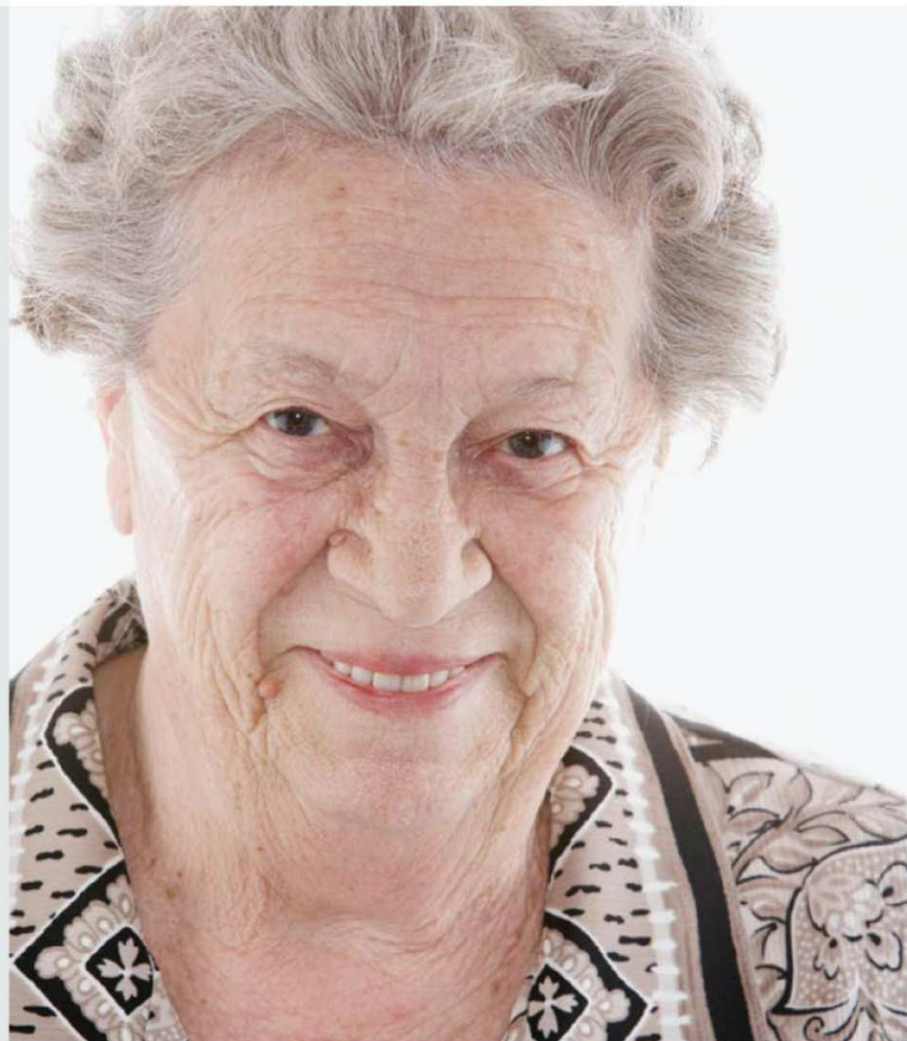


Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie



Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie



Le Repérage de la clientèle âgée en perte d'autonomie est une production de la Direction des ressources humaines, de l'information et de la planification de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3725, rue Saint-Denis
Montréal (Québec) H2X 3L9
514 286-6500
www.santemontreal.qc.ca

Coordination

Liette Bernier et Michèle Bérubé

Rédaction

Yanick Jodoin, M.D., M.A.P.

Notes

- Dans ce document, l'emploi du masculin générique désigne aussi bien les femmes que les hommes et est utilisé dans le seul but d'alléger le texte.
- Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

Ce document est disponible :

- À l'Agence : 514 286-5604
- À la section Documentation du site Web de l'Agence :
www.santemontreal.qc.ca

© Agence de la santé et des services sociaux, décembre 2008

ISBN 978-2-89510-568-8 (version imprimée)

ISBN 978-2-89510-569-5 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008

TABLE DES MATIÈRES

| | Page |
|---|------|
| LEXIQUE | II |
| PARTICIPANTS | III |
| 1. DÉFINITION DU REPÉRAGE..... | 1 |
| 2. OBJECTIFS DU REPÉRAGE ET DU SUIVI ASSOCIÉ..... | 1 |
| 3. OUTILS DE REPÉRAGE ET LEURS CARACTÉRISTIQUES | 2 |
| 4. CHOIX DE L'OUTIL DE REPÉRAGE, DU SCORE SEUIL ET DE LA CLIENTÈLE CIBLE..... | 3 |
| 5. ADMINISTRATION DE L'OUTIL | 4 |
| 6. LIEUX D'UTILISATION..... | 5 |
| 7. ÉVALUATION BRÈVE DES PATIENTS POSITIFS | 6 |
| 8. SUIVI ET RÉFÉRENCE DES PATIENTS EN BESOIN DE SERVICE..... | 7 |
| 9. IMPLANTATION DU REPÉRAGE | 8 |
| RÉFÉRENCES..... | 9 |
| ANNEXE 1 : PLAN D'IMPLANTATION | 13 |
| ANNEXE 2 : LES OUTILS | 17 |
| ANNEXE 3 : DÉFINITIONS RELATIVES AUX OUTILS DE REPÉRAGE | 33 |

Lexique

| | |
|--------|---|
| Agence | <i>Agence de la santé et des services sociaux de Montréal</i> |
| AVD | <i>Activité de la vie domestique</i> |
| AVQ | <i>Activité de la vie quotidienne</i> |
| CH | <i>Centre hospitalier</i> |
| CSSS | <i>Centre de santé et de services sociaux</i> |
| GMF | <i>Groupe de médecine de famille</i> |
| ISAR | <i>Identification systématique des aînés à risque</i> |
| NAM | <i>Numéro d'assurance maladie</i> |
| PALV | <i>Perte d'autonomie liée au vieillissement</i> |
| PRISMA | <i>Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie</i> |
| RSIPA | <i>Réseau de services intégrés pour personnes âgées</i> |
| SAD | <i>Soutien à domicile</i> |
| SMAF | <i>Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle</i> |

Participants

Nous tenons à remercier les membres des sous-comités Harmonisation PALV et des services gériatriques en centre hospitalier pour leur contribution à ce contenu.

| | |
|---------------------|--|
| Anabelle Fréchette | Hôpital Maisonneuve-Rosemont |
| Alyson Turner | CH Royal Victoria CUSM |
| Christine Touchette | CSSS de l'Ouest de l'Île |
| Danièle Brassard | CSSS Bordeaux-Cartierville Saint-Laurent |
| Isabelle Yelle | CSSS d'Ahuntsic et Montréal-Nord |
| Martine Cloutier | CSSS Jeanne-Mance |
| Pierrette Rolland | Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal |
| Yanick Jodoin | Agence de la santé et des services sociaux de Montréal |

1. Définition du repérage

Dans le continuum de services Perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), le repérage est une activité qui vise l'identification précoce des personnes âgées vulnérables en perte d'autonomie ou à risque de l'être ¹.

- La valeur de cette activité est tributaire des possibilités d'intervention qui sont disponibles après celle-ci.

2. Objectifs du repérage et du suivi associé

Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie est l'une des activités planifiées au sein des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA).

Les objectifs associés à cette activité sont :

- Identifier les personnes âgées nécessitant une évaluation de leur autonomie ;
- Assurer un suivi à la personne identifiée aux fins de :
 - Prévenir par une intervention précoce une détérioration de son autonomie ;
 - Identifier les services qu'elle requiert afin de récupérer ses capacités et de compenser ses incapacités et de l'y orienter (ex. : réadaptation, soutien à domicile), etc.) ;
 - Utiliser les services requis les plus efficaces et les plus efficients ;
 - Éviter un épuisement de ses proches-aidants.

¹ Comme présenté plus loin, l'outil PRISMA identifie les personnes actuellement en perte d'autonomie, tandis que le questionnaire ISAR identifie les personnes actuellement en perte d'autonomie et celles qui sont à risque de le devenir dans les six prochains mois.

3. Outils de repérage et leurs caractéristiques

Les questionnaires de repérage ne sont pas des outils diagnostiques de la perte d'autonomie ou des outils de priorisation. Ils décèlent les personnes nécessitant une évaluation de leur autonomie.

Les deux outils de repérage de la perte d'autonomie les plus utilisés dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec sont ISAR et PRISMA-7 (Annexe 2).

| Outil | ISAR | PRISMA-7 |
|---------------------|---|--|
| Nombre de questions | 6 | 7 |
| Identification | Les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave ² , les personnes avec des symptômes dépressifs et les personnes âgées à risque dans les prochains six mois de subir : <ol style="list-style-type: none"> 1. une diminution significative de l'autonomie fonctionnelle 2. une institutionnalisation 3. un retour à la salle d'urgence 4. une hospitalisation 5. un décès | Les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave ³ |
| Clientèle possible | Les personnes de 65 ans et plus non hébergées | Les personnes de 65 ans et plus non hébergées |
| Lieu | La salle d'urgence et possiblement les unités de soins ⁴ | Les structures d'accueil des CSSS, les milieux hospitaliers ⁴ , les cabinets médicaux et autres |
| Répondant | La personne âgée ou un proche | La personne âgée ou un proche |
| Mode | Auto administré ou administré en direct | Auto administré, administré en direct ou par téléphone |
| Coût | Peu (ressources nécessaires selon clientèle et score seuil choisis) | |

² Dépendance partielle/complète dans trois activités de la vie quotidienne (AVQ) ou plus.

³ SMAF ≤ -15.

⁴ ISAR et PRISMA n'ont pas spécifiquement été validés pour prédire la perte d'autonomie intrahospitalière.

| Exemples de score seuil ⁵ | | | | |
|--------------------------------------|------|------|----------|------|
| | ISAR | | PRISMA-7 | |
| Score-seuil | 2+ | 3+ | 3+ | 4+ |
| Repérage positif | 51 % | 27 % | 36 % | 19 % |
| Validité | | | | |
| ▪ Sensibilité | 75 % | 48 % | 78 % | 61 % |
| ▪ Spécificité | 62 % | 84 % | 75 % | 91 % |
| ▪ ROC | 0,86 | | 0,84 | |

NB : Les définitions des éléments du tableau se retrouvent à l'annexe 3.

Résumé

Les deux outils sont de qualité semblable, c'est-à-dire qu'ils sont tous les deux simples, acceptables, utiles, valides et leur usage peut être ajusté selon les ressources disponibles.

L'outil ISAR a été conçu pour repérer les usagers en perte d'autonomie à la salle d'urgence (actuellement ou à risque de le devenir dans les six prochains mois). Quant à lui, le questionnaire PRISMA-7 repère les usagers en perte d'autonomie dans plusieurs types de milieux cliniques.

4. Choix de l'outil de repérage, du score seuil et de la clientèle cible

Choix de l'outil

L'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, suite aux travaux de deux comités reliés à la clientèle âgée, recommande d'utiliser l'un ou l'autre des outils selon les informations contenues dans ce document et selon les besoins des organisations et de leurs clientèles⁶.

Entre autre, le choix du questionnaire de repérage est influencé par les lieux d'utilisation choisis. Tel que mentionné précédemment, le questionnaire PRISMA-7 peut être utilisé à de multiples endroits (milieu hospitalier, clinique médicale, site CLSC, etc.). Quant au questionnaire ISAR, il a été développé pour la salle d'urgence bien que certains centres hospitaliers l'utilisent aux unités de soins⁷.

Par ailleurs, les processus usuels de collecte de données sur les unités de soins des milieux hospitaliers doivent permettre d'identifier les patients en perte d'autonomie ou à risque de l'être. Par conséquent, l'utilisation d'un outil de repérage sur les unités de soins ne semble pas nécessaire.

Score-seuil

Le score seuil est choisi en tenant compte de certains critères : la proportion des usagers dépistés positifs, la sensibilité de l'outil, etc. Un score seuil élevé signifie que le nombre d'individus repérés positifs sera moindre, mais qu'une plus grande proportion d'entre eux développera une perte d'autonomie sans avoir été identifiés comme « positifs » (des « faux négatifs » ou des cas « manqués »).

⁵ Le score seuil représente le nombre de réponses positives (à risque) choisi au questionnaire à partir duquel un individu est déclaré comme « positif » au repérage.

⁶ En décembre 2008, le MSSS nous informe que la solution informatique RSIPA va privilégier par défaut l'outil PRISMA-7.

⁷ À ce moment, il faudra l'utiliser le plus rapidement possible après l'admission, sinon il perdra sa validité et donc son utilité.

Le choix du score seuil, conjointement avec celui de la clientèle cible, permet d'estimer approximativement les ressources nécessaires au repérage et au suivi associé.

Clientèle cible

Les critères minimaux à respecter pour les deux outils sont :

- Des personnes âgées de plus de 65 ans ;
- Des personnes non-hébergées de façon permanente.

Usagers à qui un outil de repérage ne doit pas être administré :

- Usagers d'emblée positifs
 - Les clientèles âgées qui présentent une perte d'autonomie franche demandant une évaluation fonctionnelle multidisciplinaire (ex.: AVC, fracture de hanche, démence ou delirium actif, chutes à répétition, problématique reliée au maintien à domicile, etc.) ;
 - Les usagers en phase palliative ;
 - Les usagers suivis par un gestionnaire de cas et ceux récemment évalués au niveau fonctionnel (SMAF à jour), si l'information est facilement accessible.
- Usagers instables
 - Les clientèles instables cliniquement pour lesquelles il est préférable d'attendre une stabilisation de leur état (ex. : infarctus aigu du myocarde, maladies chroniques décompensées, etc.).

Idéalement, l'outil devrait être administré à tous les usagers de 75 ans et plus.

Étant donné la période normale d'adaptation à l'implantation d'une nouvelle activité et puisque le choix de la clientèle cible influence la quantité de ressources nécessaires à cette activité, il peut être intéressant de débiter le repérage avec une clientèle cible restreinte (ex. : 75 ans et plus sur civière à l'urgence). Par la suite, après une évaluation du fonctionnement, la clientèle cible peut inclure d'autres usagers (ex. : 75 ans et plus sur civières et ambulants).

5. Administration de l'outil

Les questionnaires de repérage doivent être administrés et traités le plus rapidement possible pour maximiser leur raison d'être, c'est-à-dire prendre en charge les usagers vulnérables. Cette prise en charge est d'autant plus importante lorsque l'utilisateur est à risque de subir des complications (ex. : couché sur une civière à la salle d'urgence).

Mode d'administration

Les outils de repérage PRISMA-7 et ISAR peuvent être complétés par la personne âgée ou par un proche connaissant suffisamment cette personne (auto administré). Ce mode a l'avantage d'utiliser moins de ressources. À ce moment, l'intervenant explique la procédure à la personne âgée et/ou à son proche et lui remet le questionnaire. Si nécessaire, il évalue la capacité de l'utilisateur à compléter le questionnaire. Après avoir récupéré le questionnaire complété, l'intervenant vérifie que toutes les réponses ont été fournies et complète le document (identification de la personne, calcul du résultat, etc.).

Le questionnaire peut aussi être administré par un membre du personnel (agent administratif, préposé aux bénéficiaires, professionnel ou autres).

Le PRISMA-7 peut également être administré par téléphone.

Consignes d'utilisation du questionnaire

Collecte de données

- Ne pas modifier l'énoncé des questions :
 - À la question 6 du ISAR, il est possible d'augmenter le nombre de médicaments si la majorité des usagers d'une organisation en prennent plus de trois.
- Considérer la réponse de la personne comme étant la bonne :
 - Ne pas interpréter ou utiliser de jugement clinique sur les réponses fournies.
- Ne pas indiquer à la personne quelle réponse constitue la réponse à risque ;
- Si la personne hésite entre oui et non, il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses ;
- Si malgré plusieurs essais elle répond toujours « un peu » ou « des fois », indiquer la réponse « oui » ;
- Il n'y a pas d'erreur à la question 6 du PRISMA-7 : « Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? » :
 - La réponse « oui » est bien celle qui signifie que la personne est plus à risque.
- Ne pas faire savoir à la personne si elle est identifiée positive ou négative. Lui mentionner plutôt :
 - « Si nécessaire un intervenant vous contactera » ;
 - « Peut-être aurez-vous besoin d'une évaluation plus approfondie ».

Complétion du questionnaire

- Identifier le questionnaire aux coordonnées de la personne âgée ;
- Déterminer la source d'information ;
- Calculer le résultat du repérage ;
- Indiquer le suivi planifié (coordonnées de l'intervenant à qui l'on réfère, etc.) ;
- Signer le document et l'insérer au dossier.

Résultat du repérage

Le résultat du repérage se calcule en additionnant les réponses considérées à risque. Selon le seuil critique retenu par l'organisation, le total permet de discriminer les cas « positifs » des cas « négatifs ». Si le nombre de réponses à risque égale ou dépasse le score seuil, l'individu est reconnu comme « positif » et doit être identifié comme tel (ex. : autocollant sur le dossier).

Par ailleurs, une forte suspicion clinique de perte d'autonomie ou de risque chez un patient « négatif », permet tout de même aux professionnels de le diriger vers une évaluation de son autonomie.

Enfin, le patient « positif » séjournant à l'urgence qui reçoit son congé de l'hôpital devrait faire l'objet d'un suivi afin d'évaluer son autonomie.

6. Lieux d'utilisation

Les lieux d'utilisation des outils de repérage sont les portes d'entrée du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : salle d'urgence, salle d'attente dans un service, etc.), ainsi que les lieux où se déroulent des activités sanitaires qui rassemblent plusieurs personnes âgées (ex. : campagne de vaccination). Cibler les endroits où il y a un grand nombre de personnes âgées maximise la détection de la perte d'autonomie significative.

Voici une liste des endroits de repérage suggérés :

- Structure d'accueil du CSSS ;
- Ailleurs au CSSS :
 - En milieu hospitalier (prioritairement à l'urgence) ;
 - Autres programmes du CSSS (ex. : services généraux) ;
 - Autres.
- Ailleurs dans le réseau local de services :
 - En milieu hospitalier hors CSSS (prioritairement à l'urgence) ;
 - En cabinets médicaux (dont les GMF et CR) ;
 - Autres.

Peu importe l'endroit où est effectué le repérage, une attention doit être portée à l'arrimage de cette activité à celles déjà effectuées par les intervenants en place afin de faciliter son implantation et son appropriation.

7. Évaluation brève des patients positifs

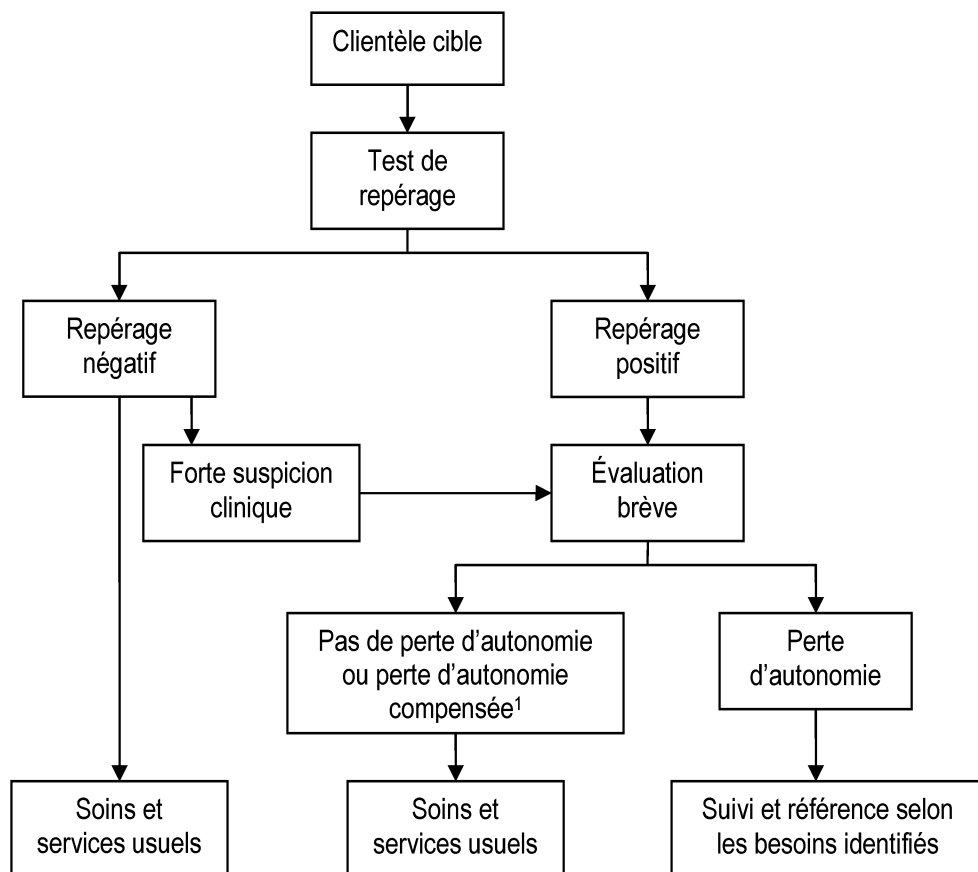
Une évaluation brève de l'autonomie et des services actuels est requise après un repérage positif afin de confirmer le besoin de service. Selon les processus en place et les orientations souhaitées, elle est effectuée le plus tôt possible après le repérage (maximum de 24 heures) et avant une référence formelle à un prestataire de services puisqu'elle peut influencer les besoins identifiés et l'orientation de la personne âgée. Cette évaluation est par la suite insérée au dossier de la personne afin de faire circuler l'information recueillie. Mentionnons que les chercheurs qui ont développé l'outil ISAR ont également construit une évaluation brève de l'autonomie pour la salle d'urgence nommée SEISAR (Annexe 2).

L'évaluation peut comprendre les éléments suivants :

- Identification de la personne ;
- Âge ;
- Résultat du repérage ;
- Évaluations récentes effectuées (ex.: évaluation médicale) ;
- Évaluation sommaire antérieure/actuelle de l'autonomie :
 - AVQ ;
 - Activités de la vie domestique (AVD) ;
 - Fonctions mentales et de communication ;
- Milieu de vie et services disponibles ;
- Autres services actuels (ex. : SAD, gestionnaire de cas, autres) ;
- Médecin de famille ;
- Proches-aidants ;
- Besoins identifiés ;
- Recommandations de l'évaluateur ;
- Identification et signature de l'évaluateur.

Algorithme décisionnel général

Repérage de la perte d'autonomie à l'aide d'un test



¹ signifie que le patient est en perte d'autonomie mais qu'il possède les ressources requises à long terme afin de pallier ses incapacités et répondre à ses besoins.

8. Suivi et référence des patients en besoin de service

Le suivi à effectuer auprès d'un patient positif au repérage et dont l'évaluation brève a confirmé une perte d'autonomie non-compensée et donc un besoin de services, dépend de différentes variables comme le lieu de service actuel ou les services requis. Avant qu'une organisation débute le repérage et son suivi, il faut déterminer le processus de gestion souhaité avec les autres organisations impliquées et établir une concertation entre les services et les intervenants. Idéalement, cette entente fait l'objet de la signature d'un partenariat clinique et administratif formel.

Enfin, s'il y a lieu, les intervenants informent le gestionnaire de cas et le médecin de famille de l'utilisateur de la situation actuelle.

9. Implantation du repérage

Certains aspects sont à considérer lorsqu'une organisation décide d'implanter le processus de repérage et de son suivi :

- Volonté de la direction ;
- Identification d'un responsable de dossier ;
- Formation d'un comité d'implantation et de suivi ;
- Choix des paramètres (score seuil, clientèle cible, etc.) ;
- Planification des ressources requises ;
- Arrimage avec les autres organisations ;
- Formation ;
- Évaluation et rétroaction.

Un plan d'action pour l'implantation du repérage est suggéré à l'annexe 1.

Références

1. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2005. *Les services destinés aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement : enjeux, perspectives, balises régionales*. Montréal.
2. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. 2006. *Vision stratégique et plan de mise en œuvre 2005-2010 des services aux personnes âgées*. Montréal.
3. Agence de santé et de services sociaux de Montréal. 2008. *Guichet Personne en perte d'autonomie (PPA.)*. Service de la planification et du développement stratégique. Montréal.
4. Allen, Cathy M., MD et al. 1986. «A Randomized, Controlled Clinical Trial of a Geriatric Consultation Team». *JAMA*. Vol 255. 19: 2617-2621.
5. Anastasi, A. 1988. *Psychological testing*. New York. NY: Macmillan.
6. Anscombe, Francis J. 1973. *Graphs in statistical analysis*. American Statistician, Vol. 27, p. 17–21.
7. Arcand, Marcel, et Hébert Réjean. 2007. *Précis pratique de gériatrie*. 3e édition, Edisem inc. Maloie.
8. Barker, William H., MD et al. 1985. «Geriatric Consultation Teams in Acute Hospitals». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 33. 6:422-428.
9. Beaucage et Yv Bonnier Viger. 1996. *Epidémiologie appliquée : une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. collectif, Éditeur Gaétan Morin.
10. Bélanger, Louise. 2004. *Suivi des personnes âgées en perte d'autonomie*. Hôpital du Sacré-Cœur. Montréal.
11. Béland, François, Bergman, Howard et al. 2006. «A System of Integrated Care for Older Persons With Disabilities in Canada: Results From a Randomized Controlled Trial». *Journal of Gerontology*. Vol. 61A. 4: 367–373.
12. Béland, François, Bergman, Howard et al. 2006. «Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA) : expérimentation d'un modèle pour le Canada». *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 25. 1 : - 24.
13. Burley, Lindsay E. et al. 1979. «Contribution from geriatric medicine within acute medical wards». *British Medical Journal*. 2: 90-92.
14. Canadian Study of Health and Aging working Group. 1994. «Canadian Study of Health and Aging: Study methods and prevalence of dementia». *Can Med Assoc J*. 150: 899-913.
15. Clinical Epidemiology and Health Services Evaluation Unit of Melbourne Health. 2004. *Best practice approaches to minimise functional decline in the older person across the acute, sub-acute and residential aged care settings*. Commissioned on behalf of the Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) by The AHMAC Care of Older Australian Working Group. Melbourne.
16. Closon, M-C et al. 2008. Financement du programme de soins pour le patient gériatrique dans l'hôpital classique. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Bruxelles. Belgique.
17. Cochrane AL, Holland WW. 1971. «Validation of screening procedures». *Br Med Bull*. 27: 3-8.
18. Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale. NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

19. Cornette P, Swine C et al. 2005. «Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients : development of a predictive tool». *European Journal of Public Health*. Vol 16. 2: 203-208.
20. Counsell S V, Holder C M et al. 2000. «Effects of a multi component intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patients: A randomized controlled Trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital». *Journal of American Geriatrics Society*. Vol 48. 12: 1572-1581.
21. Dendukuri N et al. 2004. «The identification of seniors at risk screening tool: Further evidence of concurrent and predictive validity». *Journal of American Geriatrics Society*. Vol 52. 2:290-296.
22. Dubuc N, Hébert R, Desrosiers J, Buteau M, Trottier L. 2006. «Disability based classification system for older people in integrated long-term care services: the Iso-SMAF profiles». *Arch Gerontol Geriat*. 42: 191-206.
23. Durand-Zaleski I, Bastuji-Garin S. 2000. «Évaluation des procédures de diagnostic ou de dépistage. Validité d'un test, sensibilité, spécificité, valeurs prédictives, définitions et indications d'un dépistage de masse». *Rev Prat*. 50 : 1155-8.
24. Ellis, G. et al. 2006. *Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: a systematic review (Protocol)*, The Cochrane Collaboration, <http://www.thecochranelibrary.com>. 1-6.
25. Fulmer, Terry, PhD et al. 2002. «Nurses Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE): Using outcomes and benchmarks for evidenced-based practice». *Geriatric Nursing*. Vol 23. 3:121-127.
26. Germain M. 2005. *Évaluation du processus de prise en charge de la clientèle gériatrique au Centre de santé et de services sociaux de la Haute-Yamaska*.
27. Grenier L et al, 2007, *Développement des pratiques professionnelles en matière de dépistage, d'évaluation et d'intervention auprès des personnes âgées à risque de perte d'autonomie nécessitant des soins aigus*, Projet Forces/Extra, CHUQ, Québec.
28. Harvey, Cohen Jay, MD et al, 2002, *A Controlled Trial of Inpatient and Outpatient Geriatric Evaluation and Management*, The New England Journal of Medicine, Vol 346, No 12, P 905-912
29. Hébert R, Brayne C, Spiegelhalter D. 1997. «Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling, very elderly population». *Am J Epidemiol*. 145: 935-44.
30. Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A, and the PRISMA Group. 2003. «PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada». *International Journal of Integrated Care* (www.ijic.org). 3: 1-10.
31. Hébert, Réjean, Bravo, Gina et al. 1996. «Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline». *Age and Ageing*. 25: 159-167.
32. Hogan, David B. et Fox, Roy A. 1990. «A Prospective Controlled Trial of a Geriatric Consultation Team in an Acute-care Hospital». *Age and Ageing*. Vol 19. 2: 107-113.
33. Hogan, David B., MD, FACP, FRCPC et al. 1987. «Effect of a geriatric consultation service on management of patients in an acute care hospital». *CMAJ*. 136: 713-717.
34. Inouye S K et al. 1993. «The Yale Geriatric Care Program: A model of care to prevent functional decline in hospitalized elderly patient». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 41. 12: 1345-1352.
35. Inouye, Sharon K. et al. 1993. «A Controlled Trial of a Nursing-Centered Intervention in Hospitalized Elderly Medical Patients : The Yale Geriatric Care Program». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 41. 12: 1353-1360.

36. Inouye, Sharon K., MD, MPH et al. 2000. «The Hospital Elder Life Program: A Model of Care to Prevent Cognitive and Functional Decline in Older Hospitalized Patients». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 48. 12: 1697-1706.
37. Jodoin, Yanick. 2008. *Approche gériatrique transhospitalière*. Service de la planification et du développement stratégique. Agence de santé et de services sociaux de Montréal.
38. Le Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires, Centre hospitalier de St Mary et l'Université McGill. 2008. *ISAR – SEISAR: Une approche intégrée en deux étapes auprès des aînés au service d'urgence*. Dépistage, évaluation et intervention. Manuel administratif. Version 1.1.
39. Leduc, Charles P. *Module d'auto-apprentissage en épidémiologie*, Faculté de Médecine, Université de Sherbrooke. 1998.
40. LJ, McVey et al. 1989. «Effect of a geriatric consultation team on functional status of elderly hospitalized patients: A randomized, controlled clinical trial». *Ann Intern Med*. Vol 110. 11: 79-84.
41. McCusker et al. 1999. «Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit : The ISAR screening tool». *J of the American Geriatrics Society*. 47: 1229-1237.
42. McCusker et al. 2000. «Prediction of hospital utilization among elderly patients during the 6 months after an emergency department visit». *Annals of Emergency Medicine*. Vol. 39 No. 5.
43. McCusker et al. 2000. «Return to the emergency department among elders: Patterns and predictors». *Academic Emergency Medicine*, Vol. 7, No. 3.
44. McCusker, J. Verdon J et al. 2001. «Rapid emergency department intervention for elders reduces risk of functional decline: Results of a multi-centre randomized trial». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol. 49, 10: 1272-1281.
45. Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2005. *Un défi de solidarité : les services aux aînés en perte d'autonomie, Plan d'action 2005-2010*, Gouvernement du Québec, Québec.
46. Muir Gray JA, Almind G, Freer C et al. 1985. *Screening and case finding*. In: Muir Gray JA, ed. *Prevention of disease in the elderly*. New York: Churchill Livingstone, p. 51-63.
47. NHS. 2001. *National Service Framework for older people*. Department of Health. London.
48. Office québécois de la langue française. 2003.
49. Parke B et Brand P. 2004. «An elder-friendly hospital: translating a dream into reality». *Nursing leadership*. Vol 17. 1: 62-77.
50. Parke, Belinda et al. 2003. «Creating a Cultural Shift: A gerontological enrichment program for acute care». *Journal for nurses in staff development*. Vol 19. 6: 305-312.
51. Pepe, M.S. 2003. *The statistical evaluation of medical tests for classification and prediction*. New York: Oxford.
52. Raïche, Michel MSc, PhD (c), Hébert, Réjean MD, MPhil, et al. 2007. «PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities». Sous presse dans *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
53. Raïche, Michel MSc, PhD (c), Hébert, Réjean MD, MPhil, et al. 2007. «Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7: présentation, implantation et utilisation». *La Revue de Gériatrie*. Tome 32. No. 3.
54. Raïche M, Hébert R, Dubois M-F et les partenaires PRISMA. 2004. «Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave». Dans Hébert R, Tourigny A, Gagnon M. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec, Edisem.

55. Saltz, Constance Corley, MSW, PhD et al. 1988. «Impact of a Geriatric Consultation Team on Discharge Placement and Repeat Hospitalisation». *The Gerontologist*, Vol 28. 3: 344-350.
56. Shyu, Yea-Ing Lotus, PhD et al. 2005. «A Pilot Investigation of the Short-Term Effects of an Interdisciplinary Intervention Program on Elderly Patients with Hip Fracture in Taiwan». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 53. 5: 811-818.
57. Spinewine, Anne, PhD et al. 2007. «Effect of a Collaborative Approach on the Quality of Prescribing for Geriatric Inpatients : A Randomized, Controlled Trial». *Journal of the American Geriatrics Society*. Vol 55. 5: 658-665.
58. Stuck A E, Siu A L et al. 1993. «Comprehensive Geriatric assessment : a meta-analysis of controlled trials». *Lancet*. 342: 1032-36.
59. Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. 2004. «Identification of seniors at risk: Process evaluation of a screening and referral program for patients aged 75 and over in a community hospital emergency department». *Int J Health Care Qual Assur*. 17: 339-348.
60. Zweig, M.H et Campbell. G. 1993. «Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine». *Clinical chemistry* Vol. 39. 8 : 561–577.
61. Sites concernant le dépistage:
<http://www.odphp.osophs.dhhs.gov/pubs/guidecps>;<http://www.nsc.nhs.uk/>;
<http://www.ctfphc.org>.

Annexe 1 : Plan d'implantation

Repérage de la clientèle en perte d'autonomie

| Composantes | Activités |
|--|---|
| Identifier un responsable de dossier | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Élaborer un mandat clair ➤ Désigner un cadre responsable du projet |
| Former un comité d'implantation et de suivi | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les membres du comité de travail ➤ Élaborer un plan d'action intégrant les différentes activités à implanter et identifier pour chacune d'elles : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le moment où l'activité doit se faire ; ▪ les intervenants qui seront impliqués ; ▪ les rôles et les responsabilités de chaque intervenant impliqué. ➤ Déterminer la clientèle cible ➤ Identifier le score seuil |
| Identifier les ressources nécessaires | <p>Selon le processus et la disponibilité des ressources il faut prévoir des ressources afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ d'administrer le questionnaire ➤ d'effectuer une évaluation brève de l'utilisateur ➤ d'effectuer la liaison avec les autres organisations |
| Arrimer avec les services du CSSS et autres ressources | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les services offerts ➤ Élaborer les modalités de références ➤ Formaliser l'entente interorganisation |

| | |
|---|--|
| <p>Organiser la formation et le soutien</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ 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 |
| <p>Évaluation et suivi</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Planifier les rencontres de travail ➤ Vérifier le fonctionnement du processus ➤ Apporter les ajustements nécessaires ➤ Déterminer les indicateurs de suivi : <ul style="list-style-type: none"> ▪ nombre de clients cibles ; ▪ nombre de clients ayant complété le questionnaire ; ▪ nombre de clients repérés positifs ; ▪ nombre d'évaluation brève ; ▪ orientation des clients ; ▪ etc. ➤ Effectuer une gestion en amélioration continue basée sur les résultats |

Annexe 2 : Les outils

1. PRISMA-7 en français
2. PRISMA-7 en anglais
3. PRISMA-7 auto-administré en français
4. PRISMA-7 auto-administré en anglais

Pour obtenir plus d'information sur l'outil PRISMA-7 consulter le chapitre 22 du livre «PRISMA, volume 2: L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action» disponible à l'adresse <http://www.prismaquebec.ca> ou contacter le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke au (819) 821-5122. EN VALIDATION

5. ISAR en français (version Word)
6. ISAR en anglais (version Word)
7. ISAR en français avec références (version PDF)
8. SEISAR en français (version PDF)
9. ISAR en anglais avec références (version PDF)
10. SEISAR en anglais (version PDF)

Pour obtenir plus d'informations sur l'utilisation en milieu clinique des outils ISAR et SEISAR ou pour obtenir le guide clinico-administratif « ISAR - SEISAR. Une approche intégrée en deux étapes auprès des aînés au service d'urgence. Dépistage, évaluation et intervention. Version 1.1. 2008», contacter Docteur Josée Verdon, du Centre Universitaire de Santé McGill à l'adresse courriel josée.verdon@muhc.mcgill.ca ou au (514) 934-1934 poste 34677.

Pour toute autre demande, contacter le Département d'épidémiologie clinique et d'études communautaires du Centre hospitalier de St Mary, isar.seisar@ssss.gouv.qc.ca ou au (514) 345-3511 poste 5060.



Questionnaire PRISMA-7

Pour le repérage des personnes âgées
en perte d'autonomie modérée à grave

Cette personne a-t-elle un gestionnaire de cas ?

Si oui, transmettre l'information que vous détenez sur sa santé au gestionnaire de cas, et ne pas compléter ce questionnaire.

Si elle n'a pas de gestionnaire de cas, son score SMAF est-il connu et à jour ?

Si oui, ne pas compléter ce questionnaire. Si son score est ≥ 15 , référer le dossier de la personne au guichet unique.

Ce questionnaire s'adresse aux personnes âgées qui n'ont pas de gestionnaire de cas, et dont on ne connaît pas le score SMAF ou dont le SMAF n'est pas à jour.

Identification : _____ date : _____

Question

réponse

| | | |
|---|------------|------------|
| 1. Avez-vous plus de 85 ans ? | oui | non |
| 2. Sexe masculin ? | oui | non |
| 3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ? | oui | non |
| 4. Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ? | oui | non |
| 5. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ? | oui | non |
| 6. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? * | oui | non |
| 7. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ? | oui | non |

Nombre de « oui » et de « non »

| | |
|----|----|
| __ | __ |
|----|----|

www.prisma-qc.ca

Pour les questions 3 à 7, il n'y a aucune interprétation de la réponse à faire. Noter la réponse de la personne âgée sans juger si la réponse devrait être oui ou non. Si la personne âgée hésite entre oui ou non, il faut l'inviter à choisir l'une des deux réponses. Si malgré plusieurs tentatives elle persiste à répondre « un peu » ou « des fois », à ce moment indiquer la réponse « oui ».

(verso du questionnaire, ou 2^e page si doit être envoyé par télécopieur)

Identification de la personne à qui les questions ont été posées

Prénom : _____

Nom à la naissance : _____

Adresse : _____

Municipalité : _____

Code postal : _____

de téléphone : _____

NAM : _____

Identification de la personne qui a utilisé le questionnaire :

Prénom : _____

Nom : _____

Organisme : _____

de téléphone : _____

Marche à suivre

Si la personne a obtenu 3 oui et plus, transmettre ce questionnaire ou ses résultats au guichet unique pour les personnes âgées de votre territoire :

téléphone du guichet unique : _____

télécopieur du guichet unique : _____

*** Note :**

La réponse « oui » à la question # 6 constitue vraiment un risque, contrairement à ce que l'on pourrait penser a priori.

Source :

Questionnaire développé et validé par l'équipe dirigée par Dr Réjean Hébert du Centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. Pour toute information supplémentaire sur ce questionnaire ou toute suggestion, contacter Michel Raïche au (819) 829-7131 poste 2652.

Mise à jour du document : novembre 2004



PRISMA-7 Questionnaire

To identify elderly people
with a moderate or severe loss of autonomy

Does this person have a case manager?

If yes, send the information you have on the person's health to the case manager, and do not complete this questionnaire.

If this person does not have a case manager, do you know his/her « up-to-date » SMAF score?

If yes, do not complete this questionnaire. If his/her score is ≥ 15 , refer the person's file to the single entry point.

This questionnaire is designed for elderly people who do not have a case manager and whose SMAF score is not known.

Identification: _____ **Date:** _____

Question

Answer

| | | |
|--|-----|----|
| 1. Are you more than 85 years old ? | Yes | No |
| 2. Male ? | Yes | No |
| 3. In general, do you have any health problems that require you to limit your activities ? | Yes | No |
| 4. Do you need someone to help you on a regular basis ? | Yes | No |
| 5. In general, do you have any health problems that require you to stay at home ? | Yes | No |
| 6. In case of need, can you count on someone close to you ? * | Yes | No |
| 7. Do you regularly use a cane, a walker or a wheelchair to move about ? | Yes | No |

Number of Yeses and Noes

| | |
|---|---|
| — | — |
|---|---|

www.prisma-qc.ca

For questions 3 through 7, no interpretation of the answer is necessary. Simply note the person's answer without considering if the answer should be Yes or No. If the elderly person hesitates between Yes and No, you must ask him/her to choose one of the two answers. If, despite several attempts, he/she persists in answering "A bit" or "Sometimes", check Yes.

(Reverse of the questionnaire, or 2nd page if faxed)

Identification of the person who was asked the questions

First name: _____
Surname at birth: _____
Address: _____
Municipality: _____
Postal code: _____
Telephone #: _____
HIN: _____

Identification of the person who used the questionnaire

First name: _____
Surname: _____
Organization: _____
Telephone #: _____

Procedure

If the person obtained 3 or more Yeses, send this questionnaire or its results to the single entry point for the elderly in your area:

Telephone # of the single entry point: _____

Fax # of the single entry point: _____

*** N.B.**

Answering Yes to question 6 really constitutes a risk, contrary to what one might think initially.

Source

Questionnaire developed and validated by the team led by Dr Réjean Hébert at the Research Centre on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute. If you wish more information about this questionnaire or have any suggestions, contact Michel Raïche at (819) 821-1170, ext. 2652.

Document updated: November, 2004



(version auto-administrée)

Questionnaire destiné aux personnes âgées

Questionnaire sur la santé et l'autonomie

Avez-vous un gestionnaire de cas ?

Si oui, vous n'avez pas besoin de compléter ce questionnaire.

Identification :

Prénom : _____

Nom à la naissance : _____

Adresse : _____

Municipalité : _____

Code postal : _____

de téléphone : _____

Numéro d'assurance-

maladie : _____

Votre âge : _____ ans

Sexe :

Homme Femme

Question

Encerchez

votre réponse

| | | |
|---|------------|------------|
| 1. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à limiter vos activités ? | oui | non |
| 2. Avez-vous <u>besoin</u> de quelqu'un pour vous aider régulièrement ? | oui | non |
| 3. En général, est-ce que des problèmes de santé vous obligent à rester à la maison ? | oui | non |
| 4. Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin ? | oui | non |
| 5. Utilisez-vous régulièrement une canne ou une marchette ou un fauteuil roulant pour vous déplacer ? | oui | non |

www.prisma-qc.ca

Il n'y a pas de bonnes réponses, votre réponse est la bonne. Indiquez spontanément ce que vous pensez et remettez la feuille à un responsable.



(version auto-administrée anglaise)
**Questionnaire for persons aged 65
 years and older**

Questionnaire on health and autonomy

Do you have a case manager ?

If yes, you don't need to complete this questionnaire.

Identification :

First name : _____

Last name : _____

Address : _____

City : _____

Postal Code : _____

Phone : _____

Health insurance
 number : _____

Your age : _____ years

Sex :

Men

Women

Question

Circle
 your answer

| | | |
|--|------------|-----------|
| 1. In general, do you have any health problems that require you to limit your activities ? | Yes | No |
| 2. Do you need someone to help you on a regular basis ? | Yes | No |
| 3. In general, do you have any health problems that require you to stay at home ? | Yes | No |
| 4. In case of need, can you count on someone close to you ? * | Yes | No |
| 5. Do you regularly use a cane, a walker or a wheelchair to move about ? | Yes | No |

www.prisma-qc.ca

There is no good answers, your answers are the good ones. Indicate spontaneously what you think and give the questionnaire to a person in charge.

L'OUTIL ISAR: Dépistage initial

À être complété par un membre du personnel avec le patient ou avec l'aidant.

ADDRESSOGRAPH

S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS PAR OUI OU NON

| | | Pour 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 4. En général, voyez-vous bien? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 0 1 |
| 5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 6. Prenez vous plus de 3 médicaments différents par jour? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |

TOTAL: _____

Signature: _____ Date: _____

THE ISAR TOOL: Initial Screening Questionnaire

To be completed by the staff with the patient or caregiver.

ADDRESSOGRAPH

PLEASE ANSWER YES OR NO TO EACH OF THESE QUESTIONS

| | | Hospital use only |
|----|---|---|
| 1. | Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 1 0 |
| 2. | Since the illness or injury that brought you to the Emergency, have you needed more help than usual to take care of yourself? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 1 0 |
| 3. | Have you been hospitalized for one or more nights during the past 6 months (excluding a stay in the Emergency Department)? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 1 0 |
| 4. | In general, do you see well? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 0 1 |
| 5. | In general, do you have serious problems with your memory? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 1 0 |
| 6. | Do you take more than three different medications every day? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | 1 0 |

TOTAL: _____

Signature: _____ Date: _____

L'OUTIL ISAR: Dépistage initial

À être complété par un membre du personnel avec le patient ou avec l'aidant

ADDRESSOGRAPH

S'IL VOUS PLAÎT RÉPONDRE À CHACUNE DES QUESTIONS PAR OUI OU NON

| | | Pour 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 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 <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 4. En général, voyez-vous bien? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 0 1 |
| 5. En général, avez-vous des problèmes de mémoire importants? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |
| 6. Prenez vous plus de 3 médicaments différents par jour? | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | 1 0 |

TOTAL: _____

Score: Positif / Négatif (encercler un)

| Si positif: | |
|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> Référé pour SEISAR | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Référé au travailleur(se) social | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Référé à l'infirmier(ère) de liaison | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Congé | Suivi: _____ |

Signature: _____ Date: _____

L'OUTIL SEISAR: Évaluation et intervention

Formulaire standardisé d'information personnelle

| | |
|---|--|
| • Résidence: Nom/Téléphone/Télocopieur | ADRESSOGRAPH |
| • Aidant(s) principal(aux) Nom/Téléphone | Nom/Téléphone |
| • Médecin traitant Nom/Téléphone/Télocopieur | • Contact pour soins à domicile Nom/Téléphone/Télocopieur |

SEISAR – Liste de problèmes (Se référer au questionnaire correspondant pour évaluations et interventions standardisées).

| P | C | A | INT | COMMUNICATION |
|---|---|---|-----|--------------------|
| | | | MD | Trouble de vision |
| | | | MD | Trouble d'audition |

| P | C | A | INT | MEDICATION |
|---|---|---|------|-------------------------------|
| | | | G/MD | Polymédication/nouveaux Rx |
| | | | G/S | Difficulté avec gestion de Rx |

| P | C | A | INT | COGNITION |
|---|---|---|------|------------------------------------|
| | | | DU/S | Confusion aigu/désorientation |
| | | | G/S | Problème cognitif non diagnostiqué |

| P | C | A | INT | COMPORTEMENT/AFFECT |
|---|---|---|--------|---------------------|
| | | | G/S | Dépression |
| | | | DU/S/G | Agitation |

| P | C | A | INT | NUTRITION |
|---|---|---|------|--------------------------------------|
| | | | MD/G | Perte de poids récente /malnutrition |
| | | | MD/S | Problème de consommation |

| P | C | A | INT | PROBLÈMES MÉDICAUX ACTIFS |
|---|---|---|-----|---------------------------|
| | | | DU | Symptôme persistant |
| | | | MD | Co-morbidité |

| P | C | A | INT | MOBILITÉ |
|---|---|---|-----|---|
| | | | G/S | Histoire de chute |
| | | | G/S | Trouble de la démarche/difficulté à utiliser une aide à la marche |

| P | C | A | INT | CONTRÔLE DE LA DOULEUR |
|---|---|---|-------|--------------------------------|
| | | | DU/S | Douleur persistante |
| | | | DU/MD | Douleur articulaire ou osseuse |

| P | C | A | INT | ACTIVITÉS QUOTIDIENNES |
|---|---|---|------|---------------------------------|
| | | | S | Difficulté à préparer les repas |
| | | | S | Difficulté à se laver |
| | | | MD/S | Incontinence |

| P | C | A | INT | SOCIAL |
|---|---|---|------|-------------------------------|
| | | | S/MD | Manque de soutien/habite seul |
| | | | S/MD | Isolement social/négligence |
| | | | S/MD | Refus de service antérieur |

P : Présence d'un problème.
 C : Problème présent mais compensé.
 A : Absence d'un problème.

INT – Médecin traitant
 DU – Médecin au DU
 S – Service de soins à domicile
 G – Évaluation Gériatrique

Information standardisée (sélectionnez les cases appropriées)

| Source d'information: | Situation à domicile: | Références données: |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Lettre pour MD |
| <input type="checkbox"/> Aidant | <input type="checkbox"/> Avec époux/famille | <input type="checkbox"/> Référence pour Soins à domicile |
| <input type="checkbox"/> Contact soins à domicile | <input type="checkbox"/> Résidence avec services | <input type="checkbox"/> Référence au DU |
| | <input type="checkbox"/> Maison/logement | |
| | <input type="checkbox"/> Famille d'accueil, centre d'accueil, soins de longue durée | |
| | <input type="checkbox"/> Résidence sans services | |

Signature: _____ Date: _____

THE ISAR TOOL: Initial Screening Questionnaire

To be completed by the staff with the patient or caregiver.

ADDRESSOGRAPH

PLEASE ANSWER YES OR NO TO EACH OF THESE QUESTIONS

| | | Hospital use only |
|----|---|--|
| 1. | Before the illness or injury that brought you to the Emergency, did you need someone to help you on a regular basis? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 2. | Since the illness or injury that brought you to the Emergency, have you needed more help than usual to take care of yourself? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 3. | Have you been hospitalized for one or more nights during the past 6 months (excluding a stay in the Emergency Department)? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 4. | In general, do you see well? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 5. | In general, do you have serious problems with your memory? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 6. | Do you take more than three different medications every day? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

TOTAL: _____

Score: Positive / Negative (circle one)

If positive:

- | | |
|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Referred for SEISAR | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Social Worker | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Liaison nurse | Notes: _____ |
| <input type="checkbox"/> Discharged | Follow-up: _____ |

Signature: _____ Date: _____

THE SEISAR TOOL: Assessment & Intervention

Standardized Personal Information Form

• Residence type:
Name/Phone/Fax

ADDRESSOGRAPH

• Primary caregiver(s)
Name/Phone

Name/Phone

• Primary care physician
Name/Phone/Fax

• Homecare service contact person
Name/Phone/Fax

SEISAR Problem Checklist (See reverse for corresponding standardized questions and interview assessment guidelines)

| P | C | A | INT | COMMUNICATION |
|---|---|---|-----|------------------|
| | | | MD | Impaired vision |
| | | | MD | Impaired hearing |

| P | C | A | INT | MEDICATION |
|---|---|---|-------|-----------------------------|
| | | | GA/MD | Polypharmacy/new medication |
| | | | GA/S | Rx management difficulties |

| P | C | A | INT | COGNITION |
|---|---|---|------|--------------------------------|
| | | | ED/S | Acute confusion/disorientation |
| | | | GA/S | Undiagnosed cognitive problem |

| P | C | A | INT | BEHAVIOR/AFFECT |
|---|---|---|---------|-----------------|
| | | | GA/S | Depression |
| | | | ED/S/GA | Agitation |

| P | C | A | INT | NUTRITION |
|---|---|---|--------|---------------------------------|
| | | | MD/G/S | Recent weight loss/malnutrition |
| | | | MD/S | Substance abuse |

| P | C | A | INT | ACTIVE MEDICAL ISSUES |
|---|---|---|-----|--------------------------------|
| | | | ED | Persistent presenting symptoms |
| | | | MD | Active comorbidities |

| P | C | A | INT | MOBILITY |
|---|---|---|------|------------------------------------|
| | | | GA/S | Falls (past or recent) |
| | | | GA/S | Problems walking/using walking aid |

| P | C | A | INT | PAIN MANAGEMENT |
|---|---|---|-------|-----------------|
| | | | ED/S | Persistent pain |
| | | | ED/MD | Joint/bone pain |

| P | C | A | INT | ACTIVITIES OF DAILY LIVING |
|---|---|---|------|--------------------------------|
| | | | S | Difficulties with meal prep. |
| | | | S | Limitations with basic hygiene |
| | | | MD/S | Incontinence |

| P | C | A | INT | SOCIAL |
|---|---|---|------|-----------------------------------|
| | | | S/MD | Insufficient support, lives alone |
| | | | S/MD | Social isolation/neglect |
| | | | S/MD | Previously refused service |

P : Presence of a problem. **C** : Problem but coping mechanisms in place. **A** : Absence of a problem.

INT : MD – Primary care physician ED – ED physician S – Homecare service GA – Geriatric assessment

Standardized Information (Check where appropriate)

| Source of information: | Living Arrangements: | Referrals given: |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Patient | <input type="checkbox"/> Alone | <input type="checkbox"/> House/apartment |
| <input type="checkbox"/> Caregiver | <input type="checkbox"/> With spouse/family | <input type="checkbox"/> Group home, nursing home, LTC |
| <input type="checkbox"/> Homecare contact | <input type="checkbox"/> Residence with services | <input type="checkbox"/> Residence with no services |
| | | <input type="checkbox"/> GP letter |
| | | <input type="checkbox"/> Home care |
| | | <input type="checkbox"/> ED referral |

Signature: _____ Date: _____

Annexe 3 : Définitions relatives aux outils de repérage

Repérage positif

Il s'agit de la proportion (%) d'utilisateurs dont le score atteindra ou dépassera le score seuil, divisé par le nombre total des utilisateurs à qui l'outil sera administré.

Ainsi, par exemple, si 100 utilisateurs reçoivent l'outil ISAR avec un score seuil fixé à 2 points ou plus, on peut s'attendre à ce qu'environ 51 utilisateurs aient un résultat positif (51%).

Le taux de repérage positif ou la quantité d'utilisateurs repérés comme étant à risque diminue avec l'augmentation du score seuil.

Validité

Capacité d'un instrument à mesurer avec justesse ce dont il est censé rendre compte.

- *L'instrument dont la validité est assurée doit refléter avant tout la caractéristique qu'il est censé mesurer.*
- *La validité dépend à la fois des performances propres du test (validité interne) et des caractéristiques de la population testée (validité externe).*

Sensibilité

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

Pour un score seuil fixé à 3 points ou plus avec l'outil PRISMA-7, 78 % des utilisateurs qui développeront une perte d'autonomie auraient été repérés positifs (vrais positifs). Cependant, 22 % des utilisateurs qui développeront une perte d'autonomie auraient été repérés négatifs (faux négatifs).

Plus le score seuil augmente, plus la sensibilité de l'outil diminue, c'est-à-dire que la proportion (%) de faux négatifs (utilisateurs qui développeront une perte d'autonomie, mais non repérés par l'outil) sera plus grande, alors que la proportion (%) de vrais positifs (utilisateurs repérés positifs et qui développeront une perte d'autonomie) sera moindre.

Spécificité

Il s'agit de la proportion (%) des utilisateurs ayant été repérés négatifs et qui ne développeront pas une perte d'autonomie (vrais négatifs), parmi l'ensemble des utilisateurs ayant complété l'outil qui ne développeront pas une perte d'autonomie.

Pour un score seuil fixé à 2 points ou plus avec ISAR, 62 % des utilisateurs qui ne développeront pas une perte d'autonomie auraient été repérés négatifs (vrais négatifs). Cependant, 38 % des utilisateurs qui ne développeront pas une perte d'autonomie auraient été repérés positifs (faux positifs).

Plus le score seuil augmente, plus la spécificité de l'outil augmente, c'est-à-dire que la proportion (%) de faux positifs (utilisateurs qui ne développeront pas une perte d'autonomie, mais repérés par l'outil) sera moindre, alors que la proportion (%) de vrais négatifs (utilisateurs repérés négatifs et qui ne développeront pas une perte d'autonomie) sera plus grande.

« Receiver Operating Characteristic curve (ROC) »

- *Ce calcul statistique mesure la validité d'un test de repérage.*
- *Plus la valeur est près de 1, plus le test est valide.*

