

Rapport d'ETMI : Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de service

Mélanie Couture, Ph. D., chercheuse d'établissement et coordonnatrice de l'UETMI du CSSS Cavendish – CAU

Martin Sasseville, M.A., assistant de recherche de l'UETMI du CSSS Cavendish – CAU

Muriel Guériton, M.B.S.I., bibliothécaire de l'UETMI du CSSS Cavendish – CAU

SEPTEMBRE 2014

UNITÉ D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION (UETMI)
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CAVENDISH – CENTRE AFFILIÉ UNIVERSITAIRE

Ce guide a été créé par les membres de l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (UETMI) du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Cavendish – Centre affilié universitaire (CAU) :

Mélanie Couture, Ph. D.
Chercheuse d'établissement et coordonnatrice de l'UETMI
CSSS Cavendish – CAU
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)

Martin Sasseville, M.A.
Assistant de recherche de l'UETMI
CSSS Cavendish – CAU

Muriel Guériton, M.B.S.I .
Bibliothécaire de l'UETMI
CSSS Cavendish – CAU

COMITÉ D'ORIENTATION:

Francine Dupuis, directrice générale, CSSS Cavendish – CAU
Marc Sougavinski, directeur général, CSSS de la Montagne – CAU
Mélanie Couture, Ph. D., chercheuse d'établissement et coordonnatrice de l'UETMI CSSS Cavendish – CAU
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)
Ève Gauthier, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS de la Montagne – CAU
Nicole Huneault, directrice du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CSSS de la Montagne – CAU
Sophie Laforest, Ph. D., chercheuse au CREGÉS et professeure au département de kinésiologie, Université de Montréal
Christiane Montpetit, Ph. D., adjointe à la direction de la mission universitaire, CSSS Cavendish – CAU
Martin Sasseville, M.A., assistant de recherche de l'UETMI, CSSS Cavendish – CAU
Cindy Starnino, directrice du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CSSS Cavendish – CAU

RÉVISEURS EXTERNES :

Pierre Dagenais, MD, Ph. D., F.R.C.P.(C), directeur du soutien et du développement méthodologique, Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)
Patrik Marier, Ph. D., chercheur et professeur, département de sciences politiques, Université Concordia

COMITÉ DE RECOMMANDATIONS :

Ève Gauthier, agente de planification, de programmation et de recherche, CSSS de la Montagne – CAU

Nicole Huneault, directrice du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CSSS de la Montagne – CAU

Sophie Laforest, Ph. D., chercheuse au CREGÉS et professeure au département de kinésiologie, Université de Montréal

Christine Touchette, directrice du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), CSSS Cavendish – CAU

Afin de faciliter la lecture du document, un seul genre a été retenu pour identifier le féminin et le masculin.

DROITS DE REPRODUCTION

La reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, à condition d'en citer la source. Nous souhaitons que le document soit cité comme suit :

Couture, M., Sasseville, M., Guériton, M. (2014). Rapport d'Évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) : Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de service : Montréal, QC : Centre de santé et de services sociaux Cavendish-Centre affilié universitaire. 62 p. © CSSS Cavendish - CAU, 2014.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014.

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN 978-2-922582-30-7

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
LISTE DES ACRONYMES	iii
1. CONTEXTE	1
1.1 Question décisionnelle	3
1.2 Questions d'évaluation et critères PICOS	3
2. MÉTHODE	4
2.1 Revue systématique des écrits	4
2.1.1 Recherche documentaire	4
2.1.2 Sélection des références	5
2.1.3 Évaluation de la qualité méthodologique des articles	5
2.1.4 Extraction des données	5
2.2 Consultation des parties prenantes	6
2.3 Processus de validation des recommandations	6
3. RÉSULTATS	8
3.1 Résultats de la sélection des études	8
3.2 Description des modèles de visites à domicile incluant une dimension informationnelle à propos des ressources disponibles	10
3.3 Description de l'efficacité des visites à domicile incluant une dimension informationnelle à propos des ressources disponibles	12
3.4 Dimensions psychosociales	15
3.5 Dimensions professionnelles et organisationnelles	16
3.6 Dimensions économiques	17
3.7 Dimensions éthiques et juridiques	17
3.8 Éléments contextuels pouvant faciliter ou nuire à l'implantation de visites préventives à domicile dans les CSSS	18

3.8.1 Pertinence d'implanter des visites préventives à domicile dans les CSSS	18
3.8.2 Obstacles à l'implantation des visites préventives à domicile dans les CSSS et solutions potentielles	20
4. DISCUSSION	24
5. RECOMMANDATIONS	25
ANNEXE 1 – Liste des sources de littérature grise consultées	27
ANNEXE 2 – Tableau d'évaluation de la qualité des études à partir des articles scientifiques sélectionnés	30
ANNEXE 3 – Documents d'invitation lors de la consultation des parties prenantes	32
ANNEXE 4 – Typologie des acteurs de la consultation des parties prenantes	36
ANNEXE 5 – Documents remis aux participants du comité d'élaboration et de validation des recommandations	37
ANNEXE 6 – Diagramme de sélection des références	43
ANNEXE 7 – Informations concernant les composantes des visites préventives à domicile dans les sept études recensées	45
ANNEXE 8 – Populations ciblées et raison des refus des participants pour les sept études sélectionnées	47
RÉFÉRENCES	49

SOMMAIRE

L'accès des aînés à l'information est un enjeu important afin de favoriser la prise en charge de leur santé et leur bien-être. Dans le contexte québécois, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) ont un rôle important à jouer en lien avec l'accessibilité de l'information sur les services disponibles dans le réseau local de services (RLS). En 2012, les directions générales des CSSS Cavendish et de la Montagne (région de Montréal) ont pris connaissance de pratiques européennes prometteuses en matière de prévention/promotion de la santé chez les aînés consistant en des visites préventives à domicile. Souhaitant expérimenter, à l'échelle de leurs territoires, un projet similaire afin notamment de renforcer les connaissances des personnes âgées à propos des ressources offertes au sein du RLS, ces directions ont demandé à l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) du CSSS Cavendish-CAU de réaliser une ETMI dans le but de faciliter une prise de décision éclairée.

Plus précisément, la présente ETMI a pour but de déterminer :

1. Quels sont les modèles de visites à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS?
2. Quelle est l'efficacité de ce type de visite à domicile?
3. Quelles sont les dimensions psychosociales, éthiques, professionnelles, organisationnelles, juridiques et économiques reliées à ce type de visite à domicile?
4. Quels sont les éléments contextuels qui pourraient faciliter ou nuire à l'implantation de ce type de visite à domicile dans les CSSS?

Afin d'ancrer les conclusions et recommandations de cette ETMI avec des données scientifiques pertinentes et récentes ainsi que pour les contextualiser adéquatement, une revue systématique des écrits incluant 16 articles scientifiques provenant de sept études sur le sujet ainsi qu'une consultation des parties prenantes auprès de 18 personnes ont été réalisées.

Les interventions décrites dans les études identifiées, lors de la revue systématique des écrits, montrent une diversité marquée sur le plan de la structure, du nombre, de la durée, et de la fréquence des visites à domicile. Les variables utilisées afin d'évaluer l'efficacité de celles-ci sont également très variées. L'analyse des données disponibles dans les articles scientifiques ne nous a pas permis d'établir quel était leur degré d'efficacité sur les connaissances des personnes âgées, ni si les composantes informationnelles avaient un impact sur leur santé ou leur comportement. Les résultats liés aux dimensions psychosociales, professionnelles et organisationnelles, éthiques, juridiques et économiques ne sont pas suffisamment significatifs, même si certains effets positifs ont été identifiés.

Les consultations auprès des parties prenantes ont permis notamment de constater que l'aspect préventif des visites à domicile est perçu positivement puisqu'il y a un réel besoin d'informer les personnes âgées

des ressources disponibles dans le RLS et qu'elles permettraient de dresser un portrait des populations inconnues des CSSS. Toutefois, il a été mentionné que les ressources du système de santé sont limitées et qu'il n'est pas démontré clairement que les visites à domicile permettront d'obtenir des résultats positifs, notamment afin de combler les besoins de nouvelles personnes identifiées lors des interventions. Des doutes demeurent également quant à la justification d'utiliser des visites préventives à domicile plutôt que d'autres méthodes afin d'informer la population âgée.

De plus, le processus d'implantation serait, selon les parties prenantes, probablement complexifié par des éléments tels que la méfiance des personnes âgées, le contexte multiculturel et la responsabilité du CSSS d'assurer la sécurité des professionnels de la santé effectuant les visites.

Conséquemment, à la lumière des informations contenues dans ce rapport, l'unité ETMI fait part de ces recommandations :

1. De retarder l'élaboration d'un projet de visites systématiques préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles afin d'obtenir des preuves scientifiques plus robustes et concluantes en lien avec :
 - o l'efficacité, incluant l'effet sur les connaissances des personnes âgées à propos des ressources disponibles dans le RLS;
 - o les composantes importantes à intégrer à la structure des visites à domicile;
 - o les dimensions psychosociales, professionnelles et organisationnelles, mais surtout les dimensions éthiques, juridiques et économiques.
2. De développer un projet pilote à plus petite échelle pour ajouter aux données probantes provenant des sept études incluses dans la recension des écrits.
3. D'effectuer une recension des écrits afin d'explorer les autres approches potentiellement efficaces pour informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS.

LISTE DES ACRONYMES

CAU	Centre affilié universitaire
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ETMI	Évaluation des technologies et des modes d'intervention
RLS	Réseau local de services
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
UETMI	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention

1. CONTEXTE

L'accès des aînés à l'information est un enjeu important afin de favoriser la prise en charge de leur santé et leur bien-être. Cet enjeu est reconnu et ciblé par différentes instances publiques, notamment au sein de la politique gouvernementale Vieillir et vivre ensemble (Ministère de la Famille et des Aînés, 2012) et du Plan d'action municipal pour les aînés de la Ville de Montréal (Ville de Montréal, 2011).

De plus, informer adéquatement les citoyens concernant les services et les ressources auxquels ils peuvent avoir accès répond à un double impératif énoncé dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec* (2014). Concrètement, l'article 3.5 insiste sur le fait que « l'usager doit, par une information adéquate, être incité à utiliser les services de façon judicieuse. RLRQ. cS-4.2, art. 3.5 1991, c. 42, a. 3; 2002, c. 71, a. 2. »

Alors que l'article 4 édicte le fait que :

« Toute personne a le droit d'être informée de l'existence des services et des ressources disponibles dans son milieu en matière de santé et de services sociaux ainsi que des modalités d'accès à ces services et à ces ressources. RLRQ. cS-4.2, art.4. 1991, c. 42, a. 4. »

Malgré le fait que ce droit soit inscrit au sein de textes de loi, diverses enquêtes démontrent que la population canadienne éprouve des difficultés à obtenir des renseignements en matière de santé et d'accès aux services sociaux et de santé (Santé Canada, 2010; Clerc, Colette, & Clamageran, 2009).

Ce problème a d'ailleurs été souligné dans un récent rapport du vérificateur général du Québec où il a été constaté que les modes de communication utilisés par les centres de santé et de services sociaux (CSSS) vérifiés présentent des lacunes spécifiques lorsqu'il s'agit de communiquer avec les personnes âgées à propos des soins à domicile. Ainsi, il est mentionné dans ce rapport que, d'une part, l'information sur l'ensemble des services est diffusée sur le Web, alors que seuls 49 % de la population âgée de 65 ans et plus utilise ce médium, et que, d'autre part, des dépliants sont produits, mais ne présentent pas l'ensemble des services et sont diffusés essentiellement dans les installations physiques des CSSS (Vérificateur général du Québec, 2013, p. 11).

Enfin, de nombreuses études démontrent que les professionnels de la santé ne transmettent pas nécessairement l'information à la clientèle, incluant les personnes âgées, pour diverses raisons : ils ne possèdent pas l'information (Grewal, McManus, Arthur, & Reith, 2004), ils ne la transmettent pas de façon systématique (Swain, Ellins, & Coulter, 2007; Glendinning, 2008), ils jugent que le moment n'est pas opportun pour la transmettre (Ellis, 2007) ou encore, ils sous-estiment les besoins d'information du client (Lewin, R., Stafford, & Ziegler, 2004).

Afin de guider efficacement la population âgée en ce qui concerne les services de santé, il est essentiel de fournir une information pertinente et accessible en fonction des différents niveaux de capacité et de ressources personnelles. Certains aînés auraient ainsi besoin d'accompagnement dans la gestion de l'information afin de cibler celle qui répond le mieux à leurs besoins (World Health Organization, 2007). Plusieurs souhaitent recevoir de l'aide afin de gérer la grande quantité d'information disponible, d'évaluer les différentes options offertes et de détecter les informations qui leur sont pertinentes (Everingham, Petriwskyj, Warburton, Cuthill, & Bartlett, 2009). De plus, l'information se doit d'être accessible au moment où les personnes en ont besoin (Everingham et al., 2009), d'où l'importance d'identifier les besoins en information des personnes âgées afin de mieux cibler les renseignements pertinents à transmettre et ainsi éviter une surcharge d'information.

Dans le contexte québécois, les CSSS auraient, à cet effet, un rôle important à jouer en lien avec l'accessibilité de l'information sur les services disponibles dans le réseau local de services (RLS).¹ En effet, les CSSS ont la responsabilité de connaître les besoins de leur population et de coordonner l'offre de services afin d'y répondre le plus efficacement possible. Dans le but de remplir ce rôle adéquatement, les CSSS doivent toutefois identifier les méthodes les plus efficaces afin de transmettre l'information sur les services disponibles dans le RLS.

En 2012, les directions générales des CSSS Cavendish et de la Montagne (région de Montréal) ont pris connaissance de pratiques européennes prometteuses en matière de prévention/promotion de la santé chez les aînés. Celles-ci consistaient en des visites préventives à domicile réalisées systématiquement auprès des personnes atteignant l'âge de 75 ans durant l'année (ou plus, ou moins, selon les pays).

Elles souhaitaient donc expérimenter, à l'échelle de leurs territoires, un projet similaire afin notamment de renforcer les connaissances des personnes âgées à propos des ressources existantes offertes par le RLS.

Les programmes préventifs de visite à domicile pour les personnes âgées visent l'amélioration de l'état de santé de cette population, entre autres par l'évaluation des besoins, le partage d'information et les références vers les services appropriés (Elkan & Kendrick, 2004). Les visites de ce type sont habituellement effectuées par des professionnels de la santé tels que des infirmières, des ergothérapeutes ou encore des travailleurs sociaux (Tourigny, et al., 2013).

En permettant d'aller au-delà de la clientèle déjà connue des CSSS, le caractère systématique de ces visites vise à rejoindre notamment des personnes exclues et isolées. L'aspect préventif a, pour sa part, comme but de contribuer à une utilisation plus efficiente de la part des aînés des ressources existantes et au développement de leur capacité d'autogestion en lien avec leur santé. Par ailleurs, ces visites à domicile ont également comme objectif une meilleure connaissance des besoins des personnes de 75 ans afin de favoriser l'adaptation des services en fonction de ces besoins.

Dans un souci d'évaluer l'efficacité potentielle d'une telle initiative et pour faciliter, si nécessaire, l'élaboration d'un tel projet, une évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) a été entreprise en août 2012 sous la responsabilité de l'unité ETMI du CSSS Cavendish-CAU. Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), « la finalité de l'évaluation des technologies et des modes d'intervention est de produire une information scientifique en appui aux décideurs (planificateurs, gestionnaires, intervenants et autres) aux prises avec des décisions complexes. » (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010, p. 19). De ce fait, le but de la présente ETMI est de faciliter une prise de décision éclairée de la part des directions des CSSS Cavendish et de la Montagne en lien avec la possibilité de mettre sur pied un projet de visites préventives systématiques à domicile pour informer les aînés âgés de 75 ans des ressources disponibles dans le RLS.

¹ Selon le MSSS, le Réseau local de service (RLS) est constitué des CSSS ainsi que de différents partenaires notamment : « médecins de famille, pharmacies, organismes communautaires, ressources privées, établissements offrant des services spécialisés ou surspécialisés (centres hospitaliers, centres jeunesse et centres de réadaptation) ainsi que des partenaires d'autres secteurs d'activité. » Ceux-ci « partagent collectivement une responsabilité à l'égard d'une offre de services intégrés correspondant aux besoins de la population du territoire local et visant à favoriser le maintien ou l'amélioration de la santé et du bien-être de cette population. » Tiré de : ministère de la Santé et des Services sociaux. Les Réseaux locaux de services. Repéré à <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/en-bref/gouvernance-et-organisation/reseaux-locaux-de-services>

1.1 Question décisionnelle

L'orientation de l'ETMI est basée sur le questionnaire suivant émis par les directions générales des CSSS Cavendish et de la Montagne:

Est-ce que les visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS permettent:

- d'améliorer leurs connaissances des ressources existantes;
- de faciliter l'utilisation de celles-ci ;
- de mieux connaître les besoins en santé de cette population;

Et à quelles conditions ces résultats sont-ils atteignables?

1.2 Questions d'évaluation et critères PICOS

Plus précisément, la présente ETMI a pour but de déterminer :

1. Quels sont les modèles de visite à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS?
2. Quelle est l'efficacité de ce type de visite à domicile?
3. Quelles sont les dimensions psychosociales, éthiques, professionnelles, organisationnelles, juridiques et économiques reliées à ce type de visite à domicile?
4. Quels sont les éléments contextuels qui pourraient faciliter ou nuire à l'implantation de ce type de visite à domicile dans les CSSS?

TABLEAU 1 - CRITÈRES PICOS

POPULATION	Personnes de 60 ans et plus vivant dans la communauté et en résidence privée
INTERVENTION	Visites à domicile visant à informer les personnes âgées des ressources disponibles dans le RLS
COMPARATEUR	Aucune intervention
OBJECTIF	• Amélioration des connaissances en lien avec les ressources existantes dans le RLS; • Amélioration de l'utilisation des ressources existantes dans le RLS; • Identification des besoins en santé de la population à l'étude; • Autres impacts
SITE	À domicile

2. MÉTHODE

Les décisions organisationnelles en lien avec les technologies et les modes d'intervention se doivent d'être ancrées dans les données scientifiques récentes (Centre for Reviews and Dissemination [CRD], 2009). Conséquemment, l'ETMI nécessite une étude approfondie des preuves scientifiques afin d'atteindre ses objectifs. Les revues systématiques des écrits permettent d'identifier, d'évaluer et de résumer les résultats de toutes les études pertinentes afin de rendre les données plus accessibles et, une fois intégrées aux données contextuelles, utilisables pour prendre des décisions.

Une des forces de l'ETMI est d'intégrer des éléments particuliers propres au contexte à l'étude afin de maximiser la crédibilité et l'applicabilité des recommandations (Ministère de la santé et des services sociaux, 2010). En plus d'une revue systématique mixte des écrits, c'est-à-dire incluant des recherches quantitatives, qualitatives et mixtes, une consultation auprès de parties prenantes (chercheurs, gestionnaires, intervenants, etc.) a été effectuée afin de parvenir à ces fins. Les résultats de la revue systématique des écrits nous ont permis notamment de répondre aux trois premières questions d'évaluation. La consultation auprès des parties prenantes a pour sa part permis de répondre à la quatrième question d'évaluation portant sur les éléments contextuels.

2.1 Revue systématique des écrits

Une revue systématique des écrits comporte plusieurs étapes, dont une recherche documentaire, un processus de sélection des références, une évaluation de la qualité méthodologique des études ainsi qu'une extraction des données du matériel sélectionné.

2.1.1 Recherche documentaire

Les banques de données suivantes ont été consultées pour rechercher des études scientifiques traitant du sujet à l'étude: MEDLINE, Embase, CINAHL, PsycInfo, Sociological Abstract et Social Services Abstract. L'analyse des listes de références provenant des documents découverts ainsi qu'une recherche de la littérature grise² ont également alimenté ce processus (Annexe 1).

La recherche d'études scientifiques publiées de 1980 à 2012 a été effectuée en combinant les concepts suivants :

1. Visite à domicile
2. Diffusion d'information incluant la promotion et le marketing des services et des ressources
3. Personnes âgées

² La littérature grise est «ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et de la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale... » — Traduit de *Thrid International Conference on Grey Literature. 1997. Luxembourg convention*

2.1.2 Sélection des références

La sélection des articles scientifiques répertoriés lors de la recherche documentaire a été réalisée de manière indépendante par deux évaluateurs (M.C., M.S.). En cas de litige et si un consensus ne pouvait être obtenu, les deux évaluateurs avaient recours aux services d'un troisième évaluateur (M.G.).

Les références retenues dans la présente revue systématique des écrits devaient répondre aux critères suivants :

- **Décrire une étude scientifique** : le document présente des données primaires ou secondaires tirées d'un processus de recherche et la méthodologie utilisée afin d'obtenir et analyser les données est détaillée.
- **Évaluer des visites à domicile visant à informer les personnes âgées des services disponibles dans leur réseau local** : L'intervention ou une partie de l'intervention décrite dans l'article scientifique vise à informer la clientèle concernant les ressources disponibles dans leur réseau local et à lieu à domicile.
- **Inclure des participants âgés de 60 ans et plus** : La visite à domicile est effectuée auprès de personnes de 60 ans et plus vivant dans la communauté, c'est-à-dire à domicile ou en résidence privée. De plus, des données ont été collectées auprès de cette population.
- **Être en anglais ou en français** : Le document devait être écrit en français ou en anglais.

Les études ont été sélectionnées indépendamment du devis de recherche utilisé (qualitatif, quantitatif ou mixte). Les documents pouvaient être sous forme d'article scientifique publié dans des revues avec ou sans comité de lecture, de rapport, de chapitre de livre, de mémoire ou thèse.

2.1.3 Évaluation de la qualité méthodologique des articles

Afin d'évaluer la qualité méthodologique des études sélectionnées, le *Crowe Critical Appraisal Tool* (CCAT) a été utilisé (Crowe, Sheppard, & Campbell, 2011; Crowe & Sheppard, 2011; Crowe, Sheppard, & Campbell, 2012). Cet outil d'évaluation de la qualité a été choisi, car il a été conçu pour l'évaluation de la qualité de différentes méthodologies de recherche et en raison de sa fiabilité et de sa validité démontrée (Crowe, Sheppard, & Campbell, 2011; Crowe & Sheppard, 2011). Les deux évaluateurs ont procédé à l'évaluation séparément pour ensuite valider les résultats par entente interjuge (M.C., M.S.). En cas de divergence importante et si un consensus ne pouvait être obtenu, les deux évaluateurs avaient recours aux services d'un troisième évaluateur (M.G.). L'évaluation est divisée en 8 catégories (titre et résumé, introduction, devis, échantillonnage, collecte des données, considérations éthiques, résultats et discussion) évaluées chacune sur une échelle de 0 (faible) à 5 (fort) et additionnées pour obtenir un résultat sur 40 qui est transformé en pourcentage afin d'en simplifier la comparaison. Comme recommandé par l'auteur de l'outil, les résultats de chaque catégorie ainsi que le score total sont présentés dans un tableau (Annexe 2) afin de montrer aux lecteurs les forces et faiblesses de chaque article scientifique sélectionné. À noter qu'aucun article n'a été exclu de la présente revue systématique à la suite de l'évaluation de sa qualité. Une analyse plus approfondie de la qualité méthodologique des articles est présentée dans Couture et collaborateurs (2014, à paraître).

2.1.4 Extraction des données

L'extraction des données a ensuite été réalisée par un des évaluateurs (M.S.) à l'aide d'une grille d'extraction basée sur les éléments proposés par le Centre for Review and Dissemination (2009) de

l'University of York en Grande-Bretagne. L'extraction a été validée par un deuxième évaluateur (M.C.) et, dans tous les cas, les divergences d'opinions ont été réglées par consensus.

2.2 Consultation des parties prenantes

Afin de cerner les enjeux pouvant faciliter ou entraver la mise en place d'un mode d'intervention tel que proposé, des informations supplémentaires ont été recueillies à l'occasion d'une consultation des parties prenantes. Celles-ci étant définies comme :

« tous les acteurs qui présentent un intérêt dans la question à l'étude, sont touchés par celle-ci, ou qui, en raison de leur fonction, influencent ou pourraient influencer le processus de prise de décision. Il peut s'agir de patients, d'associations, de gestionnaires, de professionnels de la santé, d'experts, de décideurs, d'organisations, de groupes de personnes au sein d'organisations, etc. » (INESSS, 2014) (Varvasovszky & Brugha, 2000).

Cette consultation avait pour but de documenter la pertinence, l'efficacité et les dimensions juridiques/légales, professionnelles/organisationnelles, psychosociales/éthiques et économiques de ce type de projet. Les participants ont été invités à cette consultation en fonction d'une diversité d'expertise pouvant apporter des points de vue complémentaires : gérontologie, soins à domicile, services à la communauté, utilisation de services, communication, diversité culturelle, éthique, juridique/légale et économique.

Des entrevues individuelles semi-structurées enregistrées sur support audionumérique ont été effectuées afin de questionner les participants sur la pertinence d'une intervention préventive à domicile telle que décrite à l'Annexe 3 ainsi que les facilitateurs et obstacles à l'implantation de ce type d'intervention dans un CSSS. Les consultations ont été réalisées entre mars et juin 2013. Des 26 personnes invitées à y prendre part, 18 personnes ont accepté l'invitation et ont été interviewées individuellement à l'exception d'une entrevue où deux personnes ont été rencontrées à leur demande. Les entrevues ont été retranscrites et par la suite analysées selon l'approche de Miles et Huberman (Miles & Huberman, 1994). Pour un des participants, des notes d'entrevues ont été prises en raison d'un refus d'être enregistré. (La typologie de la dimension et de l'occupation des personnes rencontrées lors de la consultation des parties prenantes peut être consultée à l'Annexe 4.)

2.3 Processus de validation des recommandations

Un comité de recommandations a été mis sur pied afin d'évaluer la pertinence des recommandations émises. Cinq personnes provenant des deux CSSS à l'origine de l'ETMI ont été sollicitées dans le cadre d'un processus inspiré de la méthode Delphi (Keeney, Hasson, & McKenna, 2011). À la suite de ces invitations, une seule personne n'a pu prendre part à la consultation. Une copie préliminaire du rapport, ainsi qu'un questionnaire où le degré d'accord ou de désaccord relativement à chacune des trois recommandations était évalué, ont été remis aux participants (voir questionnaire présenté à l'Annexe 5). Les quatre répondants se sont montrés dans l'ensemble en accord avec les recommandations émises dans ce rapport préliminaire. Quelques répondants ont également demandé à ce que certains points du rapport soient précisés. Les commentaires des membres du comité de recommandations ont été pris en considération lors de la révision du rapport.

Deux réviseurs externes ayant de l'expérience en recherche et en évaluation de programme ont également été interpellés afin d'assurer la qualité du travail effectué lors du processus d'ETMI. Ces deux réviseurs avaient pour tâche de valider les aspects méthodologiques de l'évaluation ainsi que l'exactitude du contenu en regard de leurs expertises respectives.

3. RÉSULTATS

À partir de la synthèse des informations obtenues par la revue systématique des écrits et la consultation auprès des parties prenantes, les résultats présentés ici visent à répondre aux questions d'évaluation à la base de cette ETMI. Premièrement, les modèles de visites à domicile incluant une dimension informationnelle visant à informer les aînés des ressources disponibles dans leur réseau local sont décrits. Ensuite, il est question de l'efficacité de ce type de visite à domicile. Puis, les dimensions psychosociales, éthiques, professionnelles, organisationnelles, juridiques et économiques reliées à ce type de visite à domicile sont abordées. Finalement, les éléments contextuels qui peuvent faciliter ou nuire à l'implantation de ce type de visite à domicile dans les CSSS sont présentés.

Il est important de souligner que la revue systématique des écrits n'a permis d'identifier aucune étude dont l'objectif principal était de fournir de l'information concernant les ressources disponibles dans le RLS dans le cadre d'une visite à domicile. Dans toutes les études recensées, cet aspect informationnel était combiné à d'autres types de composantes.

3.1 Résultats de la sélection des études

Lors de la recherche dans les bases de données bibliographiques, 1017 références ont été identifiées. Après le retrait des doublons, 636 références ont été évaluées sur la base du titre et du résumé, auxquelles se sont ajoutées 12 références repérées par dépouillement des bibliographies des références trouvées et par la recherche de la littérature grise. De ce nombre, 158 références ont été évaluées sur la base du plein texte. À la fin du processus de sélection, 16 articles scientifiques ont été retenus. Ces articles ont été produits dans le cadre de 7 études et les références sont regroupées par étude d'appartenance dans le tableau 2.

(Le diagramme de sélection des références ainsi qu'un exemple de stratégie de recherche documentaire sont disponibles à l'Annexe 6.)

TABLEAU 2 LISTES DES ARTICLES SCIENTIFIQUES SÉLECTIONNÉS EN FONCTION DE L'ÉTUDE D'APPARTENANCE

ÉTUDE 1 : CARE PLAN FOR THE ELDERLY

Royaume-Uni, N = 296 (Groupe expérimental : N = 151; Groupe contrôle : N = 145)

Mcewan et al. (1990)	Essai randomisé contrôlé
----------------------	--------------------------

ÉTUDE 2 : ELDERLY IN THE RISK ZONE

Suède, N = 298 (Groupe expérimental : N = 174 : Groupe contrôle : Ne= 114)

Behm et al. (2013)	Étude qualitative (N = 17 du groupe expérimental)
Gustafsson et al. (2012a)	Essai randomisé contrôlé
Gustafsson et al. (2012b)	Essai randomisé contrôlé
Wilhelmson & Eklund (2013)	Essai randomisé contrôlé
Zidén et al. (2012)	Essai randomisé contrôlé

ÉTUDE 3 : HOME VISITING PROGRAM FOR OLDER PEOPLE WITH POOR HEALTH STATUS

Pays-Bas, N = 330 (Groupe expérimental : N = 160; Groupe contrôle : N = 170)

Nicolaides-Bouman et al. (2007)	Étude qualitative de processus (n= 160 du groupe expérimental)
Bouman et al. (2008a)	Essai randomisé contrôlé
Bouman et al. (2008b)	Essai randomisé contrôlé

ÉTUDE 4 : LEIDEN 85-PLUS OCCUPATIONAL THERAPY INTERVENTION STUDY (LOTIS)

Pays-Bas, N = 402 (Groupe expérimental : N=202; Groupe contrôle : N=200)

De Craen et al. (2006a)	Essai randomisé contrôlé
De Craen et al. (2006b)	Essai randomisé contrôlé

ÉTUDE 5 : MEDICARE PRIMARY AND CONSUMER-DIRECTED CARE (PCDC) DEMONSTRATION

États-Unis, N = 766 (Groupe expérimental : N = 382; Groupe contrôle : N = 384)

Friedman et al. (2009)	Essai randomisé contrôlé
Liebel et al. (2011)	Descriptive qualitative multiple case study (N = 19 du groupe expérimental)

ÉTUDE 6 : PREVENTIVE HOME VISITS TO OLDER PEOPLE IN NORDMALING

Suède, N = 594 (Groupe expérimental : N = 196; Groupe contrôle : N = 346; Abandons : N = 52)

Sahlen et al. (2006)	Essai randomisé contrôlé
Sahlen et al. (2008)	Essai randomisé contrôlé

ÉTUDE 7 : PREVENTIVE HOME VISITS TO OLDER PEOPLE IN SOUTHERN SWEDEN

Suède, N = 231 (T1); N = 213 (T2); N = 202 (T3)

Theander & Edberg (2005)	Étude prétest post-test à un seul groupe
--------------------------	--

3.2 Description des modèles de visites à domicile incluant une dimension informationnelle à propos des ressources disponibles

La description des modèles de visites à domicile provient des sept études identifiées dans le cadre de la revue systématique des écrits. Cette section du rapport vise à tracer un portrait des éléments communs afin de donner des indications permettant de développer au besoin des visites à domicile dans un milieu donné. Les informations détaillées concernant les composantes de chacune des études sont disponibles aux Annexes 7 et 8. Il est à noter que les études recensées présentent une diversité marquée sur le plan de la structure des visites à domicile, non seulement l'approche informationnelle est différente, mais les autres composantes de l'intervention le sont également. De plus, le nombre, la durée, et la fréquence des visites varient grandement d'une étude à l'autre.

Les sept études recensées visaient principalement l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées (1, 3, 5, 7) ou le ralentissement de la progression de la fragilité (2), des changements sur le plan de l'utilisation des services (4, 6) ou encore l'amélioration de la qualité de vie (1, 6, 7). Deux études, le *Home visiting program for older people with poor health status* (3) et le *Medicare Primary and Consumer-Directed Care Demonstration* (5), avaient pour but d'améliorer la santé et les capacités fonctionnelles de personnes âgées présentant déjà un état de santé fragilisé.

Concernant le nombre de visites à domicile réalisées afin d'atteindre les objectifs, trois études (1, 2, 4) n'effectuaient qu'une seule visite alors que les quatre autres (3, 5, 6, 7) ont effectué entre 3 et 24 visites sur une période de 18, 24 ou 36 mois. Le type de professionnels responsable des visites à domicile diffère également d'une étude à l'autre. Trois études (1, 3, 5) ont choisi uniquement des infirmières alors qu'une étude (4) employait des ergothérapeutes. Les autres études (2, 6, 7) ont eu recours également aux infirmières et aux ergothérapeutes, mais aussi à des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes et des gestionnaires de cas. Un seul professionnel de la santé était présent lors des visites à domicile à l'exception d'une étude (7) où une équipe multidisciplinaire formée d'un ergothérapeute, d'une infirmière, de deux physiothérapeutes ainsi que d'un travailleur social était présente.

Les populations ciblées étaient composées des personnes âgées vivant à domicile (2, 3, 4, 6, 7) ou enregistrées au sein d'un plan de santé, soit Medicare aux États-Unis (5) ou une agence locale en Angleterre (1). L'âge moyen des participants se situait principalement entre 75 et 80 ans. Toutes les études étaient ouvertes aux hommes et aux femmes et la plupart présentaient un pourcentage de femmes plus élevé, entre 60 et 70%. En combinant le nombre de participants des sept études, 1549 personnes âgées ont reçu des visites préventives à domicile et 1119 personnes ont complété les interventions. Plusieurs raisons ont été rapportées afin d'expliquer les retraits de certains participants avant la fin des interventions, soit le décès de la personne, le manque d'intérêt envers les visites à domicile, le mauvais état de santé et le déménagement hors du territoire où se déroulait l'intervention. Lors du recrutement, certaines personnes ont refusé de participer pour des raisons semblables : le manque d'intérêt envers le projet, une santé jugée trop fragile, le manque de temps ou encore une santé jugée comme « trop bonne » pour bénéficier des visites à domicile.

Le tableau 3 présente les principales informations données aux personnes âgées en lien avec les ressources disponibles dans le RLS lors des visites préventives à domicile effectuées dans le cadre des sept études recensées. En plus des thèmes présentés dans le tableau, certaines études abordent des thématiques qui n'ont pas été repérées au sein d'autres études. *Elderly in the risk zone* (2) a offert de l'information en lien avec les services municipaux, pharmaceutiques et en lien avec la conduite automobile. Dans le cadre du *Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study (LOTIS)* (4), les sujets supplémentaires suivants ont été abordés pendant les visites à domicile : les services de repas et le gardiennage. Puis, dans l'étude *Preventive home visits to older people in Nordmaling* (6), les visites à domicile visaient également à donner de l'information sur les services dentaires. Il est à noter que le *Medicare Primary and Consumer-Directed Care Demonstration* (5) ne spécifie pas le type de ressources discuté lors des visites à domicile, ce qui rend la transférabilité des résultats difficiles.

TABLEAU 3 COMPOSANTES DES VISITES À DOMICILE VISANT À INFORMER LES PERSONNES ÂGÉES DES RESSOURCES DISPONIBLES DANS LEUR RÉSEAU LOCAL

RESSOURCES DU RÉSEAU LOCAL	ÉTUDES
Services de santé	1,2,3,6,7
Soutien à domicile	2,4,6
Services bénévoles	1,4,7
Activités sociales et de loisirs	1,2,6
Transport	2,4
Ressources pour les aides techniques	2,4
Modifications du domicile	2,7

Dans toutes les études, la transmission d'informations sur les ressources disponibles au sein des réseaux locaux était jumelée à d'autres composantes en fonction des objectifs spécifiques de ces visites à domicile. Les autres composantes adressaient des problèmes de santé spécifiques (1, 2, 3, 5, 6, 7), des problèmes psychologiques et sociaux (1,3,7), la prévention des chutes (1, 2, 6, 7), l'activité physique (2, 6, 7), la gestion des médicaments (1, 5), la nutrition (6), la prévention des incendies (2), les changements de comportements en santé (5) et le chauffage du domicile (1).

En accord avec le but des visites à domicile, certaines études ont basé leur approche sur un cadre conceptuel préétabli. Les ergothérapeutes effectuant les visites à domicile du *Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study (LOTIS)* (4) ont appuyé leur intervention sur le modèle personne-environnement-occupation de Law et collaborateurs (Law, et al., 1996; Strong, et al., 1999). Cette approche centrée sur le client vise à impliquer les personnes âgées dans les processus décisionnels en cours d'intervention. Le *Medicare Primary and Consumer-Directed Care Demonstration* (5) a plutôt opté pour le modèle de planification d'éducation en santé PRECEDE-PROCEED (Green & Kreuter, 1991; Singer & Ryff, 2001) afin d'examiner les éléments contribuant au maintien/amélioration ou détérioration du niveau de handicap et d'intervenir en conséquence (Liebel, Powers, Friedman, & Watson, 2011). Dans le *Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status*, la visite à domicile était structurée selon le Yura and Walsh Nursing Model (Yura & Walsh, 1988) qui comporte quatre étapes: le diagnostic, la planification des activités, la réalisation des activités et l'évaluation (Nicolaidis-Bouman, Van Rossum, Habets, Kempen, & Knipschild, 2007).

FAITS SAILLANTS

- Les visites préventives à domicile dans les études identifiées visent principalement l'amélioration de l'état de santé des personnes âgées ou le ralentissement de la progression de la fragilité, des changements sur le plan de l'utilisation des services et l'amélioration de la qualité de vie.
- Il est à noter que les études recensées présentent une diversité marquée sur le plan de la structure des visites à domicile. Le nombre, la durée, et la fréquence des visites varient grandement d'une étude à l'autre.
- Dans toutes les études recensées, les composantes informationnelles concernant les ressources disponibles sont jumelées à d'autres types d'information. Conséquemment, il n'est pas possible de déterminer quelles composantes de l'intervention sont efficaces.

3.3 Description de l'efficacité des visites à domicile incluant une dimension informationnelle à propos des ressources disponibles

Nous présentons dans cette partie un résumé des tendances en lien avec l'efficacité des visites à domicile incluant une dimension informationnelle visant à informer les aînés des ressources disponibles dans leur réseau local. Pour une description plus détaillée des résultats, veuillez consulter la revue systématique des écrits de Couture et collaborateurs 2014(à paraître). Les variables visant à évaluer l'efficacité des visites préventives à domicile varient grandement d'une étude à l'autre. Les résultats suivants sont regroupés en fonction du type de variables, soit la santé physique, la santé autoperçue et la santé psychologique, les capacités fonctionnelles, et l'utilisation des services de santé. Le tableau 4 résume les résultats statistiquement significatifs des sept études en lien avec l'efficacité des visites à domicile.

Variables liées à la santé physique

Pour l'étude *Preventive home visits to older people in Nordmaling* (6), qui est la seule à avoir évalué les effets sur la mortalité, les résultats ont été positifs, mais de courte durée. Pendant les 24 mois de l'intervention, le taux de mortalité était significativement plus bas dans le groupe ayant reçu les visites à domicile, et ce, tant pour les hommes que pour les femmes. Par contre, pendant la période de suivi de 24 mois après la fin des visites à domicile, la différence entre les groupes s'est estompée (Sahlen, Dahlgren, Hellner, Stenlund, & Lindholm, 2006; Sahlen, Löfgren, Hellner, & Lindholm, 2008).

Les informations sont également contradictoires pour le nombre de médicaments : une étude (7) note une réduction du nombre de médicaments chez les personnes ayant reçu des visites préventives à domicile alors qu'une autre (3) n'en dénote aucune.

Deux études (1, 3) ont pour leur part évalué l'effet des visites préventives à domicile sur les problèmes de santé sans observer de différences significatives entre les personnes âgées recevant ce type d'intervention et celles sans service particulier. Dans l'étude *Care Plan for the Elderly* (1), les problèmes

de dents, de pieds, digestifs, de vessie, de vision, d'audition et la douleur ne se sont pas améliorés avec l'intervention. Les résultats sont les mêmes dans l'étude *Home visiting program for older people with poor health status* (3) qui s'adressait spécifiquement à des personnes présentant des problèmes de santé. Par contre, une étude a démontré une diminution des problèmes de mémoire autorapportés à la suite des visites à domicile (7).

Variables liées à la santé autoperçue et à la santé psychologique

Pour ce qui est de la santé autoperçue, les résultats concernant les effets sont mitigés. Deux études (3, 5) ne rapportent aucun effet alors que la troisième étude (2) ayant mesuré cette variable estime que les personnes ayant reçu les visites à domicile ont davantage maintenu leur niveau de santé perçue que les personnes composant le groupe contrôle.

Sur le plan de la santé psychologique, les résultats démontrent que les visites à domicile semblent avoir un effet positif sur le moral (1), les réactions émotionnelles (1), la satisfaction envers la vie (2), la participation dans les activités physiques et sociales (2, 7), mais aucun effet sur le bien-être (4), la solitude/isolement (1,4), la qualité de vie (3, 7), et la peur de tomber (2).

Variables liées à la capacité fonctionnelle

Malgré le fait que plusieurs des études visaient l'amélioration de l'état fonctionnel des participants par le biais de visites préventives à domicile, les résultats présentés dans le tableau 4 soulignent que cette initiative n'a pas été fructueuse sur le plan de la fragilité (2), l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (1, 2, 3, 4), les activités instrumentales (3, 5) ou la capacité fonctionnelle autorapportée(7). La seule étude (5) présentant une amélioration de l'indépendance fonctionnelle en lien avec les activités de la vie quotidienne a obtenu ce résultat positif en excluant certaines valeurs extrêmes des analyses statistiques. Par contre, une étude (2) a démontré un apport positif des visites à domicile en lien avec l'équilibre et la vitesse de marche.

Concernant l'utilisation d'aides techniques, alors qu'une étude (7) n'a rapporté aucune différence significative, une autre étude (3) affirme que les personnes ayant reçu les visites préventives à domicile ont acquis plus d'aides techniques pour se déplacer, lire, s'habiller et effectuer davantage de modifications à leur domicile que les personnes n'ayant reçu aucune intervention.

Variables liées à l'utilisation des services

Finalement, seules trois études (1, 3, 6) ont abordé l'effet des visites à domicile sur l'utilisation des services de santé. Aucune différence significative n'a été démontrée entre le groupe recevant des visites à domicile et le groupe sans intervention en ce qui concerne l'utilisation de services de santé tels que les soins hospitaliers, les consultations auprès de médecins spécialistes ou du médecin de famille. L'étude *Preventive home visits to older people in Nordmaling* (6) fait exception : une différence significative a été démontrée sur le plan de l'utilisation des services aux personnes âgées offerts par la municipalité comme le transport assisté et les services à domicile.

TABLEAU 4 EFFICACITÉ DES SEPT ÉTUDES

Variables	Étude 1	Étude 2	Étude 3	Étude 4	Étude 5	Étude 6	Étude 7
Mortalité	---	---	---	---	---	Positif	---
Nombre de médicaments	---	---	N.S.	---	---	---	Positif
Problèmes de santé	N.S.	---	N.S.	---	---	---	---
Problèmes de mémoire autorapportés	---	---	---	---	---	---	Positif
Santé autoperçue	---	Positif	N.S.	---	N.S.	---	---
Bien-être	---	---	---	N.S.	---	---	---
Solitude/isolement	N.S.	---	---	N.S.	---	---	---
Moral	Positif	---	---	---	---	---	---
Réactions émotionnelles	Positif	---	---	---	---	---	---
Qualité de vie	---	---	N.S.	---	---	---	N.S.
Satisfaction envers la vie	---	Positif	---	---	---	---	---
Peur de tomber	---	N.S.	---	---	---	---	---
Activités physiques et sociales	---	Positif	---	---	---	---	Positif
Fragilité	---	N.S.	---	---	---	---	---
Indépendance dans les activités de la vie quotidienne	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	Positif	---	---
Indépendance dans les activités instrumentales	---	---	N.S.	---	N.S.	---	---
Capacité fonctionnelle autorapportée	---	---	---	---	---	---	N.S.
Équilibre	---	Positif	---	---	---	---	---
Vitesse de marche	---	Positif	---	---	---	---	---
Utilisation d'aide technique	---	---	Positif	---	---	---	N.S.
Utilisation des services	N.S.	---	N.S.	---	---	Positif	---

N.S. = non significatif

FAITS SAILLANTS

- Les variables choisies afin d'évaluer l'efficacité des visites à domicile varient grandement d'une étude à l'autre. Conséquemment, les résultats ne font pas preuve d'une homogénéité suffisante permettant d'identifier avec certitude les effets des visites préventives à domicile auprès de personnes âgées.
- Les résultats semblent démontrer un effet positif des visites à domicile sur le taux de mortalité, les problèmes de mémoire autorapportés, le moral, les réactions émotionnelles, la satisfaction envers la vie, les activités physiques et sociales, l'équilibre et la vitesse de marche.
- Les résultats sont contradictoires concernant les variables suivantes : la santé autoperçue, le nombre de médicaments, l'utilisation d'aides techniques, et l'utilisation de services.
- Les résultats ne démontrent aucun effet des visites à domicile sur les problèmes de santé, le bien-être, la solitude/isolement, la qualité de vie, la peur de tomber, la fragilité, l'indépendance dans les activités instrumentales, et la capacité fonctionnelle autorapportée.
- Il n'y a pas d'information disponible concernant l'amélioration ou non des connaissances des personnes âgées en lien avec les ressources existantes dans leur réseau local.

3.4 Dimensions psychosociales

Outre l'efficacité des visites préventives à domicile, le fait de recevoir ce type d'intervention peut avoir des implications sur le plan psychosocial pour les participants. Plusieurs études (2, 4, 6, 7) mentionnent que le fait d'être écouté et pris en considération, de pouvoir par exemple parler de ses propres problèmes auprès d'un intervenant, s'est avéré être un élément important pour les personnes visitées. De plus, une étude (2) mentionne que, grâce à l'intervention, certains participants ont eu le sentiment de continuer à prendre part à la société ou ont éprouvé un sentiment de sécurité. À la suite de ces visites, certaines personnes ont d'ailleurs pris la décision de s'impliquer davantage au sein de la communauté ou encore d'adopter de saines habitudes de vie.

À l'opposé, certaines personnes ayant refusé l'intervention jugeaient que ce type d'intervention n'était pas pour eux (2), était trop exigeant, car demandant à anticiper ses besoins futurs (3) ou encore brimait leur indépendance et leur droit à la vie privée (6). Une étude (3) mentionne également que les personnes ayant moins bénéficié de l'intervention étaient peu ouvertes au changement, avaient de la difficulté à reconnaître un problème apparent ou encore n'étaient guère motivées par ce type d'intervention. De plus, cette même étude (3) conclut que bien que le niveau de satisfaction des personnes ciblées ait été élevé, l'intervention s'avère très peu efficace en dehors des aspects relationnels et ne doit pas être implantée à l'échelle du système de santé.

FAITS SAILLANTS

- **Les visites préventives à domicile permettent aux personnes âgées de se sentir écoutées et prises en considération.**
- **Ce type de visites ne fait pas l'unanimité et il faut s'attendre à ce que certaines personnes refusent d'y participer pour différentes raisons (intervention trop exigeante, atteinte à la vie privée, etc.).**

3.5 Dimensions professionnelles et organisationnelles

L'implantation de visites préventives à domicile demande des efforts et des ressources sur le plan organisationnel et des professionnels de la santé. Les sept études recensées permettent de mettre en lumière certains aspects à considérer lors de l'implantation de ce type d'intervention.

Deux études (2, 3) ont insisté sur le fait que les visites préventives à domicile sont exigeantes pour les professionnels de la santé. En effet, les problèmes de santé rencontrés sont complexes et il est suggéré d'utiliser un protocole d'intervention détaillé afin de pouvoir prendre en charge la plupart des cas rencontrés ainsi que prévoir une forme de soutien pour les intervenants (3). De plus, il est recommandé d'utiliser des professionnels de la santé très bien formés et outillés pour effectuer les visites à domicile (2). À cet effet, les auteurs d'une étude dont l'intervention ne comportait qu'une seule visite ont mentionné que l'intervention aurait peut-être nécessité plus d'une visite afin de référer efficacement la personne ciblée à d'autres services.

Une des études (7) a procédé à l'évaluation de l'expérience des professionnels de la santé ayant effectué des visites préventives à domicile. Les professionnels de la santé ont apprécié entrer dans la vie quotidienne de personnes, pouvoir échanger avec elles et ainsi entrer en contact avec des personnes différentes de celles ayant normalement recours aux services du système de santé. En effet, les professionnels de la santé rapportent qu'ils ne fréquentent habituellement que des personnes âgées avec un statut précaire dans le cadre de leur travail, ce qui leur donne une vision biaisée du vieillissement. Cette étude mentionne également que le fait d'utiliser des équipes multidisciplinaires afin de mettre en place l'intervention a eu des effets bénéfiques sur l'acquisition de connaissances chez les professionnels de la santé.

Au niveau organisationnel, une des études mentionne (2) qu'à la suite de résultats positifs obtenus, le projet a été implanté sur le territoire. Toutefois, d'autres études (1,3) ont conclu qu'il n'était pas judicieux d'implanter des visites à domicile puisque les seuls effets positifs se situaient au niveau de la satisfaction personnelle de la clientèle visée. Dans le cas d'une étude en particulier (1), il a été mentionné que des résultats de la sorte n'ont pas rencontré les exigences du gouvernement afin d'implanter un tel programme à l'échelle nationale.

FAITS SAILLANTS

- **Les visites préventives à domicile peuvent être perçues comme exigeantes par les professionnels de la santé effectuant l'intervention compte tenu de la complexité des cas rencontrés. Les intervenants devraient être formés et outillés adéquatement.**
- **Certaines études ont recommandé de ne pas implanter des visites préventives à domicile à grande échelle compte tenu des résultats peu concluants sur l'efficacité de ce type de visites.**

3.6 Dimensions économiques

Dans l'étude *Preventive home visits to older people in Nordmaling* (6), une analyse coût-efficacité a été effectuée. Les coûts des quatre visites à domicile sur une période de deux ans s'élevaient à 156 000 euros (environ 230 000 \$ CA) et 88% des coûts étaient reliés aux ressources humaines. Durant la première année, une augmentation significative des coûts de vaccination dans le groupe recevant les visites à domicile a été notée. Toutefois, ces coûts sont minimes puisqu'ils représentent 10 euros (environ 14 \$ CA) par personnes vaccinées. Durant les deux années suivantes, les résultats ont démontré une diminution de l'utilisation des soins pour personnes âgées chez le groupe recevant les visites à domicile et ce changement a représenté une épargne de 281 000 euros (environ 414 000 \$ CA) pour la ville. Le nombre de lits d'hôpitaux utilisés était semblable pour les deux groupes. En tout, pour les deux années d'intervention et les deux années suivantes, une épargne nette de 213 000 euros (environ 314 000 \$ CA) a été enregistrée. Les auteurs ont conclu que les visites à domicile étaient des interventions rentables puisqu'il y a eu une diminution de la mortalité et de l'utilisation des services pour les personnes ayant reçu l'intervention.

FAITS SAILLANTS

- **Les visites à domicile peuvent être rentables et la majorité des coûts sont attribuables aux frais concernant les ressources humaines.**

3.7 Dimensions éthiques et juridiques

Les études recensées n'ont pas abordé ces aspects. Les recherches effectuées dans la littérature grise n'ont pas non plus permis d'identifier de textes répondant à nos critères de sélection (certains textes potentiellement intéressants n'étaient accessibles ni en anglais ni en français), portant sur les aspects juridiques et éthiques spécifiques liés au type d'intervention envisagé autre que les éléments généraux présentés dans la section contexte de la présente étude.

3.8 Éléments contextuels pouvant faciliter ou nuire à l'implantation de visites préventives à domicile dans les CSSS

Les contextes d'implantation des modèles de visites à domicile présentés antérieurement et provenant de la revue systématique des écrits diffèrent grandement d'une étude à l'autre. Premièrement, ces visites ont eu lieu dans différents pays, soit au Royaume-Uni (1), en Suède (2, 6, 7), au Pays bas (3, 4), et aux États-Unis (5). Au Royaume-Uni, le *Care plan for the elderly* était une initiative des autorités sanitaires (health authority) de la ville de Newcastle pour trois raisons : 1) l'utilisation des médecins généralistes par les personnes âgées n'était pas optimale; 2) l'augmentation de la proportion de personnes âgées; et 3) l'absence dans la pratique d'approche systématique pour évaluer les personnes âgées (McEwan, Davison, Forster, Pearson, & Stirling, 1990). Les études provenant de la Suède ont été initiées et financées dans le cadre du *National Swedish Policy for the Elderly* du gouvernement Suédois qui visait en partie à expérimenter dans 21 municipalités différents modèles de visites à domicile de 1999 à 2002 afin de se préparer à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de leurs besoins en soins de santé (Theander & Edberg, 2005).

Dans le cas de la présente ETMI, l'initiative de visites à domicile dans le but d'informer les personnes âgées des ressources disponibles dans le RLS provient de deux CSSS montréalais, soit Cavendish et de la Montagne qui se situent en grande partie dans l'arrondissement Côte-des-Neiges — Notre-Dame-de-Grâce ainsi que dans les municipalités de Montréal-Ouest, Hampstead et Côte St-Luc, territoires reconnus comme ayant une très forte proportion de personnes âgées. La consultation auprès des parties prenantes avait pour but d'identifier les éléments contextuels qui pourraient faciliter ou nuire à l'implantation de visites à domicile de ce type dans le contexte québécois et plus particulièrement montréalais.

3.8.1 Pertinence d'implanter des visites préventives à domicile dans les CSSS

Une partie de la collecte des données auprès des parties prenantes visait à déterminer à quel point ce type d'intervention est approprié et justifié. Certains arguments en faveur ou contre l'implantation de visites préventives systématiques à domicile pour informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS ont été avancés. Le tableau 5 présente ces résultats.

Les parties prenantes consultées reconnaissent qu'il y a une méconnaissance des services de santé dans la population. Le système de santé peut être perçu comme une chose incompréhensible et inaccessible. Certains affirment que cela fait obstacle au bon fonctionnement du système. Les personnes âgées voudront probablement participer à l'intervention pour comprendre comment « naviguer » au sein du système de santé.

Plusieurs des parties prenantes consultées apprécient le côté novateur en lien avec l'utilisation d'une approche préventive plutôt que curative. Le système de santé québécois est habituellement basé sur les services offerts et non sur les besoins globaux de la population. En bref, le système attend que les personnes manifestent leurs besoins. Ainsi, il est important d'intervenir auprès des personnes âgées avant que la situation soit critique. Toutefois, ce type d'approche implique un changement de philosophie au sein du système de santé. Les visites préventives à domicile sont ainsi perçues par certains, comme une opportunité de connaître les besoins de la population âgée sur le territoire. L'identification des besoins non comblés permettrait de revendiquer des ressources et de procéder à l'amélioration des services et des programmes offerts. De plus, l'approche systématique permettrait de rejoindre les populations vulnérables inconnues des CSSS.

En contrepartie, selon les parties prenantes consultées, le système de santé québécois a déjà des difficultés à subvenir aux besoins déjà identifiés comme en témoignent les listes d'attentes, les plaintes des intervenants concernant les surcharges de travail ainsi que les enjeux d'optimisation et de compressions dans les services. Certains d'entre eux proposent plutôt de prioriser les besoins non comblés de la clientèle connue des CSSS au lieu d'aller de l'avant avec ce type de projet. De plus, l'état du système de santé fait penser qu'une intervention de la sorte pourrait générer des demandes ou des besoins face auxquels le système, le milieu communautaire et les autres institutions comme la curatelle publique ne pourraient être en mesure de faire face.

Afin de s'assurer d'une implantation harmonieuse de ce type de programme, les ressources en place doivent être suffisantes pour ne pas faire naître de faux espoir et amplifier les problèmes nommés ci-dessus. De plus, sur le plan financier, il s'avère nécessaire de prévoir des ressources suffisantes afin de rejoindre le nombre de personnes ciblées et s'assurer de la pérennité financière du programme. Toutefois, les avis sont partagés sur l'impact de ce type de visite à domicile sur la demande de services; alors que certains répondants ont avancé que la demande en termes de services allait augmenter, d'autres estiment qu'il ne devrait pas y avoir de hausse significative de cette demande. Il a également été mentionné que, dans l'optique de ne pas créer de faux espoirs, les intervenants devront être clairs sur les critères d'éligibilité, les coûts rattachés aux services s'il y a lieu, et sur ce qui n'est pas offert par le RLS.

Finalement, certains expriment des doutes concernant la pertinence d'utiliser des visites préventives à domicile pour divulguer de l'information concernant les services disponibles dans le RLS plutôt qu'une autre approche. Il est possible que les visites à domicile demandent beaucoup de ressources pour peu de résultats.

TABLEAU 5 PERTINENCE D'IMPLANTER DES VISITES À DOMICILE VISANT À INFORMER LES AÎNÉS DES SERVICES DANS LES CSSS SELON LES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES

Arguments en faveur de l'implantation dans les CSSS

Méconnaissance par les personnes âgées des services disponibles dans le système de santé

Aspect préventif des visites à domicile

Opportunité de dresser un portrait des besoins des personnes âgées

Opportunité de rejoindre des populations vulnérables non connues des CSSS

Arguments contre l'implantation dans les CSSS

Risque d'augmenter la demande de services alors que le système de santé a de la difficulté à répondre aux besoins déjà identifiés

Doutes sur la pertinence de prioriser des visites à domicile plutôt que d'autres approches

3.8.2 Obstacles à l'implantation des visites préventives à domicile dans les CSSS et solutions potentielles

Le tableau 6 résume les résultats concernant les difficultés potentielles en lien avec l'implantation d'un programme de visites à domicile visant à informer les personnes âgées des ressources disponibles dans le RLS. Les principaux obstacles concernent la méfiance des personnes âgées, le contexte multiculturel, et la sécurité des intervenants.

3.8.2.1 Méfiance de la population ciblée par l'intervention

Selon les parties prenantes, le fait d'aller au domicile de la personne, dans son intimité, sans qu'elle ait demandé de services auprès d'un CLSC peut être perçu comme étant intrusif de la part des personnes visées et ainsi inspirer de la méfiance. Selon certains, les aînés peuvent être des personnes plus craintives que la majorité de la population. De plus, certains déterminants sociaux tels que le niveau de pauvreté, d'isolement (le fait d'avoir de l'aide de proches ou non par exemple), la présence ou non de déclin cognitif et sa sévérité, les craintes d'être victime de crime, etc. favorisent la méfiance chez les personnes âgées et ainsi pourraient occasionner des refus. Certaines personnes pourraient également nier ou cacher leurs problèmes et refuser l'intervention.

Des participants de la consultation ont mentionné que les personnes âgées ont parfois confiance en certains types de professionnels comme les infirmières ou ne font affaire qu'avec les médecins. D'autres types de professionnels, par exemple les travailleurs sociaux, peuvent être perçus comme menaçants pour plusieurs personnes, et ce, pour diverses raisons (expériences précédentes, mécompréhension du rôle, peur du placement, etc.). Certaines difficultés pourraient donc survenir selon le type d'intervenant choisi pour effectuer l'intervention.

Les personnes visées par l'intervention pourraient mal interpréter le but de la visite. De mauvaises expériences ou opinions envers l'État, une méconnaissance du volet préventif du système de santé et de services sociaux ou encore une confusion face au rôle de l'État peuvent également alimenter la méfiance. Par exemple, il pourrait y avoir des refus en raison de la crainte d'un placement dans un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou encore de la mise sous curatelle.

Selon les parties prenantes, il est important de présenter le projet avant de débiter les visites à domicile, tant auprès des personnes ciblées par l'intervention qu'auprès de leur entourage. Une campagne d'information auprès des différents acteurs tels que les médias (médias de masse et médias communautaires), les professionnels de la santé qui interagissent avec les aînés (pharmaciens, médecins, cliniques de vaccination), des groupes religieux ou auprès des différents acteurs du milieu communautaire pourraient aider à préparer cette visite et ne pas inspirer la méfiance lors du déploiement de l'intervention. Un envoi postal annonçant la première prise de contact pourrait également aider à présenter le projet. Il a d'ailleurs été suggéré qu'un tel envoi pourrait être effectué lors du dernier avis de renouvellement de la carte d'assurance-maladie précédant l'âge de 75 ans.

Développer un lien de confiance avec la personne peut faire en sorte d'atténuer la méfiance des personnes ciblées lors des visites. Des stratégies comme le travail en équipe, la présence d'un proche en tant que tierce personne lors de la visite, l'aide d'un intervenant du milieu communautaire et le fait d'assigner toujours le même intervenant à la personne peuvent aider à développer des liens de confiance. Bien que le premier contact soit d'une importance capitale afin de créer ce lien de confiance avec une personne, il a été mentionné que le développement de ce lien est souvent un travail sur le long terme et qu'il faudrait peut-être plus d'une visite pour atteindre les résultats escomptés.

3.8.2.2 Contexte multiculturel

La barrière linguistique est un élément pouvant également limiter l'accès à la population ciblée ou créer de la réticence auprès de celle-ci. Des stratégies comme l'utilisation d'interprètes, d'intervenants de CSSS parlant la langue de la personne, de groupes communautaires ou religieux, de proches ou d'inviter la personne à se rendre en CLSC ont été proposées comme solution afin de surmonter la barrière linguistique. Il faudrait également traduire les différents documents à présenter dans les principales langues parlées sur le territoire autres que le français et l'anglais. Par contre, le recours aux interprètes étant déjà limité en CLSC, il pourrait être difficile d'y avoir recours sur le terrain.

C'est au niveau des immigrants récents que l'intervention nécessitera des approches particulières. Des différences culturelles, des expériences précédentes négatives (par exemple, de mauvaise(s) expérience(s) avec un gouvernement étranger) ou une méconnaissance de l'appareil étatique québécois et ses particularités peuvent alimenter la méfiance de la part des personnes provenant des communautés culturelles. Selon les parties prenantes, il faudrait prioriser des rencontres en personne (face à face plutôt que par téléphone), une approche personnalisée tenant compte des particularités de ces personnes (notamment de leur capacité à communiquer), et bien faire valoir le fait que le système de santé québécois offre également des services sociaux. Les groupes communautaires ou religieux ou encore les familles peuvent aider à favoriser le contact et l'établissement de liens de confiance. Il a également été proposé d'envoyer de la documentation et de procéder à l'intervention sur une base volontaire.

3.8.2.3 Assurer la sécurité des intervenants

Les intervenants pourraient faire face à différentes contraintes en raison des facteurs reliés au fait de visiter des clients inconnus et de le faire seul. Par exemple, certains parlent d'accusation de vol ou encore de voies de fait ainsi que des risques pour leur propre intégrité physique, notamment auprès de personnes confuses. Il a d'ailleurs été mentionné que même auprès des personnes connues du système, des risques pour l'intervenant étaient présents.

Afin de minimiser les risques, plusieurs ont mentionné des pistes comme le fait d'employer des intervenants expérimentés prêts à réagir à toute éventualité et outillés en termes de temps et de ressources disponibles afin d'agir efficacement. Un intervenant « aguerri » saura être en mesure par exemple, de pouvoir détecter les cas de personnes sous curatelle ou autres cas problématiques. De plus, il a été recommandé d'utiliser des personnes appartenant à des ordres professionnels, notamment afin de garantir la confidentialité.

TABLEAU 6 OBSTACLES ET SOLUTIONS POTENTIELLES LIÉS À L'IMPLANTATION DE VISITES À DOMICILE VISANT À INFORMER LES AÎNÉS DES SERVICES SELON LES PARTIES PRENANTES CONSULTÉES

Obstacles	Solutions potentielles
Méfiance de la population ciblée par l'intervention • Intervention non sollicitée • Insécurité face au rôle des intervenants ou de l'État • Peur du placement ou de la curatelle	• Présenter préalablement le projet auprès de la population en utilisant divers moyens (envois postaux, médias, acteurs du milieu, etc.) • Développer des liens de confiance avec les personnes ciblées lors du premier contact
Contexte multiculturel • Barrière linguistique • Insécurité face au rôle des intervenants ou de l'État	• Choisir des intervenants multilingues • Collaborer avec des interprètes professionnels • Développer des stratégies afin de créer des liens auprès des personnes des communautés culturelles
Assurer la sécurité des intervenants • Population inconnue • Possibilité d'atteinte à l'intégrité physique • Possibilité d'être accusé de méfaits par les participants	• Intégrer des procédures afin de garantir la sécurité de l'intervenant • Choisir des intervenants bien « outillés », souples et expérimentés pouvant faire face à l'imprévu

FAITS SAILLANTS

- **L'aspect préventif des visites à domicile est perçu positivement puisqu'il y a un réel besoin d'informer les personnes âgées des ressources disponibles dans le RLS et ce type d'intervention permet également de dresser un portrait des populations inconnues des CSSS.**
- **Les ressources du système de santé sont limitées et il n'est pas démontré clairement que les visites à domicile permettront d'obtenir des résultats positifs.**
- **Dans le cadre de visites préventives à domicile visant une population âgée, il est important de prévoir des mesures pour atténuer la méfiance.**
- **Les barrières linguistiques et culturelles peuvent rendre plus complexe l'intervention auprès des personnes âgées. Il est important de créer des liens auprès de communautés culturelles pour faciliter le contact avec certaines populations.**
- **Pour les professionnels de la santé, intervenir à domicile implique une part d'inconnu et des risques potentiels pour la sécurité. L'utilisation de professionnels expérimentés est recommandée.**

4. DISCUSSION

Le but de cette ETMI était d'appuyer la prise de décision des directeurs des CSSS Cavendish et de la Montagne en lien avec le projet d'implanter des visites préventives à domicile visant à informer les personnes âgées des ressources disponibles dans le RLS. Il était nécessaire d'obtenir de l'information concernant les modèles de visites à domicile, l'efficacité ainsi que les dimensions psychosociales, éthiques, professionnelles, organisationnelles, juridiques et économiques reliées à ce type de visite à domicile. De plus, il était important de déterminer les éléments contextuels pouvant faciliter ou nuire à l'implantation de ce type de visite à domicile dans les CSSS.

La recension systématique des écrits a permis d'identifier sept études traitant des visites préventives à domicile intégrant une dimension informationnelle visant à informer les personnes âgées des ressources disponibles dans leur réseau local. Par contre, ces études sont difficilement comparables sur le plan de la structure des visites et des composantes informationnelles. De plus, les variables choisies afin d'évaluer l'efficacité des visites à domicile diffèrent grandement d'une étude à l'autre et les résultats ne sont pas suffisamment homogènes pour identifier avec certitude les effets auprès d'une population âgée. Également, les composantes informationnelles concernant les ressources disponibles dans le réseau local sont jumelées à d'autres types d'information. Conséquemment, il n'est pas possible de déterminer quelles composantes de l'intervention sont responsables de l'efficacité des visites à domicile. Certains auteurs des études recensées ont d'ailleurs indiqué qu'il n'était pas judicieux d'implanter ce type d'intervention.

Selon les parties prenantes, l'implantation de visites préventives à domicile dans les CSSS permettrait de dresser un portrait des personnes âgées du territoire et de rejoindre les populations vulnérables inconnues des CSSS. Plusieurs reconnaissent que certaines personnes âgées ne connaissent pas les ressources disponibles dans le RLS et que l'aspect préventif du projet serait bienvenu. Par contre, des doutes ont été formulés quant à la capacité du système de santé à combler les besoins des nouvelles personnes identifiées par les visites à domicile puisqu'il peine déjà à combler les besoins de la population connue des CSSS. Des doutes demeurent également sur la justification d'utiliser des visites préventives à domicile plutôt que d'autres méthodes pour informer la population âgée. Le processus d'implantation serait probablement complexifié par la méfiance des personnes âgées, le contexte multiculturel et la responsabilité du CSSS d'assurer la sécurité des professionnels de la santé effectuant les visites.

Limites de l'étude

Lors de la réalisation de la revue systématique des écrits, nous n'avons pu accéder à certaines bases de données bibliographiques spécialisées dans les champs de la gestion et de l'économie telles qu'ABI Inform ou Business Source Premier. Bien que les bases de données telles que Medline et CINAHL intègrent une partie de la littérature produite dans ce domaine, cela peut en partie expliquer le peu de références repérées dans ces champs.

Dans le même ordre d'idée, nous n'avons pas identifié dans la recension des écrits d'études répondant à nos critères de sélection couvrant les dimensions juridiques et éthiques spécifiques à l'intervention envisagée, y compris lors de l'exploration de la littérature grise. Ces dimensions n'ont donc pas été traitées dans le présent document. Les seuls éléments retenus l'ont été lors de la consultation des parties prenantes qui ont relevé l'existence d'enjeux en lien avec le consentement et la protection des intervenants et des personnes visées par l'intervention.

5. RECOMMANDATIONS

Les recommandations sont basées sur les questions d'évaluation suivantes :

1. Quels sont les modèles de visites à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de service?
2. Quelle est l'efficacité de ce type de visite à domicile?
3. Quelles sont les dimensions psychosociales, éthiques, professionnelles, organisationnelles, juridiques et économiques reliées à ce type de visite à domicile?
4. Quels sont les éléments contextuels qui pourraient faciliter ou nuire à l'implantation de ce type de visite à domicile dans les CSSS?

À la lumière des informations contenues dans ce rapport, l'UETMI recommande :

RECOMMANDATION #1 :

- De retarder l'élaboration d'un projet de visites systématiques préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles afin d'obtenir des preuves scientifiques plus robustes et concluantes en lien avec :
 - l'efficacité, incluant l'effet sur les connaissances des personnes âgées à propos des ressources disponibles dans le RLS;
 - les composantes importantes à intégrer à la structure des visites à domicile;
 - les dimensions psychosociales, professionnelles et organisationnelles, mais surtout les dimensions éthiques, juridiques et économiques.

RECOMMANDATION #2 :

- De développer un projet pilote à plus petite échelle pour ajouter aux données probantes provenant des sept études incluses dans la revue systématique des écrits.

RECOMMANDATION #3 :

- D'effectuer une recension des écrits pour explorer les autres approches potentiellement efficaces pour informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS.

ANNEXE 1 – LISTE DES SOURCES DE LITTÉRATURE GRISE CONSULTÉES

Sigles utilisés(CT = Contenu trouvé , CNT = Contenu non trouvé)

Moteurs Web

Google Scholar (<http://google.scholar.com>)CT

Catalogues

Érudit (<http://www.erudit.org/>)CNT

Cairn.Info (<http://www.cairn.info/>) CNT

SantéCom (<http://catalogue.santecom.qc.ca/>) CNT

Dépôt institutionnel

Archimède - Université Laval (<http://theses.ulaval.ca/archimede/>) CT

e-Scholarship – Université McGill () CT

Papyrus - Université de Montréal (<https://papyrus.bib.umontreal.ca/>) CNT

Spectrum – Université Concordia (<http://spectrum.library.concordia.ca/>) CT

Thèses Canada (<http://www.collectionscanada.gc.ca/thesescanada/>) CT

Catalogue SUDOC (France) (<http://corail.sudoc.abes.fr/>) CNT

Diva Academic Archives on-line (Sweden) (<http://www.diva-portal.org/smash/search.jsf>) CT

The DART- Europe (<http://www.dart-europe.eu/basic-search.php>) CNT

Note : les moteurs généralistes comme Google ont été utilisés dans le but d'identifier des sources d'informations plutôt que des documents comme tels.

International

International Association of Gerontology and Geriatrics (<http://www.iagg.info/>) CNT

Canada (Hors Québec)

Agence de la santé publique du Canada - Vieillessement et aînés (<http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/index-fra.php>) CNT

Canadian Association of Gerontology (<http://www.cagacg.ca/home.aspx>) CT

Canadian Gerontological Nursing Association (<http://www.cgna.net/>) CNT

Canadian Home Care Association (<http://www.cdnhomecare.ca/>) CNT

Centre on Aging - University of Victoria (<http://www.coag.uvic.ca/>) CT

NICE National Initiative for the Care of the Elderly Nice Network Canada (<http://www.nicenet.ca/>) CNT

Nova Scotia Centre on Aging

(http://www.msvu.ca/en/home/community/Centres_Institutes/centreonaging/default.aspx) CNT

Ontario Gerontology Association (<http://www.gerontario.org/>) CNT

Personnes âgées et vieillissement en santé – Manitoba (<http://www.gov.mb.ca/shas/index.fr.html>) CT

Portail canadien des pratiques exemplaires (<http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/index-fra.html>) CNT

Regional Geriatric Programs Ontario (http://rgp.toronto.on.ca/rgps_ontario) CNT

Canadian institute for health information (<http://www.cihi.ca/>) CNT

Groupe de recherche Communication et la santé (<http://www.comsante.uqam.ca/>) CNT

BC Health (<http://www.health.gov.bc.ca/>) CT

NWT Health Care publication (<http://www.gov.nt.ca/research/publications/index.html>) CNT

Yukon Health and Social service (http://www.hss.gov.yk.ca/pr_a-z.php) CNT

Department of Health and Wellness - Nova Scotia (<http://novascotia.ca/dhw/>) CT

Health and Wellness – PEI (<http://www.gov.pe.ca/health/index.php3>) CNT

Québec

Agora santé et services sociaux, le site des pratiques exemplaires

(<http://agora.lepointensante.com/index.php>) CT

Association québécoise de gérontologie (<http://www.agg-quebec.org/>) CNT

Association des médecins gériatres du Québec (<http://www.fmsq.org/amgq/>) CNT

Association québécoise des infirmières et infirmiers en gérontologie (<http://www.aqiig.org/>) CNT

CRIUGM Centre de recherche de l'institut universitaire de gériatrie de Montréal

(<http://www.criugm.qc.ca/>) CNT

Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (<http://www.cevq.ca/>) CNT

Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CSSS Cavendish – CAU)

(<http://www.creges.ca/site/>) CNT

Centre de recherche sur le vieillissement – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS – IUGS)

(<http://www.csss-iugs.ca/cdrv/?L=fr>) CNT

Centre universitaire de formation en gérontologie - Université de Sherbrooke

(<http://www.usherbrooke.ca/cufg/>) CT

Conférence des Tables régionales de concertation des aînés du Québec

(<http://www.conferencedestables.org/>) CNT

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (<http://www.iugm.qc.ca/>) CNT

Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés

(<http://www.ivpsa.ulaval.ca/cms/index.php>) CNT

Ministère de la santé et des services sociaux : personnes âgées

(http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/groupe/personnes_agees.php) CNT

Observatoire québécois des réseaux locaux de services (http://www.csss-iugs.ca/show_section.php?L=fr&ParentID=27&Niveau2=45&Niveau3=335&Niveau4=) CNT

Observatoire vieillissement et société (<http://www.ovs-oas.org/GetSimple/>) CNT

Observatoire québécois des réseaux locaux de services (OQRLS) (<http://www.csss-iugs.ca/observatoire-quebecois-des-rls>) CNT

Réseau d'information des aînés du Québec (<http://www.riag.ca/>) CNT

Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillissement (<http://www.rqrv.com/fr/>) CNT

Secrétariat aux aînés (<http://aines.gouv.qc.ca/>) NP

Table de concertation des aînés de l'île de Montréal (<http://www.tcaim.org/>) CNT

États-Unis

The American Geriatrics Society (<http://www.americangeriatrics.org/>) CT

Gerontological Society of America (<http://www.geron.org/>) CNT

National Association of Professional Geriatric Care Managers (<http://www.caremanager.org/>) CNT

National Institute on Aging (<http://www.nia.nih.gov/>) CNT

Virginia Center on Aging - School of Allied Health (<http://www.vcu.edu/vcoa/>) CNT

Australie et Nouvelle-Zélande

New Zealand Association of Gerontology (<http://gerontology.org.nz/>) CNT

Australian and New Zealand Society for Geriatric Medicine (<http://www.anzsgm.org/>) CT

Europe

European Union Geriatric Medicine Society (<http://www.eugms.org/index.php/abouteugmsmission>) CNT
Fondation Nationale de Gérontologie (<http://www.fng.fr/index.asp>) incluant les bases de données documentaires CT

Personnes âgées /Autonomie, Ministère des Affaires sociales et de la Santé (<http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees-autonomie,776/>) CNT

British Geriatrics Society (<http://www.bgs.org.uk/>) CT

Irish Gerontological Society (<http://indigo.ie/~arhc>) CNT

Institute for Ageing and Health - - Newcastle University (<http://www.ncl.ac.uk/iah/>) CNT

British Society of Gerontology - the study of ageing (<http://britishgerontology.org/>) CNT

Société Belge de Gérontologie et de Gériatrie (<http://www.geriatrie.be/>) CNT

Oxford Institute of Ageing – (<http://www.ageing.ox.ac.uk>) CNT

The Centre for Research on Ageing (CRA) at the University of Southampton
(<http://www.southampton.ac.uk/ageing/>) CNT

Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) (<http://www1.aston.ac.uk/lhs/research/centres-facilities/archa/>) CNT

The Institute of Gerontology, King's College, London
(<http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/geront/>) CNT

Centre for Research on Ageing and Gender (CRAG) (<http://www.crag.surrey.ac.uk/>) CNT

Centre for Innovative Ageing (<http://www.swansea.ac.uk/humanandhealthsciences/research/centres-and-groups/centre-for-innovative-ageing/>) CNT

Centre for Social Gerontology - University of Keele (<http://www.keele.ac.uk/csg/>) CNT

Sigles utilisés : (CT = Contenu Trouvé ; CNT = Contenu non trouvé)

ANNEXE 2 – TABLEAU D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES À PARTIR DES ARTICLES SCIENTIFIQUES SÉLECTIONNÉS

ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES ÉTUDES À PARTIR DES ARTICLES SCIENTIFIQUES SÉLECTIONNÉS									
	Titre et résumé	Intro.	Devis	Échantillonnage	Collecte de données	Considérations éthiques	Résultats	Discussion	Totaux (%)
ÉTUDE 1 : Care Plan for the Elderly									23 (58%)
McEwan et al. (1990)	5	3	3	3	3	1	2	3	23 (58%)
ÉTUDE 2 : Elderly in the risk zone									36 (90%)
Behm et al. (2013)	5	5	5	5	4	5	4	5	38 (95%)
Gustafsson et al. (2012a)	5	5	4	4	4	4	5	5	36 (90%)
Gustafsson et al. (2012b)	5	5	4	5	4	3	4	3	33 (83%)
Wilhelmson & Eklund (2013)	5	5	5	5	4	3	5	5	37 (93%)
Zidén et al., (2012)	5	5	5	5	3	2	4	5	34 (85%)
ÉTUDE 3 : Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status									32 (80%)
Nicolaidis-Bouman et al. (2007)	5	5	3	5	3	3	3	5	32 (80%)
Bouman et al. (2008a)	5	5	3	4	4	4	4	5	34 (85%)
Bouman et al. (2008b)	5	5	3	4	3	1	4	5	30 (75%)
ÉTUDE 4 : Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study (LOTIS)									28 (70%)
De Craen et al. (2006a)	3	5	2	3	3	2	1	3	22 (55%)
De Craen et al. (2006b)	5	4	3	5	4	4	4	4	33 (83%)

	Titre et résumé	Intro.	Devis	Échantillonnage	Collecte de données	Considérations éthiques	Résultats	Discussion	Totaux (%)
ÉTUDE 5 : Medicare Primary and Consumer-Directed Care (PCDC) Demonstration									32 (80%)
Friedman et al. (2009)	4	5	2	4	4	3	5	5	32 (80%)
Liebel et al., (2011)	5	5	4	4	3	4	3	3	31 (78%)
ÉTUDE 6 : Preventive home visits to older people in Nordmaling									31 (78%)
Sahlen et al., (2006)	5	5	4	5	3	3	4	5	34 (85%)
Sahlen et al. (2008)	3	5	3	3	3	3	3	4	27 (68%)
ÉTUDE 7 : Preventive home visits to older people in Southern Sweden									34 (85%)
Theander & Edberg (2005)	5	4	3	5	4	3	5	5	34 (85%)
Moyenne générale									31 (78%)

Évaluation de la qualité effectuée à l'aide du Crowe Critical Appraisal Tool (CCAT) v1.4. disponible à l'adresse suivante : <http://conchra.com.au/>

Le tableau ci-dessus présente les scores obtenus pour chacune des catégories étudiées sur une échelle allant de 0 (faible) à 5 (fort). La qualité globale évaluée sur une échelle allant de 0 (nulle) à 40 (excellente) et transformée en pourcentage pour faciliter la comparaison des études.

ANNEXE 3 – DOCUMENTS D’INVITATION LORS DE LA CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES

Montréal, le 20 février 2013

(Coordonnées du participant)

Objet : Consultations d'experts pour un projet d'interventions préventives et systématiques à domicile visant à informer les aînés âgés de 75 ans des ressources existantes offertes par le réseau local de services.

(Nom du participant)

Les directions générales des CSSS Cavendish et de la Montagne, centres affiliés universitaires, souhaiteraient expérimenter, à l'échelle de leurs territoires, un projet de visites préventives systématiques à domicile chez les personnes de 75 ans visant à renforcer leurs connaissances des ressources existantes offertes par le réseau local de services. Par réseau local de services nous référons au regroupement des différentes organisations, publiques, communautaires, privées, qui offrent des services de santé et des services sociaux à la population d'un territoire local.

Nous vous interpellons en tant qu'expert en (Spécialité) afin de partager votre opinion en lien avec les enjeux contextuels et les conditions de faisabilité qu'implique une telle intervention. Nous vous convions ainsi à une entrevue semi-dirigée d'environ 45 minutes au CSSS Cavendish ou dans un lieu de votre choix. Les entrevues seront sous la supervision Martin Sasseeville, assistant de recherche au sein de l'Unité ETMI du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).

Vous trouvez ci-joint un document contenant les questions abordées au cours de l'entrevue ainsi qu'un bref résumé de l'intervention envisagée. Nous apprécierions une réponse à cette invitation dans les plus brefs délais.

Nous vous remercions à l'avance de l'intérêt porté à notre projet. Votre participation et votre avis en tant qu'expert sont essentiels dans son élaboration.

Mélanie Couture, Ph. D.

Chercheure d'établissement et coordonnatrice de l'Unité ETMI
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)
CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire
5800, Boulevard Cavendish
Côte Saint-Luc (Qc) H4W 2T5
514-484-7878, poste 1489
melanie.couture.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Des interventions préventives et systématiques à domicile visant à informer les aînés âgés de 75 ans sur les ressources du réseau local de services

Résumé de l'intervention envisagée

Population visée

Implantation de visites préventives systématiques à domicile pour les personnes atteignant 75 ans pendant l'année en cours sur les territoires des CSSS Cavendish (CVD) et de la Montagne (DLM) pour renforcer leurs connaissances des ressources existantes offertes par le réseau local de services (RLS). Environ 2150 personnes atteignent l'âge de 75 ans annuellement sur nos deux territoires. Ce groupe d'âge est ciblé pour deux raisons : 1) la perte d'autonomie survient habituellement autour de 75 ans; 2) le nombre de personnes âgées de 75 ans à 84 ans est trop important pour garantir l'atteinte des objectifs populationnels de la visite.

Prise de contact

La Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) enverrait périodiquement aux CSSS CVD et DLM la liste des coordonnées des personnes atteignant l'âge de 75 ans pendant l'année en cours sur leur territoire. Ces personnes seront contactées par téléphone par leur CSSS et invitées à rencontrer à leur domicile pendant environ 60 minutes un professionnel de la santé assigné au projet. Au besoin, des interprètes pourront être utilisés.

Déroulement de l'intervention :

1. Évaluation des besoins : Le professionnel discute avec la personne, selon un protocole établi, pour cibler ses besoins d'information sur la santé et sur les ressources et services existants en la matière;
2. Partage d'information ciblée : En fonction des besoins identifiés, le professionnel remet :
 - des outils d'informations (dépliants d'organismes, dépliants d'informations, etc.)
 - un bottin des principales ressources s'adressant aux aînés sur le territoire.
3. Inscription au mode de communication continu : Le professionnel propose à la personne de demeurer en contact avec son CSSS avec l'aide d'un mode de communication continu et ciblé (courriels, envois postaux ou appels téléphoniques ciblés). Elle recevra alors périodiquement des informations clés sur des sujets d'intérêts pour les aînés. Le cas échéant, la personne répond à un court questionnaire visant à cibler ses champs d'intérêts. Les communications reçues par la personne ne concerneront que les sujets choisis.
4. Dépistage de personnes vulnérables : S'il le juge opportun au cours de la visite et selon le protocole, le professionnel administre l'outil de dépistage identifié afin de repérer les personnes vulnérables ayant des besoins urgents. Il effectue alors les suivis et références nécessaires.

Des interventions préventives et systématiques à domicile visant à informer les aînés âgés de 75 ans sur les ressources du réseau local de services

Questions d'entrevue

En vous basant sur les informations présentées dans le résumé de l'intervention envisagée ci-joint, répondez aux questions suivantes :

1. Selon vous, quels sont les aspects facilitant l'implantation de visites préventives et systématiques à domicile visant à informer les aînés âgés de 75 ans sur les ressources du réseau local de services?
2. Selon vous, quels sont les aspects pouvant faire obstacle à l'implantation de visites préventives et systématique à domicile visant à informer les aînés âgés de 75 ans sur les ressources du réseau local de services?
3. Quelle est votre opinion concernant la pertinence de cette intervention?

Pour faciliter votre réflexion, vous pouvez vous attardez plus spécifiquement aux dimensions suivantes selon votre expertise :

- Efficacité (qui produit l'effet attendu)
- Efficience (Rapport entre les ressources déployées et les résultats)
- Innocuité (Absence d'effets indésirables)
- Dimensions juridiques/légales
- Dimensions professionnelles/organisationnelles
- Dimensions psychosociales/éthiques
- Dimensions socioéconomiques

ANNEXE 4 – TYPOLOGIE DES ACTEURS DE LA CONSULTATION DES PARTIES PRENANTES

Dimensions	Occupation (nombre)
Services à la communauté	Directeur général de centre communautaire pour aînés (1) Intervenant de milieu (2)
Professionnels auprès des aînés en CSSS/CLSC	Chargé d'administration de programmes (2) Infirmière (1) Organisateur communautaire (2) Spécialiste en activités cliniques (2) Travailleur social (1)
Utilisateurs de services	Représentant de comité d'utilisateurs (1)
Gérontologie sociale	Chercheur d'établissement (1)
Diversité culturelle	Professionnelle de recherche en CSSS (1)
Éthique	Éthicien (1)
Juridique/légal	Avocat spécialisé en droit de la santé (1)
Éthique et juridique	Avocat-éthicien (1)
Socioéconomique (enjeux d'inégalités sociales reliés aux activités préventives)	Professeur/chercheur (1)

ANNEXE 5 – DOCUMENTS REMIS AUX PARTICIPANTS DU COMITÉ D'ÉLABORATION ET DE VALIDATION DES RECOMMANDATIONS



Objet : ETMI Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services – Questionnaire pour l'élaboration et la validation des recommandations

(Nom du participant),

Récemment, vous avez accepté de participer au processus d'élaboration et de validation de recommandations dans le cadre d'une d'évaluation des technologies et des modes d'intervention (ETMI) en lien avec les visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services.

Votre tâche consiste à lire le rapport, à valider les recommandations présentées et si nécessaire, proposer des modifications. Vous trouverez, ci-joint, le questionnaire d'élaboration et de validation des recommandations ainsi que le rapport d'ETMI. Veuillez suivre attentivement les directives afin de remplir le questionnaire de la manière la plus complète possible. Nous vous demandons de nous faire parvenir le formulaire et vos commentaires **pour le 15 mai 2014**.

Veuillez noter qu'une deuxième vague de validation pourrait être nécessaire si les commentaires recueillis lors de la première vague impliquent des modifications importantes au rapport et/ou aux recommandations. Il est également à noter que ce document ne constitue pas la version finale du rapport, veuillez, s'il-vous-plaît, ne pas le divulguer.

Si vous désirez davantage d'information sur le processus d'évaluation ou encore pour retourner le questionnaire dûment rempli, contactez **M. Martin Sasseville** par téléphone au **514-484-7878, poste 1424**, ou par courriel à **martin.sasseville.cvd@ssss.gouv.qc.ca**. Vous pouvez également me rejoindre aux coordonnées ci-dessous.

Nous vous remercions à nouveau de l'intérêt porté envers ce projet.

Veuillez, (Non du participant), recevoir nos salutations distinguées.

Mélanie Couture, Ph. D.
Chercheuse et coordonnatrice de l'unité ETMI
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)
CSSS Cavendish – Centre affilié universitaire
5800, Boulevard Cavendish
Côte-Saint-Luc (Québec)
H4W 2T5
Tél : 514-484-7878 poste 1489
Courriel : melanie.couture.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Directives relatives à la participation au processus d'élaboration et de validation des recommandations incluses dans le rapport de l'ETMI - *Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services.*

Le présent questionnaire contient les recommandations émises dans le rapport de l'ETMI - *Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services.* Pour chacune des recommandations, veuillez indiquer à quel point la recommandation est cohérente avec les résultats présentés dans le rapport préliminaire. Inscrivez votre réponse en marquant d'un [X] un des choix suivant :

- Totalement en accord
- Plutôt en accord
- Plutôt en désaccord
- Totalement en désaccord

Pour chacune des recommandations, vous trouverez un espace réservé afin de justifier votre choix de réponse.

À la fin du questionnaire, un espace permet d'ajouter des commentaires généraux en lien avec les informations présentées dans le rapport préliminaire d'ETMI - *Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services* en plus d'un autre espace réservé si vous désirez proposer, suite à la lecture de ce rapport, une ou des recommandations supplémentaires.

Nous vous demandons de nous faire parvenir le formulaire et vos commentaires **pour le 15 mai 2014** par courriel à martin.sasseville.cvd@ssss.gouv.qc.ca.

Merci beaucoup!

Questionnaire d'élaboration et de validation des recommandations incluses dans le rapport de l'ETMI - Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services.

Recommandation #1

- *De retarder l'élaboration d'un projet de visites systématiques préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles afin d'obtenir des preuves scientifiques plus robustes et concluantes en lien avec :*
 - o l'efficacité pratique, incluant l'effet sur les connaissances des personnes âgées en lien avec les ressources disponibles dans le RLS;*
 - o les composantes importantes à intégrer à la structure des visites à domicile;*
 - o les dimensions psychosociales, professionnelles et organisationnelles, mais surtout les dimensions éthiques, juridiques et économiques.*

D'après les informations présentées dans le rapport d'ETMI, indiquez à quel point vous êtes en accord avec l'intégration de cette recommandation dans la version finale de ce rapport?

- ☐ Totalelement en accord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Totalelement en désaccord

Commentaire :

Recommandation #2

- *De développer un projet pilote à plus petite échelle pour ajouter aux données probantes provenant des sept études incluses dans la recension des écrits.*

D'après les informations présentées dans le rapport d'ETMI, indiquez à quel point vous êtes en accord avec l'intégration de cette recommandation dans la version finale de ce rapport?

- ☐ Totalement en accord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Totalement en désaccord

Commentaire :

Recommandation #3

- *D'effectuer une recension des écrits pour explorer les autres approches potentiellement efficaces pour informer les aînés des ressources disponibles dans le RLS.*

D'après les informations présentées dans le rapport d'ETMI, indiquez à quel point vous êtes en accord avec l'intégration de cette recommandation dans la version finale de ce rapport?

- ☐ Totalement en accord
- ☐ Plutôt en accord
- ☐ Plutôt en désaccord
- ☐ Totalement en désaccord

Commentaire :

Recommandation(s) supplémentaire(s)

D'après les informations présentées dans le rapport d'ETMI, auriez-vous une ou des recommandations supplémentaires à ajouter dans la version finale de ce rapport?

☐ Oui

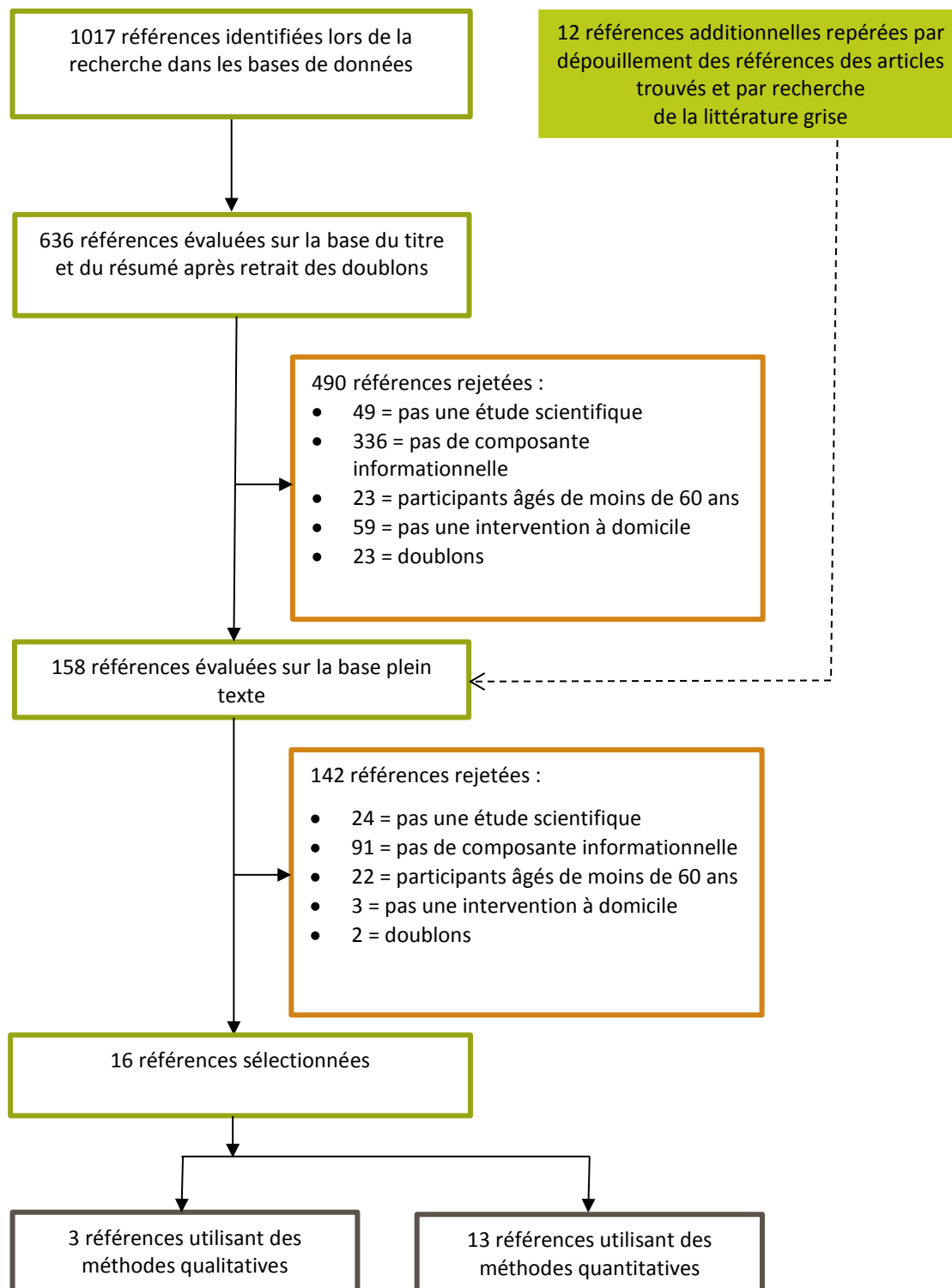
☐ Non

Quelle(s) recommandation(s) supplémentaire(s) voudriez-vous ajouter à celles présentées dans le rapport d'ETMI :

Commentaires généraux

Veuillez utiliser l'espace ci-dessous afin d'apporter des commentaires généraux sur le rapport d'ETMI - *Visites préventives à domicile visant à informer les aînés des ressources disponibles dans le réseau local de services* :

ANNEXE 6 – DIAGRAMME DE SÉLECTION DES RÉFÉRENCES



Exemple de stratégie de recherche dans MEDLINE

Database: Ovid MEDLINE(R) <1946 to July Week 4 2012>, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations <August 07, 2012>

Search Strategy:

1 ((visit* or intervention? or prevention?) adj2 home?).mp. (6416)
2 exp House Calls/ (2158)
3 (prevent* adj2 home?).mp. (404)
4 1 or 2 or 3 (7895)

5 exp Information Dissemination/ (8349)
6 exp "Marketing of Health Services"/ (15424)
7 (service? adj promot*).mp. (94)
8 information?.mp. (711156)
9 (service? adj2 knowledge).mp. (365)
10 5 or 6 or 7 or 8 or 9 (725183)

11 4 and 10 (989)

12 (elder* or geriatr* or geronto*).mp. (217623)
13 11 and 12 (128)
14 limit 11 to ("all aged (65 and over)" or "aged (80 and over)") (280)
15 13 or 14 (296)

16 limit 15 to (english or french) (263)
17 limit 16 to yr="1980 -Current" (261)

ANNEXE 7 – INFORMATIONS CONCERNANT LES COMPOSANTES DES VISITES PRÉVENTIVES À DOMICILE DANS LES SEPT ÉTUDES RECENSÉES

INFORMATIONS CONCERNANT LES COMPOSANTES DES VISITES PRÉVENTIVES À DOMICILE DANS LES SEPT ÉTUDES RECENSÉES					
Composantes informationnelles en lien avec les services	Autres composantes	Nombre	Durée	Fréquence	Type de professionnel
ÉTUDE 1 : Care Plan for the Elderly					
-Services de santé -Services bénévoles -Activités sociales et de loisirs	-Problèmes de santé -Problèmes psychologiques et sociaux -Gestion des médicaments -Chauffage de la maison	1	45 min.	N/A	Infirmière
ÉTUDE 2 : Elderly in the risk zone					
-Services de santé -Soutien à domicile -Activités sociales et de loisirs -Transport -Accessibilité aides techniques -Modifications du domicile -Services municipaux -Pharmacien -Conduite automobile	-Problèmes de santé -Activités physiques -Prévention des chutes -Prévention des incendies	1	90 à 120 min.	N/A	Infirmière ou ergothérapeute ou physiothérapeute ou travailleur social
ÉTUDE 3 : Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status					
-Services de santé	-Problèmes de santé -Problèmes psychologiques et sociaux	8	60 min.	Au 2 mois pendant 18 mois	Infirmière
ÉTUDE 4 : Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study (LOTIS)					
-Soutien à domicile -Services bénévoles -Transport -Accessibilité aides techniques -Services repas -Gardiennage	N/A	1	N/A	N/A	Ergothérapeute

Composantes informationnelles en lien avec les services	Autres composantes	Nombre	Durée	Fréquence	Type de professionnel
ÉTUDE 5 : Medicare Primary and Consumer-Directed Care (PCDC) Demonstration					
-Ressources communautaires (aucune spécification)	-Problèmes de santé -Gestion des médicaments -Changement de comportement en santé et but	24	N/A	Au mois pendant 24 mois	Infirmière
ÉTUDE 6 : Preventive home visits to older people in Nordmaling					
-Services de santé -Soutien à domicile -Activités sociales et de loisirs -Services dentaires	-Problèmes de santé -Activités physiques -Prévention des chutes -Nutrition	4	90 à 180 min.	Aux 6 mois	Infirmière ou “care manager”
ÉTUDE 7 : Preventive home visits to older people in Southern Sweden					
-Services de santé -Services bénévoles -Modifications du domicile	-Problèmes de santé -Activités physiques -Prévention des chutes -Problèmes psychologiques et sociaux	3	60 à 90 min	1 fois par année	Ergothérapeute, infirmière, physiothérapeut e et travailleur social

ANNEXE 8 – POPULATIONS CIBLÉES ET RAISON DES REFUS DES PARTICIPANTS POUR LES SEPT ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

POPULATIONS CIBLÉES ET RAISON DE REFUS DES PARTICIPANTS POUR LES SEPT ÉTUDES SÉLECTIONNÉES

Population ciblée	Âge des participants	Sexes des participants	Raison de refus lors du recrutement	Raison de refus lors des contrôles
ÉTUDE 1 : Care Plan for the Elderly				
-Être âgé de 75 ans ou plus -Être inscrit à la liste de médecine générale de Newcastle	N/D (Groupes stratifiés selon le sexe et l'âge en groupes de personnes de 75 à 84 ans et de ceux de 85 ans et plus.)	N/D	-Déménagement -Décès -Résidait en dehors du territoire de la ville de Newcastle (le plan de soins est réservé aux résidents de Newcastle) -Était trop malade ou encore à l'hôpital -Refus suite à des explications à propos de l'étude	-Décès -Refus de l'intervention contenue dans le plan de soins -Déménagement en dehors du territoire -Refus de l'entrevue de suivi -Était à l'hôpital ou encore trop malade pour être interviewé
ÉTUDE 2 : Elderly in the Risk Zone Study				
-Être âgé de 80 ans et plus -Vivre dans leur logement ordinaire -Ne pas être dépendant des soins et services à domicile de la municipalité -Ne pas avoir un score de moins de 25 évalué au moyen du <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	L'âge médian des participants était de 86 ans (entre 80 et 97 ans) dans le groupe témoin de 86 ans (entre 80 et 94 ans) dans le groupe intervention de visites préventives à domicile	Étude : 64% ♀ Visites préventives à domicile : 64%♀ Groupe témoin : 61%♀	-Aucun intérêt -Manque de temps -N'a pas la force	-Pas intéressé -Trop malade -Décédé -Non rejoint
ÉTUDE 3 : Home Visiting Program for Older People with Poor Health Status				
-Être âgé entre 70 et 84 ans -Vivre à domicile dans le sud des Pays-Bas (region de Sittard) -Avoir 5 ou moins dans une échelle de 1 à 10 autoévaluant son état de santé	Groupe test : 5.8 (± 3.7) Groupe témoin : 5.6 (± 3.9)	Étude : 60%♀ Groupe test : 60%♀ Groupe témoin : 60%♀	-Décès avant ou après la période d'intervention	-Décès avant ou après la période d'intervention -Maladie -Manque d'intérêt -Manque de temps

Population ciblée	Âge des participants	Sexes des participants	Raison de refus lors du recrutement	Raison de refus lors des contrôles
ÉTUDE 4 : Leiden 85-Plus Occupational Therapy Intervention Study (LOTIS) (2, 3)				
-Atteindre l'âge de 85 ans entre mars 2000 et mai 2002 -Vivre dans sa propre demeure - Avoir un score de plus de 18 évalué au moyen du <i>Mini Mental State Examination</i> (MMSE)	-85 ans	Étude : 66%♀ Groupe test : 64%♀ Groupe témoin : 67%♀	-Refus -Autres raisons	-Décès -Autres raisons
ÉTUDE 5 : Medicare Primary and Consumer-Directed Care (PCDC) Demonstration				
-Bénéficiaire du Medicare à haut risque avec un handicap et/ou une importante utilisation récente des soins de santé auquel on s'attend à ce que les coûts en soins de santé et d'assurance santé au cours des 2 prochaines années soient élevés.	Groupe test : 77,2 (± 11,2) Groupe témoin : 77,5 (± 11,7)	Groupe test : 68.1%♀ Groupe témoin : 69.5%♀	- Période d'inscription terminée -N'est plus intéressé -Ne vit pas dans la communauté -Décédé -Bénéficie du Medicare Hospice -Autre	-N'est plus intéressé -Ne vit pas dans la communauté -Décédé -Ne peut remplir la documentation -Autre
ÉTUDE 6 : Preventive home visits to older people in Nordmaling				
-75 ans et plus -Vivre indépendamment et dans sa propre demeure à Nordmaling (nord de la Suède)	Groupe test : 79,7 (± 3,91) Groupe témoin : 79,8 (± 4,30) Groupe d'abandon : 77,7 (± 2,95)	Groupe test : 54.6%♀ Groupe témoin : 56.5%♀ Groupe d'abandon : 46.2%♀	-Ne veut pas participer -A déménagé en dehors de la région -Décédé avant l'intervention -Voulait participer, mais n'avait pas le temps	Aucune personne n'a abandonné entre les suivis.
ÉTUDE 7 : Preventive home visits to older people in Southern Sweden				
-Être né en 1921 (78 ans lors de la première visite) -Vivre dans sa propre demeure	Intervention Année 1 : 78 ans Année 2 : 79 ans Année 3 : 80 ans	Intervention : 61%♀ (Parmi ceux qui ont reçu les trois visites annuelles)	-Avaient déjà un contact régulier avec les soins de santé et ne ressentaient pas le besoin de consultations supplémentaires -Se sentaient bien et ne voulaient pas participer	-Décédé -A déménagé

RÉFÉRENCES

- Behm, L., Ivanoff, S. D., & Zidén, L. (2013). Preventive home visits and health--experiences among very old people. *BMC public health*, 13(378), 11.
- Bouman, A., Van Rossum, E., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized, clinical trial in the Netherlands. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(3), 397-404.
- Bouman, A., Van Rossum, E., Evers, S., Ambergen, T., Kempen, G., & Knipschild, P. (2008). Effects on health care use and associated cost of a home visiting program for older people with poor health status: a randomized clinical trial in the Netherlands. *Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences & Medical Sciences*(3), 291-297.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic review : CRD's Guidance for Undertaking Reviews in Health Care*. University of York.
- Centre for Reviews and Dissemination. (2009). *Systematic reviews: CRD's guidance for undertaking reviews in health care*. New York: Centre for Reviews and Dissemination.
- Clerc, I., Colette, K., & Clamageran, S. (2009). *Littérature et droits en matière de santé et de services sociaux : Paroles citoyennes Rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être*. Québec: Université Laval – Université Sherbrooke, Groupe de recherche Rédiger.
- Crowe, M., & Sheppard, L. (2011). A general critical appraisal tool: An evaluation of construct validity. *International journal of nursing studies*, 48(12), pp. 1505-1516.
- Crowe, M., Sheppard, L., & Campbell, A. (2011). Comparison of the effects of using the Crowe Critical Appraisal Tool versus informal appraisal in assessing health research: a randomised trial. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 9(4), pp. 444-449.
- Crowe, M., Sheppard, L., & Campbell, A. (2012). Reliability analysis for a proposed critical appraisal tool demonstrated value for diverse research designs. . *Journal of clinical epidemiology*, 65(4), pp. 375-383.
- de Craen, A. J., Gussekloo, J., Blauw, G. J., Willems, C. G., & Westendorp, R. G. (2006b). Randomised controlled trial of unsolicited occupational therapy in community-dwelling elderly people: the LOTIS trial. *PLOS Hub for Clinical Trials*, 1(1).
- de Craen, A., Westendorp, R., Willems, C., Buskens, I., & Gussekloo, J. (2006a). Assistive devices and community-based services among 85-year-old community-dwelling elderly in the Netherlands: Ownership, use, and need for intervention. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 1(3), 199-203.
- Elkan, R., & Kendrick, D. (2004). *What is the effectiveness of home visiting or home-based support for olderpeople?* (C. WHO Regional Office for

Europe, Éd.) Repéré à

<http://www.euro.who.int/Document/e83105.pdf>

- Ellis, K. (2007). Direct payments and social work practice: the significance of 'Street-Level Bureaucracy' in determining eligibility. *British Journal of Social Work*, 37, 405–422.
- Everingham, J.-A., Petriwskyj, A., Warburton, J., Cuthill, M., & Bartlett, H. (2009). Information Provision for an Age-Friendly Community. *Ageing International*, 34, 79–98.
- Friedman, B., Wamsley, B. R., Liebel, D. V., Saad, Z. B., & Eggert, G. M. (2009). Patient Satisfaction, Empowerment, and Health and Disability Status Effects of a Disease Management–Health Promotion Nurse Intervention Among Medicare Beneficiaries With Disabilities. 40(06), 778–792.
- Glendinning, C. (2008). Increasing choice and control for older and disabled people: a critical review of new developments in England. *Social Policy & Administration* (42), 451–469.
- Green, L., & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning: An educational and environmental approach* (éd. 2nd). Mayfield, CA: Mountain View.
- Grewal, I., McManus, S., Arthur, S., & Reith, L. (2004). *Making the transition: Addressing barriers in services for disabled people. Research Report No. 204*. Department for Work and Pensions, Leeds.
- Gustafsson, S., Eklund, K., Wilhelmson, K., Edberg, A. K., Johansson, B., Kronlöf, G. H., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Long-term outcome for ADL following the health-promoting RCT—Elderly Persons in the Risk Zone. *The Gerontologist*, 53(4), 654–663.
- Gustafsson, S., Wilhelmson, K., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Zidén, L., Kronlöf, G. H., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Health-Promoting Interventions for Persons Aged 80 and Older Are Successful in the Short Term—Results from the Randomized and Three-Armed Elderly Persons in the Risk Zone Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(03), 447–454.
- Keeney, S., Hasson, F., & McKenna, H. (2011). *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation-Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63, 9–23.
- Lewin, R., R., N., Stafford, N., & Ziegler, L. (2004). A literature review of head and neck cancer patients information needs, experiences and views regarding decision-making. *European Journal of Cancer Care*, 13, 119–126.
- Liebel, D. V., Powers, B. A., Friedman, B., & Watson, N. M. (2011). Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. *Journal of advanced nursing*, 68(1), 80–93.

- Loi sur les services de santé et les services sociaux du Québec, RLRQ. c-S4.2. (2014).
- McEwan, R. T., Davison, N., Forster, D. P., Pearson, P., & Stirling, E. (1990). Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *British journal of general practice*(40), 94-97.
- Miles, M. B.; Huberman, M. A. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. SAGE.
- Ministère de la Famille et des Aînés. (2012). *Vieillir et vivre ensemble*. (M. d. Aînés, Éd.) Repéré à <http://aines.gouv.qc.ca/documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>
- Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Cadre de référence pour la désignation universitaire des établissements du secteur des services sociaux: Mission, principes et critères*. ISBN: 978-2-550-60144-9 (version pdf).
- Nicolaidis-Bouman, A., Van Rossum, E., Habets, H., Kempen, G. I., & Knipschild, P. (2007). Home visiting programme for older people with health problems: process evaluation. *Journal of advanced nursing*, 58(5), 425-435.
- Sahlen, K. G., Dahlgren, L., Hellner, B. M., Stenlund, H., & Lindholm, L. (2006). Preventive home visits postpone mortality—a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*, 6(1), 220.
- Sahlen, K. G., Löfgren, C., Hellner, B. M., & Lindholm, L. (2008). Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scandinavian journal of public health*, 36(3), 265-271.
- Santé Canada. (2010). *Les Canadiens et les Canadiennes en santé — Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*. Santé Canada.
- Singer, B., & Ryff, C. (2001). *New Horizons in Health: An Integrative Approach*. Committee on Future Directions for Behavioral and Social Sciences Research at the National Institutes of Health National Research Council. Washington, DC: National Academy Press.
- Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L., & Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation Model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 66, 122-133.
- Swain, D., Ellins, J., & Coulter, A. (2007). *Accessing Information About Health and Social Care Services*. Picker Institute Europe, Oxford.
- Theander, E., & Edberg, A. K. (2005). Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scandinavian journal of public health*, 33(5), 392-400.
- Tourigny, A., Bédard, A., Laurin, D., Kroger, E., Durand, P., Bonin, L., . . . Robichaud, L. (2013). *Soins à domicile : Une synthèse des connaissances pour répondre à des questions prioritaires aux paliers local et central*. Repéré à http://www.ivpsa.ulaval.ca/Upload/tourigny_2013_synthese_connaissances_soinsdomicile._18072013_94536.pdf

- Varvasovszky, Z., & Brugha, R. (2000). A stakeholder analysis. *Health Policy Plan*, 338-45.
- Vérificateur général du Québec. (2013). *Vérification de l'optimisation des ressources – Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014, Chapitre 4 Services à domicile. printemps 2013*. Québec.
- Ville de Montréal. (2011). *Le plan d'action municipal pour les aînés 2013-2015*. (D. d. Montréal, Éd.) Repéré à http://ville.montreal.qc.ca/pls/portal/docs/page/d_social_fr/media/documents/Plan_action_municipal_aines_2013_2015.pdf
- Wilhelmson, K., & Eklund, K. (2013). Positive effects on life satisfaction following health-promoting interventions for frail older adults: a randomized controlled study. *Health Psychology Research*, 1(1), e12., 1(1).
- World Health Organization. (2007). *Global age-friendly cities: A guide*. Repéré à http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- Yura, H., & Walsh, M. (1988). *The Nursing Process: Assessing, Planning, Implementing, Evaluating*. Connecticut/San Mateo, CA: Appletton-Century-Crofts.
- Zidén, L., Hägglom-Kronlöf, G., Gustafsson, S., Lundin-Olsson, L., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Physical function and fear of falling 2 years after the health-promoting randomized controlled trial: Elderly persons in the risk zone. *The Gerontologist*, doi: 10.1093/geront/gnt078.



**Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale**

**Centre de santé et de services sociaux
Cavendish**
Health and Social Services Centre
Affilié universitaire



Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS)
Centre de santé et de services sociaux Cavendish-Centre affilié universitaire
5800 Boulevard Cavendish
Côte Saint-Luc Québec H4W 2T5
514-484-7878 poste 1489
www.creges.ca