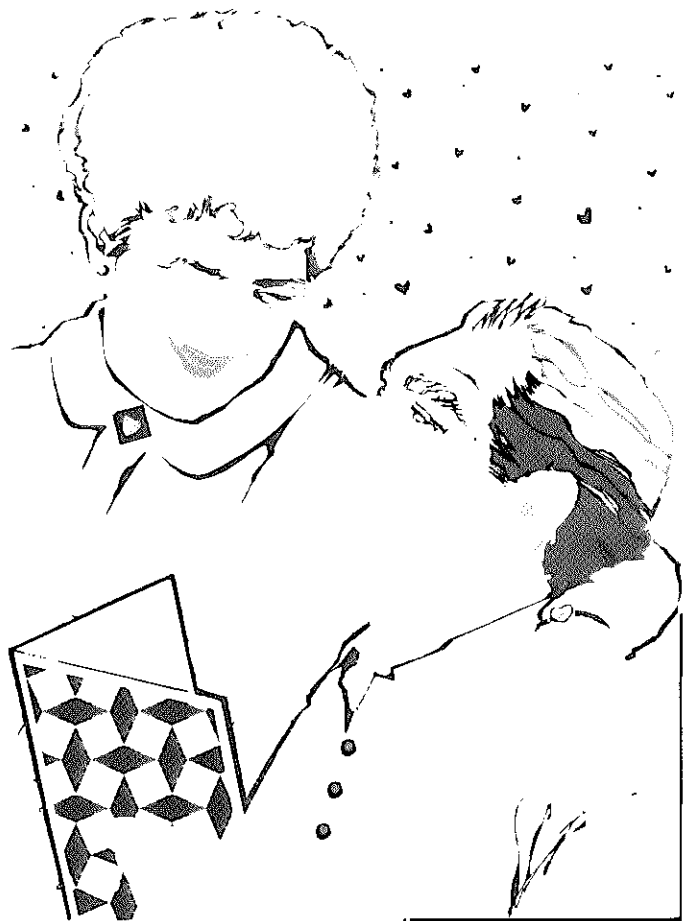


**Gestion des services offerts
aux personnes âgées
dans un centre hospitalier
de soins généraux et spécialisés**



RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

**Gestion des services offerts aux personnes âgées
en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

par
Louise Bélanger

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre
Direction de la programmation et de la coordination
Services multicientèles de courte durée**

Juin 1998

Remerciements

Nous voulons remercier les personnes qui ont bien voulu commenter ce document. Plusieurs des commentaires qui nous ont été transmis ont permis de bonifier le texte final qui vous est présenté. Ce sont:

Dr Charles Bellavance
Directeur des services professionnels
Hôpital Jean-Talon

Dr Howard Bergman
Géiatre
Hôpital Général Juif

Mme Manon Desmarais
Directrice des soins infirmiers
Centre Hospitalier Fleury

Mme Odette Marot
Directrice des soins infirmiers
Centre Hospitalier Universitaire de Montréal

Dr Denis Roy
Directeur des services professionnels
Hôpital Royal-Victoria

Mme Johanne Théorêt
Directrice des soins infirmiers
Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Introduction

Dans les centres hospitaliers de courte durée, la clientèle âgée est de plus en plus significative. Sa fragilité, tant physique, psychologique que sociale et, dans certains cas, la complexité des problématiques rencontrées interpellent considérablement les milieux de soins.

Parallèlement à ceci, le contexte socio-économique actuel et la reconfiguration du réseau, présentement en cours, imposent aux établissements des changements majeurs de pratiques.

Le présent document se veut un guide de travail voire un "coffre à outils" pour les gestionnaires et les intervenants oeuvrant en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dont le défi actuel est de repenser les services offerts afin qu'ils répondent aux besoins d'une clientèle en pleine évolution. Il s'inspire de travaux présentement en cours dans certains CHSGS.

Le premier chapitre propose un processus de gestion des services offerts à la clientèle âgée utilisant les services d'un CHSGS. Ce processus a été élaboré et présenté dans le cadre des récentes activités de mise en oeuvre du concept "Guichet unique" ¹. Il décrit le cheminement de la clientèle âgée, de son arrivée dans l'établissement jusqu'à son congé et ce, indépendamment de la durée de son séjour. Il doit être considéré comme le cadre de référence pour l'ensemble de la démarche suggérée dans ce document.

Le deuxième chapitre suggère une démarche d'implantation visant la mise en place du processus décrit dans la section précédente. Les conditions préalables, le scénario d'implantation, l'analyse de la situation actuelle, l'élaboration du plan d'action et le suivi de celui-ci y sont traités.

Enfin, des annexes concernant deux (2) des composantes du processus suggéré sont ajoutées à ce document. Elles concernent le mécanisme de dépistage et le plan d'intervention individualisé. Dans chaque annexe, on retrouve l'outil comme tel ainsi qu'un guide d'utilisation et d'implantation. Veuillez noter que les contenus que l'on retrouve dans ces annexes ont été élaborés en collaboration avec des intervenants du milieu et, dans certains cas, sont le résultat d'une recherche scientifique.

¹ Régie régionale de santé et des services sociaux de Montréal-centre, (1996). Cadre de référence. Continuum de services aux personnes âgées. Le CLSC: Guichet unique d'accès aux services de longue durée, Montréal: RRSSS-MC, 28 pp.

1. *Le processus de gestion des services...un cadre de référence*

1.1 **La clientèle cible et les principes directeurs**

Nous vous proposons, dans les pages qui suivent, un processus de gestion des services offerts à toutes les personnes âgées, ou celles ayant un profil gériatrique, qui se présentent au CHSGS. Ce processus doit être considéré comme le cadre de référence pour l'ensemble de la démarche proposée dans ce document. Il suggère la mise en place de services répondant aux besoins de la clientèle visée selon l'importance de son profil gériatrique. Son contenu s'inspire de plusieurs sources ^{2 3 4 5} et découle des principes directeurs suivants:

- ✓ La considération des aspects biopsychosociaux de l'utilisateur;
- ✓ La prévention de la perte d'autonomie;
- ✓ La maximisation du potentiel fonctionnel résiduel de la personne;
- ✓ La participation de l'utilisateur et de ses proches à toutes les étapes de la prise en charge;
- ✓ L'utilisation d'une approche interdisciplinaire centrée sur les besoins de l'utilisateur et de ses proches;
- ✓ La continuité des services intra et extrahospitaliers;
- ✓ L'utilisation maximale des ressources du réseau et de la communauté;
- ✓ Le report maximal du recours à l'hébergement.

1.2 **La provenance de la clientèle**

La clientèle âgée qui consulte le CHSGS vit en général à domicile ou en résidence. Les demandes de services peuvent provenir de la personne elle-même ou de ses proches ainsi que:

- ✓ des médecins en cabinets ou en cliniques privées
- ✓ des CLSC
- ✓ des hôpitaux de jour
- ✓ des centres hospitaliers de réadaptation
- ✓ des centres de réadaptation des CHSLD
- ✓ des autres CHSGS ou CHSP.

² MSSS, "courte durée gériatrique", Québec, 1986.

³ Groupe stratégique des urgences, "Rapport complet", 1992.

⁴ MSSS, "Service ambulatoire de gériatrie - Éléments de réflexion et d'orientation", Québec, 1987.

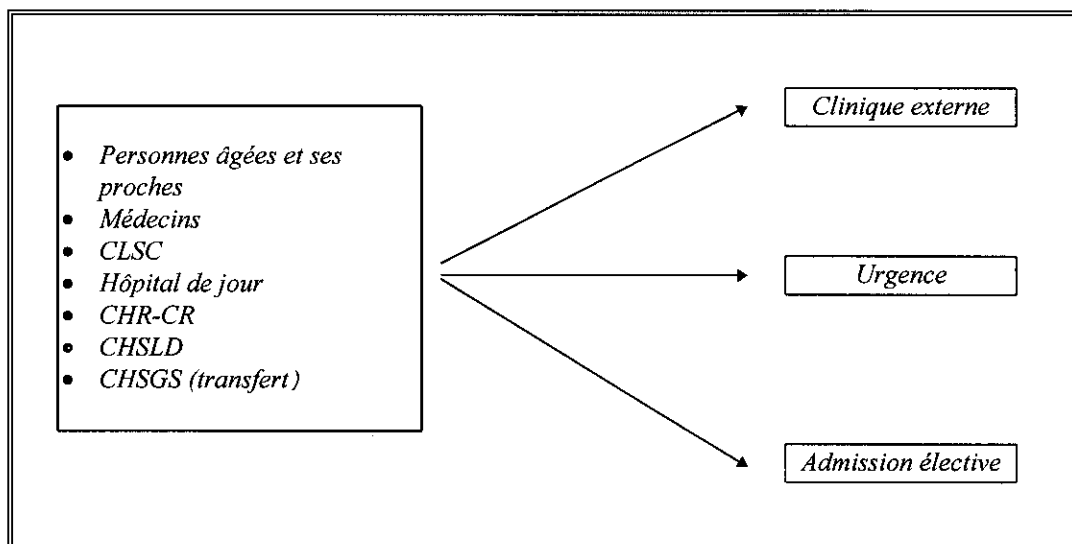
⁵ MSSS, "Vers un nouvel équilibre des âges", Rapport du groupe d'experts sur les personnes âgées, Québec, 1991.

Les proches, dont il est question ici, sont des membres de la famille, des amis, des voisins mais doivent toujours être significatifs pour la personne âgée.

1.3 L'accès aux services

La clientèle âgée qui se présente aux centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), le fait par trois (3) portes soit: la clinique externe, l'admission ou l'urgence (voir tableau 1).

Tableau 1
Accès aux services



C'est par l'urgence qu'entre la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus. Les raisons qui motivent leurs demandes de services sont principalement reliées à des problèmes de santé physique. Ces problèmes entraînent souvent un déséquilibre psychosocial qui peut, s'il est négligé, limiter l'efficacité des interventions.

On retrouve aussi à l'urgence des clients âgés présentant des problèmes de santé mentale avec ou sans problème de santé physique. Enfin, certains clients âgés se présentent à l'urgence avec des problèmes psychosociaux sans atteinte physique. Pour des raisons multiples, ils ne peuvent plus demeurer à domicile et doivent être pris en charge par le réseau.

1.4 Le dépistage du risque de perte d'autonomie

Afin de bien orienter la prise en charge en courte durée, d'éviter une détérioration de l'individu ou un retour à l'urgence en état de crise, il est nécessaire de dépister l'usager qui est en perte d'autonomie ou à risque de perte d'autonomie.

Cette activité devrait avoir lieu le plus tôt possible lors de l'entrée de la personne au CHSGS, à l'urgence, à la clinique externe ou lors d'une admission élective (au bureau du médecin ou durant la période préhospitalière).

Ce dépistage de la présence de facteurs de risque de perte d'autonomie nous permettra, après analyse, d'identifier quatre(4) types de clientèle que l'on peut définir comme ceci (voir tableau 2):

- ✓ La personne **non gériatrique** (autonome) chez qui l'on observe une absence significative de dépendance physique, psychologique et sociale.
- ✓ La personne **en perte d'autonomie temporaire** chez qui l'on observe des incapacités physiques, psychologiques ou sociales dues à une situation de crise ou à une pathologie aiguë et pour laquelle on prévoit une récupération.
- ✓ La personne **à risque de perte d'autonomie** chez qui l'on observe des incapacités physiques, psychiques ou sociales dues à une ou des pathologie(s) aiguë(s) ou chronique(s) ou à une diminution de ses capacités fonctionnelles; son environnement social et son état psychologique ne favorisent pas suffisamment sa guérison et son autonomie. Elle peut vivre seule et a subi une ou plusieurs pertes récentes(s) ou non résorbée(s).
- ✓ La personne **en perte d'autonomie** chez qui l'on observe plusieurs incapacités dues à une ou des pathologie(s) aiguë(s) ou chronique(s); ces incapacités se présentent de façon simultanée et ont des répercussions fonctionnelles. De plus, on observe, chez cette personne, une combinaison des grands facteurs suivants: incontinence, immobilité, problèmes psychiques (dépression, problèmes cognitifs) ou iatrogéniques (surmédication).

1.5 L'évaluation et la gestion des services

L'importance des facteurs de risque identifiés lors du dépistage détermine le niveau d'intervention approprié et, dans certains cas, justifie la nécessité de l'intervention de la gériatrie.

Le **premier niveau d'intervention** vise la clientèle non gériatrique (autonome) qui requiert des soins de courte durée traditionnels, en hospitalisation ou en externe. Pour une partie de cette clientèle, l'épisode de soins entraîne un congé sans service. Le suivi est alors assuré par le médecin traitant.

Pour les personnes qui nécessitent un congé avec services de maintien à domicile pour une courte période, comme pour tous les usagers du CHSGS, la planification précoce du congé avec le CLSC est essentielle à l'organisation des services dans le cadre du virage ambulatoire (voir tableau 3).

une planification précoce du congé en lien avec le CLSC. De plus, la référence à l'équipe de consultation gériatrique est requise.

Le niveau d'implication de cette équipe peut varier selon les services offerts dans chacun des secteurs (ou spécialités). L'équipe de consultation gériatrique a comme principale responsabilité d'orienter les services soit par une consultation, une prise en charge partielle (participation au PII et au plan de congé) ou une prise en charge complète à l'unité de courte durée gériatrique (UCDG). Lorsque cet épisode de soins se termine par un congé sans service, la relance du CHSGS est essentielle pour vérifier si le retour à domicile se déroule comme prévu (voir tableau 5).

Tableau 3
Services offerts à la personne non gériatrique

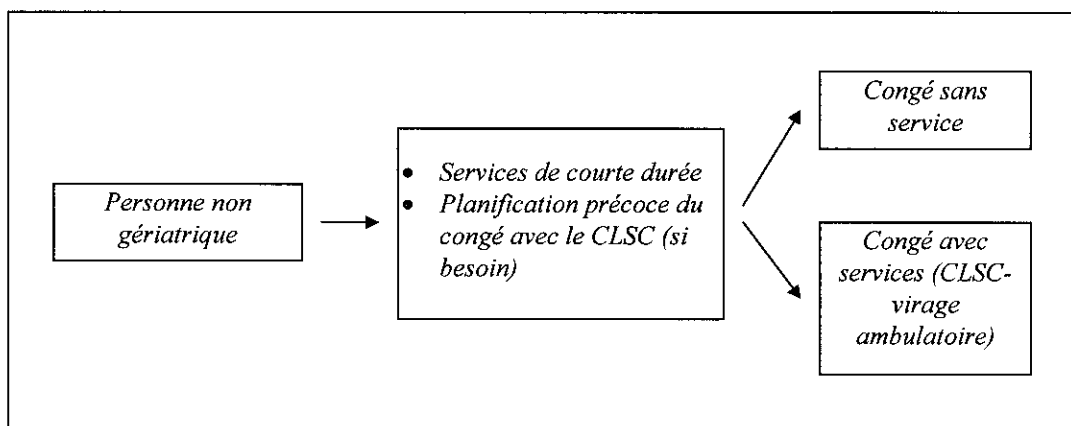
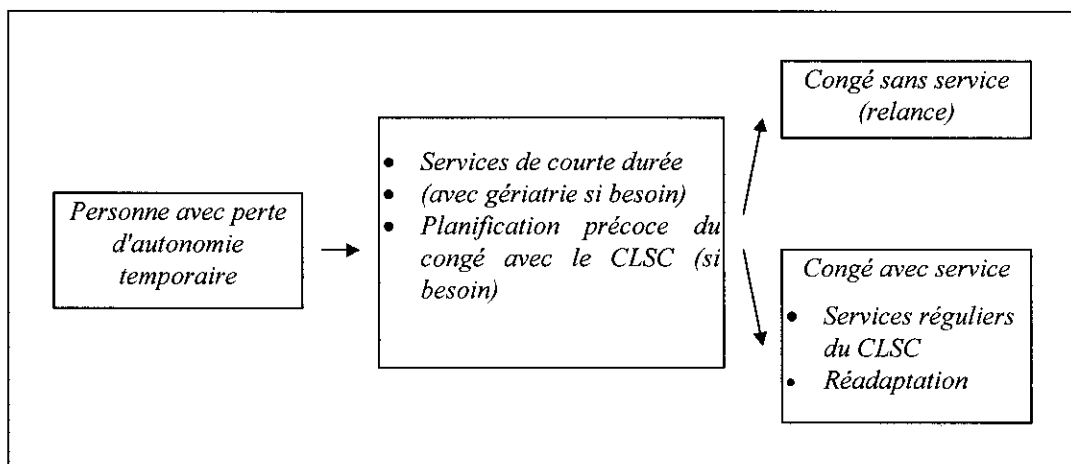


Tableau 4
Services offerts à la personne à risque temporaire de perte d'autonomie

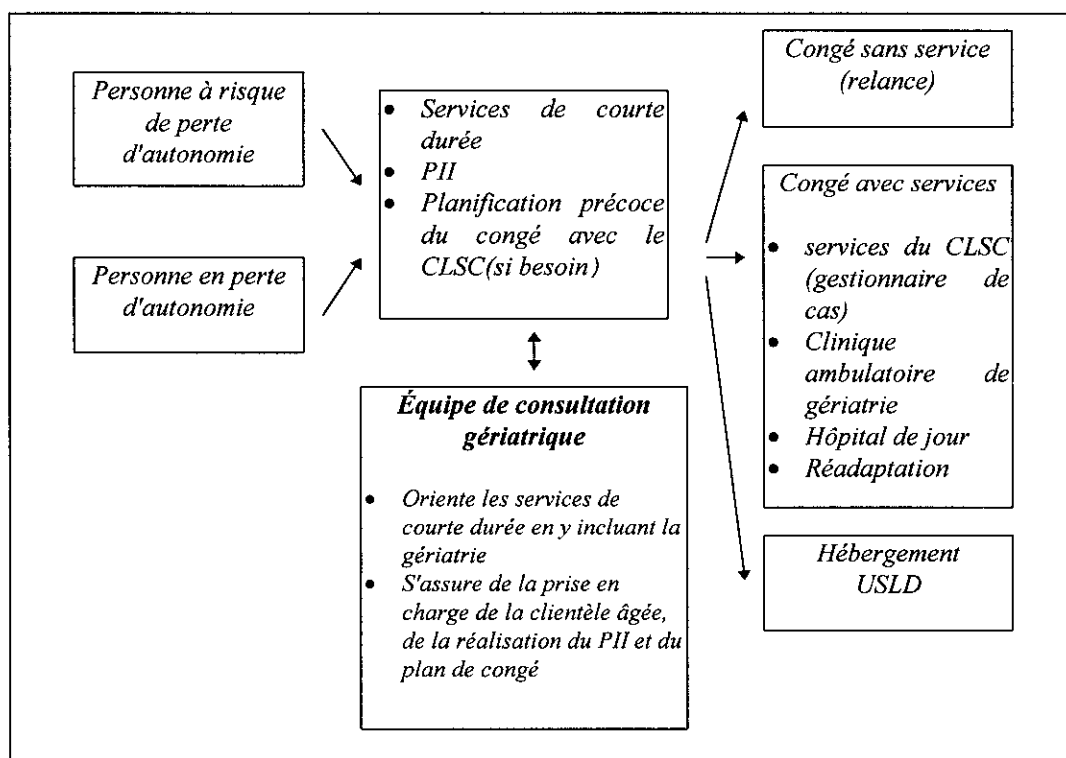


Pour la majorité de cette clientèle, le retour à domicile nécessitera une planification et une coordination des services nécessaires au maintien dans la communauté. Ceci doit se faire en collaboration étroite avec le CLSC. Les services utilisés peuvent être: les services

du CLSC, la réadaptation en externe, l'hôpital de jour, le centre de jour..... Le suivi médical sera fait conjointement avec le médecin traitant et les spécialistes du centre hospitalier.

Dans certains cas, pour cette clientèle, l'orientation en hébergement est inévitable. Cette décision doit être prise après s'être assuré, auprès du CLSC, de l'impossibilité du maintien à domicile. Lorsque le CLSC a confirmé cette impossibilité, le CTMSP est complété par un intervenant du CHSGS et envoyé au système régional des admissions. C'est le CLSC qui est imputable de cette décision.

Tableau 5
Services offerts à la personne à risque
ou en perte d'autonomie



1.6 La planification du congé

La planification précoce du congé implique la mise en place d'un mécanisme de liaison et de coordination simple et efficace avec les ressources externes de l'établissement. Ce mécanisme, idéalement, devrait être centralisé.

Le CHSGS, dans le cadre du processus de la planification de congé, a la responsabilité de:

- ✓ S'assurer d'une prise en charge adaptée aux besoins de la personne âgée (évaluation globale, PII, réadaptation,...).

- ✓ Faire un premier contact avec le CLSC pour savoir si la personne âgée est connue de celui-ci.
- ✓ S'assurer que le CLSC identifie, si besoin, un gestionnaire de cas.
- ✓ Faire le lien entre l'équipe de soins et le gestionnaire de cas du CLSC.
- ✓ Coordonner, avec le gestionnaire de cas du CLSC, les services requis lors du retour à domicile s'il y a lieu.
- ✓ Valider avec le CLSC l'impossibilité du retour à domicile et indiquer les motifs.

. *Un projet d'établissement...une démarche d'implantation*

2.1 Les conditions préalables

Comme vous avez pu le constater, le processus suggéré dans la section précédente nécessite des changements majeurs de pratiques et ce, pour l'ensemble de l'établissement puisqu'il concerne autant les cliniques externes, la salle d'urgence que les unités de soins.

Le succès de l'implantation d'un tel processus, dans le contexte actuel d'un CHSGS, commande la mise en place de certaines conditions préalables qui sont:

- ✓ Obtenir l'adhésion du conseil d'administration (CA) aux objectifs visés par ce projet.
- ✓ Identifier un cadre supérieur responsable du projet. Prendre en considération que cette personne devra inter-agir avec des intervenants provenant des différents groupes concernés par ce projet (infirmières, médecins, intervenants en réadaptation,...).
- ✓ Mettre en place un comité de travail représentatif des gestionnaires et des intervenants concernés. La salle d'urgence, les unités de courte durée, la gériatrie doivent y être représentées. Par souci d'efficacité, un comité d'au plus dix (10) personnes est à prévoir. S'il y a lieu des sous-comités de travail peuvent être mis en place.
- ✓ Informer et recevoir un accord de collaboration de la part du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP), du conseil des infirmières et infirmiers (CII) et du conseil multidisciplinaire (CM).
- ✓ Élaborer et diffuser une philosophie d'intervention axée sur les besoins de la personne âgée (voir tableau 6). Cette philosophie doit inspirer toute la démarche d'implantation: Elle doit être élaborée en collaboration avec les intervenants, la clientèle cible et leurs proches.

2.2 Le scénario d'implantation

Après s'être assuré que les conditions préalables sont bien en place, l'étape suivante est la détermination du scénario d'implantation. Ce choix est fait en considérant:

- ✓ La grosseur de l'organisation
- ✓ L'intérêt et la motivation des intervenants (médecins, infirmières...);
- ✓ Le volume de la clientèle âgée dans chaque service;
- ✓ La mise en place de suivis systématiques pour des pathologies spécifiques;
- ✓ L'importance des problématiques pour certaines clientèles (beaucoup de demandes d'hébergement, insatisfaction,...);
- ✓ Les stratégies gagnantes déjà utilisées dans l'organisation
- ✓ Toute autre information pertinente.

La question que l'on doit se poser à ce stade-ci est: Quel scénario d'implantation a le plus de chance de succès dans l'organisation? Dans le tableau 7, nous vous suggérons trois(3) scénarios possibles.

Tableau 6
Une philosophie d'intervention axée vers les besoins des personnes âgées

La clientèle âgée de plus de 65 ans représente près de la moitié de la clientèle qui utilise les services du centre hospitalier et, avec les années, ce nombre ira en augmentant (compléter avec statistiques spécifiques à l'établissement...).

De plus, cette clientèle se présente au centre hospitalier avec plus d'un problème de santé et avec un risque important de perte d'autonomie, de réhospitalisation ou d'institutionnalisation (alors qu'elle souhaite rester dans la communauté).

Le volume de clientèle qui utilise les services de l'établissement justifie la mise en place d'une philosophie axée vers les besoins de cette clientèle. On devrait retrouver dans cette philosophie:

- La considération des aspects biopsychosociaux de l'utilisateur;*
- La prévention de la perte d'autonomie;*
- L'amélioration ou la conservation du potentiel fonctionnel résiduel;*
- La participation de l'utilisateur ou de ses proches à toutes les étapes de l'intervention;*
- L'utilisation d'une approche interdisciplinaire centrée sur les besoins de l'utilisateur.*

Il est important de ne pas perdre de vue que l'objectif ultime de ce projet vise l'ensemble de la clientèle utilisant les services de l'établissement.

2.3 L'analyse de la situation actuelle

Sachant que des composantes du processus suggéré existent déjà dans certains établissements, la prochaine étape sera l'identification de l'écart entre la situation actuelle et la situation désirée telle qu'illustrée dans la section précédente.

Le tableau 8 vous suggère une grille vous permettant d'effectuer cet exercice. Le contenu de la colonne "Situation désirée" a été élaboré en s'inspirant du processus suggéré précédemment que l'on a projeté dans le fonctionnement de l'organisation.

De cet exercice devrait ressortir une liste des écarts à combler dans l'organisation ou dans un service spécifique. Cette liste vous sera très utile pour la prochaine étape qui vise l'élaboration du plan d'action. De plus, les informations recueillies vous permettront de bien camper la situation actuelle et vous donneront des pistes d'évaluation et de suivi.

Tableau 7
Quelques suggestions de scénarios d'implantation

Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Faire un projet pilote sur une unité;</i> • <i>Compiler les résultats (demandes d'hébergement, durées de séjour,...);</i> • <i>Poursuivre l'implantation sur les autres unités en se servant des résultats du projet comme éléments de vente.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Développer un modèle global de prise en charge de la clientèle âgée;</i> • <i>Planter ce modèle dans tous les services selon un échéancier réaliste.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Identifier une clientèle cible pour qui un suivi systématique est élaboré ou en voie de l'être;</i> • <i>Prévoir, dans ce suivi, une prise en charge particulière pour la clientèle âgée à risque ou en perte d'autonomie qui ne peut suivre, au même rythme, le suivi systématique planifié;</i> • <i>Poursuivre l'implantation pour les autres clientèles en se servant des résultats du projet comme éléments de vente.</i>

2.4 Le plan d'action

Avec l'aide des écarts identifiés, vous êtes en mesure d'élaborer un plan d'action vous permettant d'atteindre le but visé qui est: "L'implantation, dans tout l'établissement, d'un processus de gestion des services répondant aux besoins de la clientèle âgée".

La conception de ce plan d'action est sous la responsabilité du cadre supérieur responsable de ce projet. Étant donné le nombre de services concernés par ce projet, un échéancier réaliste est à prévoir. Dans le tableau 9, on vous propose un modèle de plan d'action que vous pouvez adapter à votre réalité.

Vous constaterez que, dans le modèle de plan d'action suggéré, le mécanisme de dépistage, l'équipe de liaison et de consultation gériatrique et le plan d'intervention sont considérés au début de la démarche d'implantation. Nous croyons que ces quatre(4) composantes de la démarche proposée doivent être traitées de façon globale afin d'assurer une meilleure coordination et un fonctionnement uniforme dans tout l'établissement.

2.5 Le suivi

Pour assurer le succès de la mise en oeuvre du plan d'action, un suivi de celui-ci doit être planifié. Pour ce faire, il peut être utile de prévoir des activités (rencontres de suivi,...) permettant de suivre l'évolution de l'implantation et de faire les ajustements requis en cours de route.

Parallèlement à ceci, la mise en place d'un système d'information de gestion devrait vous permettre d'effectuer le suivi des résultats. Ce système doit fournir à la direction générale des informations sur la clientèle âgée en regard de son volume, des services offerts, de l'utilisation des lits, des ressources internes et externes, du type de congé,...etc.

Dans les tableaux 10, 11 et 12 vous trouverez les informations requises pour élaborer ce système. Les dix-huit (18) indicateurs présentés dans le tableau 11, sont organisés de façon à permettre l'analyse d'une problématique particulière comme: l'utilisation et l'accessibilité du service de gériatrie⁶, le volume des personnes âgées et les ressources disponibles, la maximisation du maintien à domicile ⁷,...etc. Cette liste d'indicateurs doit être considérée comme une source de référence utilisable en tout ou en partie, selon vos besoins.

⁶ Tous les indicateurs que l'on retrouve dans cette section ont comme dénominateur commun le nombre de personnes dépistées à risque ou en perte d'autonomie. Étant donné la limite de cette donnée (subjectivité de l'évaluation qui obligatoirement doit suivre le dépistage), on peut la remplacer par le volume de personnes de 65 ans et plus ou de 75 ans et plus hospitalisées ou sur civière.

⁷ Idem

Tableau 8
Analyse de la situation actuelle

<i>Situation désirée</i>	<i>Situation actuelle</i>	<i>Écarts à combler</i>
<p><i>Une philosophie d'intervention axée vers les personnes âgées est élaborée et diffusée.</i></p> <p><i>Les intervenants directs ont reçu une formation axée sur les besoins des personnes âgées.</i></p> <p><i>Un dépistage systématique du risque de perte d'autonomie pour les personnes âgées de 65 ans et plus est effectué à l'urgence et sur les unités de soins.</i></p> <p><i>Le CLSC est contacté rapidement pour échanger de l'information et débiter le plan de congé.</i></p> <p><i>L'équipe de consultation gériatrique est demandée rapidement quand on dépiste une personne à risque (délais).</i></p> <p><i>L'équipe de consultation gériatrique est composée, minimalement, d'un médecin, d'une infirmière et d'un intervenant social.</i></p> <p><i>La réadaptation est disponible au besoin pour la clientèle à risque (délais, intensité de la prise en charge,...).</i></p> <p><i>L'équipe de consultation gériatrique offre, selon le besoin identifié, une consultation ou une prise en charge partielle dans toute l'organisation et une prise en charge totale à l'UCDG.</i></p>		

<i>Situation désirée</i>	<i>Situation actuelle</i>	<i>Écart à combler</i>
<p><i>Un plan d'intervention interdisciplinaire est fait pour les usagers à risque ou en perte d'autonomie.</i></p> <p><i>L'usager ou ses proches participent au plan d'intervention.</i></p> <p><i>Un intervenant de liaison communique avec le CLSC et aide l'équipe de soins à planifier le congé.</i></p> <p><i>Une relance est faite pour certains usagers qui reçoivent un congé sans service.</i></p> <p><i>Les CLSC sont satisfaits des informations reçues lors du congé.</i></p> <p><i>Les usagers et leurs proches sont satisfaits des services offerts.</i></p>		

Cette grille peut être utilisée pour analyser la situation actuelle dans l'ensemble de l'établissement ou dans un service spécifique.

Remarques

Tableau 9
Un modèle de plan d'action

Objectif général: **Implantation, dans tout l'établissement, d'un processus de gestion des services répondant aux besoins de la clientèle âgée.**

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Activités</i>	<i>Intervenants responsables</i>
<i>Mettre en place les conditions préalables à l'implantation de ce projet</i>	<p><i>Obtenir l'adhésion du C.A..</i></p> <p><i>Identifier un cadre supérieur responsable.</i></p> <p><i>Informer et recevoir un accord de collaboration de la part du CMDP, du CII, du CM.</i></p> <p><i>Former un comité de travail.</i></p> <p><i>Élaborer et diffuser, dans tout l'établissement, une philosophie d'intervention axée vers les besoins des personnes âgées.</i></p>	<p><i>Directeur général</i></p> <p><i>Cadre supérieur responsable</i></p> <p><i>Comité de travail</i></p>
<i>Élaborer un mécanisme de dépistage de la personne âgée à risque de perte d'autonomie (voir annexe 1).</i>	<p><i>Élaboration de l'instrument de travail.</i></p> <p><i>Description des modalités d'utilisation.</i></p> <p><i>Mise en place de mécanismes de rétroaction.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i></p>
<i>Mettre en place une équipe de liaison centralisée.</i>	<p><i>Identification des intervenants.</i></p> <p><i>Description des rôles et responsabilités.</i></p> <p><i>Élaboration des modalités de références et de suivi.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i></p>
<i>Mettre en place une équipe de consultation gériatrique disponible pour l'urgence, les cliniques externes et les unités de soins.</i>	<p><i>Identification des intervenants.</i></p> <p><i>Description des rôles et responsabilités</i></p> <p><i>Élaboration des modalités de références et de suivi.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i></p> <p><i>Équipe de gériatrie</i></p>

Objectifs spécifiques	Activités	Intervenants responsables
<p><i>Élaborer un plan d'intervention interdisciplinaire utilisable dans tous les services de l'établissement (voir annexe 2).</i></p>	<p><i>Élaboration de l'instrument de travail.</i></p> <p><i>Description des modalités d'utilisation.</i></p> <p><i>Mise en place de mécanismes de rétroaction.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i></p>
<p><i>Prévoir le calendrier d'implantation.</i></p>	<p><i>Prendre en considération tous les facteurs pouvant influencer le déroulement de la démarche.</i></p> <p><i>Identifier le scénario d'implantation.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i></p>
<p><i>Implanter le processus de gestion dans chaque service offrant des services aux personnes âgées (selon le calendrier prévu).</i></p>	<p><i>Analyse de la situation actuelle.</i></p> <p><i>Élaborer un plan d'action spécifique.</i></p> <p><i>Mise en oeuvre du plan élaboré.</i></p> <p><i>Suivi / évaluation.</i></p>	<p><i>Comité de travail</i> <i>Gestionnaires et intervenants des services concernés</i></p>
<p><i>Suivi du projet</i></p>	<p><i>Développer un système d'information de gestion (voir tableau 10, 11 et 12).</i></p> <p><i>Faire suivi régulier et ajustement au besoin.</i></p>	<p><i>Cadre supérieur responsable</i></p>

Remarques

Tableau 10
Listes de informations requises pour le calcul
des indicateurs de résultats

<i>Informations requises</i>	<i>Sources</i>	<i>Résultats</i>
# de patients sur civières	Registre de patients sur civière	
# de patients âgés de 75 ans et plus sur civières	Registre de patients sur civière	
# de patients âgés de 75 ans et plus hospitalisés via l'urgence	Registre de patients sur civière	
Moyenne d'âge de la clientèle	Med-Écho ou autre source dans l'établissement	
Durée moyenne de séjour globale	Med-Écho ou autre source dans l'établissement	
Durée moyenne de séjour de la clientèle de 65 ans et plus	Med-Écho ou autre source dans l'établissement	
Durée moyenne de séjour de la clientèle de 75 ans et plus	Med-Écho ou autre source dans l'établissement	
# de personnes âgées dépistées à risque ou en perte d'autonomie	Services de gériatrie	
# de consultations à l'équipe gériatrique	Services de gériatrie	
# de prises en charge partielle par l'équipe gériatrique	Services de gériatrie	
# d'admissions à l'UCDG	Services de gériatrie	
# de références au CLSC	Services de gériatrie ou liaison	
# de références en réadaptation	Services de gériatrie ou liaison	
# de références à l'hôpital de jour	Services de gériatrie ou liaison	
# de références au service externe de gériatrie	Services de gériatrie ou liaison	
# de références en résidence privée	Services de gériatrie ou service social	

<i>Informations requises</i>	<i>Sources</i>	<i>Résultats</i>
# de retours à domicile	Services de gériatrie ou liaison	
# de patients de 65 ans et plus ayant eu congé de l'urgence	Registre de patients sur civière	
# de patients de 65 ans et plus ayant eu congé d'une unité	Med-Écho ou autre service de l'établissement	
# de patients réhospitalisés dans les 3 mois suivant un congé	Med-Écho ou autre service de l'établissement	
# de patients inscrits à l'urgence dans les 3 mois suivant un congé	Med-Écho ou autre service de l'établissement	
# de demandes d'hébergement	Service social	
# d'admissions en hébergement	Service social	
# de lits de soins de longue durée	Admission	
# de personnes hospitalisées en attente d'hébergement	Service social	
# de personnes hospitalisées en attente d'hébergement ayant besoin de moins de 1.5 heures-soins	Service social	
# de plaintes faites par des personnes âgées de 65 ans et plus	Cadre supérieur responsable	

Les informations sont recueillies pour l'ensemble de l'organisation ou pour un service spécifique

Tableau 11
Les indicateurs de résultats

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>
<u>Utilisation et accessibilité du service de gériatrie</u>	
<i>Taux de consultations par l'équipe de gériatrie</i>	
$\frac{\# \text{ de consultations à l'équipe de gériatrie}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$	
<i>Taux de prises en charge partielle par l'équipe de gériatrie</i>	
$\frac{\# \text{ de prises en charge partielle sur uneUCD}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$	
<i>Taux d'admissions à l'UCDG</i>	
$\frac{\# \text{ d'admissions à l'UCDG}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$	
<u>Volume de personnes âgées et ressources disponibles</u>	
<i>Taux de personnes âgées à l'urgence</i>	
$\frac{\# \text{ de 75 ans et plus sur civière à l'urgence}}{\# \text{ de patients sur civières à l'urgence}}$	
<i>Taux de personnes âgées hospitalisées</i>	
$\frac{\# \text{ de 75 ans et plus sur civière à l'urgence, orientés en hospitalisation}}{\# \text{ de patients sur civières à l'urgence}}$	
<i>Écart entre la durée de séjour des personnes âgées et la durée de séjour de l'ensemble de la clientèle</i>	
$\frac{\text{Durée moyenne de séjour des personnes de 65 ans et plus}}{\text{Durée moyenne de séjour global}}$	

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>
<p>Potentiel maximum de clients en USLD</p> $\frac{\# \text{ de lits d'USLD X 365 jours}}{\text{Durée de séjour de la clientèle en attente d'hébergement}}$ <p>Pourcentage de débordement des lits de longue durée dans les lits de courte durée</p> $\frac{\# \text{ de personnes âgées hospitalisées en attente d'hébergement} - \# \text{ de lits d'USLD}}{\# \text{ de lits de courte durée}}$ <p>Disponibilité des ressources d'hébergement</p> $\frac{\# \text{ d'admissions en hébergement}}{\# \text{ de demandes d'hébergement}}$ <p>Maximisation du maintien à domicile</p> <p>Taux de références aux CLSC</p> $\frac{\# \text{ de références aux CLSC}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$ <p>Taux de références en réadaptation</p> $\frac{\# \text{ de références en réadaptation}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$ <p>Taux de références à l'hôpital de jour</p> $\frac{\# \text{ de références à l'hôpital de jour}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$ <p>Taux de retours à domicile</p> $\frac{\# \text{ de retours à domicile}}{\# \text{ de personnes âgées dépistées à risque}}$	

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>
<p><i>Taux de demandes d'hébergement⁸</i></p> $\frac{\text{\# de demandes d'hébergement}}{\text{\# de personnes âgées dépistées à risque}}$ <p><i>Pourcentage de patients hospitalisés en attente d'hébergement ayant besoin de moins de 1.5 heures-soins</i></p> $\frac{\text{\# de pt hosp. en attente d'hébergement ayant besoin de moins de 1.5 H.S.}}{\text{\# de patients hospitalisés en attente d'hébergement}}$ <p><i>Efficacité du plan de congé</i></p> <p><i>Taux de retours à l'urgence</i></p> $\frac{\text{\# de personnes âgées inscrites à l'urgence dans les 3 mois suivant un congé}}{\text{\# de personnes âgées ayant eu congé de l'urgence}}$ <p><i>Taux de réhospitalisations</i></p> $\frac{\text{\# de personnes âgées réhospitalisées dans les 3 mois suivant un congé}}{\text{\# de personnes âgées ayant eu congé d'une unité}}$ <p><i>Satisfaction de la clientèle</i></p> <p><i>Taux de plaintes des personnes âgées</i></p> $\frac{\text{\# de plaintes provenant de personnes âgées de 65 ans et plus}}{\text{\# de plaintes totales}}$	

⁸ Le taux de demandes d'hébergement, avec comme dénominateur le nombre de personnes de 75 ans et plus hospitalisées par l'urgence, est actuellement utilisé par la régie régionale comme indicateur de gestion des services aux personnes âgées en CHSGS.

Tableau 12
Tableau comparatif des résultats obtenus et des objectifs visés

Utilisation et accessibilité du service de gériatrie

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Écarts</i>	<i>Remarques</i>
<i>Taux de consultations par l'équipe de gériatrie</i>				
<i>Taux de prises en charge partielle par l'équipe de gériatrie</i>				
<i>Taux d'admissions à l'UCDG</i>				

Volume de personnes âgées et ressources disponibles

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Écarts</i>	<i>Remarques</i>
<i>Taux de personnes âgées à l'urgence</i>				
<i>Taux de personnes âgées hospitalisées via l'urgence</i>				
<i>Écart entre la durée de séjour des personnes âgées et la durée de séjour de l'ensemble de la clientèle</i>				
<i>Pourcentage de débordement des lits de longue durée dans les lits de courte durée</i>				
<i>Potentiel maximum de clients en USLD</i>				
<i>Disponibilité des ressources d'hébergement</i>				

Maximisation du maintien à domicile

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Écarts</i>	<i>Remarques</i>
<i>Taux de références aux CLSC</i>				
<i>Taux de références en réadaptation</i>				
<i>Taux de références à l'Hôpital de jour</i>				
<i>Taux de retours à domicile</i>				
<i>Taux de demandes d'hébergement</i>				
<i>Pourcentage de patients hospitalisés en attente d'hébergement ayant besoin de moins de 1.5 H.S.</i>				

Efficacité du plan de congé

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Écarts</i>	<i>Remarques</i>
<i>Taux de retours à l'urgence</i>				
<i>Taux de réhospitalisations</i>				

Satisfaction de la clientèle

<i>Indicateurs</i>	<i>Résultats</i>	<i>Objectifs</i>	<i>Écarts</i>	<i>Remarques</i>
<i>Taux de plaintes provenant des personnes âgées de 65 ans et plus</i>				

Conclusion

Nous espérons que le contenu de ce document atteint les objectifs initiaux visés qui sont de stimuler la mise en place, dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, d'une prise en charge adaptée aux besoins de la clientèle âgée et de proposer des outils permettant de rendre opérationnel cette démarche.

Par ailleurs, nous sommes convaincus que cette démarche requiert, entre autres, la disponibilité des ressources nécessaires mais aussi, une volonté ferme de la direction et de même qu'une sensibilisation de tous les intervenants concernés; ceci, à l'intérieur d'un projet d'établissement. C'est ce que nous avons voulu vous exprimer à travers ce document.

Nous apprécierions recevoir des commentaires sur son contenu et sur l'utilisation que vous en faites. Par ailleurs, nous prévoyons faire des mises à jour de ce document au fur et à mesure que des travaux régionaux, en lien avec ce dossier, seront complétés.

**Outil de dépistage des aînés à risque de perte
d'autonomie se présentant à la salle d'urgence
d'un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

Identification
Systematique des
Aînés à
Risque

**ISAR:
OUTIL DE DÉPISTAGE DES AÎNÉS À RISQUE DE PERTE
D'AUTONOMIE SE PRÉSENTANT À LA SALLE D'URGENCE**

GUIDE D'UTILISATION ET D'IMPLANTATION

**Développé par le Centre Hospitalier de St-Mary en collaboration avec l'Hôpital
Général Juif - Sir. Mortimer B. Davis, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital
du Sacré-Coeur de Montréal
et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre**

Le 16 juin 1998

TABLE DES MATIÈRES

	page
REMERCIEMENTS	3
LEXIQUE	5
PRÉAMBULE	8
INTRODUCTION	10
 Partie 1 - Description de l'outil et guide d'utilisation	
1.1 Objectifs visés	12
1.2 Clientèle cible	12
1.3 Description de l'outil	12
1.4 Consignes d'utilisation	14
1.5 Suivi post-dépistage	16
 Partie 2 - Guide d'implantation	
2.1 Identification d'un responsable de dossier	19
2.2 Formation d'un comité de travail interdisciplinaire	19
2.3 Détermination de la clientèle cible	19
2.4 Identificaion d'un seuil critique	20
2.5 Arrimage avec les CLSC et autres ressources communautaires	20
2.6 Élaboration d'un processus de gestion	20
2.7 Identification des ressources nécessaires	21
2.8 Organisation de la formation et du soutien	21
2.9 Évaluation et suivi	21
 ANNEXES	
A -- Outil ISAR	24
B -- Choix d'un seuil critique	27
C -- Mises en situation	31

REMERCIEMENTS

Voici la liste des personnes qui ont participé aux différentes étapes du projet. Nous souhaitons souligner leur contribution et leur implication.

Directeur du projet et chercheur principal

McCusker, Jane; Hôpital St-Mary

Co-chercheurs

Bellavance, François; Hôpital St-Mary
Cardin, Sylvie; Hôpital Général Juif

Comité d'implantation

Afilalo, Marc; Hôpital Général Juif
Bélanger, Louise; Régie Régionale de Montréal-
Centre
Bonnycastle, Michael; Hôpital St-Mary
Bussièrès, Francine; Régie régionale
Colacone, Antoinette; Hôpital Général Juif
Gadoury, Pierre; Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Healey, Elizabeth; Hôpital St-Mary
Savoie, Maryse; Hôpital du Sacré-Coeur de Mtl

Membres du personnel du projet

Ardman, Orly; Hôpital St-Mary
Belzile, Éric; Hôpital St-Mary
Heppell, Sonia; Hôpital St-Mary
Trépanier, Sylvain; Hôpital St-Mary

Comité d'experts

Bélanger, Louise; Régie régionale de Montréal-
Centre
Cardin, Sylvie; Hôpital Général Juif
Colacone, Antoinette; Hôpital Général Juif
Connolly, Brian; Hôpital St-Mary
Ferguson, Brenda; Hôpital Général Juif
Healey, Elizabeth; Hôpital St-Mary
Savoie, Maryse L.; Hôpital du Sacré-Coeur de
Montréal
Shiller, Ilana; CLSC René-Cassin
Thibault, Maurice; Hôpital Maisonneuve-
Rosemont

Consultants

Gayton, David, MD, Hôpital Royal Victoria
Hanley, Jim, PhD, Dépt. d'épidémiologie et
de biostatistique, Université McGill
Verdon, Josée, MD, Dépt. de Gériatrie,
Hôpital Saint-Luc, CHUM

Secrétariat

Collins, April; Hôpital St-Mary
Meunier, Lyne; Hôpital St-Mary

(...suite)

Hôpital Général Juif - Sir Mortimer B. Davis

Afilalo, Marc, MD; Urgence
Barrow, Jeane; Infirmière-chef, Urgence
Bergman, Howard, MD; Gériatrie
Cardin, Sylvie, PhD; Épidémiologie
Colacone, Antoinette; Coordonnatrice de la
recherche, Urgence
Gagnon, Anita, PhD; Recherche en soins
infirmiers
Miron, Isabelle; Infirmière, Gériatrie
Monette, Johanne; MD, Gériatrie
Rotenberg, Karen; Service social
McVey, Lynne; Directrice des soins infirmiers
en Médecine, Psychiatrie, et Gériatrie

Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Authier, Louise, MD; Médecine
Béliard, Lita; Service social
Belisle, Francine; Hôpital à domicile
Blaquière, Lise; Infirmière au suivi
systématique, Neurologie
David, Nicole; Directrice générale adjointe
Deschambault, Carole; Directrice des soins
infirmiers
Deschamps, Louis; Chef d'unité de soins,
Urgence
Duckett, Jean, MD; Soins prolongés
Fréchette, Annabelle; Infirmière-liaison,
Gériatrie
Gadoury, Pierre; Coordonnateur du module
psycho-social et réadaptation
Jochens, Myriam; Service social
Leroux, Yves; Adjoint au directeur de
recherche
Levert, Denise; Coordonnatrice en soins
prolongés
Masson, Pierre; Directeur des services
professionnels et hospitaliers
Perreault, Claude; Directeur du centre de
recherche
Thibault, Maurice, MD; Chef, Gériatrie

Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Collette, François, MD; Urgence
Gosselin, Carole; Infirmière-liaison, Gériatrie
Larocque, France; Service social
Mallette, Monique; Infirmière liaison,
Urgence
Michaud, Suzanne L.; Adjointe à la direction
des soins infirmiers
Minville, Jacqueline; Infirmière-chef, Urgence
Savage Rachel, MD; Gériatrie
Savoie, Maryse L.; Infirmière clinicienne
spécialisée en gériatrie
Théoret, Johanne; Directrice des soins
infirmiers

Centre hospitalier de St. Mary

Bailey, Robert, MD; Gériatrie
Boillat, Myriam, MD, Médecine familiale
Chechik, Mara; Service social
Costanzo, Jean; Directrice adjointe des
soins infirmiers
DeMontigny, Diane, Infirmière-liaison
Kerr, Margaret; Infirmière-Chef, Urgence
Sorge, Raymond, MD, Urgence
Zola, Sandy; Infirmière-Chef par intérim,
Urgence

LEXIQUE

Évaluation clinique

Il s'agit d'une courte évaluation effectuée par un intervenant qui possède des connaissances dans les soins des personnes âgées. Cette évaluation identifie les besoins biopsychosociaux principaux de l'utilisateur et les interventions qui peuvent diminuer le risque de perte d'autonomie.

Faux positif

L'utilisateur dépisté positif par l'outil de dépistage mais qui ne développera pas une perte d'autonomie.

Faux négatif

L'utilisateur dépisté négatif par l'outil de dépistage mais qui développera une perte d'autonomie.

Outil de dépistage

Une méthode rapide d'identification de deux (2) groupes d'utilisateurs:

- ⇒ Ceux qui sont à risque de développer une perte d'autonomie: Dépistage positif
- ⇒ Ceux qui ne sont pas à risque de développer une perte d'autonomie: Dépistage négatif

IL IMPORTE DE NOTER QU'UN OUTIL DE DEPISTAGE N'EST PAS UN OUTIL DIAGNOSTIQUE. Il est donc nécessaire d'effectuer une évaluation clinique plus approfondie afin de confirmer le risque et d'identifier les besoins des usagers.

Perte d'autonomie

La perte d'autonomie, telle que définie lors du développement de l'outil de dépistage ISAR, comprend:

- Une détérioration significative de l'indépendance de la personne âgée pour les activités de la vie quotidienne dans les six (6) mois suivant la visite à l'urgence
- Une admission dans un centre d'accueil ou dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, ou une hospitalisation d'au moins trois (3) mois dans les six (6) mois suivant la visite à l'urgence.
- Un décès les six (6) mois suivant la visite à l'urgence.

Veuillez noter qu'une dernière catégorie a été incluse soit celle regroupant les usagers souffrant d'une incapacité sévère dans les activités de la vie quotidienne avant la visite à l'urgence. Il a semblé important que le personnel reconnaisse et évalue les besoins de cette clientèle.

Score total

Le nombre de points obtenus lors de l'administration de l'outil de dépistage.

Sensibilité:

La proportion des usagers qui sont dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie (vrais positifs) parmi toutes les personnes qui développeront une perte d'autonomie:

$$\frac{\text{Vrais positifs}}{\text{Vrais positifs} + \text{faux négatifs}}$$

Dépistage	Perte d'autonomie		Total
	oui	non	
positif (+)	vrais positifs	faux positifs	dépistés positifs= vrais positifs + faux positifs
négatif (-)	faux négatifs	vrais négatifs	dépistés négatifs
Total	vrais positifs + faux négatifs	vrais négatifs + faux positifs	usagers testés

Seuil critique

Le seuil critique est établi par l'hôpital concerné et sera le score qui distinguera les usagers qui seront dépistés

positifs et ceux qui seront dépistés négatifs. Par exemple, si le seuil critique est fixé à 2 points et plus, les usagers qui obtiennent un total de 2 et plus sont considérés positifs et à risque élevé de perte d'autonomie.

Taux de dépistage positif:

Le pourcentage (%) d'usagers dépistés positifs parmi l'ensemble des usagers testés à l'aide de l'outil de dépistage:

$$\frac{\text{dépistés positifs}}{\text{dépistés}}$$

Dépistage	Perte d'autonomie		Total
	oui	non	
positif (+)	vrais positifs	faux positifs	dépistés positifs= vrais positifs + faux positifs
négatif (-)	faux négatifs	vrais négatifs	dépistés négatifs
Total	vrais positifs + faux négatifs	vrais négatifs + faux positifs	usagers testés

Valeur prédictive d'un résultat positif:

La proportion des usagers qui sont dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie parmi tous les usagers qui sont dépistés positifs:

$$\frac{\text{Vrais positifs}}{\text{Vrais positifs} + \text{faux positifs}}$$

Dépistage	Perte d'autonomie		Total
	oui	non	
positif (+)	vrais positifs	faux positifs	dépistés positifs= vrais positifs + faux positifs
négatif (-)	faux négatifs	vrais négatifs	dépistés négatifs
Total	vrais positifs + faux négatifs	vrais négatifs + faux positifs	usagers testés

Vrai positif

L'utilisateur dépisté positif par l'outil de dépistage et qui développera une perte d'autonomie.

Vrai négatif

L'utilisateur dépisté négatif par l'outil de dépistage et qui ne développera pas de perte d'autonomie.

PRÉAMBULE

L'outil ISAR est le résultat d'une recherche qui a été menée par le Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires du centre hospitalier St-Mary's en collaboration avec les centres hospitaliers Maisonneuve-Rosemont, Sacré-Coeur de Montréal, Général Juif et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Centre.

Ce projet a été subventionné par le Ministère de la santé et des services sociaux, par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Montréal-Centre et par le Centre hospitalier de St-Mary's.

Les objectifs initiaux de cette recherche étaient de concevoir un outil de dépistage de la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie utilisant les services d'urgence et de suggérer un processus de suivi des personnes dépistées à risque. Le volume important de la clientèle âgée fragile à l'urgence et le manque de connaissance de cette clientèle justifiaient cette démarche.

Le projet de recherche se divisait en deux (2) phases. La PHASE 1 a permis de développer des questions sur les facteurs de risques associés à la perte d'autonomie et de faire une étude préliminaire auprès d'un petit groupe d'usagers. Suite à cette étape, un questionnaire de vingt-sept (27) questions a été élaboré. C'est dans la PHASE 2 du projet de recherche qu'a été développé l'outil de dépistage comme tel. Cet outil est composé du meilleur sous-groupe de questions prédisant une perte d'autonomie dans les six (6) mois suivant la visite à l'urgence soit une détérioration significative de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, une institutionnalisation ou un décès. Pour ce faire, 1885 personnes âgées ont été recrutées, 1708 ont fait l'objet d'un suivi téléphonique six (6) mois après la visite à l'urgence et, en complément, 221 ont été évaluées à domicile dans les 21 jours après la visite à l'urgence pour analyser la fiabilité et la validité de l'outil.

De ce projet découle le questionnaire ISAR composé de six (6) questions. De plus, l'échelle ISAR possède les propriétés suivantes:

- Identification des patients à l'urgence qui présentent une incapacité sévère;
- Bonne performance dans les sous-groupes définis par l'âge (75 ans et plus), la disposition (admis ou libéré), et la langue d'administration (français ou anglais)
- Prédiction des résultats secondaires dans les six (6) mois suivant la visite à l'urgence (chutes, visites répétées à l'urgence et nombre de jours d'hospitalisation);
- Fiabilité et validité;
- Simplicité et possibilité d'être auto-administré;
- Peut être complété à l'urgence pour la majorité des usagers de 65 ans et plus.

Cette recherche a démontré que l'outil ISAR peut être utile au personnel de l'urgence qui désire identifier les personnes âgées à risque élevé de perte d'autonomie qui peuvent bénéficier d'une évaluation plus approfondie de leurs besoins et d'interventions spécifiques. Des travaux supplémentaires sont nécessaires afin de déterminer si l'utilisation conjointe de l'outil ISAR avec des interventions spécifiques offertes aux patients dépistés positifs seront efficaces pour réduire l'occurrence de perte d'autonomie et le taux élevé d'utilisation des services de santé. L'équipe de recherche entreprend une telle recherche.

Pour plus de détails sur le protocole de recherche et les résultats de celle-ci, nous vous suggérons de communiquer avec le docteur Jane McCusker au Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires du centre hospitalier de St-Mary's.

INTRODUCTION

L'outil ISAR a été développé pour être utilisé au service d'urgence. Il constitue la première étape d'un processus d'amélioration des services offerts aux personnes âgées, en supportant la mise en place d'une approche adaptée aux besoins de cette clientèle, à l'intérieur d'un réseau de services. Sans cet instrument, les personnes âgées à risque ou en perte d'autonomie sont "noyées" dans l'ensemble des personnes utilisant les services d'urgence et leur problématique spécifique peut facilement être ignorée.

Ce document a comme principal objectif de vous présenter ISAR en regard de son contenu, des consignes d'utilisation et des étapes de son implantation dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS). Il a été élaboré en étroite collaboration avec le groupe de recherche et les intervenants et gestionnaires ayant participé étroitement à l'implantation de ISAR dans leur organisation.

La PREMIERE PARTIE de ce document S'ADRESSE principalement AUX INTERVENANTS CLINIQUES qui auront à utiliser l'outil dans leurs activités quotidiennes. On y retrouve les objectifs visés, une description de la clientèle cible ainsi que les consignes d'utilisation et de suivi. Cette section du document peut servir de base à la formation des intervenants qui utiliseront ISAR.

La DEUXIEME PARTIE de ce document CONCERNE principalement LES GESTIONNAIRES qui auront à implanter l'outil dans leur organisation. Une démarche d'implantation y est décrite en neuf (9) étapes. On y retrouve, entre autres: l'identification d'un responsable de dossier, l'élaboration d'un processus de gestion, l'organisation de la formation,... Vous pouvez adapter chaque étape de cette démarche à votre réalité locale mais, en ce qui concerne la détermination de la clientèle cible et l'identification du seuil critique, il est important de respecter les consignes prescrites afin de conserver la sensibilité et la valeur prédictive de l'outil.

Par ailleurs, on retrouve à la fin du document, une copie de l'outil ISAR, des informations statistiques pour le choix du seuil critique et des mises en situation concrètes pouvant être utiles lors de la formation des intervenants.

Partie 1

Description de l'outil et guide d'utilisation

1.1 - Les objectifs visés

Essentiellement l'outil ISAR vise la détection des groupes d'utilisateurs suivants:

- ⇒ ceux qui sont en perte d'autonomie grave au moment de leur visite à l'urgence
- ⇒ ceux qui sont à risque de perte d'autonomie, d'hébergement ou d'hospitalisations prolongées ou de décès dans les six (6) mois suivant la visite à l'urgence.

Il nous donne aussi la possibilité d'intervenir de façon précoce auprès des personnes âgées à haut risque et de les orienter vers des services adaptés à leurs besoins.

Il est important de spécifier que l'outil ISAR n'est PAS UN OUTIL DIAGNOSTIQUE et qu'il doit obligatoirement être jumelé à un processus de suivi comprenant, entre autre, une évaluation globale. Il ne peut et ne doit pas remplacer le jugement clinique des intervenants impliqués dans les soins aux aînés.

1.2 - La clientèle cible

L'outil ISAR a été conçu pour dépister la clientèle de L'URGENCE, ayant 65 ans et plus, admise ou inscrite, arrivée en ambulance ou ambulante.¹

L'outil ISAR n'a pas été développé pour dépister la clientèle référée à l'urgence par un CHSLD. Cette clientèle est déjà en perte d'autonomie et des services adaptés à leurs besoins sont en place dans le CHSLD.

1.3 - Description de l'outil

L'outil ISAR est composé de six (6) questions. Ces questions concernent des problèmes fréquents observés chez les personnes âgées tels que des incapacités fonctionnelles, des problèmes cognitifs, de la polymédication, des troubles visuels et des hospitalisations fréquentes (voir tableau 1).

À droite de chaque question on retrouve un espace pour cocher "OUI" ou "NON" et une indication sur le résultat de chaque réponse qui peut être "01" ou "00". Ces dernières informations serviront au calcul du résultat global du dépistage. Les gros caractères utilisés ont pour but de faciliter la lecture des questions pour les utilisateurs qui le compléteront eux-mêmes.

Il est très important que l'ENONCE de chacune des questions ne soit PAS MODIFIÉ ce qui pourrait altérer les résultats du dépistage en regard de la sensibilité et de la valeur prédictive.

¹ L'organisation peut modifier la clientèle cible lors de l'implantation de l'outil dans l'organisation et ce, pour diverses raisons. Nous vous suggérons de consulter la section 2.4 de ce document pour plus d'informations à ce sujet.

Tableau 1
Questionnaire ISAR

<p>1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>01 00</p>
<p>2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>01 00</p>
<p>3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence)?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>01 00</p>
<p>4. En général, voyez-vous bien?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>00 01</p>
<p>5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>01 00</p>
<p>6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>	<p>01 00</p>

Au verso de l'outil ISAR, on retrouve trois (3) sections réservées aux intervenants de l'urgence qui administrent l'outil (voir tableau 2):

- ⇒ La SECTION 1 permet d'identifier qui doit compléter le formulaire et cela, en fonction de l'état physique et cognitif de l'utilisateur.
- ⇒ La SECTION 2 est prévue pour indiquer le résultat du dépistage.
- ⇒ La SECTION 3 sert à identifier les intervenants qui assureront le suivi s'il y a lieu. *Veillez noter que cette section peut être modifiée selon les besoins de l'organisation et les ressources disponibles.*

D'autres sections peuvent être ajoutées pour répondre à des besoins organisationnels spécifiques.

1.4 Consignes d'utilisation

Voici les consignes d'utilisation que doivent respecter les intervenants de l'urgence qui utilisent ISAR.

Étape 1 - Déterminer la source d'information (section 1 au verso de ISAR)

- ⇒ Cocher la case qui représente la situation actuelle de l'utilisateur
- ⇒ Suivre la consigne associée à cette situation

Si nécessaire, pour évaluer la capacité de l'utilisateur à compléter ISAR, on vous suggère de vérifier son orientation dans le temps et l'espace en lui demandant:

- ⇒ *Quelle journée de la semaine nous sommes?*
- ⇒ *Où êtes-vous?*

Étape 2 - Administrer le questionnaire

Prendre les moyens pour que ISAR soit complété en respectant les directives fournies à l'étape précédente.

Si ISAR est complété par l'utilisateur ou la personne significative...

- ⇒ S'assurer que chaque question a été répondue et qu'une seule réponse est donnée pour chaque question.

Si ISAR est administré avec l'aide d'un membre du personnel...

- ⇒ Lire les questions clairement sans interprétation

Si ISAR est reporté à cause de l'instabilité médicale de l'utilisateur...

- ⇒ S'assurer que le dépistage sera fait lorsque l'utilisateur sera médicalement plus stable.

Tableau 2

Section 1 - Sources d'informations (Cocher une seule case et suivre la consigne associée à la situation)	
<input type="checkbox"/> Usager orienté dans le temps et l'espace	Usager complète ISAR
<input type="checkbox"/> Usager orienté dans le temps et l'espace mais ne peut compléter ISAR pour diverses raisons (ne peut lire, déficience physique,...)	Usager complète ISAR avec l'aide d'un intervenant ou de la personne significative
<input type="checkbox"/> Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative disponible	Personne significative complète ISAR
<input type="checkbox"/> Usager désorienté dans le temps et l'espace, personne significative non disponible	Dépistage positif d'emblée
<input type="checkbox"/> Usager médicalement instable	Dépistage impossible, reporté
Nom de la personne significative: _____ Tél: _____	

Section 2 - Résultat du dépistage
<p>Additionner les réponses (0 ou 1 point)</p> <p>Si l'usager a obtenu un résultat de 2 points ou plus, le résultat du dépistage est positif</p> <p>Résultat: _____ / 6 points</p> <p>Dépistage positif <input type="checkbox"/> Dépistage négatif <input type="checkbox"/></p>

Section 3 - Personne(s) avisée(s) si dépistage positif
<input type="checkbox"/> Infirmière de liaison: _____
<input type="checkbox"/> Travailleuse sociale: _____
<input type="checkbox"/> Autre: _____

Le dépistage doit s'effectuer rapidement et simplement. C'est dans un deuxième temps que l'on questionnera plus en profondeur les usagers dépistés à risque.

Étape 3 - Calculer le résultat du dépistage (section 2 au verso de ISAR)

- ⇒ Additionner les résultats (0 ou 1) associés à chaque réponse
- ⇒ Inscrire le résultat (le total ne peut dépasser 6 points)
- ⇒ Identifier si le dépistage est positif ou négatif en respectant la consigne inscrite²

Étape 4 - Identifier les intervenants qui assurent le suivi (section 3 au verso de ISAR)

Pour les usagers ayant un dépistage positif, identifier les intervenants qui assureront le suivi. Ces personnes peuvent être:

- ⇒ Infirmière de liaison à l'urgence ou en gériatrie
- ⇒ Travailleuse sociale
- ⇒ Gestionnaire de cas au CLSC
- ⇒ Médecin traitant
- ⇒ Autre...

Étape 5 - Signer le document

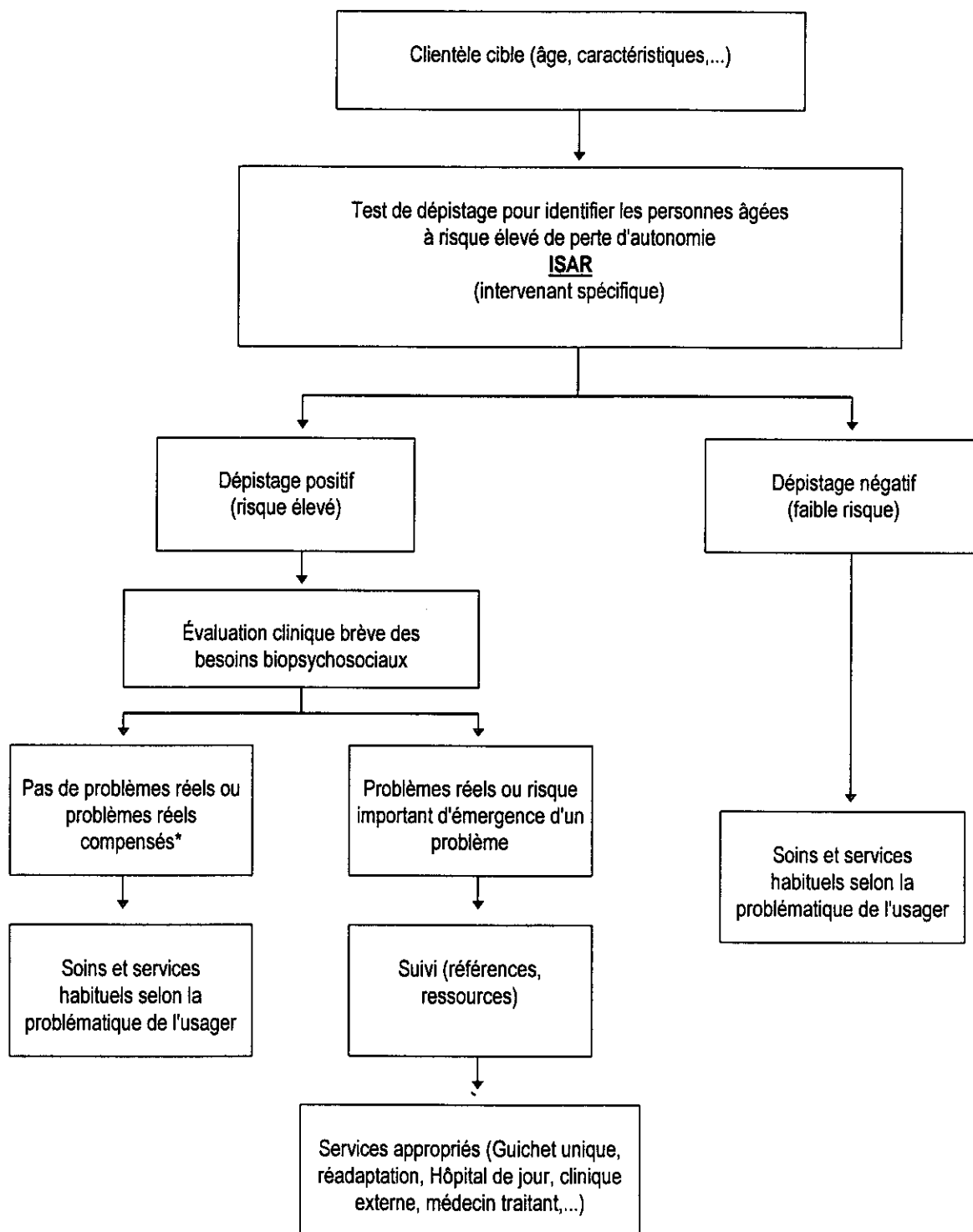
Étant donné que ce document est officiel, la personne responsable du dépistage doit signer le document et l'insérer dans le dossier de l'utilisateur.

1.5 Suivi post-dépistage

Pour les usagers ayant un dépistage positif, l'intervenant responsable à l'urgence doit s'assurer que l'utilisateur est orienté vers la ressource qui assurera le suivi selon le processus de gestion prévu par l'organisation. Ce processus prévoit, entre autres, une évaluation clinique brève des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur afin de documenter la problématique et déterminer le suivi requis (voir tableau 2).

² Le seuil critique (3 points ou +, 2 points ou +) peut être modifié par l'organisation lors de l'implantation de l'outil mais, dans ce cas, la performance de l'outil est altérée. Nous vous suggérons de consulter la section 2.5 de ce document pour plus d'informations à ce sujet.

Tableau 3
Processus général de gestion



* L'expression "Problèmes réels compensés" signifie que l'utilisateur est en perte d'autonomie mais qu'il possède les ressources individuelles, sociales et matérielles nécessaires pour subvenir à ses besoins.

Partie 2
Guide d'implantation

L'implantation d'un outil tel que ISAR dans une organisation requiert une planification judicieuse et concerne plusieurs intervenants provenant de secteurs d'activités différents. Les étapes qui suivent illustrent le processus devant être respecté pour implanter un programme de dépistage à l'urgence. Par ailleurs, le tableau 5 à la page X présente une synthèse de ces étapes.

2.1 Identification d'un responsable de dossier

Un RESPONSABLE DE DOSSIER avec un mandat clair et un pouvoir décisionnel est désigné. Cette personne est un cadre supérieur et, idéalement, n'est pas associée à un service spécifique ou à un groupe de professionnels mais à un PROJET D'ETABLISSEMENT.

La principale responsabilité de cette personne est de planifier, organiser et coordonner l'implantation du projet en collaboration avec le comité de travail interdisciplinaire dont il est question à l'étape suivante.

2.2 Formation d'un comité de travail interdisciplinaire

On retrouve dans ce comité: le responsable du projet, les représentants de l'urgence, de la gériatrie, de la réadaptation et du service social, les infirmières-chefs et les chefs de services médicaux concernés (urgence, gériatrie,...) et les intervenants responsables de la liaison.

Ce comité doit élaborer les modalités d'implantation des différentes étapes qui suivent. Ces modalités concernent particulièrement la clientèle cible, le seuil critique, les ressources requises, le processus de gestion, d'évaluation et de suivi.

2.3 Détermination de la clientèle cible

Vous devez définir la clientèle cible à qui vous allez administrer ISAR. Idéalement, ISAR s'adresse à l'ensemble de la population âgée de 65 ans et plus se présentant à l'urgence mais il est aussi valide auprès d'un sous-groupe de cette clientèle. Par exemple, on pourrait administrer ISAR auprès de personnes:

- ⇒ de 70 ans et +, 75 ans et +, 80 ans et plus,...;
- ⇒ sur civière ou ambulantes;
- ⇒ qui ont congé de l'urgence ou sont hospitalisées.

Cette décision a un impact sur la charge de travail du personnel puisqu'elle influence à la baisse le volume d'utilisateurs à qui on doit administrer ISAR et qui seront identifiés positifs. CÉPENDANT, LE CHOIX DE CIBLER UN SOUS-GROUPE D'USAGERS IMPLIQUE QUE PLUSIEURS PERSONNES À RISQUE ET NE FAISANT PAS PARTIE DE LA CLIENTÈLE CIBLE NE SERONT PAS IDENTIFIÉES.

Dans l'annexe 2, vous trouverez des informations sur la sensibilité et la valeur prédictive de ISAR en fonction des sous-groupes de clientèle.

2.4 Identification d'un seuil critique

Vous devez décider à partir de quel seuil critique vous considérerez un usager comme étant à risque. Un seuil critique de 2 points et plus est recommandé pour une performance optimale de ISAR. Par ailleurs, ISAR peut être valide avec des seuils critiques de 3 ou 4 points. L'utilisation d'un seuil plus élevé a des impacts sur les résultats puisque nous pouvons observer:

- ⇒ une diminution du nombre d'usagers dépistés à risque;
- ⇒ une augmentation du pourcentage d'usagers étant VRAIMENT à risque soit les "vrais positifs".

Comme pour la décision concernant la clientèle, le choix d'un seuil critique plus élevé diminue la charge de travail post-dépistage puisqu'il influence à la baisse le volume d'usagers dépistés à risque. CEPENDANT, L'UTILISATION D'UN SEUIL CRITIQUE PLUS ELEVE IMPLIQUE QUE PLUSIEURS USAGERS A RISQUE AVEC UN RESULTAT EN-DESSOUS DU SEUIL CRITIQUE CHOISI NE SERONT PAS IDENTIFIES.

Dans l'annexe 2, vous trouverez des informations sur la sensibilité et la valeur prédictive de ISAR en fonction des différents seuils critiques utilisés.

2.5 Arrimage avec les CLSC et autres ressources communautaires

Des rencontres avec les CLSC et les autres ressources du territoire doivent être planifiées afin:

- ⇒ d'identifier les services offerts ainsi que la disponibilité et l'accessibilité de ceux-ci;
- ⇒ d'élaborer les modalités de références et les protocoles d'intervention.

2.6 Élaboration d'un processus de gestion

Le processus de gestion du dépistage se définit comme étant le cheminement des activités à partir de l'administration de ISAR à la clientèle cible jusqu'au congé de la personne identifiée comme étant à risque. Les trois (3) étapes à considérer dans ce processus sont:

- ⇒ le dépistage lui-même;
- ⇒ l'évaluation clinique brève des besoins biopsychosociaux de l'usager;
- ⇒ la référence à la ressource qui devra assurer le suivi.

Vous devez, pour chaque étape du processus, identifier le moment où elle doit se faire (jour, soir, nuit, fin de semaine, congés fériés,...), les intervenants ou ressources qui seraient nécessaires ainsi que leurs rôles et responsabilités.

Nous vous suggérons de consulter la section 1.5 et le tableau 2 de ce document pour plus de détails sur le processus de gestion (ou suivi post-dépistage) suggéré.

2.7 Identification des ressources nécessaires

Selon le processus de gestion établi et la disponibilité des ressources, on doit identifier les intervenants qui auront un rôle spécifique à assumer. Plus précisément, on doit prévoir des ressources pour:

- ⇒ administrer le questionnaire ISAR (infirmière soignante, infirmière au triage,...);
- ⇒ faire l'évaluation clinique brève des besoins biopsychosociaux de l'utilisateur (infirmière de liaison, membre de l'équipe de gériatrie, travailleur social à l'urgence,...);
- ⇒ effectuer la liaison avec les autres établissements ou organismes présents dans la communauté (infirmière de liaison, membre de l'équipe de gériatrie,...).

2.8 Organisation de la formation et du soutien

Le personnel qui aura à utiliser ISAR devra le faire dans le respect des directives déjà exprimées (voir section 1). Pour atteindre cet objectif vous devez:

- ⇒ désigner une personne responsable de la formation et du soutien;
- ⇒ identifier les intervenants concernés (en incluant l'équipe de remplacement);
- ⇒ planifier les séances de formation (environ 2 heures);
- ⇒ élaborer un système de soutien du personnel pendant la phase d'implantation.

2.9 Évaluation et suivi

Finalement, le responsable du projet, en collaboration avec le comité d'implantation, doit prévoir des outils de suivi et apporter des correctifs si nécessaire. Pour ce faire, une grille vous est suggérée dans le tableau 4. Les indicateurs proposés dans cette grille concernent principalement les volumes d'utilisateurs et ce, à chaque étape du processus de dépistage.

Un tel suivi vous permet, entre autre, d'ajuster vos ressources au volume d'utilisateurs concernés par le processus de dépistage. À cet égard, il est souhaitable que ce suivi soit plus intensif durant les premiers mois de l'implantation.

Tableau 4
Indicateurs de suivi du processus de dépistage

Pour la clientèle cible Nombre de visites à l'urgence par la clientèle cible Raisons pour lesquelles le dépistage n'a pas été fait Nombre d'utilisateurs dépistés Nombre de résultats positifs
Pour ceux qui ont eu un résultat positif Nombre d'utilisateurs qui ont eu une évaluation clinique brève des besoins biopsychosociaux Raison pour laquelle l'évaluation n'a pas été complétée
Pour ceux qui ont eu une évaluation clinique brève des besoins biopsychosociaux Problèmes spécifiques identifiés Références spécifiques effectuées
Pour ceux qui ont eu une référence spécifique Types d'évaluation et de services prodigués par la référence

Tableau 5
Plan d'action spécifique

Objectif général: Implantation d'un mécanisme de dépistage de la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie à l'urgence.

<i>Objectifs spécifiques</i>	<i>Activités</i>	<i>Intervenants responsables</i>
Identifier un responsable de dossier	⇒ Élaborer un mandat clair ⇒ Désigner un cadre supérieur responsable du projet	
Former un comité interdisciplinaire	⇒ Identifier les membres du comité de travail ⇒ Élaborer un plan d'action intégrant les différentes étapes d'implantation suggérées	
Déterminer la clientèle cible	⇒ Consulter l'annexe 2 du présent document ⇒ Établir un lien entre la tâche et les ressources disponibles ⇒ Préciser à quel groupe ou sous-groupe de clients sera administré ISAR	
Identifier le seuil critique	⇒ Consulter l'annexe 2 du présent document ⇒ Établir un lien entre la tâche et les ressources disponibles ⇒ Préciser quel seuil critique sera utilisé lors de l'administration de ISAR	
S'arrimer avec les CLSC et les autres ressources communautaires	⇒ Identifier les services offerts ⇒ Élaborer les modalités de référence et les protocoles d'intervention	
Élaborer un processus de gestion	Identifier, pour chaque étape: ⇒ Le moment où elle doit se faire.	

Objectifs spécifiques	Activités	Intervenants responsables
<p>Identifier des ressources nécessaires</p> <p>Organiser la formation et le soutien</p> <p>Faire l'évaluation et le suivi</p>	<p>⇒ Les intervenants qui seront impliqués. ⇒ Les rôles et responsabilités de chaque intervenant impliqué.</p> <p>Selon le processus et la disponibilité des ressources, on doit prévoir des ressources pour:</p> <p>⇒ L'administration de ISAR ⇒ L'évaluation de l'usager ayant un dépistage positif ⇒ La liaison avec les autres établissements ou organismes.</p> <p>⇒ Désigner une personne responsable de la formation et du soutien ⇒ Identifier les intervenants concernés ⇒ Planifier les séances de formation ⇒ Élaborer un système de soutien du personnel pendant la phase d'implantation</p> <p>⇒ Prévoir des outils d'évaluation ⇒ Apporter les correctifs s'il y a lieu</p>	

Annexe 1
Outil ISAR

Outil ISAR (recto)

LOGO

A D R E S S O G R A P H E

Étape 2: Veuillez répondre par oui ou par non à chacune de ces questions

		À l'usage de l'hôpital seulement
1. Avant la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, aviez-vous besoin de quelqu'un pour vous aider sur une base régulière?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
2. Depuis la maladie ou l'incident qui vous a amené à l'urgence, avez-vous eu besoin de plus d'aide qu'à l'habitude pour prendre soin de vous?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
3. Avez-vous été hospitalisé(e) 1 nuit ou plus au cours des derniers 6 mois (excluant un séjour à l'urgence)?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
4. En général, voyez-vous bien?	<input type="checkbox"/> OUI	00
	<input type="checkbox"/> NON	01
5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00
6. Prenez-vous plus de 3 médicaments différents par jour?	<input type="checkbox"/> OUI	01
	<input type="checkbox"/> NON	00

Annexe 2

Choix d'un seuil critique

SEUIL CRITIQUE

Le seuil critique du score **ISAR** doit être choisi en tenant compte des critères suivants:

- ⇒ la proportion des usagers dépistés positifs
- ⇒ la sensibilité de l'outil
- ⇒ la valeur prédictive de l'outil

Ces critères permettent d'estimer approximativement:

- ⇒ la charge de travail associée au dépistage
- ⇒ la suffisance des ressources pour assumer la charge de travail qu'implique ce dépistage

Le tableau qui suit présente les résultats statistiques d'usagers qui ont été dépistés positifs, la sensibilité et la valeur prédictive de l'outil de dépistage **ISAR** pour 3 seuils critiques différents, pour les usagers âgés de 65 ans et plus. Ce tableau devrait être très utile dans le choix du seuil critique qui convient le mieux à votre établissement, à la disponibilité de ses ressources, à la clientèle visée, de même qu'au type de dépistage que vous désirez effectuer.

DÉPISTAGE POSITIF

Seuil critique	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	51	75	51
3 points ou +	27	48	60
4 points ou +	12	25	70

⇒ Qu'est-ce que le dépistage positif?

Il s'agit de la proportion (%) d'usagers dont le score atteindra ou dépassera le seuil critique, divisé par le nombre total des usagers de l'urgence âgés de 65 ans à qui l'outil **ISAR** sera administré.

Chez les usagers de 65 ans et plus se présentant à l'urgence de votre hôpital chaque jour, le seuil critique pourrait être fixé à 2 points ou plus, ce qui impliquerait qu'environ 51% des usagers auraient un dépistage positif, c'est-à-dire un résultat de 2 points ou plus.

Ainsi, si 100 usagers de 65 ans et plus se présentent chaque jour à l'urgence de votre hôpital et reçoivent l'outil **ISAR**, on peut s'attendre à ce qu'environ 51 usagers aient un résultat positif à **ISAR**, soit un score de 2 points ou plus.

Si le seuil critique était fixé à 3 points ou plus, alors sur 100 usagers qui se présentent à l'urgence chaque jour et reçoivent le questionnaire **ISAR**, on peut s'attendre à ce qu'environ 27 usagers aient un dépistage positif.

Le taux de dépistage positif ou la quantité d'usagers dépistés comme étant à risque élevé diminue avec l'augmentation du seuil critique.

SENSIBILITÉ

Seuil critique	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	51	75	51
3 points ou +	27	48	60
4 points ou +	12	25	70

⇒ **Qu'est-ce que la sensibilité?**

Il s'agit de la proportion (%) des usagers ayant été dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie (vrais positifs), parmi l'ensemble des usagers qui développeront une perte d'autonomie et ayant complété l'outil de dépistage.

Pour un seuil critique fixé à 2 points ou plus chez une population de 65 ans ou plus, 75% des usagers qui se présentent à l'urgence de votre hôpital et qui développeront une perte d'autonomie auraient été dépistés positifs (vrais positifs). Cependant, 25% des usagers qui se présentent à l'urgence et qui développeront une perte d'autonomie auraient été dépistés négatifs (faux négatifs).

Plus le seuil critique augmente (3, 4 points,...), plus la sensibilité de l'outil diminue, c'est-à-dire que la proportion (%) de faux négatifs (usagers qui développeront une perte d'autonomie, mais non dépistés par l'outil étant donné un seuil critique élevé) sera plus grande, alors que la proportion (%) de vrais positifs (usagers dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie) sera moindre.

VALEUR PRÉDICTIVE

Seuil critique	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	51	75	51
3 points ou +	27	48	60
4 points ou +	12	25	70

⇒ **Qu'est-ce que la valeur prédictive?**

Il s'agit de la proportion (%) des usagers ayant été dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie (vrais positifs) parmi l'ensemble des usagers ayant obtenu un dépistage positif.

Pour un seuil critique fixé à 2 points ou plus pour une clientèle de 65 ans et plus, on peut s'attendre à ce qu'environ 51% des usagers ayant été dépistés positifs à l'urgence de votre hôpital développeront une perte d'autonomie (vrais positifs). Et donc, environ 49% des usagers dépistés positifs ne développeront pas de perte d'autonomie (faux positifs).

Plus le seuil critique augmente (3, 4 points,...), plus la valeur prédictive augmente, c'est-à-dire que la proportion (%) de vrais positifs (usagers dépistés positifs et qui développeront une perte d'autonomie) sera plus grande, tandis que le nombre de faux positifs (usagers dépistés positifs, mais qui ne développeront pas de perte d'autonomie) sera moindre.

EN RÉSUMÉ:

Le choix d'un seuil critique s'avère une décision importante. Un seuil critique élevé pour le dépistage des personnes âgées signifie que le nombre d'individus dépistés positifs sera moindre, mais qu'une plus grande proportion (%) d'entre eux développeront une perte d'autonomie sans avoir été identifiés à risque élevé.

Les tableaux suivants présentent les mêmes renseignements statistiques sur la performance de l'outil de dépistage ISAR pour différentes sous-populations.

75 ANS OU PLUS

Seuil critique de ISAR	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	59	78	56
3 points ou +	33	51	64
4 points ou +	16	27	74

65 ANS OU PLUS, AYANT OBTENU LEUR CONGÉ DE L'URGENCE

Seuil critique de ISAR	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	46	74	43
3 points ou +	22	44	53
4 points ou +	10	24	66

65 ANS OU PLUS, ADMIS À L'HÔPITAL

Seuil critique de ISAR	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	63	77	62
3 points ou +	39	53	69
4 points ou +	18	27	74

65 ANS OU PLUS, ARRIVÉS PAR AMBULANCE

Seuil critique de ISAR	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	69	83	66
3 points ou +	41	59	78
4 points ou +	22	35	86

65 ANS OU PLUS, AMBULANTS

Seuil critique de ISAR	Dépistage positif (%)	Sensibilité (%)	Valeur prédictive (%)
2 points ou +	46	70	42
3 points ou +	24	41	50
4 points ou +	10	20	57

Annexe 3
Mises en situation

MISES EN SITUATION

Les histoires de cas qui suivent ont été inventées dans le but d'illustrer le processus de dépistage. Elles peuvent être utiles pour le personnel de formation. Dans les mises en situation suivantes, le seuil critique est établi à 2 et plus.

Mise en situation 1

Mlle Young âgée de 67 ans, arrive à l'urgence par ambulance après une chute.

Dépistage

Mlle Young est orientée dans le temps et l'espace mais à cause de problèmes visuels, elle n'est pas capable de compléter le questionnaire de dépistage elle-même. Le score du dépistage est de 3, basé sur les questions suivantes: 1 (besoin d'aide), 2 (perte d'autonomie), et 4 (faible vision). Mlle Young est donc dépistée positive et est possiblement à risque de développer une perte d'autonomie.

Évaluation clinique

Mlle Young a été retrouvée par son voisin, après que celui-ci l'ait entendu crier à l'aide. Elle était tombée et gisait sur le plancher depuis plusieurs jours sans être capable de bouger. Mlle Young demeurait avec un compagnon jusqu'à tout récemment quand ce dernier a dû être hospitalisé. Depuis ce temps, elle a beaucoup de difficulté à demeurer seule, puisque son compagnon s'occupait habituellement de toutes les tâches domestiques (repas, ménage, épicerie).

A l'examen physique, il est noté que Mlle Young souffre de cataractes aux deux yeux et est cliniquement aveugle. Elle est en attente d'une chirurgie oculaire. De plus, son hygiène personnelle est très négligée, et elle a une plaie de pression sur une fesse et sur la cuisse gauche, résultant de son immobilité prolongée sur le plancher. Le personnel de l'urgence décide de l'admettre étant donné son état clinique instable.

Discussion:

Il s'agit d'un cas où le dépistage **ISAR** est **positif** chez une personne admise à **l'hôpital**. Un suivi par le travailleur social ou l'infirmière de liaison durant l'hospitalisation est suggéré, pour évaluation. Il sera important de planifier, soit un retour à domicile avec l'aide du CLSC via le guichet unique, soit l'hébergement temporaire (répit), dépendamment de la situation de la patiente et de son compagnon.

Mise en situation 2

M. Lanctôt, âgé de 69 ans, est amené à l'urgence par sa femme avec une toux persistante.

Dépistage

Le score de **ISAR**, que M. Lanctôt a complété lui-même, est de 3 réponses positives aux questions 2 (perte d'autonomie), 3 (hospitalisation de plus de 1 nuit durant les 6 mois qui

précédent), et 6 (prenant plus de 3 médicaments). M. Lanctôt est dépisté positif et il y a risque de développer des résultats négatifs.

Évaluation clinique

M. Lanctôt est angineux, mais son état est stable et le traitement médical est optimal. Il demeure avec sa femme qui compense très bien pour les difficultés de M. Lanctôt. Il a été hospitalisé pour 2 jours, il y a 4 mois, pour une infection des voies respiratoires avec une détérioration de son état général; il présente à nouveau les mêmes symptômes depuis environ 1 semaine. Le diagnostic effectué à l'urgence démontre une sinusite. Le patient reçoit son congé avec antibiothérapie à domicile. Un suivi par son médecin de famille est suggéré.

Discussion

Il s'agit ici d'un cas où le dépistage **ISAR** est **positif** chez une personne ayant son **congé** de l'urgence. Il est suggéré qu'un intervenant de l'urgence attiré (infirmière de liaison, service social ou autre) soit impliqué dans ce cas. Il semble donc que M. Lanctôt ait les ressources adéquates pour répondre à sa perte d'autonomie récente. Un suivi par son médecin de famille semble approprié: une visite dans les 48 heures pourrait être planifiée. Aucune autre démarche n'est faite.

Mise en situation 3

Mme Bellevue, 78 ans, se présente à l'urgence avec douleur lombaire légère.

Dépistage

Le score d'**ISAR**, complété par Mme Bellevue, est de 2 réponses positives aux questions 2 (perte d'autonomie), 4 (faible vision). Mme Bellevue est dépistée positive et peut être à risque de perte d'autonomie.

Évaluation clinique

Mme Bellevue était autonome à domicile jusqu'à ce qu'elle développe cette douleur lombaire, malaise qui la limite dans ses transferts et ralentit sa démarche. Elle a peu de soutien familial, et ne reçoit pas d'aide du CLSC. Suite à l'examen physique et les tests radiologiques effectués à l'urgence, une fracture ostéoporotique de L4 (4 ième vertèbre lombaire) est diagnostiquée. Le congé est signé, avec prescriptions d'analgésiques et des recommandations quant aux activités permises.

Discussion

Il s'agit ici d'un cas où le dépistage **ISAR** est **positif** chez une personne ayant **congé** de l'urgence. Il est suggéré qu'un intervenant de l'urgence attiré (infirmière de liaison, service social ou autre) soit impliqué dans ce cas. Cet intervenant pourra communiquer avec le CLSC pour une évaluation des besoins de services de Mme Bellevue, ou faire les références à d'autres services appropriés (service de réhabilitation, hôpital de jour, cliniques externes, relance du médecin traitant, etc.).

Annexe 2

**Le plan d'intervention multi/interdisciplinaire
en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés**

**LE PLAN D'INTERVENTION MULTI / INTERDISCIPLINAIRE
en Centre Hospitalier de soins généraux et spécialisés**

**par
Louise Bélanger en collaboration
avec des intervenants et gestionnaires oeuvrant en CHSGS**

**Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre
Direction de la programmation et coordination
Services multiclientèles de courte durée**

Juin 1998

Table des matières

	Page
INTRODUCTION	
DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE	4
Les objectifs visés	5
La clientèle cible	5
La composition de l'équipe multi / interdisciplinaire	5
Les modalités d'utilisation de l'instrument de travail	6
Les étapes du processus d'élaboration du plan d'intervention	8
La démarche d'implantation dans l'organisation	11
ANNEXE	
1 Le plan d'intervention multi / interdisciplinaire	
2 Un exemple de plan d'intervention multi / indisciplinaire complété	

INTRODUCTION

L'élaboration d'un plan d'intervention individualisé, fait selon une approche interdisciplinaire, est un des moyens permettant d'offrir aux personnes âgées des services adaptés à leurs besoins. Dans le cadre des activités de mise en oeuvre du concept "Guichet unique", à l'intérieur du processus de gestion des services proposé au CHSGS, le plan d'intervention individualisé est spécifiquement suggéré.

À cet égard, certains CHSGS ont exprimé le besoin de concevoir un instrument adapté à leur réalité. Un comité de travail représentant six (6) établissements s'est penché sur cette demande. Vous retrouvez, dans ce document, les résultats de leurs travaux. Une description de la démarche du comité de travail, un instrument de travail (voir annexe 1) et les modalités d'utilisation de celui-ci vous sont présentés dans les pages qui suivent.

Le présent document se veut un guide pour les gestionnaires et les intervenants oeuvrant en CHSGS. Nous vous encourageons à adapter le contenu à votre réalité locale.

DESCRIPTION DE LA DÉMARCHE

L'élaboration de ce document s'est échelonnée sur une période de 12 mois. C'est en novembre 1996 qu'un comité de travail a été créé avec le mandat d'élaborer un modèle de plan d'intervention interdisciplinaire utilisable sur une unité de soins de courte durée en CHSGS. Ce comité était composé de:

Louise Bélanger, Conseillère au service multicientèle de courte durée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

Sylvie St-Laurent Infirmière-chef spécialisée en gériatrie, Hôpital Sacré-Coeur de Montréal

Lisette Corriveau Coordinatrice des services gériatriques, Hôpital Jean-Talon

Emma Monaco Infirmière clinicienne, Hôpital général de Montréal

Lise Archambault Infirmière-chef spécialisée en gériatrie, C.H. Angrignon, Pavillon Verdun

Louise Roy Directrice adjointe à la D.S.I, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Denise Landry Infirmière de liaison, Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Pavillon Notre Dame

Mesdames Irène Loiselle et Danielle Mailloux Poirier du Centre hospitalier de l'Université de Montréal et Louise Lafontaine de Maisonneuve-Rosemont ont participé aux travaux du comité.

Après avoir conçu l'instrument et les modalités d'utilisation de ce dernier, une expérimentation de ceux-ci a eu lieu dans deux(2) CHSGS, sur une période d'environ 6 semaines. À la suite de cette expérimentation, les documents initiaux ont fait l'objet de certaines corrections. La version finale du document a été validée par les membres du comité de travail.

Les objectifs visés

Mettre en place, pour la clientèle âgée hospitalisée, une approche systématique, précoce et globale permettant **d'optimiser la durée de séjour** dans l'établissement.

1. Favoriser la mise en place d'une approche intégrée de soins et de services avec les intervenants des disciplines impliquées auprès de la clientèle cible.
2. Responsabiliser les intervenants face à la clientèle âgée à risque ou en perte d'autonomie.
3. Standardiser les informations et les étapes nécessaires à la démarche d'élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire.
4. Favoriser la continuité des soins entre les différents services de l'établissement et en post-hospitalisation.

La clientèle cible

Les personnes âgées de 65 ans et plus, ou ayant un profil gériatrique, dépistées à risque de perte d'autonomie et hospitalisées sur une unité de soins de courte durée.

La composition de l'équipe multi / interdisciplinaire

L'équipe permanente doit, minimalement, être composée de:

- ☞ L'infirmier(ère) soignant(e) ou assistant(e) de l'unité
- ☞ Le médecin traitant
- ☞ L'infirmier(ère) spécialisé(e) en gériatrie (liaison, clinicienne ou de l'équipe de gériatrie,...) et/ou
- ☞ Le/la travailleur(euse) social(e)

Certains intervenants peuvent, au besoin, se greffer à l'équipe permanente. Ces intervenants sont:

- ☞ Le médecin consultant en gériatrie
- ☞ L'ergothérapeute
- ☞ Le/la physiothérapeute
- ☞ Le/la nutritionniste
- ☞ Le/la pharmacien(ne)
- ☞ Le/la psychogériatre / psychiatre
- ☞ Autres spécialistes...

Les modalités d'utilisation de l'instrument de travail

Voici une description de chaque section de l'instrument de travail suggéré pour élaborer le plan d'intervention (document en annexe) et les modalités d'utilisation de celui-ci.

Diagnostic(s) significatif(s) / Raison(s) d'admission

Liste des diagnostics ou des symptômes ayant une influence sur la perte d'autonomie actuelle et sur le maintien ou l'amélioration de l'autonomie projetée.

Profil global

Cette section est complétée avec l'aide des évaluations et des opinions de chaque professionnel impliqué dans le dossier. Ceci se fait en collaboration avec l'usager et ses proches. Elle représente la **synthèse de l'état actuel** de l'usager et aide à élaborer le plan d'intervention comme tel.

On doit, pour chaque élément de cette liste, identifier l'autonomie (ou l'adéquation), la non autonomie (ou l'inadéquation), la compensation et le potentiel d'amélioration. Les éléments identifiés comme ayant un "potentiel d'amélioration" sont les priorités d'intervention et ceux à considérer dans l'élaboration du plan d'intervention. Une description de chaque élément du "Profil global" est fourni dans le tableau 1.

La section identifiée "Conditions essentielles au retour à domicile / Informations complémentaires" doit être utilisée pour ajouter des détails concernant l'état de l'usager principalement en regard des éléments du profil qui sont identifiés comme étant "À améliorer". Étant donné que vous n'aurez probablement pas des détails à fournir pour chacun des éléments, vous pouvez utiliser plus d'une ligne pour certains éléments (voir exemple en annexe).

Au bas du profil global, une section est prévue pour identifier les professionnels impliqués dans la démarche. Une autre section permet de signifier l'accord de l'usager et de ses proches en regard de l'approche thérapeutique et des mesures entreprises en vue du congé. Avant de répondre à cette question, certaines étapes s'imposent:

- ☞ L'usager et ses proches doivent être informés et impliqués dans la démarche.
- ☞ Leurs attentes doivent être exprimées de façon précoce.

Ces précautions permettent d'évaluer, de façon précise, les besoins de l'usager en évitant de les surestimer ou de les sous-estimer. De plus, elles peuvent nous **éviter des conflits** en cours de processus **et des retards imprévus**.

Le plan d'intervention

Le plan d'intervention est élaboré avec l'aide des priorités d'intervention identifiées précédemment. Il comprend, pour chaque objectif ou priorité d'intervention, la date, le numéro de l'objectif, la/les personne(s) responsable(s), l'évaluation (atteint ou non atteint) ainsi qu'une section pour les commentaires/suivi et pour les initiales des intervenants.

Tableau 1

Description des éléments du profil global de l'utilisateur

Langage	Il communique par des mots compréhensibles, par gestes ou par écrit.
Audition	Il entend bien avec ou sans appareil.
Vision	Il voit bien avec ou sans verres correcteurs.
État cognitif	Il fonctionne bien sur le plan cognitif (mémoire, jugement, auto-critique)
État nutritionnel	Le bilan est optimal.
Logement	Le milieu est adapté et sécuritaire.
Famille / Entourage	Des personnes entretiennent un support moral et une aide concrète de façon régulière et satisfaisante pour les besoins de la personne.
Services en place	Il reçoit tous les services dont il a besoin (CLSC, organismes communautaires).
Motivation	Il participe activement à ses soins.
Hygiène	Il initie et complète seul son hygiène du corps, cheveux, ongles et barbe.
Élimination	Il est continent et fait l'activité seul.
Alimentation	Il mange seul.
Médication	Il connaît sa médication, la prend seul et est compliant.
Repos / Sommeil	Il décide lui-même des moments où il veut se reposer ou dormir et le fait seul.
Habillement	Il s'habille seul.
A.V.D.	Il planifie et fait seul l'épicerie, le budget, les repas et l'entretien ménager.
Mobilité	Il exécute ses transferts seul, il circule seul avec ou sans aide mécanique. Il peut monter et descendre les escaliers.

Le plan d'intervention élaboré doit refléter le ou les objectifs visés par l'utilisateur et ses proches. De plus, ces objectifs doivent être communs à tous les intervenants impliqués. Le numéro de l'objectif peut être utilisé lors d'un suivi; ceci vous évite d'avoir à retranscrire l'objectif (voir exemple en annexe).

Le plan de congé

Cette section permet d'identifier l'orientation suite au congé et la date de celui-ci. De plus, elle sert de rappel pour certains éléments à considérer lors du congé; le transport, les ressources impliquées, les références ou consultations faites ou à faire, les équipements ou adaptations requises, l'enseignement ou les informations à donner et les documents complémentaires à obtenir ou à fournir.

Les étapes du processus d'élaboration du plan d'intervention

Afin d'intégrer le plan d'intervention dans le fonctionnement d'un service nous vous suggérons, dans le tableau 2, les étapes du processus. Voici une brève description de chacune d'elles:

Dépistage de la clientèle à risque ou en perte d'autonomie

Activité qui permet de cibler la clientèle pour qui l'élaboration d'un plan d'intervention multidisciplinaire ou interdisciplinaire est nécessaire.

Identification des problèmes

Survol des problèmes, besoins et attentes de l'utilisateur et de ses proches (voir section sur le "Profil global").

Identification des intervenants requis

Selon la problématique qui ressort de l'étape précédente, identification des professionnels requis pour compléter l'évaluation et répondre aux besoins de l'utilisateur.

Élaboration du plan d'intervention

Avec l'aide des évaluations de chaque professionnel et des attentes de l'utilisateur et de ses proches, élaboration d'un plan d'intervention dans lequel on retrouve des objectifs communs à tous les intervenants impliqués.

Pour cette étape, deux(2) approches sont suggérées (voir description de chacune des approches dans le tableau 3). C'est la complexité de la problématique observée qui influence le choix de l'une ou l'autre.

Congé dans un délai optimal

L'objectif ultime de l'ensemble du processus suggéré.

Tableau 2
Les étapes du processus

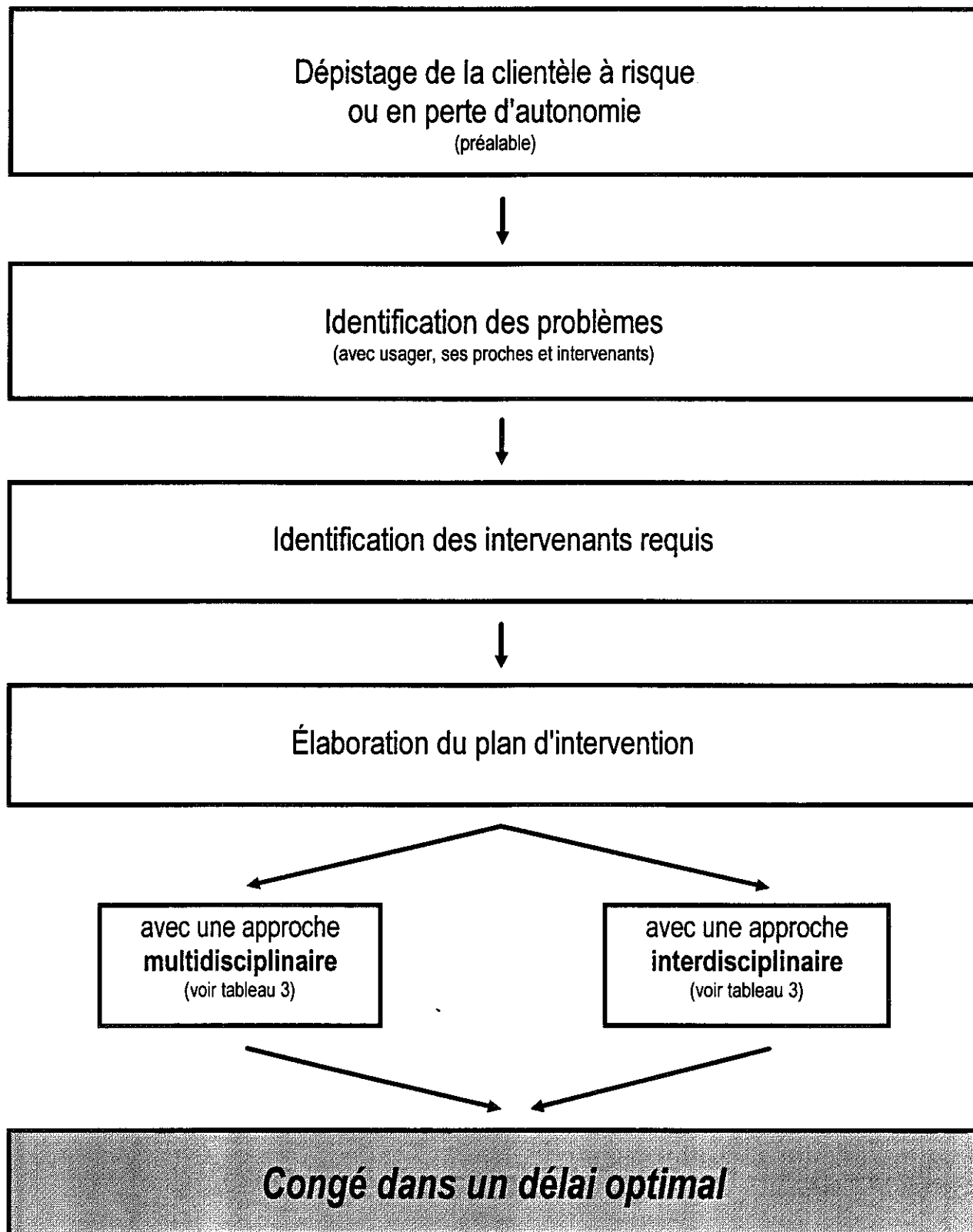


Tableau 3

Types de collaboration professionnelle

Une approche multidisciplinaire	Une approche interdisciplinaire
<p>Type de collaboration professionnelle où un intervenant agit comme intermédiaire en planifiant un plan d'intervention qui regroupe les évaluations et les activités de l'ensemble des professionnels impliqués. Dans ce type de fonctionnement, une rencontre d'équipe n'est pas toujours nécessaire. La mise en place de cette approche passe par les étapes suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Évaluation de l'utilisateur faite par chaque professionnel. 2. Élaboration du plan d'intervention, par un intervenant, en tenant compte des évaluations de chaque professionnel et des attentes de l'utilisateur et de ses proches. 3. Diffusion du plan d'intervention aux professionnels concernés. 4. Mise en oeuvre du plan d'intervention. 5. Suivi et évaluation du plan d'intervention. <p>Cette approche est utile pour les usagers chez lesquels on observe une problématique pouvant influencer, à la hausse, la durée de séjour. La complexité de la situation ne nécessite pas une mise en commun formelle en équipe. Des activités de collaboration et de coordination sont cependant nécessaires.</p>	<p>Type de collaboration professionnelle qui demande une mise en commun des évaluations de chaque professionnel afin d'avoir une connaissance commune et précise de la problématique pour élaborer le plan d'intervention. Dans ce type de fonctionnement, des rencontres de l'équipe sont nécessaires. La mise en place de cette approche passe par les étapes suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planification de la rencontre de l'équipe (identification de la date, convocation des intervenants et des proches,...) 2. Évaluation de l'utilisateur faite par chaque professionnel 3. Rencontre de l'équipe (mise en commun des évaluations, analyse et élaboration des objectifs communs,...) 4. Mise en oeuvre du plan d'intervention 5. Suivi et évaluation du plan d'intervention <p>Cette approche est utile pour des usagers chez lesquels on observe une problématique qui peut influencer, à la hausse, la durée de séjour. La complexité de la situation est telle qu'elle nécessite une mise en commun et un processus de résolution de problèmes en équipe. Un intervenant ne peut, à lui seul, élaborer le plan d'intervention.</p>

La démarche d'implantation dans l'organisation

Dans le tableau 4, nous vous suggérons un modèle de plan d'action pour la mise en place du plan d'intervention dans votre organisation. Les activités suggérées sont organisées autour de trois (3) objectifs spécifiques soit: l'appropriation de l'outil comme tel, l'implantation, l'évaluation et le suivi. Le contenu de ce tableau s'inspire des essais qui ont eu lieu aux centres hospitaliers Sacré-Coeur et Jean-Talon.

Tableau 4
Plan d'action

Objectif général: Implantation du plan d'intervention multi / interdisciplinaire sur l'ensemble des unités de soins de courte durée

Objectifs spécifiques	Activités
Appropriation de l'outil de travail proposé	<p>Créer un comité de travail représentatif de l'ensemble des professionnels concernés.</p> <p>Présenter le modèle proposé et son guide d'utilisation.</p> <p>Faire les modifications suggérées par le comité.</p>
Implantation du plan d'intervention élaboré	<p>Préparer un échéancier d'implantation.</p> <p>Prévoir des séances d'information et de formation pour les équipes concernées.</p> <p>Offrir du soutien ponctuel en cours d'implantation.</p>
Faire l'évaluation et le suivi de l'implantation	<p>Prévoir des séances d'évaluation du processus et des résultats avec les équipes concernées.</p> <p>Faire les ajustements requis.</p>

Annexe 1

Le plan d'intervention multi / interdisciplinaire

PLAN D'INTERVENTION MULTI / INTERDISCIPLINAIRE

Date d'admission: _____

Durée de séjour prévue: _____

Diagnostic(s) significatif(s) / Raisons d'admission

Profil global

Ressources / Fonctionnement	Autonome / adéquat	Non autonome / inadéquat	Compensé	A améliorer	Conditions essentielles au retour à domicile / Informations complémentaires
1. Langage					
2. Audition					
3. Vision					
4. État cognitif					
5. État nutritionnel					
6. Logement					
7. Famille / Entourage					
8. Services en place					
9. Hygiène					
10. Élimination					
11. Alimentation					
12. Médication					
13. Repos et sommeil					
14. Habillement					
15. A.V.D.					
16. Mobilité					

Intervenants impliqués:	Médecin traitant <input type="checkbox"/>	Infirmier(ère) <input type="checkbox"/>	Travailleur(se) social(e) <input type="checkbox"/>
Gériatre <input type="checkbox"/>	Nutritionniste <input type="checkbox"/>	Autres <input type="checkbox"/>	Spécifiez: _____
Ergothérapeute <input type="checkbox"/>	Pharmacien(ne) <input type="checkbox"/>		_____
Physiothérapeute <input type="checkbox"/>	Psychogériatre / psychiatre <input type="checkbox"/>		_____

Usager et / ou famille (aidants naturels) au courant et d'accord avec l'approche thérapeutique et les mesures entreprises en vue du congé. Oui Non

Complété par :

le :

fonction :

Annexe 2

**Un exemple de plan d'intervention multi / interdisciplinaire
complété**

PLAN D'INTERVENTION MULTI / INTERDISCIPLINAIRE

Adressographe

Date d'admission: 97-10-21

Durée de séjour prévue: 5 jours

Diagnostic(s) significatif(s) / Raison(s) d'admission

Douleurs abdominales importantes, investigation de néoplasie, diabétique, confusion

Profil global

Ressources / Fonctionnement	Autonome / adéquat	Non autonome / inadéquat	Compensé	A améliorer	Conditions essentielles au retour à domicile / Informations complémentaires
1. Langage	X				
2. Audition	X				
3. Vision			X		
4. État cognitif		X		X	4. Comportements perturbateurs. Agressivité et cris (surtout le soir depuis 2 semaines).
5. État nutritionnel	X				
6. Logement		X		X	6. Demeure au 2e étage avec son épouse.
7. Famille / Entourage		X		X	Marches extérieures
8. Services en place		X		X	7. N'a qu'une fille qui demeure à Mont-Laurier.
9. Motivation			X		Conjointe épuisée
10. Hygiène			X		8. Aide du CLSC pour le bain 1 fs/sem. À réévaluer.
11. Élimination	X				CLSC contacté et attend résultats des évaluations
12. Alimentation	X				
13. Médication			X		
14. Repos et sommeil		X		X	14. Insomnie par périodes. Dort régulièrement dans son fauteuil le jour
15. Habillement			X		
16. A.V.D.			X		
17. Mobilité		X		X	17. Démarche laborieuse. Risque de chutes.

Intervenants impliqués:		Médecin traitant	<input checked="" type="checkbox"/>	Infirmier(ère)	<input checked="" type="checkbox"/>	Travailleur(se) social(e)	<input checked="" type="checkbox"/>
Gérialre	<input type="checkbox"/>	Nutritionniste	<input type="checkbox"/>	Autres	<input type="checkbox"/>	Spécifiez: _____	
Ergothérapeute	<input checked="" type="checkbox"/>	Pharmacien(ne)	<input type="checkbox"/>				
Physiothérapeute	<input checked="" type="checkbox"/>	Psychogériatre / psychiatre	<input type="checkbox"/>				

Usager et / ou famille (aidants naturels) au courant et d'accord avec l'approche thérapeutique et les mesures entreprises en vue du congé. *Épouse impliquée dans le PII* Oui Non

Complété par : G. Leclaire le: 97-10-23 fonction: Infirmière

Plan d'intervention

Date	# obj.	Objectifs / Priorités d'intervention	Resp.	Atteint Non atteint	Commentaires / suivi	Init.
23 oct.	1	Identifier les capacités fonctionnelles et cognitives et le potentiel d'amélioration.	Ergo Phys.	x	Processus en cours	LB SS
23 oct.	2	Identifier la cause des douleurs abdominales.	MD	x	Divers examens prévus pour les 2 prochains jours.	MB
23 oct.	3	Identifier les ressources familiales et communautaires disponibles pour supporter le retour à domicile.	T.S	x	Rencontre avec la conjointe prévue le 26 octobre. CLSC a été contacté pour identifier les services possibles.	JK
25 oct.	1				Évaluations complétées. Besoin d'une marchette et d'aide pour les escaliers. Rapport mis au dossier.	LB SS
25 oct.	2				Constipation. Traitement efficace. Nutritionniste demandée pour revoir diète avec la conjointe.	MB
26 oct.	3				Gardiennage prévu 2 fs/sem. Référence au Centre de jour faite par le CLSC	JK
26 oct.	4	Adapter le logement aux capacités fonctionnelles de Monsieur		x	CLSC fera le suivi.	JK

Init. LB	Signature Lise Bertrand	Init. MB	Signature Michel Berbier
SS	Sonia Sauvé	JK	Jean Kirouac

Plan de congé

Orientation au congé: Domicile avec services	Date du congé: 26 octobre 1997
Transport: Taxi avec conjointe	Équipement / adaptation: Location d'une marchette
Ressources impliquées: CLSC	Enseignement / informations: Suivi de la diète
Références / consultation: CLSC, Centre de jour	Documents complémentaires: Diète, Rapport ergo. et physio.
Rendez-vous: Clinique de gériatrie dans 1 mois	

Complété par : Jeanne Kirouac le: 26 octobre 1997 fonction: Travailleuse sociale