isolés. Ce travail de repérage supposait un investissement en temps important, pour se rendre dans les milieux et établir des contacts « à froid ». Il s'agit d'une intervention inspirée des philosophies du travail de rue, de rang, etc., et qui rejoint des gens parfois plus éloignés. Pendant ce temps, la navigatrice se concentrait dans l'appui au cheminement des personnes présentant des besoins et qui provenaient à la fois des références de l'ITMAV, mais aussi d'autres sentinelles. On peut dire qu'ici, l'ITMAV se spécialise dans une activité bonifiant de manière notable le repérage.

2. La collaboration par le partage de lieux communs d'échange

Le projet de Laval a constitué un autre type de rencontre alors que les ITMAV et les navigatrices ont été réunies sur un comité de travail animé par l'organisatrice communautaire. Ils ont donc multiplié les contacts afin de mieux se connaître et identifier leurs zones de travail souhaitées. Rappelons que le territoire de Laval comprend 7 ITMAV et 4 navigatrices pour une population de 65 ans et plus de 82 000 personnes ; le travail ne manque donc pas sur le terrain.

Par ailleurs, plusieurs ITMAV ont rejoint la communauté de pratique des navigatrices en gériatrie sociale et des intervenants communautaires. Ce croisement des savoirs et des expertises a permis d'agir en prévention sur l'émergence de lignes de fracture entre les projets.

3. La participation aux rencontres de discussion des alertes (DDA)

Bien que n'ayant pas encore été tentée formellement, cette idée est revenue à plusieurs reprises comme une piste de développement. Pour certaines ITMAV, le lien avec le RSSS dépend de la volonté individuelle d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Or, la gériatrie sociale, dès son démarrage, s'appuie sur la participation active de l'équipe du SAD, notamment à cause du financement consenti par le MSSS aux établissements de santé et de services sociaux.

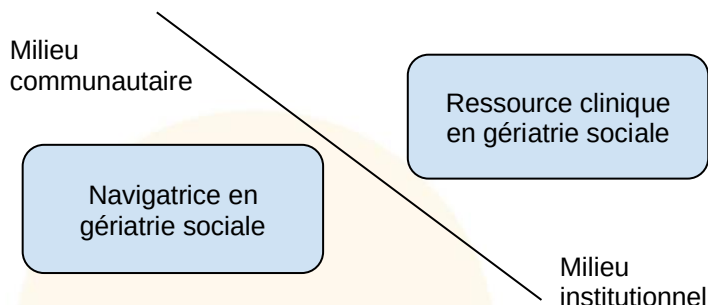
Ce lieu d'échange permettrait aux ITMAV de fortifier leur alliance avec le RSSS. Pour fonctionner, cette pratique nécessite cependant l'utilisation du langage commun de l'outil de soutien au repérage AINÉES AD-PLUS. Le réseau des ITMAV, contrairement à celui des navigatrices, n'étant pas assujéti à l'utilisation d'un outil commun, le choix doit donc être volontaire, mais il ne nous semble pas se heurter à un refus à l'heure actuelle.

En ce sens, au moment de tracer ce bilan, la Fondation AGES considère qu'il existe des zones de synergie importantes entre les deux initiatives pouvant venir fortifier le filet de sécurité autour des aînés. L'absence de consignes ou d'orientations gouvernementales de collaboration entre les initiatives peut être vue comme une vulnérabilité, mais elle peut à nos yeux être également perçue comme une valorisation des milieux dans leur capacité à construire une démarche répondant à leurs besoins et leurs spécificités. Cependant, il nous semble que sur un horizon maximal de trois ans, il serait important que le MSSS, en s'inspirant des meilleures pratiques construites sur le terrain — et en conservant un espace d'initiative — énonce sa vision quant à la collaboration entre ces grandes actions auprès des aînés que sont la gériatrie sociale et les initiatives de travail de milieu pour les aînés vulnérables.

Relation avec les établissements de santé et de services sociaux

La Fondation AGES a identifié, dès le départ, que la relation entre l'organisme hôte du projet de gériatrie sociale et l'établissement de santé et de services sociaux serait cruciale. Si c'est au sein du milieu communautaire dont fait partie l'organisme hôte que se trouve la plus forte capacité de repérage des éléments AINÉES AD-PLUS susceptibles d'entraîner un vieillissement accéléré, c'est par l'arrimage avec le RSSS, qui possède la connaissance clinique et les capacités en matière de prestation de soins et de services pour les personnes âgées, que le repérage conduit aux réponses les plus adéquates.

Le premier contact des établissements avec la gériatrie sociale a souvent été caractérisé par des questions sur la crainte d'un dédoublement des services et sur celle de la confidentialité des données. Après 4 ans d'expérimentation et 6 projets pilotes, il est possible d'affirmer que pratiquement chaque établissement a commencé par poser les mêmes questions et présenter les mêmes préoccupations.



Ce qu'il est également possible d'affirmer, c'est que dans la majorité des projets, ces préoccupations ont laissé la place, au terme de 3 à 6 mois de travail de collaboration, à une appropriation du projet et à la mise en place des solutions appropriées : des formulaires de consentement ont été élaborés et reconnus par les établissements, des mécanismes de communication bilatéraux ont été construits et, surtout, grâce aux comités de pilotage, la simplification et l'arrimage de l'ensemble des mécanismes d'accueil ont pu être réalisées. Dans la majorité des cas des gains en efficacité ont été observés rendant caduque la crainte d'un dédoublement des services.

La collaboration avec les établissements du RSSS a permis, de l'avis même de plusieurs d'entre eux, d'étendre leur capacité d'action par rapport à la responsabilité populationnelle dont ils sont le maître d'œuvre. Ainsi, pour ces établissements de santé, la capacité d'accroître le repérage en communauté, d'initier des actions et de consolider l'arrimage avec le milieu communautaire, loin de lui nuire, l'aidait à desservir sa population âgée d'une meilleure manière.

« Histoire de cas »

Dans le cadre d'un des projets, il a été constaté qu'un groupe de médecine familiale avait des disponibilités pour l'usage du soutien à domicile, mais que plusieurs acteurs du SAD n'étaient pas au courant. Grâce à des actions du projet, cette information a été plus largement partagée.

Confidentialité, consentement et communication bilatérale

Comme mentionné à plusieurs reprises déjà, la gériatrie sociale s'est construite autour de la volonté de respecter et surtout, de valoriser le pouvoir d'agir des personnes âgées. Aussi, quand la question de la confidentialité des données et du consentement s'est posée, c'est à travers ce prisme qu'elle a été analysée. C'est-à-dire qu'il fallait que l'aîné soit l'acteur central de la prise de décision le concernant, mais aussi — et surtout — que les acteurs de sa santé agissent afin de lui faciliter la vie et non de la complexifier. Dans le cadre des projets de gériatrie sociale, diverses actions ont été mises de l'avant afin de valoriser l'autonomie de la personne âgée tout en lui facilitant la vie en regard de l'arrimage entre les acteurs œuvrant pour sa santé :

- Mise en place de mécanismes de consentement lors du transfert d'informations entre les équipes de GS et les établissements de santé ;
- Formations offertes par la Fondation (sentinelles, navigatrices, etc.) abordant le consentement comme un des mécanismes fondamentaux de la GS ;
- Guide sur le consentement mettant des balises claires quant à la façon de recueillir le consentement, les bonnes manières et les bons moments de le faire en fonction des circonstances.
- Accompagnement d'une avocate éthicienne clinique reconnue pour réfléchir, lorsque requis, aux défis éthiques rencontrés par les intervenants en GS dont celui, dans certains cas, du maintien de la confidentialité.

Nécessité d'un Guide pratique pour la réflexion éthique des équipes en GS

La pratique de la gériatrie sociale, la réponse aux besoins des personnes âgées et l'accompagnement de celles-ci dans leur trajectoire de vie exposent les intervenants et les équipes à des situations parfois complexes qui provoquent des malaises et des conflits intérieurs entre intervenants :

- Un bénévole de la popote roulante (sentinelle GS) livre un repas à une personne âgée qui lui confie que son fils la vole ; elle demande au bénévole de ne pas en parler. La sentinelle se confie à la navigatrice GS, sans identifier l'aîné en question ;
- Une personne âgée présente de nouvelles ecchymoses et des plaies récentes aux membres inférieurs et refuse d'en parler à la navigatrice en GS lorsqu'elle aborde la question.

Face à de telles situations, il peut arriver que l'on se questionne sur la manière d'agir, sur nos obligations. Il arrive aussi qu'une situation provoque un malaise, interpelle nos valeurs. Avec le soutien d'une avocate éthicienne clinique, la Fondation et les intervenants associés aux projets GS développent présentement un cadre pour la réflexion éthique des équipes en GS qui propose un processus pour les aider à savoir « **comment faire pour bien faire dans ces situations** ». Comment reconnaître qu'une situation requiert un regard éthique ? Quelle est la première action à poser pour aborder une situation qui nécessite une réflexion éthique ? Comment discuter de la situation ? Ce guide présentera aussi des vignettes décrivant des situations qui ont fait l'objet d'une réflexion éthique lorsqu'elles ont été rencontrées. Elles fourniront des repères pour l'action des équipes GS et, lorsque nécessaire, pour mener leur analyse éthique.

Bilatéralité de la communication entre un établissement et le milieu communautaire : l'utilité du principe de cercle de soins

Une équipe de gériatrie sociale est composée d'intervenants qui ne font pas partie du RSSS, auxquels sont associés des professionnels de la santé de ce réseau. L'aîné est aussi souvent en relation avec des professionnels de la santé hors CISSS/CIUSSS : pharmacien communautaire, médecins, etc. D'autres personnes hors réseau soutiennent l'aîné et lui offrent des services pour l'aider à se maintenir en santé et rester à son domicile. Toutes ces personnes gravitent autour de l'aîné et font partie de *son filet de sécurité*, ce qui complexifie le travail de collaboration et de respect de la confidentialité.

Au fur et à mesure des situations cliniques rencontrées, les intervenants liés aux projets de GS ont réalisé l'importance d'assurer un partage de renseignements qui tient compte non seulement du respect de l'aîné et de ses droits relatifs à la vie privée et à la confidentialité, mais aussi du niveau de vulnérabilité de l'aîné ainsi que des obligations des intervenants relatives à la sécurité et à la protection de l'aîné.

Dans cette perspective, la Fondation, soutenue par une avocate éthicienne clinique, a réfléchi à l'utilisation du principe de *cercle de soins*. Ainsi, chaque aîné dispose d'un cercle de soins qui lui est propre. Sa composition doit être déterminée **avec**, **par**, et **pour** la personne âgée, dans son **intérêt fondamental**. L'élaboration du cercle de soins doit se faire en collaboration avec elle et avec son consentement.

Ce processus doit permettre de déterminer avec elle :

- Qui sont les personnes et intervenants significatifs pour elle ?
- Qui sont les intervenants qui pourraient avoir intérêt à partager des renseignements afin de mieux collaborer, dans son intérêt fondamental ?
- Quels types de renseignements auraient intérêt à être partagés dans son intérêt fondamental ?
- Comment la confidentialité et le respect de la vie privée seront-ils assurés ?
- Quelles sont ses réserves par rapport au partage de renseignements ? Y a-t-il des personnes avec qui elle refuse que des renseignements soient partagés ? Quels sont les impacts d'un tel refus ?

Cela implique aussi de l'informer de certaines obligations de divulgation ou de dénonciation si sa santé, sa sécurité ou son intégrité venaient à être compromises.

Le principe de cercle de soins est novateur et soulèvera assurément des questions de la part des intervenants des projets de gériatrie sociale, de même que des partenaires du réseau de la Santé et des Services sociaux. Nous estimons toutefois que l'identification d'un cercle de soins respecte le droit à l'autodétermination et à la vie privée de la personne âgée ; celle-ci peut décider qui sont les personnes de son entourage et les intervenants qui peuvent discuter et échanger des renseignements pour assurer son bien-être et sa sécurité. Cette posture est relativement similaire à celle en vigueur dans les établissements du RSSS où la personne âgée devrait être informée des personnes qui échangent d'emblée des informations à son sujet dans le contexte du travail interdisciplinaire d'une équipe de soins.

Réflexions sur les ressources infirmières en GS

Est-il justifié d'affecter une ressource infirmière à la gériatrie sociale dans le contexte actuel ?

Confrontés au manque d'infirmières dans leur établissement, les gestionnaires des CISSS/CIUSSS impliqués dans les projets GS se sont demandé, avec raison, si un autre type de professionnel pouvait effectuer le travail de ressource clinique. Jusqu'à quel point est-il justifié d'affecter une ressource infirmière à la GS dans le contexte actuel ? Peut-on penser à un autre professionnel pour assumer le rôle de principale ressource clinique en GS ?

Comme mentionné en présentation des volets du rôle de l'infirmière en GS, l'infirmière est la professionnelle la mieux formée pour intervenir en première ligne sur la plus grande proportion des déterminants de la santé des aînés dans la communauté. La contribution d'autres professionnels, en travail social, en ergothérapie, en kinésiologie, est utile et appréciée ; elle apporte, en appui à l'équipe de GS et au bénéfice des aînés visés par la GS, des compétences utiles qui se complètent bien. Ils possèdent des connaissances et des compétences communes avec les infirmières qui peuvent être mises à profit dans le volet 1 du rôle de ressource clinique en GS. Toutefois, ces autres professionnels ne peuvent pas agir sur autant d'aspects AINÉES AD-PLUS que l'infirmière en regard de la promotion de la santé, du repérage, du dépistage, de la prévention et du traitement de problèmes de santé. De plus, l'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique ne fait pas partie de leur champ de pratique.

*« L'approche holistique, caractéristique de la formation infirmière, leur procure une vision globale de la santé des individus qui englobe les aspects bio psycho sociaux, économiques, environnementaux et culturels, et qui est axée sur l'accompagnement de la personne dans ses autosoins. Cette vision globale est essentielle dans l'accompagnement de la personne aînée dans la gestion de sa situation de santé ».*³⁴

Certains événements de la vie des adultes âgés visés par la GS peuvent entraîner une progression plus rapide de la baisse naturelle de performance de certains systèmes qui accompagne le vieillissement. Une infirmière en GS peut intervenir de manière précoce pour prévenir ou stabiliser un processus de vieillissement accéléré en étant plus facilement accessible dans la trajectoire de vie des aînés dans la communauté, lorsque survient un déséquilibre et une fragilisation de la santé. En contribuant à renverser ou stabiliser une détérioration de la santé qui s'installe chez l'aîné, l'infirmière en GS peut éviter le recours à de nombreuses autres infirmières de services déjà surchargées, que ce soit à l'urgence, en centre hospitalier ou en soutien à domicile.

Comme mentionné au début de ce document, une infirmière d'expérience en soutien à domicile, qui a travaillé plus d'un an en GS, disait avoir observé qu'avec la gériatrie sociale il est possible d'agir avant « la débarque santé ».

Des aînés plus aisés financièrement, se résignent parfois à faire appel aux services d'une des infirmières de plus en plus nombreuses à travailler au sein d'entreprises privées qui se rendent à domicile et offrent une consultation infirmière pour des problèmes de santé courants. La plupart des aînés ne peuvent se payer ce service qui, de plus, n'est pas ancré dans le contexte d'une approche réseau.

³⁴ Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2023). *Les infirmières et infirmiers : des professionnels essentiels au maintien des aînés à domicile*. Mémoire. Consultation du Secrétariat aux aînés, p.3. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3547-memoire-plan-action-vieillir-ensemble-web.pdf>

Par ailleurs, l'intervention infirmière permet de renforcer le pouvoir d'agir des aînés en regard de leur situation de santé ; face à un symptôme nouveau, exacerbé ou qui perdure, l'infirmière aide l'aîné (et son proche) dans son processus d'analyse de la situation, à préciser ses options et décider comment y faire face. Elle transmet à l'aîné, les éléments de surveillance relatifs à son problème de santé et les indications de consulter, au besoin. Elle l'aide à améliorer le contrôle sur sa situation de santé en fonction de ses choix.

La présence d'une infirmière au sein de l'équipe de GS permet aussi de rejoindre les aînés qui passent « sous le radar » du RSSS, de leur offrir une consultation infirmière et des soins rapides et transitoires. L'infirmière en gériatrie sociale va vers les aînés, que ce soit à leur domicile ou dans les lieux qu'ils fréquentent.

L'infirmière est bien placée pour agir comme trait d'union clinique et faciliter l'arrimage entre le milieu communautaire et le réseau de la santé. Elle est aussi en mesure de répondre à la majorité des demandes d'information, de conseil ou de facilitation avec le RSSS, provenant des navigatrices de l'équipe de GS, au sujet des aînés faisant l'objet d'une alerte santé AINÉES AD-PLUS. Dans un des projets, une travailleuse sociale de l'équipe PPALV appuie aussi l'équipe de GS dans les rencontres de discussion des alertes, ce qui est fort apprécié pour outiller et soutenir les navigatrices lors de situations de nature plus psychosociale.

En conclusion, l'expérience des projets pilotes a confirmé la position initiale de la Fondation, à savoir que la principale ressource clinique du CISSS/CIUSSS associée à l'équipe de GS devrait être une infirmière. D'ailleurs, un des projets qui avait assigné au début un autre professionnel au rôle de ressource clinique en GS a, au départ de celle-ci, assigné une infirmière. L'expérience des projets pilotes a démontré que, selon le contexte et certaines conditions, cette activité peut être partagée avec une autre au sein du CISSS/CIUSSS. D'autres professionnels peuvent être ajoutés à l'équipe de GS, comme c'est le cas dans un des projets.

Si toutefois, en dernier recours, le CISSS/CIUSSS maintient son choix d'assigner à la GS une ressource clinique non-infirmière comme ressource principale, la Fondation recommande que celle-ci ait facilement accès à une infirmière du soutien à domicile, pour consultation et évaluation/intervention à domicile au besoin.

Autres développements en gériatrie sociale

Le prolongement des projets de gériatrie sociale de même que leur publicisation auprès des acteurs des milieux communautaires et de la santé ont entraîné une demande pour du développement alors que la MSSS souhaitait limiter le développement de nouveaux projets le temps de procéder à l'évaluation du modèle de la Fondation AGES, ainsi que celui du CIUSSS du Centre-Sud et celui des Petits Frères, financés également en 2019 sous le vocable de « Gériatrie sociale ».

Malgré la volonté de ne pas développer d'autres projets, le MSSS a finalement accepté d'ajouter trois projets au modèle de la Fondation AGES en 2021 et de financer le développement d'un projet utilisant l'outil d'aide au repérage AINÉES 75-PLUS dans la MRC du Domaine-du-Roy en 2021 ainsi qu'un projet dans la MRC Antoine-Labelle en 2022. Dans le cas de ce dernier projet, l'outil d'aide au repérage AINÉES AD-PLUS a été choisi par les partenaires du projet et la Fondation AGES a été sollicitée afin de fournir un appui clinique et organisationnel et d'offrir son matériel.

En plein cœur de la pandémie, une autre situation s'est développée puisque la Fondation Mirella et Lino Saputo (FMLS) et la Fondation AGES se sont associées pour appuyer les milieux formulant une demande afin de mettre en place des mécanismes inspirés de la gériatrie sociale. Les *projets de trajectoire* de GS visent principalement à renforcer les ressources, les processus et les actions qui permettent une meilleure intervention auprès des aînés. Chaque projet est issu d'une réflexion collective et répond aux besoins particuliers du territoire au sein duquel il s'implante.

À ce moment, une collaboration a également été établie avec le MSSS notamment pour appuyer la Fondation AGES dans la collaboration avec les établissements de santé. La sous-ministre adjointe de l'époque a donc facilité ce lien en invitant la Fondation AGES et la Fondation MLS à présenter le projet lors d'une table SAPA et a accompagné la FAGES lors de différentes rencontres individuelles avec des directions SAPA. L'engagement du MSSS a donc été crucial, non pas dans le financement des initiatives, mais dans son soutien afin de mieux répondre aux besoins des aînés en situation de crise. Il faut se rappeler qu'à ce moment, le MSSS prévoyait toujours avoir fini d'évaluer le projet de la Fondation AGES en mars 2022 et d'être prêt pour un déploiement national.

La Fondation AGES a reçu, à partir de ce moment et jusqu'à aujourd'hui, un soutien financier distinct de la Fondation MLS afin d'appuyer les milieux souhaitant mettre en place des actions en matière de gériatrie sociale.

Voici les étapes du développement de ces projets :

- Sollicitation de la Fondation AGES pour être accompagné.
- Réunion des principaux acteurs aînés d'un territoire (incluant notamment les Initiatives de travail de milieu auprès d'aînés vulnérables [ITMAV], la Table de concertation des aînés, l'EÉSad et le CI [U] SSS minimalement) pour présenter la gériatrie sociale et les opportunités de mise en action.
- Réalisation d'une démarche de carte sociale animée par la Fondation AGES.
- Identification d'un organisme porteur et définition d'un projet concerté de gériatrie sociale qui correspond aux besoins du milieu et aux réalités locales.
- Identification des besoins financiers et demande de financement.

Une fois un financement obtenu, voici les actions qui peuvent être posées par les projets avec le soutien et l'accompagnement de la Fondation AGES si désiré :

- Mise en place de mécanismes d'échange clinique entre les intervenants communautaires et le CI (U) SSS.
- Constitution d'un réseau de repérage élargi avec la formation « sentinelles en GS ».
- Formation et accompagnement des intervenants (travailleurs de milieu, intervenants pour aînés, personnel des organismes d'aide, etc.).
- Soutien clinique par l'équipe clinique de la Fondation AGES (infirmière, ergothérapeute, gériatre).
- Participation à des communautés de pratique et à des formations sur des aspects cliniques du vieillissement (ex. : fuites urinaires, audition, dysphagie, préparation d'un rendez-vous médical, etc.).
- Accès à une base d'outils développés par et pour les projets de gériatrie sociale de partout au Québec.
- Accès à de l'accompagnement pour le développement de projets d'innovation en santé des aînés (via le Laboratoire d'innovation en santé des aînés).

Au moment d'écrire ces lignes, la Fondation Mirella et Lino Saputo finance 7 trajectoires de gériatrie sociale à travers la province. À cela s'ajoute aujourd'hui une ressource navigatrice financée à même les fonds propres d'une entreprise d'économie sociale en aide à domicile et 3 ressources d'établissements de santé et de services sociaux financées à même leurs fonds propres et œuvrant à des initiatives de gériatrie sociale.

Les projets suivants font actuellement l'objet d'un financement de la part de la FMLS :

- MRC de Portneuf (Table locale des aînés de Portneuf et le Halo) ;
- Haute-Saint-Charles, Les Rivières, Wendake et MRC de la Jacques-Cartier (Aide à la communauté et services à domicile) ;
- Mercier-Ouest (Répit-ressources et projet Harmonie) ;
- Mercier-Est (Le Chez-nous de Mercier-Est) ;
- Saint-Laurent (Comité des organismes sociaux de Saint-Laurent) ;
- MRC du Granit (Table des aînés du Granit et Soutien à domicile du Granit) ;
- MRC de la Matawinie (Centre d'action bénévole communautaire Matawinie).

Impact économique de la gériatrie sociale

Si l'impact premier recherché par la gériatrie sociale a toujours été et demeure l'amélioration de la qualité de vie des aînés, il a été important pour la Fondation AGES de chercher à mesurer si son action pouvait avoir un impact sur les coûts de système en santé.

À cet égard, elle a identifié trois pistes potentielles inspirées de la littérature et de ses actions. Celles-ci s'articulent principalement autour de la question des chutes pour laquelle il existe une littérature plus abondante. L'extrait ci-dessous est tiré d'un document produit à la demande de la Fondation AGES par Thulé évaluation en 2022³⁵ :

« En 2016, plus de 20 000 Québécois âgés de 65 ans et plus ont été hospitalisés des suites d'une chute³⁶. Le MSSS estimait à l'époque que ce nombre atteindrait plus de 26 000 personnes en 2022 et près de 35 000 en 2034³⁷. Sur une année donnée, 1,41 % de la population québécoise de 65 ans et plus sera hospitalisée des suites d'une chute³⁸.

En 2010, environ 85 % des hospitalisations chez les 65 ans et plus au Canada sont dues à des blessures occasionnées par une chute³⁹. Pour l'année financière 2010-2011, les hospitalisations en raison de blessures dues à une chute chez les Canadiens de 65 ans et plus étaient d'une durée moyenne de 21 jours⁴⁰. Parmi les blessures résultant d'une chute, les plus fréquentes chez les aînés de 65 ans et plus au Canada sont les fractures (35 %), les entorses et les foulures (30 %)⁴¹.

En 2021, au Québec, on compte 1 750 393 personnes âgées de 65 ans et plus⁴². De ce nombre, on peut estimer qu'environ 24 680 seront hospitalisées des suites d'une chute⁴³.

Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en 2020-2021, le coût moyen d'une hospitalisation au Québec est de 7 871 \$⁴⁴.

³⁵ Thulé Évaluation (2022). La réduction des hospitalisations à la suite de chutes – bénéfice social des projets pilotes de gériatrie sociale menés par la Fondation AGES. Québec : Auteur. Repéré à <https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Argumentaire-chutes-FAGES-1.pdf>

³⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile — Recension des écrits du cadre de référence* (édition originale 2004, mise à jour en 2018). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Chutes chez les aînés au Canada - deuxième rapport*. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

⁴² Statistique Canada : données du recensement disponibles en ligne : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/cv.action?pid=1710000501>

⁴³ Population 65 ans et + Québec x taux de personnes de 65 ans faisant une chute au Québec.
1 750 393 x 1,41 % = 24 680,5

⁴⁴ Institut canadien d'information sur la santé, données disponibles en ligne : [https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr - /!indicateurs/015/cost-of-a-standard-hospital-stay-cshs/mapC1;mapLevel2:trend\(C600,C1\);/](https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/inbrief?lang=fr - /!indicateurs/015/cost-of-a-standard-hospital-stay-cshs/mapC1;mapLevel2:trend(C600,C1);/)

En posant l'hypothèse que les séjours de courte durée en 2022 au Québec ont conservé une durée moyenne similaire à celle observée en 2018-2019, soit 6,8 jours⁴⁵, nous obtenons un coût de 1 157,50 \$ par jour d'hospitalisation. Avec une moyenne de 21 jours par hospitalisation, on parle donc ici d'un coût moyen d'hospitalisation en raison de chutes causant des blessures chez les Québécois de 65 ans et plus de 24 307,50 \$ par personne, donc de 595,5 millions de dollars annuellement pour l'ensemble des hospitalisations liées à une chute chez les 65 ans et plus au Québec.

De plus, les chutes semblent précipiter la transition vers les soins de longue durée. C'est plus du tiers des personnes âgées hospitalisées à la suite d'une chute qui sont ensuite prises en charge par des établissements de soins de longue durée⁴⁶. On estime donc que, sur les 24 680 Québécois de 65 ans et plus hospitalisés annuellement en raison d'une chute, environ 8 200 seront par la suite pris en charge dans un établissement de soins de longue durée.

Les coûts publics arrondis pour un hébergement annuel en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) sont de 83 000 \$, tandis que les coûts privés arrondis sont de 18 500 \$⁴⁷. Le maintien à domicile coûte entre 32 000 \$ et 62 000 \$ par année-personne, selon le profil ISO-SMAF, pour une moyenne arrondie à 44 000 \$⁴⁸. Le coût d'option du maintien à domicile par rapport à l'hébergement en soins de longue durée est donc de 39 000 \$ par année-personne⁴⁹. »

Cette première évaluation ne considère qu'un des impacts économiques potentiels de la gériatrie sociale. Des études économiques plus approfondies et à plus long terme permettraient de confirmer ce qui relève actuellement d'un postulat, c'est-à-dire que le fait d'agir tôt pour prévenir une dégradation prévisible de l'état de santé d'une personne âgée, en plus d'améliorer sa qualité de vie et celle de ses proches, est profitable pour l'ensemble du système de santé.

⁴⁵ Le Québec économique, données disponibles en ligne : <https://qe.cirano.qc.ca/theme/education-sante/sante/services-sante/tableau-soins-courte-duree-taux-duree-dhospitalisation>

⁴⁶ Scott, V., Wagar, L., Elliott, S. (2010). Falls & related injuries among older Canadians: Fall-related hospitalizations & intervention initiatives. Victoria, BC: Victoria Scott Consulting. Prepared on behalf of the Public Health Agency of Canada, Division of Aging and Seniors. Cité dans Agence de la santé publique du Canada (2014). *Chutes chez les aînés au Canada, deuxième rapport*. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf

⁴⁷ Clavet, N.-J., Décarie, Y., Hébert, R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*. Cahier de recherche – Février 2021. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4237037>.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ 83 000 \$ - 44 000 \$ = 39 000 \$

Les résultats en bref des projets pilotes

- Plus de 1 300 sentinelles formées pour l'utilisation de l'outil de soutien au repérage AINÉES AD-PLUS et ayant accès à des opportunités de formation continue.
- Plus de 14 000 aînés en contact avec au moins une sentinelle en gériatrie sociale à même de repérer des signes pouvant indiquer une trajectoire de vieillissement accéléré.
- Près de 2 300 situations traitées par les navigatrices (alertes en gériatrie sociale).
- Plus de 14 000 actions directes ou indirectes réalisées au bénéfice des aînés.
- Parmi ceux-ci, près de 50 % n'étaient pas connus de l'établissement de santé et de services sociaux ou n'étaient pas susceptibles d'être contactés par un intervenant dans un délai de 3 mois.
- Des comités de pilotage permettant de bonifier la capacité de repérage des établissements de santé et de services sociaux pour des problématiques de santé chez des aînés.
- Des rencontres de discussion des alertes permettant de bonifier la cohérence des actions entre le réseau de la santé et des services sociaux et le milieu communautaire.
- Un potentiel d'économies de coûts de santé en évitement de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en CHSLD plus hâtive.

Conclusion

La Fondation AGES conclut la phase pilote des projets de gériatrie sociale avec la certitude profonde que le modèle qu'elle a mis à l'essai avec la collaboration inestimable des organismes hôtes de projet, des établissements de santé et de services sociaux et des partenaires communautaires peut avoir un impact réel et significatif sur le vieillissement tel qu'il est vécu au Québec.

La responsabilité de prendre soin de la population âgée du Québec, qui repose sur les établissements de santé et de services sociaux, mais bien avant tout sur les épaules de tout le Québec, nous impose de poser des gestes forts au risque de voir le vieillissement être craint comme une période triste et souffrante de la vie.

Aux yeux de la Fondation AGES, les projets de gériatrie sociale sont susceptibles de venir fortifier et bonifier le travail qui se fait déjà sur le terrain. À la vue des résultats de 6 projets pilotes, ils ne dédoublent pas l'action des établissements ou d'autres acteurs du terrain là où ils se déroulent, ils bonifient les services et le soutien offerts aux aînés à domicile et ils sont porteurs d'autres améliorations par la concertation qu'ils contribuent à nourrir et parfois créer dans les milieux.

La Fondation AGES dépose donc ce rapport aux décideurs, aux chercheurs, aux leaders aînés et aux acteurs de la société qui souhaitent le mieux pour le vieillissement au Québec afin qu'ils déterminent si le modèle de la gériatrie sociale, pensé au Québec et expérimenté au sein de six communautés au cours des quatre dernières années peut être porteur pour l'avenir.

Nuage de mots

Afin de conclure ce rapport, nous avons choisi de laisser la parole aux navigatrices des projets de gériatrie sociale grâce à qui cette expérimentation a été possible. Elles ont été aux premières loges de la mise à l'essai du modèle et ont été à même de proposer plusieurs pistes d'amélioration tout au long des années d'expérimentation. Réunies en congrès les 22 et 23 mars 2023, elles ont été invitées à inscrire des fiertés et des souhaits à l'égard de la gériatrie sociale. Nous les reproduisons ici :



La Fondation AGES en détail

La Fondation pour l'avancement de la gérontologie et de la gériatrie sociales est un organisme à but non lucratif qui a aussi un statut d'organisme de bienfaisance enregistré. La Fondation AGES a été créée en 2014 par le Dr Stéphane Lemire, interniste-gériatre qui en est également le président. La mission de la Fondation AGES se décline en trois volets :

Agir pour les aînés : soulager les conditions attribuées à la vieillesse en fournissant gratuitement des services de proximité, de nature médicale ou non, afin de restaurer et maintenir l'autonomie des personnes âgées dont l'état de santé est en déclin.

Sensibilisation : Promouvoir l'éducation dans les domaines de la gérontologie et de la gériatrie sociales en offrant des conférences à la population qui incluent des groupes de discussion regroupant des acteurs de divers milieux.

Innovation : Soutenir le développement et l'activation de solutions innovantes aux défis du vieillissement et de la qualité de vie des aînés en soutenant de manière structurante et à travers du financement des innovateurs ou en mettant en place directement des solutions.

Pour plus de détails : www.fondationages.org

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2014). *Chutes chez les aînés au Canada - deuxième rapport*. Repéré à https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/seniors_falls-chutes_aines/assets/pdf/seniors_falls-chutes_aines-fra.pdf

Centre d'expertise en santé de Sherbrooke – CESS. (Consulté le 3 avril 2023). *PRISMA-7^{MC}*. Page internet. Repéré à <https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/#:~:text=L'outil%20de%20rep%C3%A9rage%20PRISMA,sant%C3%A9%20et%20des%20services%20sociaux.>

Clavet, N.-J., Décarie, Y., Hébert R., Michaud, P.-C. et Navaux, J. (2021). *Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins*. Cahier de recherche - Février 2021. Chaire de recherche sur les enjeux économiques intergénérationnels. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4237037>

Commissaire à la Santé et au Bien-Être. (2023). *Bien vieillir chez soi, Tome 1 : Comprendre l'écosystème. Mandat sur les soins et services de soutien à domicile, Mars 2023*. Repéré à https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile.pdf

Dallaire, C. et Dallaire, M. (2008). Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières. Dans C.Dallaire (dir.), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*. p.265-312. Montréal : Gaétan Morin Éditeur.

Fondation AGES. (2019). *Guide de déploiement d'un projet pilote*. Québec: Auteur. [document inédit].

Fondation AGES. (2019). *Cadre conceptuel de la gériatrie sociale*. Québec: Auteur. [document inédit].

Fondation AGES. (2019). *Cadre d'évaluation de la phase I*. Québec: Auteur. [document inédit].

Fondation AGES. (2022). *Pour le déploiement d'équipes intersectorielles de gériatrie sociale partout au Québec. Automne 2022*. Mémoire de consultation prébudgétaire. Québec : Auteur. Repéré à http://www.finances.gouv.qc.ca/ministere/outils_services/consultations_publicques/consultations_prebudgetaires/2023-2024/memoires/Memoire_Fondation_AGES.pdf

Gaddey, H.L., Holder, K. (2014). Unintentional Weight Loss in Older Adults, *American Family Physician*. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24784334/>.

Gouvernement du Québec. (2018). *Mieux comprendre le rôle du travailleur de milieu dans le cadre du programme des Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV). La famille, une histoire de générations*. Ministère de la Famille. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3491236>

Gouvernement du Québec. (2012). *Plan d'action 2012-2017 — Vivre et vieillir ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, p.117. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>

Hébert, R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Can Fam Physician*, 28:754- 762. Repéré à <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2306554/>.

Infirmières et infirmiers en santé communautaire du Canada — IISCC. (2019). *Modèle et normes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire du Canada*. Ottawa : Auteur. Repéré à <https://www.chnc.ca/fr/normes-de-pratique>

Institut national de santé publique du Québec. (Consulté le 3 avril 2023). *Déterminants de la santé. Pourquoi agir sur les déterminants de la santé?* INSPQ Centre d'expertise et de référence en santé publique. Page internet. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante#:~:text=Les%20d%C3%A9terminants%20de%20la%20sant%C3%A9,ainsi%20des%20in%C3%A9galit%C3%A9s%20de%20sant%C3%A9>.

Lafrenière, S. (2004). *Promouvoir la santé des aînés : une question de conception*. Dossier Québec : infirmières et santé publique. *Santé publique, Société française de santé publique*, 16 (2). pp.303-312.

Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014). Les Signes « AINÉES », L'histoire de Mme Rose, Partie 1, *Perspective infirmière*, 11 (2), 46-51.

Lafrenière, S. et Dupras, A. (2014). Les Signes « AINÉES », L'histoire de Mme Rose, Partie 2, *Perspective infirmière*, 11 (3), 48-54.

Lemire, S. (2022). *Ajouter de la vie aux années - Le développement de la gériatrie sociale au Québec*. Présentation au 34e Congrès scientifique annuel de la Société québécoise de gériatrie. Repéré à <https://www.sggeriatrie.org/congres.php>

Levesque J.-F., Harris M.H. et Russell G. (2013). Patient-centered access to healthcare: Conceptualising access at the interface of health systems and populations, *International Journal for Equity in Health*, 12:18. Repéré à <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-18>

McBrien, K.A., Ivers, N., Barnieh, L., Bailey, J.J., Lorenzetti, D.L., Nicholas, D., et al. (2018). Patient navigators for people with chronic disease: A systematic review. *PLoS ONE* 13(2) : e0191980. Repéré à <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29462179/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile — Recension des écrits du cadre de référence* (édition originale 2004, mise à jour en 2018). Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-02W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Un financement additionnel de 980 000 \$ octroyé à la Fondation AGES pour des mesures de gériatrie sociale*. Communiqué de presse émis à Québec le 19 octobre 2019. Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communiqu-3217/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Vers un service d'urgence adapté à la personne âgée. Cadre de référence*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf>

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2023). *Les infirmières et infirmiers : des professionnels essentiels au maintien des aînés à domicile*. Mémoire. Consultation du Secrétariat aux aînés. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/3547-memoire-plan-action-vieillir-ensemble-web.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Repéré à https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1

Richard, L., Tremblay, M.-C. et Gauvin, L. (2013). L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés. Dans L. Richard, L. Barthélémy, M.-C. Tremblay, S. Pin et L. Gauvin (Dir.), *Interventions de prévention et promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide d'aide à l'action franco-québécois*. p. 39-49. INPES éditions (France).

Thulé Évaluation. (2021). *Évaluation de trois projets pilotes en gériatrie sociale*. Québec : Auteur. Repéré à <https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Thule-Rapport-GS.pdf>

Thulé Évaluation. (2022). *La réduction des hospitalisations à la suite de chutes - bénéfice social des projets pilotes de gériatrie sociale menés par la Fondation AGES*. Québec : Auteur. Repéré à <https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2023/05/Argumentaire-chutes-FAGES-1.pdf>

Annexe 1. Fiche AINÉES AD-PLUS

AINÉES¹ AD-PLUS



Un regard pour prévenir le vieillissement accéléré des adultes âgés à domicile

L'acronyme AINÉES AD-PLUS est un **aide-mémoire** précieux et un **langage** commun pour faire le tour de l'état de santé et des conditions de vie d'un adulte âgé à domicile.

Pour les aînés eux-même, leurs proches et les intervenants cliniques et communautaires, ces "lunettes" permettent d'avoir une **vue d'ensemble** des aspects à observer afin de:

- ① Repérer les indices de risque de vieillissement accéléré
- ② Prévenir les complications liés aux problèmes de santé
- ③ Agir sur la majorité des déterminants de la santé pour maintenir la qualité de vie et la santé des aînés.



A: Autonomie, mobilité



I: Intégrité de la peau



N: Nutrition, hydratation



É: Élimination



E: État cognitif, communication, humeur et comportement



S: Sommeil



A: Autosoins
Accès aux services et au matériel de soin



D: Domicile sécuritaire et adapté aux besoins



P: Proches aidants



L: Loisirs, rôle, vie sociale et spirituelle



U: Urgence d'agir



S: Salubrité

Les aspects AINÉES sont à **observer en priorité** car leur détérioration peut provoquer un problème de santé à court terme. La présence et l'impact de la DOULEUR sur ces aspects sont à explorer.

AINÉES AD-PLUS n'est pas une liste de problèmes à repérer. Il permet d'orienter les observations.

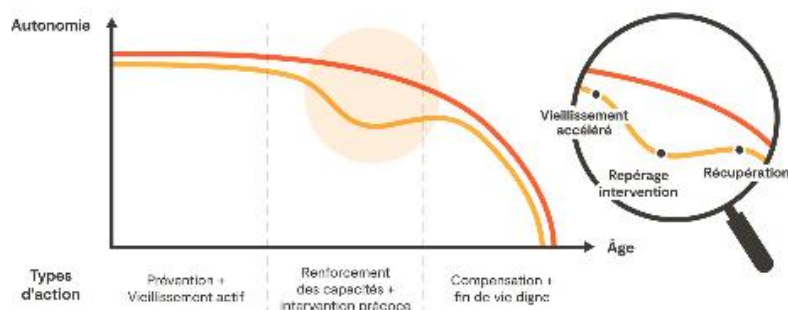
1. Outil AINÉES utilisé et adapté avec l'autorisation du CHUM (© CHUM, 2007; adapté Fondation AGES, 2019 et 2021).



Juillet 2021. Révisé octobre 2021.

Qu'est-ce que le vieillissement accéléré?

Le **vieillissement normal** se caractérise par une lente diminution des capacités de la personne.
Le **vieillissement accéléré** se caractérise, quant à lui, par une perte rapide de capacités.



Une détérioration d'un des aspects AINÉES AD-PLUS aura un impact négatif important sur la santé, à plus ou moins brève échéance.

La gériatrie sociale cherche à repérer de manière précoce le **passage d'un vieillissement normal à un vieillissement accéléré**.



La lunette AINÉES AD-PLUS

La lunette AINÉES AD-PLUS aide les aînés, leurs proches, les intervenants dans la communauté et les cliniciens, à observer, renforcer et soutenir toutes les dimensions importantes pour favoriser la santé.

La lunette AINÉES AD-PLUS est un **outil de soutien au repérage**, utile et efficace pour une diversité d'acteurs de la communauté, du milieu de la santé et pour les aînés eux-mêmes.

En gériatrie sociale, AINÉES AD-PLUS permet un **regard** et un **langage communs**; il favorise aussi une **compréhension partagée** et la **circulation de l'information**.

Aîné et proche



Observer
Agir

Sentinelle



Repérer
Alerter

Navigatrice



Explorer
Accompagner

Infirmière



Évaluer, Soigner
Référer

Médecin



Diagnostiquer
Prescrire, Traiter



Juillet 2021. Révisé octobre 2021.

Annexe 2. Acronyme AINÉES AD-PLUS : développement, adaptation et utilisation



Acronyme AINÉES¹ AD-PLUS Développement, adaptation et utilisation

Source de l'acronyme AINÉES

Créé au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) en 2007, l'acronyme AINÉES est repris dans le Cadre de référence de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier (MSSS, 2011) avec pour objectif de prévenir la perte d'autonomie fonctionnelle iatrogénique lors d'un épisode de maladie aiguë. Son utilisation favorise le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées hospitalisées et le repérage efficace visant l'intervention précoce. Dans ce contexte, il oriente le repérage et l'évaluation par les équipes de soins sur des dimensions de la santé de la personne âgée, dont la détérioration accroît le risque de déclin fonctionnel, prolonge les hospitalisations et augmente le risque d'institutionnalisation (Lafrenière et Dupras, 2014, a et b).

A	Autonomie et mobilité
I	Intégrité de la peau
N	Nutrition et hydratation
É	Élimination
E	Etat cognitif, comportement et communication
S	Sommeil

Historique d'utilisation de l'acronyme AINÉES en gériatrie sociale

L'acronyme AINÉES est au cœur de l'approche de gériatrie sociale (GS) depuis ses débuts en 2014, puisque la gériatrie sociale cherche, entre autres, à repérer de manière précoce le passage d'un vieillissement normal à un vieillissement accéléré. Dans cette perspective, l'utilisation de la **lunette AINÉES** en GS s'avère pertinente au maintien de la santé des personnes âgées vivant dans la communauté et à l'évitement de trajectoires² de vieillissement accéléré pouvant les affecter.

¹Outil AINÉES utilisé et adapté avec l'autorisation du CHUM.
(© CHUM, 2007; adapté Fondation AGES, 2019 et 2021)

²Voir les trajectoires de vieillissement normal dans OMS (2016, p.36)



Contexte de développement de l'acronyme étendu AINÉES AD-PLUS

Le cadre d'action de la GS est écologique³; il est centré sur une vision large des déterminants de la santé, incluant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé. Dans cette perspective, en contexte de travail GS, certains de ces déterminants doivent faire l'objet de la même attention que les aspects AINÉES, pour favoriser le maintien de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées vivant dans la communauté.

L'acronyme étendu AINÉES AD-PLUS est issu d'un processus de développement itératif au sein des professionnels de la Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales (FAGES) et d'un groupe de navigateurs en GS ayant travaillé avec plus de 1 000 personnes âgées à l'intérieur de projets pilotes financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Le CHUM a autorisé la FAGES à adapter l'acronyme AINÉES pour utilisation auprès des personnes âgées dans la communauté en 2020 (première version) et 2021 (version finale).

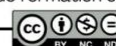
Cet acronyme étendu est un aide-mémoire qui répond concrètement au contexte de travail de la GS en communauté et est utile à plusieurs acteurs professionnels, non-professionnels, et de différents niveaux de littératie. D'autres aspects importants de la santé des personnes âgées viennent ainsi compléter l'acronyme AINÉES initial : AD-PLUS

A	A utosoins de santé (incluant l'autogestion des soins de santé)
	A ccès aux services de santé et au matériel de soins
D	D omicile sécuritaire et adapté aux besoins
P	P roches aidants
L	L oisirs, rôle, vie sociale et spirituelle
U	U rgence d'agir (en lien avec l'âge, la fragilité et les éléments de repérage)
S	S alubrité

³Voir l'approche écologique pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés (Richard, Tremblay et Gauvin, 2013, p.39)

**Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques
de l'outil de soutien au repérage AINÉES AD-PLUS de manière plus spécifique**

Objectif général	Favoriser le repérage précoce , par les acteurs de la GS dans la communauté, les aînés eux-mêmes et leurs proches, d'indices, de conditions et de situations pouvant mener la personne âgée à domicile dans une trajectoire de vieillissement accéléré (alertes AINÉES AD-PLUS)
Objectifs spécifiques	Guider le repérage (alerte) et l'observation des changements dans l'état de santé de la personne âgée par rapport à son état habituel et au vieillissement normal. Orienter le regard clinique des intervenants en GS sur l'évolution d'aspects de la santé et des déterminants qui influencent la condition de vie d'une personne âgée à domicile. Obtenir le portrait le plus juste possible de la situation de la personne âgée dans son milieu de vie à travers sa bonification par chacun des acteurs qui y contribue. Encourager la continuité relationnelle et informationnelle tout au long de la trajectoire de santé de l'ainé (entreprises d'économie sociale d'aide à domicile - organismes communautaires - CLSC - clinique médicale - centre hospitalier - etc.). Servir de fil conducteur et de langage commun dans la prévention, le maintien, le repérage et la stabilisation de l'état de santé des personnes âgées dans la communauté
Composantes santé ciblées	AINÉES : aspects de la santé des aînés qui doivent être maintenus et où une détérioration est indicative ou prédictive d'un déclin fonctionnel justifiant une action AD-PLUS : facteurs associés à la santé des personnes âgées vivant dans la communauté. Ils modulent l'intensité et la temporalité des actions à poser.
Utilisateurs	- Personnes âgées et proches-aidants - Sentinelles professionnelles, sentinelles de la communauté - Navigateurs en GS - Infirmières, médecins, et autres professionnels de la santé associés à l'équipe de GS ou en lien avec elle comme les pharmaciens communautaires, etc.
Contexte d'utilisation	Utilisation ponctuelle et longitudinale tout au long de la trajectoire de vie de la personne âgée dans la communauté, tant pour ses besoins cliniques que communautaires
Conditions préalables à l'utilisation	Sentinelles : - Formation de base pour sentinelles en GS Navigateurs : - Formation de base pour sentinelles en GS - Formation de base pour navigateurs qui inclut un volet sur l'approfondissement du repérage Infirmières du réseau public de la santé associées à la GS : - Lecture des documents d'information sur AINÉES AD-PLUS et son utilisation et/ou - Présentation et discussion avec un clinicien conseil de la Fondation AGES
Conditions pour un repérage optimal d'alertes	Sentinelles professionnelles en GS : - Discussions ponctuelles avec navigateur ou infirmière en lien avec le repérage pour une personne âgée en particulier Navigateurs : - Soutien clinique lors des discussions sur les alertes transmises - Informations et formations additionnelles ciblées selon chaque aspect AINÉES AD-PLUS à travers, notamment, une communauté de pratique et des activités de formation continue



Modalités d'utilisation par les membres de l'équipe de gériatrie sociale

Sentinelles - Utiliser AINÉES AD-PLUS pour repérer et lancer l'alerte en se posant les questions suivantes :

- Lors de mes contacts avec la personne âgée, est-ce qu'elle ou son entourage ont exprimé ou est-ce que j'ai observé un changement ou une détérioration dans un des aspects AINÉES AD-PLUS ?
- Si je ne connais pas cette personne âgée, est-ce que j'ai observé quelque chose qui m'inquiète dans un de ces aspects?
- Jusqu'à quel point est-ce que ça m'inquiète et que je dois lancer l'alerte rapidement* (U : urgence d'agir)?

Navigateur - Utiliser AINÉES AD-PLUS pour élargir et approfondir le repérage en suivant les étapes suivantes :

1. Lorsqu'une sentinelle m'informe* de la présence d'une alerte, je la questionne d'abord sur celle-ci, pour bien identifier sa préoccupation ou le besoin de la personne âgée.
2. Puis je lui demande si elle a observé un changement dans les autres aspects AINÉES AD-PLUS.
3. Lorsque je rencontre la personne âgée, je cherche d'abord à bien comprendre la situation et le besoin de la personne âgée visé par l'alerte, selon sa perspective.
4. Puis, j'approfondis le repérage en essayant de dresser le portrait le plus complet possible de l'AINÉES AD-PLUS par des observations directes du milieu et de l'ainé, et la discussion avec la personne âgée.
5. Lorsque je discute avec l'infirmière associée à l'équipe de GS*, je lui décris l'alerte et lui fais le portrait de l'AINÉES AD-PLUS que j'ai pu obtenir.
Ex. Nous avons observé tel ou tel signe/problème. Son AINÉES habituel est...; depuis 2 semaines, il a changé.
Ex. On ne connaît pas son AINÉES habituel; mais tel aspect nous préoccupe.

Infirmière - Utiliser AINÉES AD-PLUS pour orienter le regard clinique et l'évaluation :

- Lorsque le navigateur me présente une situation ou une alerte, je le questionne sur le motif ou le problème identifié et par la suite, je lui demande : Quel est son AINÉES? Y a-t-il un changement récent? Avez-vous de l'information sur ses autosoins?
- Puis, je le questionne sur les autres aspects AD-PLUS.
- J'inclus dans ma démarche clinique, l'évaluation des aspects AINÉES AD-PLUS pertinents à la situation.
- Lorsque je réfère à un autre professionnel*, je lui mentionne mon évaluation des aspects AINÉES AD-PLUS pertinents de manière à transmettre le portrait le plus juste possible de la situation de santé de la personne âgée dans son milieu de vie.

*Dans le respect des règles de confidentialité et de consentement en vigueur à la Fondation AGES et à l'organisme auquel appartient l'intervenant.



Références

LAFRENIÈRE, S. et DUPRAS, A. (2014a). Les Signes « AINÉES ». L'histoire de Mme Rose. Partie 1, *Perspective infirmière*. 11(2), 46-51.

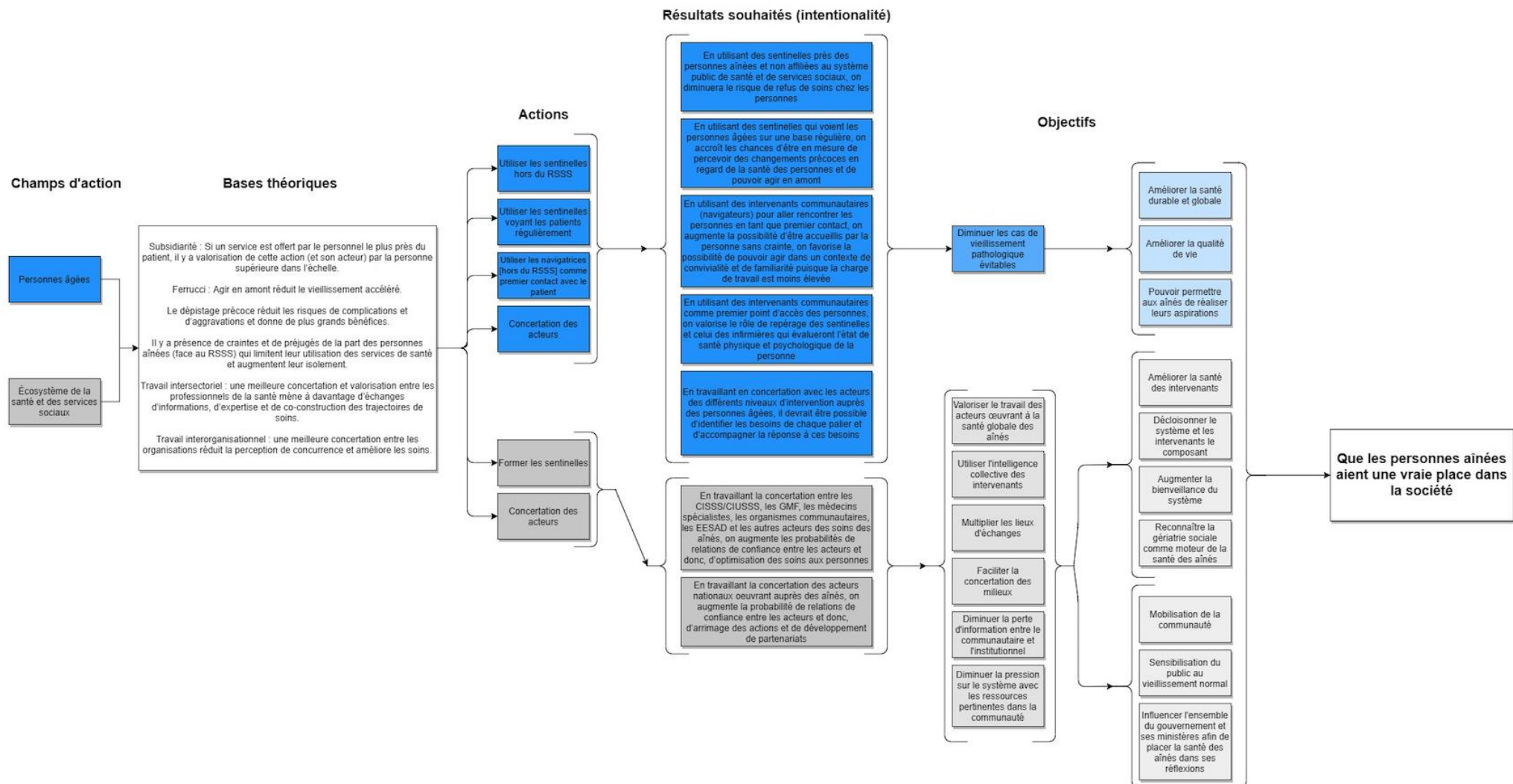
LAFRENIÈRE, S. et DUPRAS, A. (2014b). Les Signes « AINÉES ». L'histoire de Mme Rose. Partie 2, *Perspective infirmière*. 11(4), 48-54.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011). *Approche adaptée à la personne âgée, Cadre de référence*, 2011, accessible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS), (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*, accessible en ligne : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>

RICHARD, L., Tremblay, M-C., Gauvin, L. (2013). « L'approche écologique : une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés ». Dans : Lucie Richard et coll. dir. *Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés : modèle écologique. Guide à l'aide à l'action franco-québécois*. Saint-Denis : INPES. Coll. Santé en action, 112p.

Annexe 3. Modèle logique de la gériatrie sociale



Fondation AGES

801 4e Rue, bureau 204
Québec, QC G1J 2T7

581-700-7068

info@fondationages.org

fondationages.org

