Guide interactif d'application des connaissances des Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI): Une approche partenariale

Les OCCI : Une démarche pour une réponse individualisée aux besoins de la personne et de ses proches, basée sur les phases cliniques interdépendantes et interopérables pour soutenir une approche populationnelle dans les réseaux de services intégrés (RSI) du Québec

Université de Sherbrooke

Centre de recherche sur le vieillissement

OCCi
Outils de cheminements cliniques informatisés
Dubuc, Delli Colli, Bonin et Corbin, 2013®

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1. Pourquoi utiliser ce guide?

Vous auriez besoin de mieux connaître ce que sont les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI) ou savoir comment mieux les utiliser? Alors, ce guide peut vous être utile. Il intègre l'ensemble des connaissances liées aux OCCI qui sont informatisés au sein de la solution informatique nommée RSIPA (réseaux de services intégrés aux personnes adultes). Il a ainsi une visée éducative et s'adresse à vous, gestionnaires, intervenant·e·s de toutes les disciplines, personnes formatrices ou en soutien clinique concernés par les OCCI.

Pourquoi?

Que vous soyez novice ou expérimenté·e, ce guide vise à vous permettre d'approfondir différentes notions pour vous soutenir dans la promotion de pratiques efficaces lors de l'utilisation des OCCI. Le souhait de l'équipe est de contribuer au développement de vos connaissances et à l'amélioration de vos pratiques concernant les OCCI. De cette manière, ce guide constitue une référence complémentaire aux autres formations disponibles et qui peut vous accompagner dans vos réflexions ou à l'usage quotidien des OCCI. À noter que le travail d'informatisation se poursuit au sein de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) du ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS). Ainsi, en date de janvier 2023, les phases 3, 4 et 5 des OCCI ont besoin d'être bonifiées pour correspondre complètement à ce qu'elles doivent être.

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2. Vue d'ensemble du guide interactif: comment le consulter?

Dans ce guide, six modules sont proposés pour expliquer en détail les OCCI et les concepts qui sont sous-jacents à leur application.

Module 1	Les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI)
Module 2	Le modèle Perspectives pour un « Vieillissement en santé » (VES)
Module 3	L'autonomisation ou la récupération fonctionnelle et sociale
Module 4	Les soins axés sur la personne, le partenariat de soins et la prise de décision partagée
Module 5	L'évaluation globale des besoins intégrant la planification, la coordination, le suivi et l'ajustement des soins et services
Module 6	Le développement technologique à la base des OCCI

Pour chaque module, nous présentons les objectifs visés et répondons aux questions suivantes :

Quoi?	Cette section définit les principaux concepts liés à chacun des thèmes présentés.
Pourquoi?	Ce sont les raisons qui appuient l'importance de se préoccuper de ce thème en particulier.
Comment?	Ce sont des suggestions quant à la manière d'intégrer les principaux éléments dans la pratique clinique.

Après chaque section, quelques exercices vous sont également proposés dans le but de vous aider à mieux comprendre et à utiliser le concept en question.

À la fin de chaque module, les références bibliographiques sont présentées dans la section « Pour aller plus loin ».

Le menu de gauche vous permet de naviguer plus aisément à travers les différents modules, en cliquant sur les sections désirées, et d'accéder au glossaire et aux acronymes. Le texte contient des mots soulignés en bleu. En cliquant sur ces mots, vous accéderez également au glossaire et aux acronymes au besoin.

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3. Contexte historique des OCCI

Le développement des outils de cheminements cliniques (OCC) a été initié en 2007 par une équipe de recherche dirigée par la professeure Nicole Dubuc de l'Université de Sherbrooke dans le cadre du projet d'équipe « Project 5. Design clinical and management tools within integrated health and social-services organizations. N. Dubuc, L. Mathieu, M. Tousignant, A. Tourigny, D. Morin, L. Bonin, Y. Couturier » dont le financement a été soutenu par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Cette subvention d'équipe « CIHR Team in Frailty and Aging » était dirigée par les professeurs François Béland de l'Université de Montréal et André Tourigny de l'Université Laval. Elle réunissait deux équipes de recherche antérieures qui ont mis en commun leurs forces et leurs expertises: Solidage (groupe de recherche de l'Université de Montréal et de l'Université McGill sur les services intégrés pour les personnes âgées) et PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie). Le groupe Solidage a été fondé en 1999 par le Dr Howard Bergman de l'Université McGill et de l'Hôpital général juif et par François Béland de l'Université de Montréal. Solidage était une initiative conjointe de professeur·e·s, chercheur·e·s et professionnel·elle·s de la santé et des services sociaux. PRISMA a été réalisé de 2000 à 2006 et fut dirigé par le Dr Réjean Hébert de l'Université de Sherbrooke. Il réunissait des professeur.e.s et chercheur·e·s de l'Université de Sherbrooke, de l'Université Laval et de l'École nationale d'administration publique de Québec. Des décideurs, gestionnaires et les professionnel·elle·s de plusieurs régions administratives du Québec ont également participé à cette initiative. Les connaissances issues de ces divers travaux ont donc influencé les réflexions liées au développement des OCCI. Ces derniers ont été développés de 2007 à 2012 (Dubuc et al., 2013) en suivant rigoureusement les étapes recommandées par l'European Pathway Association (E-P-A.org) et les travaux de DeLuc et coll. (2001a, 2001b, 2003).

En novembre 2011, une nouvelle étape a été franchie alors que l'équipe de recherche et le Centre de santé et services sociaux (CSSS) Jardins-Roussillon ont convenu de l'opportunité de réunir leurs compétences respectives en vue de débuter l'informatisation des OCC. Les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI) (Dubuc et al., 2021) ont ainsi été bonifiés à partir des connaissances issues de la recherche et de celles issues des savoirs expérientiels. Ces derniers réfèrent au « savoir-faire » des intervenant·e·s, gestionnaires ou chercheur·e·s qui ont cumulé un solide bagage de connaissances théoriques et d'expérience pratique. Le partenariat a aussi été basé sur des approches interactives avec des allers-retours fréquents entre l'équipe de recherche et les utilisateur·trice·s potentiel·elle·s. Dans le cadre de ces travaux, les partenaires ont donc développé et validé conjointement de multiples versions du contenu des trois premières phases des OCCI afin que ces derniers soient pertinents, adaptés au contexte québécois, tout en étant fondés sur des données probantes.

Soulignons que l'instauration de système d'information (SI) est reconnue comme étant une composante clé du succès de l'utilisation des OCCI. C'est pourquoi, en 2015, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a voulu intégrer les OCCI

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

à son projet d'informatisation des réseaux de services intégrés pour les personnes adultes nommé « RSIPA » pour leur utilisation éventuelle dans l'ensemble du réseau. Ce projet s'inscrivait dans leur intention de favoriser le développement et l'implantation d'outils informatisés visant à soutenir les processus cliniques et les mécanismes d'échanges et d'intégration.

À cette fin, l'équipe de recherche du Centre de recherche sur le Vieillissement (CdRV) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a développé une entente de partenariat avec le MSSS afin :

- de collaborer au développement du cadre normatif (contenu clinique) soutenant l'informatisation des OCC dans la solution RSIPA;
- d'entériner le cadre normatif (règles de validation, domaine de valeur, etc.);
- d'assurer le transfert de la vision des OCCI dans chacune des phases du développement informatique;
- d'entériner le développement informatique (contenu conforme à la recherche);
- de participer à la préparation de l'implantation des OCCI avec les divers partenaires (ex : matériel de formation, de communication et de suivi du projet).

À ce moment, l'équipe de recherche a aussi reçu un financement pour réaliser simultanément un projet d'évaluation d'implantation dans trois régions du Québec. À cette fin, le Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS), qui a participé dans le passé aux travaux des OCCI et qui est responsable des diverses formations associées au contenu du RSIPA, s'est joint à ce partenariat pour offrir son expertise en valorisation et transfert de savoirs cliniques innovants.

S'appuyant sur le cadre théorique d'application des connaissances des IRSC (Graham et al., 2014), le projet d'évaluation s'est réalisé selon le processus d'application des connaissances, où les intervenant·e·s et les personnes qui utiliseront ces connaissances travaillent en partenariat pour façonner le processus de recherche. Un comité de suivi représentant les trois sites pilotes a été mis en place afin de favoriser l'appropriation des objectifs et des activités par toutes les personnes impliquées. Les résultats intérimaires de chacune des étapes ont été communiqués et discutés tout au long du processus avec ce comité de manière à pouvoir ajuster la démarche aux conditions du terrain et à corriger au besoin la séquence du projet. Ainsi, les trois milieux « preneurs des OCCI » de trois régions socio-sanitaires du Québec représentaient des caractéristiques spécifiques et contrastées au niveau de l'offre de services et du contexte sociodémographiques.

Trois principales populations concernées par le soutien à domicile (SAD) étaient visées par le projet:

- les gestionnaires;
- les intervenant·e·s;
- les personnes aînées et leurs proches.

Avant l'implantation, nous avons obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche (CÉR) du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches, qui a agi comme comité central pour les trois sites pilotes. L'implantation s'est réalisée dans les trois sites en suivant les mêmes étapes, mais de manière légèrement décalée dans le temps pour chacun des sites.

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Les activités ont pu toutefois varier légèrement en durée selon les réalités locales des divers sites pilotes. Pendant le déroulement de l'étude, une personne responsable a été désignée par chacun des milieux pour agir en tant que personne ressource et fournir les documents requis. Des rencontres statutaires ont aussi été planifiées avec les personnes clés désignées pour soutenir le processus de planification de l'implantation aux différents moments critiques du processus. L'évaluation d'implantation s'est terminée dans les trois sites en décembre 2018. Entre août 2016 et décembre 2018, 6370 personnes des trois sites ont été évaluées avec les OCCI, dont 1404 ont été réévaluées (total de 7774 évaluations), impliquant plus de 720 professionnel·elle·s de santé. Les résultats ont permis d'amener des modifications nécessaires à la fois en termes de contenu clinique que de fonctions technologiques.

Par la suite, en 2019, le MSSS a graduellement déployé les OCCI dans tous les autres CISSS/CIUSSS du Québec.

Les références

De Luc, K (2001a). Care pathways: an evaluation of their effectiveness. Journal of Advanced Nursing, 32: 485-496. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2000.01500.x

de Luc, K (2001b). Are different models of care pathways being developed? International Journal of Health Care Quality Assurance, 13(2): 80-87. DOI:10.1108/09526860010319532

De Luc K, Todd J (2003)(Eds.). e-Pathways: Computers and the patient's journey through care. First edition, Oxford: Radcliffe medical press. 246 p. https://doi.org/10.1201/9781315376165

Dubuc N, Bonin L, Tourigny A, Mathieu L, Couturier Y, Tousignant M, Corbin C, Delli-Colli N & Raiche M (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. Int J Integr Care, 13: e017. DOI: 10.5334/ijic.976

Dubuc N, Brière S, Corbin C, N'Bouke A, Bonin L & Delli-Colli N (2021). Computerized Care-Pathways (CCPs) System to Support Person-Centered, Integrated, and Proactive Care in Home-Care Settings, Informatics for Health and Social Care, 46(1): 100-111. DOI: 10.1080/17538157.2020.1865969.

Graham ID, Tetroe JM & Pearson A (2014). Turning knowledge into action: practical guidance on how to do integrated knowledge translation research. First edition, Adelaide: Lippincott-JBI. 196 p.

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Personnes impliquées

Équipe de rédaction

Nicole Dubuc, Inf. Ph.D., Professeure titulaire, École des sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS), Université de Sherbrooke. Chercheure au Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Nathalie Delli-Colli, T.S., Ph.D., Professeure titulaire, École de travail social, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke. Chercheure au CdRV du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Lucie Bonin, MD, Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique à la Direction de la santé publique du CIUSSS de la Mauricie et du Centre du Québec.

Cinthia Corbin, M.A. en gérontologie, Agente de recherche au CdRV du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Afiwa N'Bouke, Ph.D. en démographie, Agente de recherche au CdRV du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Simon Brière, ing., M.Sc.A., Ingénieur informatique au CdRV du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Conception visuelle

Simon Brière et Cinthia Corbin

Collaboratrice au Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV)

Nancy Presse, Dt.P, Ph.D., professeure adjointe, Département des sciences de la santé communautaire, FMSS, Université de Sherbrooke. Chercheure au CdRV et au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Collaborateur·trice·s au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [1]

Isabelle Labrecque, chargée de projet soutien à l'autonomie et objet prioritaire SAD. Direction générale adjointe des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés (2015-2019).

Sébastien Lessard, chef de projets senior et gestionnaire d'actif RSIPA et l'équipe de la Direction générale des technologies de l'information (DGTI) (2015 à 2022).

Valérie Guillot, chargée de projet, Conseillère en gérontologie, Coordonnatrice provinciale responsable des Réseaux de services intégrés pour personnes âgées (RSIPA), Pilote d'orientation RSIPA. Direction des orientations des services aux aînés et aux proches aidants, Direction générale des aînés et des proches aidants du MSSS (2015 à 2021).

Personnes ressources à la Direction de l'organisation des services en déficience et en réadaptation physique: Stéphane Aubut (2015 à 2018; 2020 à 2022) et Danielle Mercier de (2016 à 2017).

Collaborateur·trice·s au Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS)

Joanne Guilbeault (2007 à 2018).

Michel Raîche (2015-2021).

Isabelle Violet (2018-2023).

© L'équipe de recherche vous autorise à utiliser, partager ce guide dans son intégralité en autant que tous les avis de droits d'auteurs restent intacts en utilisant la citation suivante :

« Source : Dubuc N, Corbin C, Delli-Colli N, Bonin L, N'Bouke A et Brière S (2023). Guide Interactif d'application des connaissances des Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI): Une approche partenariale. »

ISBN 978-2-9809373-3-0

1 *Les dates des collaborateur.trice.s correspondent à leur présence dans le projet sur les OCCI.*

Introduction
- Pourquoi utiliser ce guide?
- Comment le consulter?
- Contexte historique

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Remerciements

La production de ce guide a été basée sur un processus collaboratif et itératif. Il implique ainsi plusieurs personnes que nous tenons à remercier, en particulier l'équipe de rédaction et de conception au niveau du graphisme, ainsi que les collaborateur·trice·s dans les différents organismes partenaires. Nous remercions également des chercheur·e·s et autres personnels du centre de recherche sur le vieillissement (CdRV) et du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (CESS) qui se sont impliqués à différents moments pour enrichir le contenu des OCCI.

Des remerciements particuliers vont aux personnes des trois sites pilotes pour avoir accepté de s'impliquer dans le projet d'évaluation de l'implatantion et pour nous avoir donné leurs avis sur les OCCI afin de les améliorer. Il s'agit du centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest (centre de santé et services sociaux (CSSS) Jardins-Roussillon), du CISSS de Chaudière-Appalaches (CSSS Alphonse-Desjardins) et du centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CSSS de l'Ouest-de-l'Île).

Nos remerciements vont enfin à tous les partenaires qui sont intervenus d'une quelconque manière lors du processus d'implantation des OCCI, dans les trois sites pilotes au départ et dans le reste du Québec par la suite.

Merci

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
   - C'est quoi ? Exercices
   - Pourquoi? Exercices
   - Comment? Exercices
   - Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 1. Les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI)

Les objectifs visés par ce module :

1. Connaître ce que sont généralement les outils de cheminements cliniques
2. Nommer et distinguer les principales phases ou composantes des OCCI
3. Connaître les bénéfices attendus pour la personne, et la nécessité de tels outils pour soutenir le travail interdisciplinaire et en réseau de services

Malgré les nombreuses terminologies utilisées, les auteur·e·s s'entendent généralement pour désigner un outil de cheminement clinique comme étant une démarche clinique sur tout le processus de réponse aux besoins de la personne (évaluation/planification-dispensation et suivi individualisés). Ce sont des outils d'aide à la décision clinique.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.1 Qu'est-ce que des outils de cheminements cliniques (OCC)

Les OCC sont connus dans les écrits scientifiques sous de nombreuses expressions comme « critical paths, critical pathways, clinical pathways, care pathways, care maps, critical paths of care », et enfin, « integrated care pathways » (De Bleser et al., 2006). Inspirés des courants de gestion soutenant l'amélioration de la qualité des soins (ex. : Lean, Cycles Plan-Do-Study-Act) (Lawal et al., 2016), ces cheminements ou parcours cliniques sont une composante commune dans la quête d'amélioration de la qualité des soins. Ils sont utilisés depuis les années 80 pour réduire la variation dans les services offerts, améliorer la qualité des soins et maximiser les résultats pour des groupes spécifiques d'usager·ère·s (Lawal et al., 2016; Mebrahtu et al., 2021). Toutefois, ils sont davantage présents dans les secteurs des soins aigus pour des situations cliniques uniques (ex. : diabète, chirurgie particulière) plutôt que pour des clientèles ayant des situations complexes de soins requérant l'expertise de multiples dispensateur·trice·s de soins et services (Mebrahtu et al., 2021; Vanhaecht et al., 2006, 2010). On les confond souvent avec des outils apparentés comme les « clinical guidelines » ou les « protocols » (De Bleser et al., 2006). Toutefois, bien que les « clinical guidelines » ou guides de pratiques cliniques (GPC) puissent être incorporés à des outils de cheminements cliniques, les lignes directrices ne font habituellement pas référence à des échéanciers déterminés et à la notion d'écarts comme pour les outils de cheminements cliniques.

Malgré les nombreuses terminologies utilisées, les auteur·e·s s'entendent généralement pour désigner un outil de cheminement clinique comme étant une démarche clinique sur tout le processus de réponse aux besoins de la personne (évaluation/planification-dispensation et suivi individualisés). Ce sont des outils d'aide à la décision clinique.

Ils sont généralement incorporés aux plans d'interventions interdisciplinaires ou disciplinaires (PI/PII) s'adressant à des groupes de clientèles particulières et facilitant le suivi systématique de ces clientèles (De Bleser et al., 2006; Lawal et al., 2016; Renholm et al., 2002; Vanhaecht et al., 2006). Leur développement repose minimalement sur les données probantes afin d'améliorer la qualité et l'efficience des soins (Vanhaecht et al., 2011).

Puisqu'ils visaient à réduire les variations dans la prestation des soins et services, les premiers outils développés établissaient de manière très standardisée la séquence optimale de l'offre de services dans le temps. Or, ceci va toutefois à l'encontre des principes de soins individualisés axés sur la personne. C'est pourquoi, dans le cas particulier des Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI), ils ont été développés de manière à pouvoir servir de guides afin que la réponse aux besoins de chaque personne puisse être individualisée et adaptée selon ses attentes et l'évolution de

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

sa situation. Ils sont aussi basés sur une démarche proactive qui appelle à la concertation de tous les intervenant·e·s qui gravitent autour de la personne et sur la collaboration inter-établissements. Ils soutiennent les processus de décisions cliniques en vue d'utiliser adéquatement les ressources et de faciliter l'accès aux services nécessaires. Ils décrivent donc pour une clientèle particulière les objectifs, les soins, les traitements et les services possibles à donner selon les besoins de chaque personne évaluée. Ces recommandations basées sur les données probantes liées aux situations les plus fréquentes pour les personnes en perte d'autonomie et vivant des situations cliniques complexes contribuent donc à fonder les décisions cliniques, mais ne les remplacent pas. Ils visent donc à respecter le projet de vie de la personne et ses proches[1] et l'autonomie de l'intervenant·e dans l'exercice de ses fonctions cliniques.

Enfin, les OCCI rendent également compte des activités de tous les membres de l'équipe interdisciplinaire qui intervient auprès de la personne. Puisqu'ils servent de guides, la réponse aux besoins (les plans) de chaque personne doit être individualisée et modifiée selon son évaluation, ses attentes et l'évolution de sa situation clinique (Villeneuve, 1999).

Les OCCI...

Les OCCI permettent tout d'abord, à l'aide d'un OEMC (outil d'évaluation multiclientèle) bonifié, de réaliser une évaluation globale des besoins de la personne en s'intéressant de façon particulière à l'autonomie fonctionnelle, et à certains indices cliniques comme la fragilité.

Ensuite, à l'aide d'algorithmes, ils permettent d'établir une synthèse des informations les plus pertinentes et de soutenir l'analyse clinique de la situation. Soulignons qu'une évaluation globale est plus que la réalisation d'une entrevue et d'une collecte de données à l'aide d'un outil. Elle s'inscrit dans une démarche clinique collaborative continue incluant l'analyse, la détermination des priorités pour la personne et ses proches, la planification des soins et services et la révision des résultats des soins et services fournis. Ainsi, les OCCI permettent également d'établir et de suivre le plan de services individualisé (PSI) ou les plans d'intervention (PI) requis qui répondront le mieux aux besoins des personnes selon leurs préférences tout en considérant leur profil d'incapacité (profils Iso-SMAF).

Enfin, l'analyse des écarts, composante clé indissociable d'un OCCI, permet d'analyser les résultats ou la réponse aux besoins des personnes et de réajuster l'offre de service en vue d'assurer des soins et services de qualité.

1 La notion de « la personne et ses proches » n'est pas répétée partout dans le texte pour l'alléger. Toutefois, il faut considérer chaque contexte. Ex. : Est-ce que des proches sont présents et si oui, est-ce que la personne désire les impliquer ou non?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

En résumé les OCCI permettent de :

- prendre en compte les attentes de la personne à savoir le bon service, rendu par le bon intervenant ou la bonne équipe interdisciplinaire, au bon moment ainsi que dans la continuité;
- soutenir au quotidien la personne, l'intervenant·e et les équipes dans leur prise de décision clinique grâce à des systèmes dynamiques;
- soutenir l'amélioration continue des pratiques cliniques par les équipes interdisciplinaires. Basés sur des données probantes, les OCCI suggèrent de meilleures pratiques cliniques dans le but de faciliter la coordination et la prestation de soins de qualité. Ils incorporent des plans interdisciplinaires et servent à faire le suivi des personnes fragiles à risque ou en perte d'autonomie vivant dans la communauté.

À cette fin, ils suggèrent les meilleures pratiques cliniques lors de l'évaluation, de la planification et du suivi des personnes à l'échelle du réseau local à l'aide d'un système d'information (SI) clinique informatisé et de l'exploitation de données en temps réel.

Les OCCI...

Les OCCI sont basés sur le modèle québécois Perspectives pour un Vieillissement en santé (VES) qui est présenté dans le **module 2.** Ce modèle permet, en cohérence avec les modèles écologiques reconnus comme celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), d'agir collectivement sur tous les déterminants de la santé quels que soient l'état de santé, l'autonomie, les habitudes et les conditions de vie des personnes aînées. Les principes des OCCI guident la mise en œuvre d'un projet d'intégration des services suivant une perspective populationnelle. Abordés dans des modules subséquents, d'autres concepts sont sous-jacents à l'utilisation des OCCI.

Par conséquent, les OCCI soutiennent également les meilleures pratiques pour :

- L'autonomisation (Restorative care ou reablement) (**module 3**);
- Des soins axés sur la personne (Patient centered care), y compris un partenariat de soins et une prise de décision partagée (**module 4**);
- L'évaluation globale des besoins et des facteurs de risque incluant naturellement la planification et le suivi individualisé des soins et services (**module 5**);
- Enfin, pour être efficaces, ils doivent être soutenus par des systèmes d'informations interopérables et adaptés aux besoins des divers utilisateur·trice·s (**module 6**).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.1.1 Les phases des OCCI

L'informatisation des OCCI est représentée par cinq étapes de production informatique couplées à une démarche clinique continue pour assurer la réponse individualisée aux besoins de la personne.

Le système soutenant les OCCI est essentiellement une plateforme web sécurisée, accessible en ligne pour les professionnel·elle·s à l'aide d'un navigateur web, soit depuis le domicile de la personne, soit depuis leur lieu de travail. Ils peuvent préparer leurs visites à domicile et accéder à leur charge de travail directement dans le système. Des systèmes de sauvegarde appropriés ont été mis en place. La gestion des accès est simple : pour une personne à domicile donnée, une personne professionnelle peut être en mode lecture seule ou en accès complet. Le système est disponible en français et en anglais.

En théorie, les étapes de développement incluent le cheminement clinique modèle, standard, proposé, planifié et complété.

- Le cheminement clinique modèle concerne les OCCI développés à l'aide de données probantes et de savoirs expérientiels dans le cadre de l'étude principale et de divers milieux cliniques.
- Le cheminement standard est l'intégration de ces OCCI dans le contexte des CISSS/CIUSSS du Québec. Il doit prendre en compte les spécificités des divers milieux donnés en termes de ressources publiques, privées et communautaires dans le continuum de services.
- Le cheminement proposé, le planifié et le complété réfèrent à l'utilisation individuelle des OCCI pour chaque personne des services de soutien à domicile (Services SAD).

La figure 1, présentée à la page suivante, illustre les composantes des cinq étapes et les différents cheminements.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

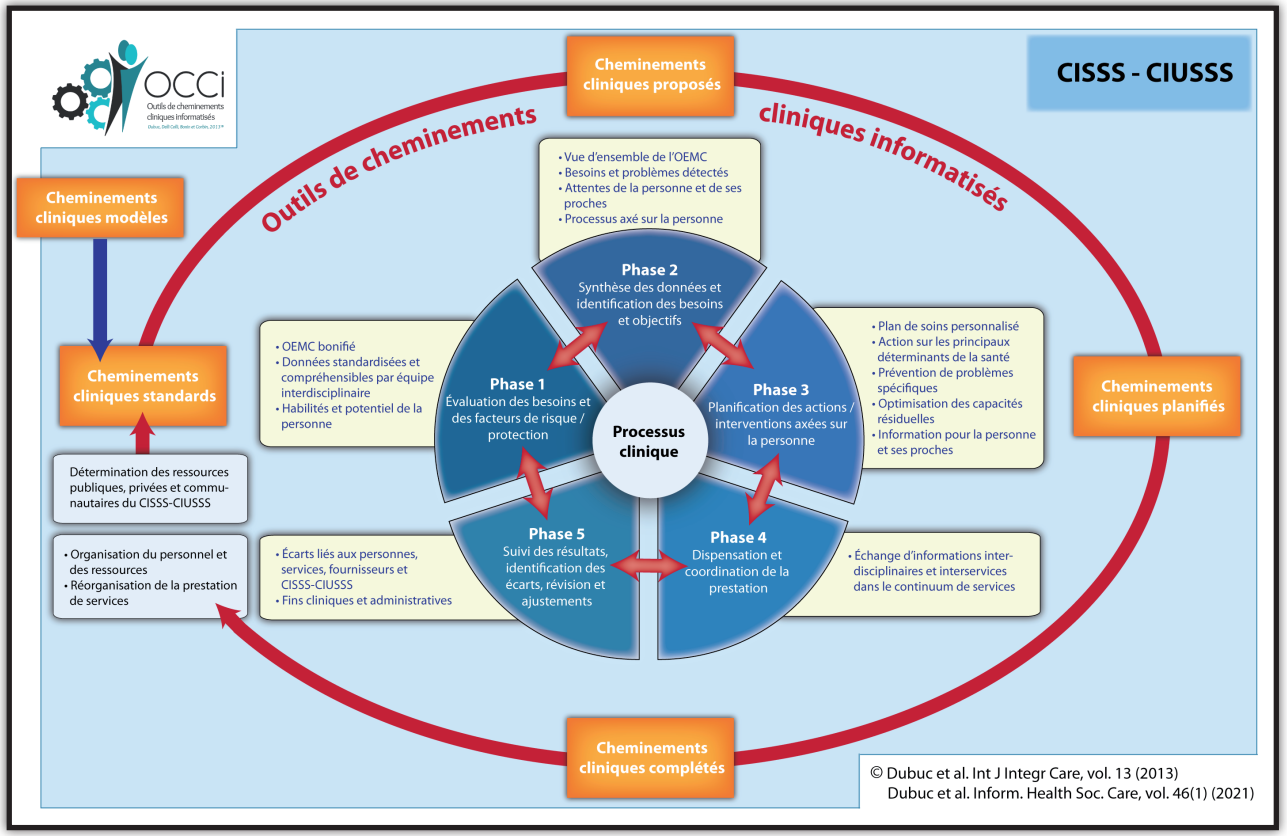
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Figure 1: Les phases des Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI)



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

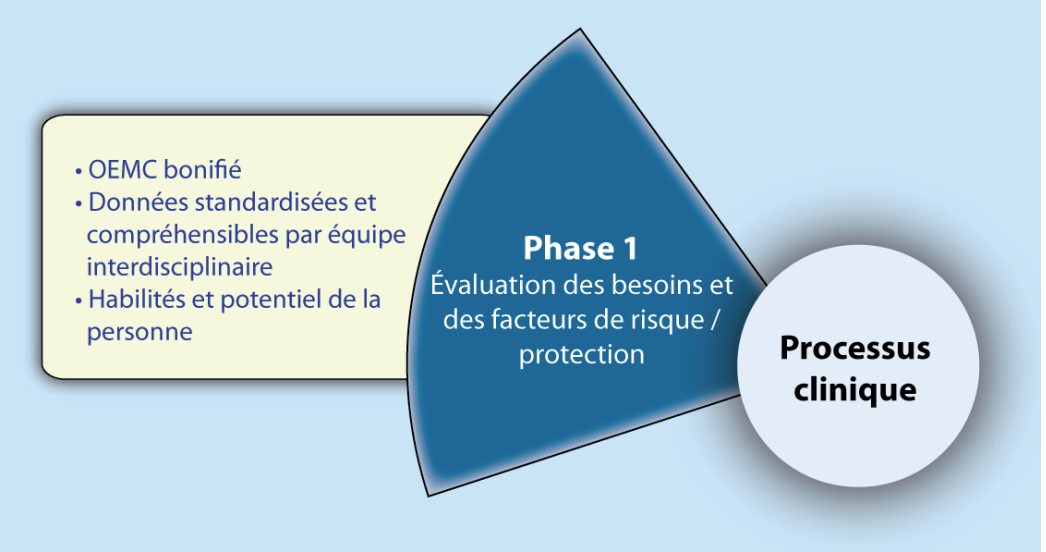
Glossaire et acronymes

La démarche clinique s'observe dans les principales phases suivantes :

Phase 1 : L'évaluation globale des besoins/problèmes

La première phase consiste en un questionnaire d'évaluation globale, l'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC), (MSSS, 2000) composé de différentes sections, dont : 1) l'état de santé; 2) les habitudes de vie; 3) l'autonomie fonctionnelle (SMAF) (Hébert et al., 2001); 4) la situation psychosociale (dont le SMAF-Social) (Pinsonnault et al., 2003; 2009); 5) les conditions économiques et 6) l'environnement physique.

Cette phase vise à documenter l'origine et les motifs des besoins de la personne et ses proches.



Une attention particulière a été portée aux éléments essentiels qu'il est important de repérer afin de prévenir ou diminuer l'incidence de la fragilité et des incapacités. Il a été aussi nécessaire d'identifier des variables permettant de déterminer les forces et les habiletés d'une personne. Puisque les OCCI sont fortement dépendants des informations générées par l'évaluation clinique, il fut nécessaire de bonifier le contenu de l'OEMC. Chaque dimension est divisée en éléments ou en sous-sections. Par exemple, la sous-section fonction digestive est incluse dans l'élément « santé physique », qui a son tour est incluse dans la dimension « état de santé ».

Pour chacune des sous-sections, la personne évaluatrice doit indiquer si un besoin est identifié (oui, oui mais action entreprise, ou non). Pour soutenir ce jugement clinique, des données probantes servant d'aide-mémoire (ex. : présence de nausées, vomissements, diarrhée, etc.) ou de mesure de

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

l'incapacité sont disponibles pour aider à préciser et à analyser la situation clinique et à identifier un besoin. Le système informatisé comprend diverses fonctionnalités facilitant la saisie de données, telles que des indicateurs de validation des données (pour les sections, sous-sections et questions spécifiques), des fonctionnalités de saisie semi-automatique (par exemple, lors de l'utilisation de listes en tant qu'entrées), des convertisseurs d'unités (par exemple, des pieds en mètres), et l'aide en ligne. Le système permet à la personne de contribuer au processus d'évaluation en nommant les dimensions ou éléments qu'elle considère importants à améliorer.

Les travaux de l'équipe ont permis d'identifier et de déterminer les données manquantes en respectant la structure précédente de l'outil. Certains principes ont guidé le choix de ces données.

Par exemple, ces données doivent :

- aider l'intervenant·e à se faire une idée plus juste et positive (ex. : forces) de la situation de la personne dans les différents domaines évalués;
- être pertinentes pour soutenir la décision clinique et appuyer la démarche de planification des soins et services;
- être claires et compréhensibles pour les intervenant·e·s de l'équipe interdisciplinaire.

Alors que l'OEMC compte maintenant 163 questions obligatoires, il contient plus de 700 questions liées à toutes les sections, ce qui permet aux personnes évaluatrices d'affiner une situation ou de préciser plus de détails. Enfin, une évaluation seule, même multidimensionnelle sans planification associée, ne peut apporter de solutions ni répondre adéquatement aux besoins de la personne, si celle-ci n'est pas suivie des étapes subséquentes que sont les phases 2 à 5 des OCCI.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

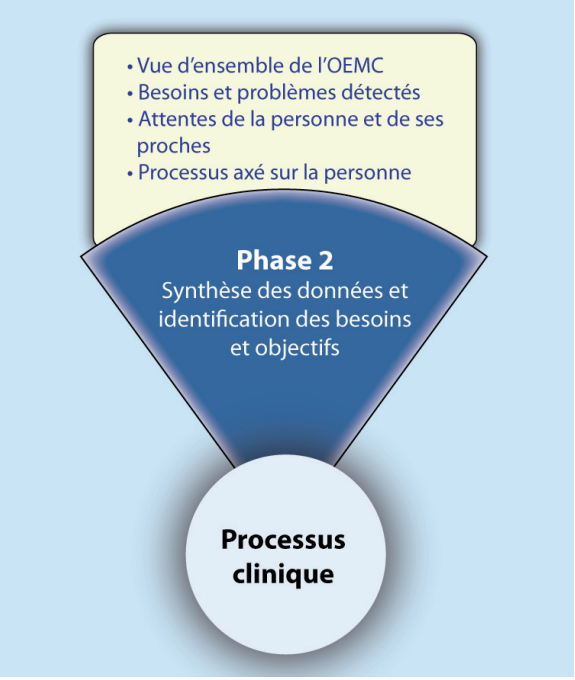
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Phase 2 : La synthèse des données collectées, des besoins, des attentes et la détermination partagée des besoins prioritaires à court terme

Cette synthèse vise à présenter un portrait de la situation de la personne évaluée afin de soutenir le jugement clinique de l'intervenant·e et la prise de décision de la dyade personne/proches.



S'effectue alors un traitement informatique qui génère de manière automatique les informations les plus pertinentes. Outre certaines informations sur le contexte de l'évaluation (ex. : raison initiale de la demande), la synthèse présente les allergies, les risques infectieux, les antécédents médicaux, les indices de situation potentiellement problématiques (ex. : chute, fragilité) et les facteurs de risques (ex. : dénutrition), le sommaire de l'évaluation de l'autonomie fonctionnelle et sociale (scores et profils Iso-SMAF, SMAF-Social), les ressources fournies actuellement (publiques, privées et communautaires), les besoins identifiés, les attentes et les capacités/forces de la personne et de ses proches. Ensuite, une section sur la priorisation dynamique des besoins sert de canevas de travail pour identifier les objectifs avec la personne. Le système prend ainsi en charge le processus de hiérarchisation en affichant des éléments pour les problèmes identifiés ou les éléments

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

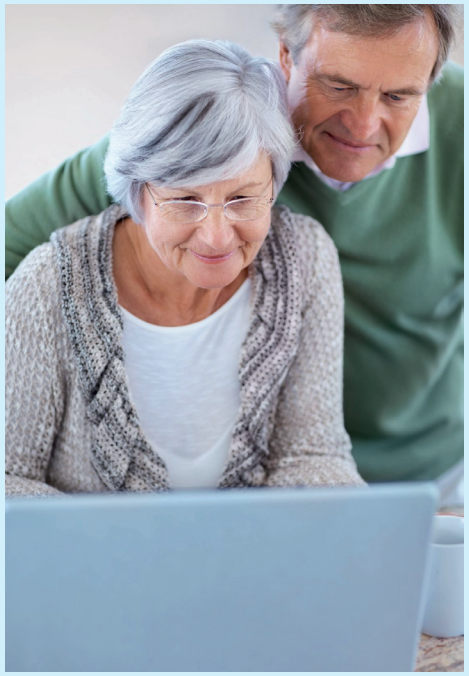
Glossaire et acronymes

sur lesquels la personne souhaite travailler. Lors de cette phase, l'intervenant·e peut discuter de l'élément spécifique et préciser si l'usager (U), le proche (P) ou l'évaluateur (E) a retenu l'élément. l'intervenant·e peut aussi ajouter toutes autres attentes de la personne, catégoriser divers éléments dans des groupes personnalisés et identifier les éléments à retenir pour être traités dans un futur plan d'intervention.

Cette synthèse des besoins identifiés permet à la dyade personne/proches de décider les besoins prioritaires sur lesquels travailler à court terme et à moyen terme. À cette étape, on parle des besoins jugés prioritaires à ce moment précis de la situation clinique d'une personne, mais il faudra naturellement la suivre en temps réel pour s'assurer de répondre dans le temps à l'ensemble des besoins évalués.

Ce portrait global aide la personne évaluatrice à exercer son jugement professionnel. Par exemple, il pourrait être justifié cliniquement de retenir certains besoins, même s'ils sont jugés non prioritaires par la dyade personne/proches, pour convaincre ultérieurement ces derniers du bien-fondé d'une action (ex. : risque de chute), selon l'évolution clinique de la personne. Ils peuvent ainsi servir d'aide-mémoire collectif pour le suivi par les équipes interdisciplinaires. Si nécessaire, l'intervenant·e peut utiliser un espace texte pour compléter les informations liées à la situation de la personne ou ajouter d'autres besoins ou indices de situations potentiellement problématiques.

L'équipe de recherche a développé un canevas du résumé des besoins pour imprimer et donner ces documents à la personne et à ses proches. L'équipe informatique de la DGTI pourra éventuellement l'informatiser.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

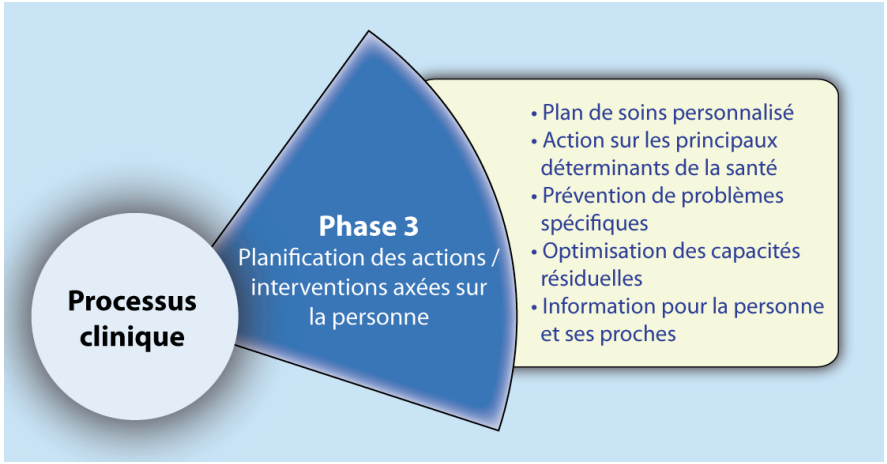
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Phase 3 : Planification; et phase 4 : Dispensation



Les plans comprennent les actions requises pour répondre aux besoins de la personne selon ses préférences, tout en tenant compte des caractéristiques cliniques et en identifiant les ressources pertinentes.

Bien que les plans aient antérieurement été développés par la DGTI dans la solution informatique précédente, une meilleure intégration des phases 2 et 3 a été réalisée, permettant aux professionnel·elle·s de la santé de transférer directement les besoins priorisés de la phase 2 vers un plan fonctionnel. Ils peuvent utiliser cette fonctionnalité pour sélectionner le type de plan requis (PSI, PI, PII), les objectifs sur lesquels travailler et les ressources nécessaires (ex.: partenaires) en fonction des besoins de la personne. Ainsi, pour chacun des besoins retenus et à partir des éléments suggérés (cheminements possibles proposés), la personne évaluatrice sélectionne les objectifs (résultats attendus par la personne) et les interventions souhaitées par la personne pour finaliser le plan de services/interventions (cheminement planifié). Cette étape de transfert vers le plan aide l'intervenant·e à se centrer sur les besoins de la personne en liant les objectifs et la planification aux besoins priorisés et retenus plutôt que de bâtir un plan en fonction des services disponibles.

Les pratiques suggérées considèrent différents domaines comme la prévention, l'observation, l'évaluation, l'enseignement, l'adaptation et la réadaptation, l'intégration sociale, la mise en place de traitements, etc. Il peut s'agir : de prévenir, d'enseigner, de sensibiliser, d'entraîner, d'accompagner, de conseiller, de maintenir, de récupérer ou de compenser l'autonomie, de soigner ou traiter, d'adapter l'environnement, de soutenir les proches, de faire des évaluations complémentaires, de référer vers une personne professionnelle ou une ressource, de rechercher un soutien financier, d'offrir une mesure de répit, de procéder

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

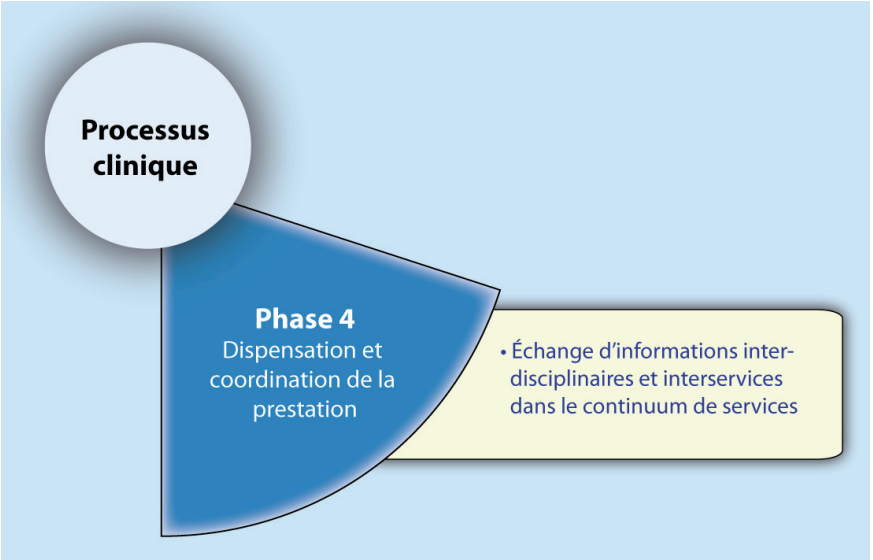
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

à un changement de milieu de vie, d'effectuer des contacts et des démarches, d'assurer un suivi, etc. Ces interventions sont spécifiées selon les objectifs visés, qui peuvent dépendre du profil d'autonomie Iso-SMAF ou des principaux indices de fragilité, dans le but de répondre spécifiquement à certaines problématiques. Elles s'inspirent également du cadre conceptuel VES afin d'agir davantage, notamment en prévention, sur les environnements sécuritaires et favorables à la santé ou sur la participation sociale (Cardinal et al., 2008).



Dans le système actuel, cette phase n'est pas complète. Bien que les informations sur les différents plans soient disponibles pour les professionnel·elle·s, un système externe (I-CLSC) est toujours utilisé pour suivre l'exécution des plans réalisés, limitant ainsi la vue d'ensemble, comme avoir un tableau de bord et une interface commune. Il s'agit toutefois d'une fonctionnalité prévue, car il s'agit d'un élément essentiel pour affirmer que les OCCI sont complets.

Lorsque cette phase sera complétée, les intervenant·e·s pourront colliger les interventions réalisées de façon interactive pour mettre à jour en continu les plans d'interventions et générer un relevé plus précis des écarts. Ils pourront également planifier et mettre à jour en continu leurs plans de travail pour leur charge de cas; ils pourront référer la personne à des ressources à partir d'une banque préétablie (pilotage local intégré au cheminement standard).

Il est aussi prévu que, selon les moyens disponibles, des normes concernant les fréquences et des notions de temps puissent être intégrées dans la planification par l'intervenant·e, afin que l'outil informatisé puisse émettre automatiquement des alertes pour rappeler à l'intervenant·e, par exemple, l'absence d'une intervention ou un retard dans un traitement ou une consultation. Pour le moment, ces fonctionnalités d'alertes ne sont pas disponibles.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

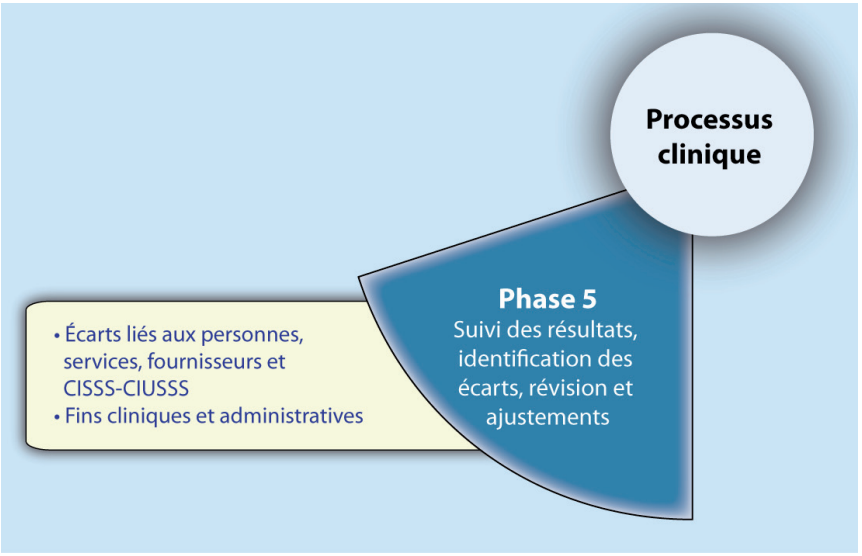
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Phase 5 : Relevé des écarts et ajustements

Une particularité importante des OCCI est le relevé des écarts entre les ressources fournies et celles requises.



Les écrits confirment que ce type d'outil incluant l'information sur les écarts améliore la qualité des services (Allen et al., 2009). Lors de cette phase, la mesure des objectifs atteints et le tableau des écarts entre le cheminement proposé, le planifié et le complété pour la personne peut être disponible. Cette information permet de réviser ou d'ajuster les plans. Étant donné que la phase 4 n'est pas entièrement complétée dans les OCCI actuels, chaque plan doit être revu manuellement. La mise en œuvre complète ultérieure comprendra des alertes automatiques pour informer les utilisateur·trice·s d'un manque d'action ou d'un retard dans le traitement ou la consultation. Ces écarts pourraient également être agrégés à des fins d'analyse administrative dans le cadre d'un processus continu de l'amélioration des soins et services. Cela serait utile aux prestataires de services pour réajuster le parcours attendu, à l'équipe pour optimiser le processus et aux gestionnaires pour réorganiser l'organisation des services.

Les écarts peuvent s'observer entre:

- le requis et le planifié;
- le planifié dans les PI, PII et le PSI et le fourni;
- le rendu ou fourni selon la durée et la périodicité prévues.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Les écarts observés peuvent être positifs ou négatifs, évitables ou non car pouvant provenir de diverses sources et à divers niveaux. Par exemple, ils peuvent être au niveau de la personne (aspirations, valeurs, refus), des proches, des pratiques des intervenant·e·s, de l'organisation des services ou du travail ou de l'environnement en termes de ressources humaines, matérielles et organisationnelles. Enfin, ce relevé des écarts indique non seulement le type et les causes de l'écart, mais aussi les actions entreprises par l'intervenant·e pour l'éliminer et le résultat clinique. Une liste des raisons des écarts liés aux différentes sources possibles est disponible pour les justifier (ex. : refus de la personne pour un service).

Lorsque cette phase sera également complétée, l'apport des technologies de l'information et de la communication (TIC) permettra la gestion de l'intégrité et de l'exploitation des données cliniques soit la validation, l'extraction et la génération des données agrégées.

L'analyse des écarts soutiendrait :

- la personne/proche, pour une prise de décision éclairée dans la réponse à ses besoins;
- l'intervenant·e, pour la révision et l'ajustement en continu des plans;
- les équipes, dans l'amélioration continue des pratiques professionnelles, l'optimisation des processus cliniques et des recommandations d'ajustements ou de bonifications des OCCI;
- les gestionnaires, pour l'optimisation de l'organisation du travail et des services. Ces écarts peuvent aussi être agrégés pour des fins d'analyse administrative. Ainsi, au niveau de la gestion, lorsque ces relevés sont agglomérés, ils permettent de visualiser l'ensemble du processus de soins et services, d'observer les tendances et d'apporter les correctifs nécessaires (Coffey et al., 2005), ainsi que de repenser l'organisation de leurs services ou de conclure des ententes de partenariat;
- les décideurs, pour la mesure de la performance des continuums de services et l'optimisation de l'allocation des ressources. C'est donc un processus itératif qui favorise l'amélioration continue de l'offre des soins et services.

Pour rendre les données agrégées utilisables, un générateur de rapport sera requis. Les mêmes types de croisements et de rapports pourront être générés pour une charge de cas, pour des équipes, pour un ou des services en fonction d'une problématique particulière (ex. : risque de chute et profil d'autonomie). Les données minimales de l'analyse des écarts entre le planifié et le dispensé qui pourraient être produites suite à l'extraction des informations cliniques inscrites dans RSIPA/OCCI sont décrites dans le tableau 1.

Les écarts

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Tableau 1. Tableau des écarts (analyse des écarts, le planifié et le fourni)

ANALYSE DES ÉCARTS	
Gestion de l'évolution des demandes de services/références inter services, inter partenaires **PI (pour tous les PI présents au dossier)** **Le PI interactif permet le suivi en temps réel des besoins / objectifs / interventions lié...**	
• à la charge de cas et au plan de travail de l'intervenant-e • à la dispensation des interventions	• au PSI (si présent) • à des notes d'évolution, justifications cliniques
PSI interactif permet le suivi en temps réel de l'offre de services (publics, privés, communautaires, réseau familial/social), en fonction de chacun des besoins lié...	
• à la charge de cas et à la mise à jour au plan de travail • aux PI qui répondent à certains besoins de la personne	• à des notes d'évolution • aux services des partenaires
LE PLANIFIÉ	**LE FOURNI**
Date de l'envoi de la demande de service Date de refus de la demande par le service receveur	Date de la mise sur liste d'attente Date du début du service Date de la fin du service
Le contenu des PI : • Date d'inscription et de retrait de chacun des besoins • Objectifs, indicateurs / interventions retenues par besoin, selon les algorithmes développés	La dispensation Fréquence des interventions réalisées par besoin : informations accessibles lors de la révision du PI
Le suivi du PI, pour chacun des besoins: • L'atteinte des objectifs selon les indicateurs de résultats attendus • Les raisons des écarts de la réponse au besoin • Dates de révision du PI • Date de retrait de chacun des besoins du PI • Nombre de rencontres interdisciplinaires	Sur une période donnée : nombre et type d'intervention au : • domicile • téléphone • milieu clinique L'offre de services pour chacun des besoins Le suivi des besoins comblés ou non
Les services alloués pour chacun des besoins • Date de début, fréquence, horaire, durée prévisible, date • Toute modification des PI va se générer dans la section services alloués du PSI si la personne est en démarche de PSI • Date de retrait de chacun des besoins du PSI	
Analyse des besoins non comblés • Raisons et solutions • Date des besoins non comblés • Date où un besoin non comblé devient comblé	
La coordination de services : le service est-il bien rendu et complémentaire aux autres services? La satisfaction de la personne?	
Identifier les raisons des écarts rapportées dans la réponse au besoin	

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice 1.

Identifiez l'énoncé qui est FAUX pour décrire des Outils de cheminement cliniques (OCCI).

1. Il s'agit d'une démarche clinique se déroulant sur tout le processus de réponse aux besoins de la personne (évaluation/planification-dispensation et suivi individualisés).
2. Ils permettent de réaliser une évaluation globale des besoins de la personne en s'intéressant de façon particulière à l'autonomie fonctionnelle et aux principaux symptômes gériatriques ou facteurs de risques.
3. Ils permettent, à l'aide d'algorithmes, d'établir une synthèse des informations les plus pertinentes et de soutenir l'analyse clinique.
4. Ils visent à standardiser les soins pour un problème clinique spécifique, une procédure ou un épisode de soins de santé dans une population spécifique.
5. Ils servent de guides afin que la réponse aux besoins de chaque personne puisse être individualisée et adaptée selon ses attentes et l'évolution de sa situation.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 2.

Connaissez-vous bien les différentes phases et composantes des OCCI?

Repérez les énoncés qui sont FAUX parmi les affirmations suivantes.

1. L'évaluation comprend six dimensions incluant des données compréhensibles pour les intervenant·e·s de l'équipe interdisciplinaire.
2. Les OCCI sont l'équivalent de l'OEMC bonifié.
3. Les contenus de la démarche clinique des OCCI ont été développés à l'aide de données probantes et de savoirs expérientiels acquis auprès de plusieurs milieux cliniques.
4. L'évaluation globale et la synthèse aident l'intervenant·e à se faire une idée plus juste de la situation de la personne dans les différents domaines évalués et lui permettent de soutenir son jugement clinique et l'élaboration des plans cliniques.
5. L'outil informatisé émet automatiquement des alertes pour rappeler à l'intervenant·e l'absence d'une intervention ou un retard dans un traitement ou une consultation.
6. Les interventions pouvant être choisies incluent les pratiques optimales liées à : la prévention, l'observation, l'évaluation, l'enseignement, l'adaptation et la réadaptation, l'intégration sociale, des examens, des traitements, etc.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.2 Pourquoi des OCCI?

1.2.1 Contexte démographique

Exceptionnellement, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, l'espérance de vie a diminué en 2020 au Québec en raison du nombre de décès associés à ce virus, puis elle est revenue à son niveau pré-pandémique en 2021 (Fleury-Payeur et Azeredo, 2022). Toutefois, depuis une vingtaine d'années, l'augmentation de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé (Agence de la santé publique au Canada, 2012) et le taux d'incapacité demeurent relativement stables (Camirand et al., 2010) chez les personnes aînées. En fait, ils témoignent des progrès accomplis aux plans des conditions et des habitudes de vie, ainsi que des soins et des services de santé. Toutefois, bien que certains indicateurs d'état de santé s'améliorent, le nombre absolu de personnes aînées qui présenteront des incapacités,[1] (Camirand et al., 2010; Dubuc et al., 2006; Guay et al., 2014; Hébert et al., 2003) des maladies chroniques[2] (Cazale et Dumitru, 2008) ou de la fragilité [3] (Sourial et al., 2012) doublera au cours des 30 prochaines années Cazale et Dumitru, 2008; Choinière, 2010). Ces changements démographiques seront accompagnés d'autres facteurs. Ainsi, outre une proportion de proches qui souhaitent obtenir plus d'aide pour accomplir leur rôle (l'Appui pour les proches aidants d'aînés, 2016), l'augmentation du nombre de personnes ayant besoin des services de soutien à domicile et le frein au développement de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) exerceront une pression appréciable sur le système de santé québécois (MSSS 2005; 2010; 2021). Parallèlement, les écrits scientifiques font état de nombreuses questions quant à la capacité du système de santé québécois à répondre à une demande accrue en soins et services complexes pour cette population en forte croissance (Association québécoise d'établissement de santé et services sociaux [AQESSS], 2011; Vedel et al., 2011). Pour tenter de contrer les effets négatifs que pourrait entraîner cette situation, le Québec a mis différentes stratégies à l'avant-plan de ses politiques (AQESSS, 2011; Ministère de la Famille et MSSS, 2012), dont celle d'augmenter les services de soutien à domicile (ex. : en augmentant le nombre de prestataires et le nombre d'heures de services) (MSSS, 2021).

1 Environ 32 % des personnes aînées présentent une incapacité fonctionnelle (Dubuc et al., 2013).

2 Près de 80 % des personnes aînées de 65 ans et plus ont au moins un problème de santé chronique (Guay et al., 2014).

3 Voir le module 5 pour en savoir davantage sur la fragilité .

Pourquoi?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.2.2 Besoin de réorganisation des services et changement de pratiques cliniques

Les services de soutien à domicile (SAD) sont identifiés à partir de l'évaluation des besoins des personnes aînées effectuée par les professionnel·elle·s des CISSS/CIUSSS (MSSS, 2004). Ils permettent à des personnes en perte d'autonomie de demeurer à leur domicile ou d'y retourner rapidement après un épisode d'hospitalisation. Le SAD compte une large gamme de services intra et extra-muraux: soins et services professionnels, services d'aide à domicile, soutien et répit aux proches et soutien technique requis (Ministère de la Famille et MSSS, 2012 ; MSSS, 2004; 2010). L'offre des soins et services dans la communauté par le SAD et leurs divers partenaires des secteurs public, privé et communautaire, est le mode de prestation des services qui répond davantage au désir des personnes aînées (Ministère de la Famille et MSSS, 2012). Il est aussi moins délétère à leur santé et à leur bien-être, tout en étant moins coûteux que les ressources en institution. Cependant, ce mode de prestation requiert davantage de coordination, en raison du caractère interprofessionnel et multisectoriel de son organisation autour du domicile. Pour faciliter cette coordination, le gouvernement a modifié en 2004, par l'adoption de la Loi 25, l'organisation du système sociosanitaire pour y implanter les réseaux de services intégrés (RSI) destinés à des clientèles prioritaires, dont celle des personnes en perte d'autonomie (MSSS, 2004; Fleury et Ouadahi, 2002). Malgré cette avancée en termes d'organisation de services, plusieurs CSSS soulignaient à l'époque qu'ils avaient besoin d'être davantage soutenus dans leurs efforts visant à mettre en place des modèles de pratiques cliniques et de gestion plus efficients, afin de répondre aux besoins particuliers des personnes aînées en perte d'autonomie desservies dans les SAD dans le contexte des réseaux de services intégrés (RSI) (AQESSS, 2011; Protecteur du citoyen, 2012).

En fait, bien que l'implantation des RSI progressait toujours au Québec (Soucy, 2011), l'intégration clinique demeurait la dimension la moins bien déployée (Demers, 2013) et plusieurs difficultés étaient toujours observées quant à leur opérationnalisation à l'échelle du réseau québécois (Dubuc et al., 2012; Sicotte, 2007; Vedel et al., 2011).

Par exemple, on notait que le suivi d'indicateurs dans les CISSS/CIUSSS révélait des lacunes dans la réalisation de l'évaluation géronto-gériatrique globale, la mise en place des plans de services, le recours à la gestion de cas et les mécanismes de communication clinique (Soucy, 2011). Ces constats décevaient puisqu'une synthèse des connaissances sur les soins à domicile, réalisée en 2011 par Tourigny, Bonin et coll., attestait que ces pratiques étaient reconnues parmi les plus bénéfiques pour les personnes aînées (Tourigny et al., 2011). Comme il a été observé dans d'autres études (Busque, 2009; McColl et al., 2011), des résultats de nos études antérieures ont aussi révélé une proportion inquiétante de besoins non comblés pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) en SAD (Dubuc et al., 2011; Tousignant et al., 2007).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Pourtant, les services liés à ces besoins sont des facteurs significatifs confirmés du maintien des personnes aînées dans la communauté (Chen et Thompson, 2010; Frost et al., 2012). L'absence de balises pour mieux répondre à leurs besoins selon l'hétérogénéité de la population vieillissante aurait été invoquée par les gestionnaires et les intervenant·e·s pour justifier ces difficultés (Nies, 2006). Au Québec, le retard appréciable dans l'implantation des technologies de l'information, et ce, surtout à l'égard des SI cliniques partageables entre les différents services, était également une limite importante à l'intégration des services pouvant mieux répondre aux besoins (Sicotte, 2007; Vedel et al., 2013). Enfin, malgré l'attention mondiale accordée à des approches de soins axés sur la personne (SAP) (« patient centered care ») (Brookman et al., 2011), la réponse aux besoins était encore souvent régulée par l'offre de services disponibles (« service-driven »)(Themessl-Huber et al., 2007). La personne avait malheureusement encore peu de pouvoir sur la nature, la quantité et les modes de prestation des services, ce qui allait à l'encontre des fondements de la qualité des services (Themessl-Huber et al., 2007).

L'implantation d'outils de cheminements cliniques pour les personnes en perte d'autonomie s'avérait donc une solution prometteuse. Bien qu'elles s'intéressent plus souvent à des conditions cliniques uniques (ex. : diabète), les études évaluatives réalisées jusqu'à maintenant indiquent plusieurs bénéfices comme une amélioration de la gestion des symptômes de certaines conditions cliniques (ex. : asthme, cancer, obésité), une diminution des complications (ex. : risque post-chirurgie, chutes, plaies de pression), une diminution des hospitalisations répétées et de la durée de séjour, une meilleure utilisation des ressources et des communications, et enfin, une amélioration de la qualité des soins, de l'interdisciplinarité et de la satisfaction des personnes (Allen et al., 2009; Beechman et al., 2013; Cleveringa et al., 2010; Cortez, 2014; Croucher, 2005; Damiani et al., 2010; Dowding et al., 2012; Dykes et al., 2020; Fossum et al., 2011; Mebrahtu, 2021; Rotter et al., 2010; Vanhaecht et al., 2009).

Nous inspirant de ces résultats positifs, c'est donc pour tenter d'améliorer les processus cliniques et appuyer la mise en œuvre réelle des RSI, que nous avons mené des travaux ayant permis de développer les OCCI (Dubuc et al., 2013).

Les OCCI visaient ainsi à améliorer la manière de réaliser l'évaluation des besoins, la prévention/promotion, la continuité/coordination des services, l'élaboration et la mise en place des plans et le soutien à l'adoption des bonnes pratiques dans les soins et services de longue durée en SAD.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.2.3 Les bénéfices attendus des OCCI

Une fois que les OCCI seront complétés au niveau des fonctionnalités technologiques, qu'ils seront adoptés et pérennisés, ils pourront :

Du point de vue clinique

Permettre à l'intervenant·e de réellement mettre la personne et ses proches au cœur de tout le processus d'intervention, puisque les OCCI aident à:

- identifier conjointement les besoins et le projet de vie de la personne;
- planifier et à ajuster rapidement, selon les écarts, une offre de services individualisée sur un continuum de besoins (ex. : prévention, autonomisation et compensation);
- soutenir la coordination de services par le suivi des alertes et des données pour un accompagnement individualisé, dont des indicateurs pour le suivi de la qualité de services et de la satisfaction de la personne;
- aller vers une meilleure allocation de ressources adaptées aux besoins.



D'un point de vue organisationnel

En globalisant les données sur les besoins et les services offerts et en analysant les écarts dans l'offre de services en lien avec chacun des besoins, les OCCI pourront offrir la possibilité :

- de connaître davantage les besoins comblés et non comblés;
- de permettre des choix éclairés pour soutenir une offre diversifiée et adaptée aux besoins;
- d'offrir un continuum d'informations cliniques (informatisation des pratiques cliniques et de gestion) qui permettront de suivre la performance et l'amélioration continue des pratiques avec certains indicateurs de performance;
- de favoriser la complémentarité des services et de conclure les ententes appropriées avec les partenaires.

En s'appuyant sur ces données, les gestionnaires et décideurs pourront prendre des décisions éclairées pour déterminer, par exemple, la nature et l'intensité des services requis pour soutenir l'autonomie des personnes, ou jusqu'où il est possible d'aller en termes de services offerts à domicile. Ils pourront également identifier les partenariats à développer et s'assurer d'un continuum de soins et services accessibles pour la population desservie; donc exercer leur responsabilité populationnelle.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Du point de vue technologique

Ils pourront permettre :

- la création, l'entreposage et l'échange de données sanitaires valides soutenant la prestation et la coordination locale des soins et services;
- la consultation et la mise à jour d'informations en temps réel;
- l'accès à des informations provenant de sources multiples et intégrées;
- l'optimisation du temps des professionnel·elle·s par l'accès en temps réel aux données et à un soutien décisionnel.

Du point de vue des personnes

Ils devraient offrir un meilleur accès aux services qui favorisera leur autonomie fonctionnelle, leur autonomisation, leur satisfaction, l'amélioration de leur santé et une meilleure qualité de vie. Leur point de vue sera pris en compte, ainsi que leurs volontés, leurs capacités et leur projet de vie. Les OCCI accorderont également une place importante à leurs proches.

Du point de vue des clientèles vulnérables

Ils offriront une réponse adaptée du système de santé et des services sociaux.

Le processus clinique de réponse individualisée aux besoins de la personne est identique à tout âge.

Ce processus d'intervention est dynamique, itératif et varie dans le temps en intensité selon l'évolution de la condition clinique et du projet de vie de la personne et de son réseau de soutien. C'est pourquoi, les fonctions cliniques des OCCI, les stratégies et outils d'application des connaissances, et enfin les résultats de ce projet sont aussi utiles, adaptables et transférables pour une meilleure réponse aux besoins de diverses clientèles vulnérables en santé mentale, en déficience physique (DP), en déficience intellectuelle (DI) ou ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA), etc.

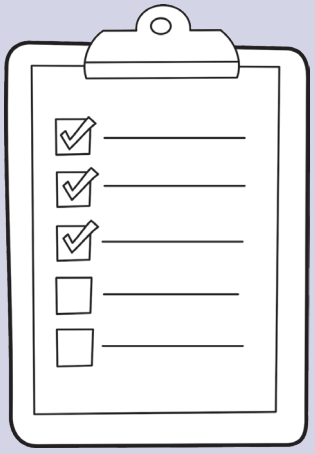


Image par OpenClipart-Vectors de Pixabay.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.2 Pourquoi? - Exercices



Exercice 1.

Une nouvelle collègue arrive dans votre secteur et celle-ci n'est pas familière avec les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI). Elle vous demande de lui justifier l'utilisation de ces outils pour le suivi des personnes aînées à domicile. Quelles sont les bonnes justifications que vous pourriez lui fournir parmi les choix suivants?

1. Les OCCI permettent d'identifier conjointement avec la personne et ses proches une offre de services adaptée à leurs besoins et à leur projet de vie.
2. Les OCCI sont des outils cliniques qui permettent la collecte, la consultation et la mise à jour d'informations en temps réel assurant ainsi un meilleur suivi de la situation clinique de la personne.
3. L'évaluation permet d'agir de manière proactive en identifiant précocement des indices de situations potentiellement problématiques, ce qui permet de repérer les cas complexes où l'équilibre est rompu (ou risque de l'être) avec leur environnement et d'identifier plus rapidement les besoins comblés et non comblés de manière à éviter des situations de crises.
4. Les OCCI ne sont que des outils administratifs requis par les gestionnaires des SAD et le MSSS.
5. Les informations communes aux différents types d'intervenant·e·s soutiennent mieux les pratiques d'interdisciplinarités et favorisent ainsi la continuité des soins et services pour la personne.

Choix de réponses :

a) 2, 3, 5
b) 1, 2, 3, 5
c) 2, 3, 4, 6
d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.2 Pourquoi? - Exercices

Exercice 2.

Associez chacune des phases des OCCI à sa fonction dans le tableau suivant.

Phases	Fonctions
1. Évaluation	Permet de réviser les plans et d'ajuster l'offre de service en identifiant dans quelle mesure les services fournis répondent aux objectifs attendus
2. Synthèse	Permet de mesurer l'atteinte des objectifs et des résultats
3. Planification	Permet d'identifier des facteurs de risques de même que certains besoins comblés et non comblés
4. Dispensation	Permet d'offrir des choix éclairés pour soutenir une offre de services adaptés aux besoins
5. Relevé des écarts	Permet de soutenir la prise de décision et d'identifier conjointement les besoins prioritaires et le projet de vie de la personne et de ses proches

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.3 Comment peut-on utiliser les OCCI?

L'introduction des OCCI est susceptible d'entraîner plusieurs changements pouvant toucher directement ou indirectement les décideurs, les gestionnaires, les intervenant·e·s, les personnes et leurs proches. Ces changements ne peuvent s'opérer sans le soutien de toutes les parties impliquées.

Les OCCI sont complexes et se situent au carrefour de plusieurs éléments novateurs dans les approches auprès des personnes, soit :

1. les réseaux de services intégrés (RSI);
2. l'accès à des données probantes favorisant une réponse individualisée aux besoins de la personne par un continuum de RSI : services préventifs, d'autonomisation, d'intégration sociale, curatifs ou de compensation;
3. les soins axés sur la personne (SAP) (incluant la prise de décision partagée - PDP);
4. le soutien des systèmes d'information (SI).

Les relations interprofessionnelles, interétablissements et intersectorielles constituent également une trame de fond importante. L'adoption des OCCI est donc l'une des conditions pour augmenter la qualité des services aux personnes (incluant l'efficacité, la sécurité, l'accessibilité et les SAP), car elle permet de répondre aux besoins globaux de la personne selon ses caractéristiques et ses préférences. Cependant, il est bien établi que pour favoriser l'utilisation des résultats de recherche par les groupes visés, il faut planifier, impliquer les parties prenantes, tenir compte des éléments susceptibles de nuire à cette utilisation et, ensuite, choisir et adapter les stratégies d'application des connaissances (AC) appropriées. Ce constat renforce donc l'importance de soutenir l'utilisation des OCCI par une démarche d'accompagnement de mise en œuvre de stratégies pertinentes d'AC. Chaque CISSS/CIUSSS doit s'assurer de circonscrire les éléments déterminants de leur appropriation et de leur transférabilité dans leur milieu. L'utilisation d'une stratégie d'AC non adaptée aux besoins des divers milieux et des publics cibles peut devenir la pierre d'achoppement de l'appropriation des OCCI dans notre système. Pour accompagner cette démarche, le MSSS a mis à la disposition des CISSS/CIUSSS du Québec une trousse de déploiement.

En raison de l'expertise en gériatrie reconnue du CESS et parce qu'il détient la propriété intellectuelle d'outils du réseau de soins intégrés aux personnes adultes (RSIPA) également inclus dans les OCCI, soit la grille d'évaluation SMAF, les profils Iso-SMAF et le SMAF-Social, il est un partenaire important reconnu par le MSSS pour la mise en œuvre provinciale du RSIPA, incluant les OCCI. Il offre aux établissements un service conseil et une formation provinciale de formateurs experts. Pour l'usage de chaque outil, une formation donnée par le CESS est obligatoire.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

1.3 Comment? - Exercices

Pistes de réflexion :

Quelles sont les parties prenantes à impliquer pour favoriser une utilisation efficiente des OCCI? Collaboration interprofessionnelle? Interétablissements? Intersectorielle?

Est-il pertinent selon vous de bien connaître le continuum de services et les partenaires disponibles dans votre RLS? Pourquoi?



Module 1. Pour aller plus loin...



Les références

Agence de la santé publique au Canada (2012). Comité directeur sur l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé de l'Agence de la santé publique du Canada. L'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé au Canada. Ottawa: 88 p.

Allen D, Gillen E & Rixson L (2009). Systematic review of the effectiveness of integrated care pathways: what works, for whom, in which circumstances? Int J Evid Based Healthc, 7(2): 61-74. doi: 10.1111/j.1744-1609.2009.00127.x

AQESS (2011). 6 cibles pour faire face au vieillissement de la population. Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS). Montréal. 49 p.

Beeckman D, Clays E, Van Hecke A, Vanderwee K, Schoonhoven L &Verhaeghe S (2013). A multi-faceted tailored strategy to implement an electronic clinical decision support system for pressure ulcer prevention in nursing homes: a two-armed randomized controlled trial. Int J Nurs Stud; 50(4): 475-86. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.007

Brookman C, Jakob L, DeCicco J & Bender D (2011). Soins axés sur les clients au sein du secteur des soins à domicile et communautaires canadien. Une revue des principaux concepts. Saint Elisabeth, 128 p.

Busque MA (2009). Les besoins non comblés de services à domicile chez les aînés canadiens. Social and Economic Dimensions of an Aging Population (SEDAP) Research Papers No. 251. Hamilton, 92 p.

Camirand J, Dugas L, Cardin JF, Dubé G, Dumitru V & Fournier J (2010). Vivre avec une incapacité au Québec. Un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006. Institut de la statistique du Québec. 351 p.

Cardinal L, Langlois MC, Gagné D & Tourigny A (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Québec. 58 p.

Cazale L et Dumitru V (2008). «Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants - Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », Bulletin Zoom Santé, no 12, Institut de la statistique du Québec, p. 1-4.

Chen YM & Thompson EA (2010). Understanding factors that influence success of home- and community-based services in keeping older adults in community settings. J Aging Health, 22(3): 267-291. doi: 10.1177/0898264309356593

Choinière R (2010). Vieillissement de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec. Institut national de santé publique du Québec INSPQ; 53 p.

Cleveringa FG, Welsing PM, van den Donk M, Gorter KJ, Niessen LW, Rutten GE & Redekop WK (2010). Cost-effectiveness of the diabetes care protocol, a multifaceted computerized decision support diabetes management intervention that reduces cardiovascular risk. Diabetes Care, 33(2): 258-63. doi: 10.2337/dc09-1232

Coffey JR, Richards JS, Remmert CS, Leroy SS, Schoville RS & Baldwin PJ (2005). An introduction to critical paths. Quality Management in Health Care, 14(1): 46-55. DOI: 10.1097/00019514-200501000-00006

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Cortez S (2014). Measuring active clinical decision support influence on nursing research utilization. University of Phoenix. 180 p.

Croucher M (2005). An Evaluation of the Quality of Integrated Care Pathway Development in the UK National Health Service. Journal of integrated Care Pathways, 9(1): 6-12. https://doi.org/10.1177/147322970500900102

Damiani G, Pinnarelli L, Colosimo SC, Almiento R, Sicuro L, Galasso R, Sommella L, Ricciardi W (2010). The effectiveness of computerized clinical guidelines in the process of care: a systematic review. BMC Health Serv Res, 10(2): 1-11. doi: 10.1186/1472-6963-10-2

De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J & Sermeus W (2006). Defining pathways. J Nurs Manag, 14(7): 553-563. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x

Demers L (2013). Mergers and integrated care: the Quebec experience. Int J Integr Care, 13: e002. doi: 10.5334/ijic.1140

Dowding DW, Turley M & Garrido T (2012). The impact of an electronic health record on nurse sensitive patient outcomes: an interrupted time series analysis. J Am Med Inform Assoc, 19(4): 615-20. doi: 10.1136/amiajnl-2011-000504

Dubuc N, Bonin L, Tourigny A, Mathieu L, Couturier Y, Tousignant M, Corbin C, Delli-Colli N & Raiche M (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. Int J Integr Care, 13: e017. DOI: 10.5334/ijic.976

Dubuc N, Bonin L, Couturier Y, Dubois MF, Tourigny A, Lamontagne J, Belzile L, D'Amours M, Gueye NR, Corbin C & Morin C (2012). La configuration de l'organisation des services du réseau de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie (RSIPAPA) du CSSS-IUGS : Une étude de faisabilité. Sherbrooke: Centre de recherche sur le vieillissement, CSSS-IUGS; 182 p.

Dubuc N, Brière S, Corbin C, N'Bouke A, Bonin L & Delli-Colli N (2021): Computerized Care-Pathways (CCPs) System to Support Person-Centered, Integrated, and Proactive Care in Home-Care Settings, Informatics for Health and Social Care, 46(1): 100-111. DOI: 10.1080/17538157.2020.1865969

Dubuc N, Dubois MF, Raîche M, Gueye NR & Hébert R (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services delivery make a difference? BMC Geriatr, 11: 67. doi: 10.1186/1471-2318-11-67

Dubuc N, Hebert 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 Geriatr, 42(2): 191-206. doi: 10.1016/j.archger.2005.07.001

Dykes PC, Burns Z, Adelman J, Benneyan J, Bogaisky M, Carter E, Ergai A, Lindros ME, Lipsitz SR, Scanlan M, Shaykevich S & Bates DW (2020). Evaluation of a Patient-Centered Fall-Prevention Tool Kit to Reduce Falls and Injuries: A Nonrandomized Controlled Trial. JAMA Netw Open, 3(11): e2025889. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.25889

Fleury M-J & Ouadahi Y (2002). Stratégies d'intégration des services en réseau, régulation et moteurs d'implantation de changement. Santé mentale au Québec, 27(2): 16-36. DOI : https://doi.org/10.7202/014555ar

Fossum M, Alexander GL, Ehnfors M & Ehrenberg A (2011). Effects of a computerized decision support system on pressure ulcers and malnutrition in nursing homes for the elderly. Int J Med Inform, 80(9):607-17. doi: 10.1016/j.ijmedinf.2011.06.009

Frost H, Haw S & Frank J (2012). Interventions in community settings that prevent or delay disablement in later life: an overview of the evidence. , 13(3): 212-230. https://doi.org/10.1108/14717791211264241

Guay M, Dubois MF, Corrada M, Lapointe-Garant MP & Kawas C (2014). Exponential increases in the prevalence of disability in the oldest old: a Canadian national survey. Gerontology, 60(5): 395-401. doi: 10.1159/000358059

Hébert R, Desrosiers J, Dubuc N, Tousignant M, Guilbeault J & Pinsonnault E (2003). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). La Revue de Gériatrie, 28: 323-336.

Hébert R, Guilbeault J, Desrosiers J & Dubuc N (2001). The functional autonomy measurement system (SMAF): a clinical-based instrument for measuring disabilities and handicaps in older people. Geriatrics Today, 4: 141–47.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Fleury-Payeur F et Azeredo AC (2022). « La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2021 », Bulletin socio-démographique, [En ligne], vol. 26, no 2, Institut de la statistique du Québec, p. 1-12. [statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-mortalite-et-lesperance-de-vie-au-quebec-en-2021.pdf]

L'Appui pour les proches aidants d'aînés (2016). « Portrait statistique des proches aidants de personnes de 65 ans et plus au Québec, 2012 ». Montréal, Québec. 26 p.

Lawal AK, Rotter T, Kinsman L, Machotta A, Ronellenfitsch U, Scott SD, Goodridge D, Plishka C & Groot G. (2016). What is a clinical pathway? Refinement of an operational definition to identify clinical pathway studies for a Cochrane systematic review. BMC Med, 14: 35. doi: 10.1186/s12916-016-0580-z

McColl MA, Shortt S, Gignac M & Lam M (2011). Disentangling the effects of disability and age on health service utilisation. Disability & Rehabilitation, 33(13-14): 1253-1261. doi: 10.3109/09638288.2010.526166

Mebrahtu TF, Skyrme S, Randell R, Keenan AM, Bloor K, Yang H, Andre D, Ledward A, King H, Thompson C. (2021). Effects of computerised clinical decision support systems (CDSS) on nursing and allied health professional performance and patient outcomes: a systematic review of experimental and observational studies. BMJ Open, 11(12): e053886. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053886

Ministère de la Famille & MSSS (2012). Vieillir et vivre ensemble. Chez soi, dans sa communauté. Gouvernement du Québec; 200 p.

MSSS (2000). Comité aviseur sur l'adoption d'un outil d'évaluation intégré des besoins des personnes en perte d'autonomie et de détermination des services requis notamment en institution ou à domicile. Québec, 84 p.

MSSS (2004). L'intégration des services de santé et des services sociaux. Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Gouvernement du Québec, 26 p.

MSSS (2005). Rapport et recommandations du Comité de travail sur la pérennité du système de santé et de services sociaux du Québec. Pour sortir de l'impasse : la solidarité entre nos générations. Gouvernement du Québec, 145 p.

MSSS (2010). Plan stratégique 2010-2015. Santé et services sociaux. Gouvernement du Québec. 53 p.

MSSS (2021). Plan stratégique 2019-2023. Santé et services sociaux. Gouvernement du Québec. 28 p.

Nies H (2006). Managing effective partnerships in older people's services. Health & Social Care In The Community, 14(5): 391-399. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00652.x

Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A & Delli-Colli N (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. Arch Gerontol Geriatr, 37(3): 223–33. https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00049-9

Pinsonnault E, Dubuc N, Desrosiers J, Delli-Colli N & Hebert R (2009). Validation study of a social functioning scale: the social-SMAF (social-Functional Autonomy Measurement System). Arch Gerontol Geriatr, 48(1): 40–44. DOI: 10.1016/j.archger.2007.10.001

Protecteur du citoyen du Québec (2012). Rapport d'enquête - Chez soi : toujours le premier choix? L'accessibilité aux services de soutien à domicile pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Gouvernement du Québec, 32 p.

Renholm M, Leino-Kilpi H & Suominen T (2002). Critical pathways. A systematic review. J Nurs Adm, 32(4): 196-202. doi: 10.1097/00005110-200204000-00008

Rotter T, Kinsman L, James E, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Cochrane Database Syst Rev, 3: CD006632. doi: 10.1002/14651858.CD006632.pub2

Sicotte C (2007). Comment donner du sens à un système de santé complexe? Reddition de comptes et systèmes d'information. In Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. (Dir) Le système sociosanitaire au Québec Gouvernance, régulation et participation. Ch 18 pp. 301-314 Montréal: Gaétan Morin éditeur; 513 p.

Soucy H (2011). L'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées au Québec. In Texte publié dans les Actes du congrès Démarche SMAF - de l'évaluation à la prestation et la gestion des services, pour de meilleures pratiques auprès des personnes en perte d'autonomie, Québec, 17-18 novembre 2011, pp. e1-11.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Sourial N, Bergman H, Karunananthan S, Wolfson C, Guralnik J, Payette H, Gutierrez-Robledo L, Deeg DJ, Fletcher JD, Puts MT, Zhu B & Béland F (2012). Contribution of frailty markers in explaining differences among individuals in five samples of older persons. J Gerontol A Biol Sci Med Sci, 67(11): 1197-1204. https://doi.org/10.1093/gerona/gls084

Themessl-Huber M, Hubbard G & Munro P (2007). Frail older people's experiences and use of health and social care services. J Nurs Manag, 15(2): 222-229. doi: 10.1111/j.1365-2834.2007.00726.x

Tourigny A, Bonin L, Durand PJ, Kröger E, Laurin D, Robichaud L & Sévigny A (2011). Synthèse des connaissances sur les soins à domicile. pp. 183. Québec: Fonds Québécois de la recherche sur la société et la culture; 183 p.

Tousignant M, Dubuc N, Hebert R & Coulombe C (2007). Home-care programmes for older adults with disabilities in Canada: how can we assess the adequacy of services provided compared with the needs of users? Health Soc Care Community, 15(1): 1-7. doi: 10.1111/j.1365-2524.2006.00645.x

Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, Jansen U, Massoud R, Moody K, Sermeus W, Van Zelm R, Whittle C, Yazbeck AM, Zander K & Panella M (2006). Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathways Association. Journal of Integrated Care Pathways, 10(1):28-34. https://doi.org/10.1177/205343540601000106

Vanhaecht K, De Witte K, Panella M, Sermeus W (2009). Do pathways lead to better organized care processes? J Eval Clin Pract, 15(5):782-8. doi: 10.1111/j.1365-2753.2008.01068.x

Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W (2011). 'What about care pathways?' in Ellershaw J, and Wilkinson S (eds), Care of the Dying: A pathway to excellence, 2nd edn. Chapter 1 pp. 1-14. Oxford, online edn, Oxford Academic.

Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R, Sermeus W (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. International Journal of Care Pathways, 14(3): 117-123. https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019

Vedel I, Akhlaghpour S, Vaghefi I, Bergman H & Lapointe L (2013). Health information technologies in geriatrics and gerontology: a mixed systematic review. J Am Med Inform Assoc. 20(6): 1109-1119. doi: 10.1136/amiajnl-2013-001705

Vedel I, Monette M, Beland F, Monette J & Bergman H (2011). Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. International Journal of Integrated Care (IJIC), 11 Spec Ed: e004-e004. doi: 10.5334/ijic.574

Villeneuve L (1999). Le suivi systématique de clientèles dans la communauté. Montréal. Direction de la planification, Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 2. Le modèle Perspectives pour un vieillissement en santé (VES)

Les objectifs visés par ce module:

1. S'approprier le modèle Perspective pour un VES
2. Se familiariser avec les principaux déterminants de la santé
3. Connaître certaines caractéristiques de la population aînée de leur réseau local de services (RLS)

Les neuf axes du modèle « Perspectives pour un vieillissement en santé - VES » visent, d'une part, à créer des conditions favorables à la meilleure santé et à la meilleure qualité de vie possible et, d'autre part, à aborder concrètement des problématiques plus spécifiques qui demandent des réponses tout aussi spécifiques.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2.1 Qu'est-ce que le modèle du vieillissement en santé (VES)?

Les OCCI sont basés sur le modèle québécois « Perspectives pour un Vieillissement en santé », (VES)[1], développé par la Direction de santé publique de la Capitale nationale et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Cardinal et al., 2008) à partir d'une revue de 14 modèles ou cadres publiés dans la littérature scientifique, incluant celui de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur le vieillissement actif (2002). Ce modèle est en cohérence avec la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé et le modèle de l'OMS (2002), la politique québécoise gouvernementale sur le vieillissement, et les démarches Municipalités amies des aînés (MADA).

2.1.1 Clientèles cibles du modèle

L'approche VES vise toutes les personnes aînées, en bonne santé ou non, avec ou sans limites ou incapacités. Le terme *optimisation des possibilités* est fondamental dans ce modèle. L'optimisation signifie produire l'effet le plus favorable possible en tirant le meilleur parti possible des conditions existantes. Cette approche n'exige donc pas de trouver d'importantes ressources budgétaires; elle vise plutôt *à faire les choses autrement*. Pour cette raison, elle est nécessairement dynamique puisqu'elle renvoie à une situation qui évolue dans le temps, tant pour les personnes, les groupes, que leur environnement. Les capacités d'adaptation de toutes ces personnes à leur environnement changeant sont continuellement sollicitées, à plus forte raison pour une période de la vie comme le grand âge où des changements importants se suivent à un rythme parfois accéléré.

L'approche VES sensibilise les personnes œuvrant auprès des personnes aînées à propos de l'interdépendance des diverses situations qu'elles rencontrent, situations considérées comme autant d'occasions à saisir pour développer une action concertée.



[1] *Le Vieillissement en santé (« Healthy aging ») est un processus permanent d'optimisation des possibilités permettant aux personnes aînées d'améliorer et de préserver leur santé et leur bien-être physique, social et mental, et de conserver leur autonomie et leur qualité de vie, tout en favorisant les transitions harmonieuses entre les différentes étapes de leur vie (Santé Canada, 2001).*

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Cette approche globale et concertée s'appuie donc sur un ensemble de convictions largement partagées par la communauté scientifique :

- Conviction à propos du potentiel d'amélioration de la santé et de la qualité de vie de toutes les personnes, quels que soient leur état de santé, leur niveau d'autonomie fonctionnelle, leurs habitudes ou conditions de vie, et cela à tout âge.
- Conviction que la santé est une richesse au quotidien et non une finalité, pour tous.
- Conviction que, devant la complexité des besoins et des environnements, l'interdépendance des savoirs, expertises, ressources et des disciplines est essentielle à la performance des services.
- Conviction que l'influence complexe des déterminants de la santé est l'affaire de tous et exige un travail de coopération de tous les acteurs pour produire la santé et la qualité de vie de l'ensemble de la population et réduire ainsi les inégalités sociales en matière de santé (Couturier et al., 2016). L'interdisciplinarité est ainsi fondamentale pour les équipes de travail, car un travail de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle et intersectorielle est requis.

2.1.2 Les principes de base du modèle

Chapeauté par les principes chers aux personnes aînées elles-mêmes que sont la dignité, l'indépendance, la solidarité et l'équité, le modèle conceptuel propose neuf grands axes d'intervention (voir la figure 2 du cadre du VES à la page suivante).

- Cinq d'entre eux, au pourtour du modèle dans les encadrés (axes 1 à 5), sont définis selon une perspective d'action sur les grands déterminants de la santé. Ils influencent la santé et la qualité de vie de toutes les personnes aînées, quel que soit leur niveau de santé, la présence ou non de maladies, d'incapacités ou de problèmes.
- Quatre autres axes, regroupés au centre dans les cercles (axes 6 à 9), sont élaborés selon une logique de prévention des problèmes spécifiques, vécus par les personnes aînées.

Ces neuf axes visent, d'une part, à créer des conditions favorables à la meilleure santé et à la meilleure qualité de vie possible et, d'autre part, à aborder concrètement des problématiques plus spécifiques qui demandent aussi des réponses spécifiques.

Chacun des axes se décline en un certain nombre d'éléments qui sont autant d'objets ou de thématiques représentant des possibilités d'action concrète.

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Pour aller plus loin...
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Figure 2. La cadre du vieillissement en santé (VES)



Pour les personnes aînées, un tel dispositif intégrateur permet la création de réseaux d'acteurs agissant sur leurs environnements physiques et sociaux, qu'elles soient en bonne santé ou non, notamment dans une perspective d'accroissement de leur participation sociale, de façon à contribuer à la production et au maintien de leur santé. De nombreuses approches partagent de tels principes. Par exemple, le programme MADA s'inspire des principes de l'approche populationnelle. L'approche gériatrique adaptée reprend ces principes pour les clientèles hospitalisées, l'approche Milieu de vie pour celles vivant en CHSLD, comme il y a des approches intégrées de soins de fin de vie, plus sensibles à la dimension subjective de ce moment si particulier de la vie. Elles s'articulent toutes aisément dans un continuum des besoins tout au long de la vie,

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

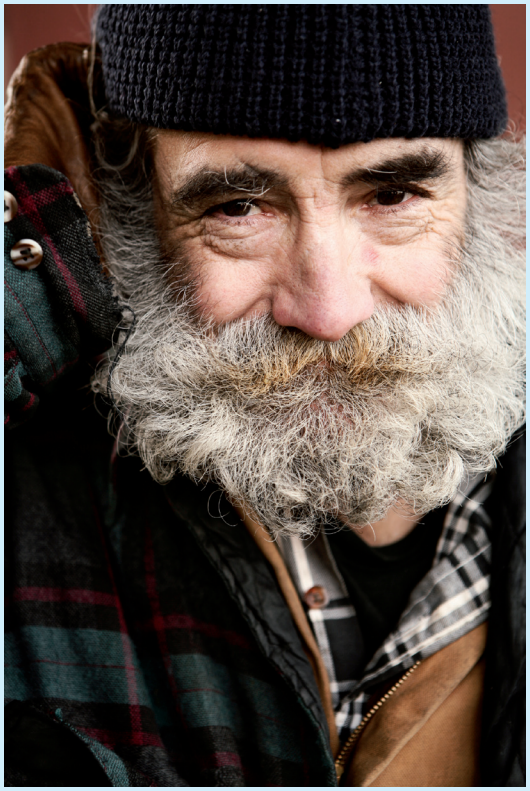
Glossaire et acronymes

ce que l'approche VES peut permettre d'intégrer dans un continuum logique de services pouvant être adaptés à chacun des contextes de mise en œuvre.

Par-delà les indicateurs de performance, l'expérience subjective de soins est une source importante d'information sur la qualité des services intégrés. Pour être positive, cette expérience requiert un accompagnement individualisé, lequel est facilité par une intégration appropriée des soins et des services dans des continuums interprofessionnels et interorganisationnels dans lesquels les personnes participent activement à leurs soins et services au niveau clinique, mais aussi au niveau politique, notamment en matière d'orientations générales. Il s'agit donc d'orienter les ressources sur une stratégie intégrative permettant à chacun de naître, de grandir, de vivre, de travailler et de vieillir en santé.

Ce modèle offre une vision d'ensemble de ce qui devrait être fait pour préserver l'autonomie et améliorer la participation sociale, la qualité de vie et l'état de santé de toutes les personnes aînées autonomes ou moins autonomes, pour développer une vision commune des besoins et des services/actions à mettre en place ou à consolider, puisqu'il aborde l'ensemble des dimensions d'un continuum d'interventions: promouvoir, prévenir, autonomiser, guérir et soutenir.

Les OCCI (Dubuc et al., 2013), à l'instar du modèle VES, sont basés sur une démarche participative qui appelle à la concertation des personnes aînées elles-mêmes (SAP, PDP), des proches, des intervenant·e·s et gestionnaires des services de santé et services sociaux ainsi que des membres de la communauté du réseau local de services.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice 1 : Vrai ou faux

Le VES soutient une image positive du vieillissement.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Le VES soutient une réponse adaptée ou individualisée uniquement aux besoins des personnes vieillissantes qui sont en mauvaise santé.

Réponse

Le VES est un outil soutenant la réponse aux besoins pour une population, une clientèle ou un individu.

Réponse

Exercice 2.

Parmi les objectifs suivants du VES, trouvez l'intrus. Le VES vise à :

1. Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation.
2. Créer des milieux de vie sains et sécuritaires.
3. Favoriser l'engagement et la participation des personnes et améliorer le soutien à celles-ci.
4. Organiser les services de santé et de services sociaux de manière à prendre complètement en charge la personne soignée
5. Améliorer l'environnement général et les conditions de vie.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2.2 Pourquoi le modèle du vieillissement en santé (VES)?

2.2.1 Comprendre la santé et ses déterminants

La réponse à la question « qu'est-ce que la santé? » a grandement évolué au cours des dernières décennies alors que notre capacité d'agir sur la maladie connaissait un essor sans précédent. S'est finalement imposée l'idée que la santé ne peut se résumer simplement à l'absence de maladie.

C'est ainsi que l'**OMS** définit la santé plutôt comme un état de bien-être qui permet à la personne de fonctionner et de s'adapter à son milieu. Bien plus, la santé n'est plus uniquement vue comme un but en soi mais aussi comme une richesse, un capital pour le développement socioéconomique des individus et de la collectivité.

Cette nouvelle compréhension du concept « santé » a permis de mettre en évidence les facteurs individuels et collectifs qui l'influencent. Au-delà de la biologie humaine, ce qui s'avère déterminant pour l'état de santé d'un individu ou d'une population, ce sont les contextes socio-culturel, économique et physique, les comportements de santé et la capacité d'adaptation des individus, tout autant que l'accès à des services de santé et des services sociaux de qualité (Couturier et al., 2016).

La santé de la population dépend ainsi de grands déterminants :

- les facteurs biologiques et génétiques;
- les habitudes de vie et l'environnement physique, économique et social, c'est-à-dire les conditions de vie des personnes et de groupes;
- l'organisation des soins et des services.

Ce dernier déterminant ne contribue à l'amélioration de la santé que dans une faible proportion. Ainsi, sur les 30 ans d'espérance de vie gagnés au cours du siècle dernier en occident, 8 ans (27 %) seraient attribuables à l'action du système de santé et 22 ans (73 %) à l'amélioration des conditions de vie, de l'environnement et des habitudes de vie (MSSS, 2005).



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2.2.2 Agir sur les déterminants de la santé pour une meilleure santé et qualité de vie

Un réseau de services profondément intégrateur utilisera plusieurs types d'interventions visant les diverses catégories de déterminants de la santé et du bien-être. Par exemple, pour les personnes aînées, les stratégies de promotion de la participation sociale ou de meilleures conditions de vie sont des facteurs de protection cruciaux du maintien de l'autonomie fonctionnelle. Il en est de même pour les interventions de prévention, qui consistent à intervenir précocement sur les facteurs de risque (ex. : mauvaises habitudes de vie comme la sédentarité, la mauvaise alimentation, le tabagisme) ou les interventions d'autonomisation. Ces dernières prennent la forme de différentes stratégies pour habiliter la personne ou améliorer ses capacités pour qu'elle puisse prendre en charge sa santé et son bien-être. Cela peut inclure des volets d'information, d'enseignement, d'éducation à la santé, etc.

Une intervention intégrée comportera bien entendu des interventions curatives, qui consistent à agir sur les causes, les symptômes ou les effets d'un problème biopsychosocial manifeste, mais aussi des interventions de réadaptation et de récupération fonctionnelle ou d'autonomisation, qui consistent à déployer une intervention permettant aux personnes de retrouver une part ou la totalité de leur capacité fonctionnelle (Dubuc et Beresford, 2021). La réadaptation s'effectue généralement de manière ponctuelle à la suite de la survenue d'une incapacité, alors que l'autonomisation est une manière de concevoir toute intervention, à quelque moment que ce soit du parcours de la personne. L'autonomisation pose le regard non seulement sur les pertes, mais aussi sur les capacités, les potentiels, et les dimensions préservées ou récupérables de l'autonomie. Elle requiert de la part des intervenant·e·s une compétence à reconnaître la personne dans ses acquis, plutôt que dans ses pertes, en adoptant une attitude accompagnatrice *(faire avec)* plutôt qu'interventionniste *(faire pour ou à la place de),* concrètement incarnée dans des interventions d'autonomisation (voir le **module 3**).



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2.2 Pourquoi? - Exercice

Exercice 1.

En quoi la compréhension de la santé et de ses déterminants, telle que prônée par le modèle VES, influence-t-elle l'amélioration de l'état de santé de la personne?

Pourquoi?

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices

Pour aller plus loin...

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 2. Pour aller plus loin...



Les références

Cardinal L, Langlois MC, Gagné D & Tourigny A (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Québec. 58 p.

Couturier Y, Belzile L & Bonin L (2016). L'intégration des services en santé : une approche populationnelle. Les presses de l'Université de Montréal, 276 p.

Dubuc N & Beresford B (2021). Reablement: A Unique Approach to Regaining, Maintaining, or Improving Independence in Daily Life. In Rootman I, Edwards P, Levasseur M, Grunberg F (Ed.). Promoting the Health of Older Adults. The Canadian Experience. Chapter 26. pp. 421-433. Canadian Scholars. Toronto/Vancouver, Canada. 634 p.

Dubuc N, Bonin L, Tourigny A, Mathieu L, Couturier Y, Tousignant M, Corbin C, Delli-Colli N & Raiche M (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. Int J Integr Care, 13: e017. DOI :10.5334/ijic.976

MSSS (2005). Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé. Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, 120 p.

Organisation mondiale de la santé (2002). Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation. Madrid: Organisation mondiale de la santé; 60 p.

Santé Canada (2001). Atelier sur le vieillissement en santé. Partie 1 : Le vieillissement et les pratiques de santé, Ottawa, Santé Canada.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 3. L'autonomisation ou la récupération fonctionnelle et sociale

Les objectifs visés par ce module:

1. Décrire les principes et composantes principales de cette approche
2. Identifier qui peut bénéficier de l'approche d'autonomisation
3. Comprendre pourquoi cette approche est favorisée
4. Connaître le point de vue des personnes et des prestataires de services d'autonomisation sur le sujet
5. Connaître les preuves disponibles de l'autonomisation
6. Savoir comment on intègre cette approche au cours d'un processus clinique usuel

L'objectif de l'autonomisation est d'obtenir et de maintenir le plus haut niveau de fonction possible, en mettant l'accent sur l'assistance ou l'aide requise pour que la personne puisse « faire les choses par elle-même », plutôt que de « faire pour ou à la place de celle-ci ».



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.1 Qu'est-ce que l'autonomisation ou la récupération fonctionnelle et sociale?

Selon l'Office québécois de la langue française, le terme « autonomisation » se définit comme un :

> *« Processus par lequel une personne, ou un groupe social, acquiert la maîtrise des moyens qui lui permettent de se conscientiser, de renforcer son potentiel et de se transformer dans une perspective de développement, d'amélioration de ses conditions de vie et de son environnement ».*

Dans le domaine des soins de longue durée, l'autonomisation peut référer à une approche, soit celle de maintenir ou d'augmenter l'autonomie de personnes vulnérables (Tessier et al., 2016; Resnisk, Galik et Boltz, 2013; Beresford et al., 2019). En termes d'organisation de services, elle peut aussi désigner un programme de santé et services sociaux. Un programme est défini comme une approche spécifique qui est organisée, planifiée, documentée, suivie et évaluée et qui comprend des ressources, des activités, des services et produits offerts ainsi que des résultats (Newcomer, Hatry et Wholey, 2015).

Qu'il s'agisse d'une approche ou d'un service, son but est d'aider la personne à reprendre confiance et à développer ses compétences afin de regagner, de réapprendre, de récupérer ou de maintenir ses habiletés et fonctions nécessaires à la réalisation de ses activités journalières, plutôt que de les remplacer pour vivre de manière indépendante à son domicile le plus longtemps possible (Aspinal et al., 2016). Cependant, selon un groupe d'experts internationaux, elle peut aussi être utilisée dans tout le continuum de services, peu importe où vit la personne (Metzelthin et al., 2020).

Parfois, cela nécessite d'apprendre de nouvelles façons de faire, d'utiliser du nouveau matériel ou une aide technique ou encore de faire certaines adaptations au domicile.

Son objectif est d'obtenir et de maintenir le plus haut niveau de fonction possible, en mettant l'accent sur l'assistance ou l'aide requise pour que la personne puisse « faire les choses par elle-même », plutôt que de « faire pour ou à la place de celle-ci ».

Les orientations ministérielles et les organisations doivent encourager et soutenir un changement de culture où l'intervenant·e doit apprendre à ne pas intervenir trop rapidement, à inciter, à encourager et à aider la personne à identifier la meilleure routine ou manière de réaliser une activité (O'Connor et Hugues, 2013). Par exemple, il peut s'agir d'enseigner à une personne comment cuisiner plutôt que de lui offrir un service de repas déjà préparé (Aspinal et al., 2016).

On s'intéresse ainsi au potentiel fonctionnel de la personne, plutôt qu'à la présence d'un diagnostic particulier ou d'incapacités, tout en favorisant l'amélioration de l'image et de l'estime de soi (Aspinal et al., 2016; Beresford et al., 2019; Lewin et al., 2013). On reconnaît également l'importance

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

du réseau social et du soutien informel qui vise à aider les personnes à accéder à leur communauté et à renouer avec des activités physiques, sociales ou récréatives qu'elles apprécient (Aspinal et al., 2016; Beresford et al., 2019; Lewin, Concanen et Youens, 2016; Tuntland et al., 2015). On s'intéresse ainsi autant aux besoins liés aux activités de base de la vie quotidienne (AVQ) et autres dimensions de l'autonomie fonctionnelle (mobilité, fonctions cognitives, AVD) qu'à celles plus complexes d'ordre psychosociale et à celles qui soutiennent l'identité et les rôles (ex. : SMAF-Social) (O'Connor et Hugues, 2013).

Cette approche accorde une priorité à la participation active des personnes à l'identification des objectifs qu'elles souhaitent atteindre, afin de maximiser leur autonomie et leur confiance dans la gestion de leur vie quotidienne (Cochrane et al., 2016; Tessier et al., 2016).

On doit alors se demander: Qu'est-ce que la personne considère le plus important pour elle?

Le concept d'autonomie peut vouloir dire différentes choses pour différentes personnes. Ce principe a une importance fondamentale. Ce n'est pas parce qu'une personne a besoin d'aide pour entretenir la maison qu'elle fera nécessairement le choix de devenir plus autonome pour cette activité (BØdker et al., 2019). Elle pourrait préférer des activités ayant lieu à l'extérieur, ou récréatives et sociales, qui sont souvent préférées à la réalisation des activités domestiques par plusieurs personnes (BØdker, 2019; Bødker et al., 2019; Hjelle et al., 2017). C'est pourquoi on parle ici d'autonomie fonctionnelle et sociale. De plus, la recherche du maintien de l'autonomie pour tous les aspects de la vie de la personne n'est pas un objectif « à tout prix ».

Comme le citent BØdker et ses collaborateur·trice·s (2019) :

> *« afin de favoriser une vie plus indépendante, nous suggérons de reconnaître à la fois la dépendance et l'indépendance, non pas comme des binaires, mais comme des éléments de la vie – du vieillissement en particulier – et de se concentrer sur les moyens de promouvoir le sentiment individuel d'indépendance des personnes en fonction de leurs besoins, désirs et opportunités ».*

L'autonomisation s'intéresse donc aux impacts ou aux résultats finaux des services sur la vie d'une personne. Il s'agit donc de services axés sur les résultats qui visent à atteindre les aspirations, les priorités et les objectifs identifiés par les utilisateur·trice·s de services - contrairement aux services usuels dont le contenu ou la manière de les offrir sont souvent standardisés ou déterminés surtout par ceux qui les fournissent. Les résultats sont par définition individualisés, car ils dépendent des priorités et des aspirations de chaque personne (Glendinning et al., 2008). L'attention des prestataires se dirige ainsi vers les « résultats souhaités par la personne » plutôt que vers la liste des « tâches » à accomplir.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Par exemple, cette personne croît-elle être en mesure ou non d'effectuer le comportement nécessaire pour l'atteinte d'un résultat souhaité?

Les stratégies utilisées sont pour la plupart basées sur la théorie de l'apprentissage social (Bandura, 1986), notion qui reconnaît que le comportement d'une personne est influencé par son environnement et ses caractéristiques personnelles dont, entre autres, ses convictions.

Comme les concepts d'autonomisation et de prévention sont étroitement liés (Wilde et Glendinning, 2012), ceux-ci proposent une approche d'intervention qui encourage le développement et le maintien de la capacité fonctionnelle et du bien-être des personnes: un élément clé du cadre de vieillissement en santé de l'OMS traité dans le module 2 (OMS, 2015).



La mise en place de l'autonomisation se base sur les éléments suivants :

- **Le faire avec** : aider la personne à reprendre ***confiance*** dans ses capacités à effectuer ses activités ***par elle-même;***
- ***La qualité de vie*** et le retour de la personne à son ***niveau d'autonomie fonctionnelle maximal;***
- ***L'implication de la personne dans les décisions*** concernant ses services;
- Une ***évaluation globale basée aussi sur les capacités*** plutôt que sur ses déficits;
- Un plan qui définit les objectifs/buts que la ***personne souhaite atteindre*** et qui est ***flexible*** pour s'adapter rapidement à l'évolution de la situation;
- Une organisation de services ***autour des besoins/attentes de la personne*** plutôt que selon les services existants;
- Des ***pratiques de collaboration*** entre la personne, ses proches et ses intervenant·e·s pour atteindre les objectifs.

En termes d'organisation de services, bien que nous présentions l'autonomisation comme étant une approche novatrice, elle est incorporée depuis un certain temps dans les politiques de santé de nombreux pays. On la retrouve sous le vocable « reablement » au Royaume-Uni depuis plus d'une vingtaine d'année (Aspinal et al., 2016; Beresford et al., 2019; Glendinning et al., 2010). Au cours de la même période, des services similaires intitulés « restorative care » ont également vu le jour dans les soins à domicile et dans les établissements institutionnels aux États-Unis (Baker et al., 2001; Talley et al., 2015; Tinetti et al., 2002,

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

2012), en Nouvelle-Zélande (Parsons et al., 2013), en Australie (Lewin et al., 2013) et au Canada (Crawford et al., 2012; Johnson et al., 2005; O'Brien et al., 2017). Une approche équivalente appelée « function focused care » est utilisée aux États-Unis dans les établissements de soins de longue durée (résidences pour personnes aînées et établissements de soins spécialisés) et les hôpitaux (Resnick et al., 2013). Plus récemment, les pays scandinaves (Kjerstad et Tuntland, 2016; Tuntland et al., 2015) et les Pays-Bas (Metzelthin et al., 2017; 2018) l'ont adopté dans le cadre de projets expérimentaux afin de déterminer leur faisabilité, efficacité et coût-efficacité.

Soutenus par des équipes interdisciplinaires, les programmes incluent généralement de multiples stratégies comme: l'activité physique; l'entraînement pour la force, l'équilibre ou pour soutenir le changement de comportement; l'utilisation de stratégies telles que la conservation de l'énergie (ex. : modification de la posture, rapidité d'exécution); la simplification des tâches liées aux **AVQ** et **AVD**; les modifications dans le domicile; l'utilisation d'aides techniques offertes rapidement; l'éducation à l'autogestion et au vieillissement en santé; la prévention des chutes et d'autres stratégies de prévention des maladies et accidents; la gestion des médicaments; l'attention pour un apport nutritionnel adéquat; la promotion de la mobilité, la continence et l'intégrité de la peau; le soutien social et l'utilisation des ressources locales (Lewin, 2011; Lewin et al., 2016). Plusieurs visites sont nécessaires pour atteindre les résultats souhaités, donc la dose et l'intensité est primordiale dans cette approche (Poulos et Poulos, 2019).

La majorité des programmes existants obtiennent des résultats entre 4 et 12 semaines selon la situation clinique (Beresford et al., 2019; Lewin et al., 2016). Cependant, ces actions doivent également être soutenues par une approche confiante, réactive, positive, porteuse, collaborative et motivante de la part des prestataires. Ces compétences et connaissances ne sont pas acquises sans une formation adéquate et une supervision continue (Birkeland et al., 2017; Jokstad et al., 2019).

En dépit de l'engouement pour cette approche, il demeure toutefois une grande variabilité dans la manière de conceptualiser et d'appliquer les services d'autonomisation (Clotworthy et al., 2021). Ainsi, récemment, le « ReAble network » (**https://reable.auckland.ac.nz**) a réalisé une consultation Delphi (Metzelthin et al., 2020) auprès de 79 membres experts utilisant cette approche dans 11 pays.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Après quatre phases de consultation, ils ont défini le concept de « reablement » de la manière suivante :

> *L'autonomisation est une approche holistique et centrée sur la personne qui vise à améliorer le fonctionnement d'un individu afin d'augmenter ou maintenir son indépendance dans des activités significatives de la vie quotidienne, à son lieu de résidence, et à réduire ultérieurement son besoin pour des services de longue durée. Cette approche est intensive, c'est-à-dire qu'elle implique plusieurs visites offertes par une équipe interdisciplinaire formée et coordonnée par un gestionnaire de cas ou un professionnel de la santé. Elle comprend une évaluation globale initiale, suivie de réévaluations régulières et l'élaboration de plans de soutien axés sur les objectifs souhaités par la personne. L'équipe accompagne la personne dans l'atteinte de ses objectifs par la participation et l'entrainement aux activités quotidiennes, les modifications à son domicile, l'usage d'aides techniques ainsi que l'implication de son réseau social. L'autonomisation est une approche inclusive indépendamment de l'âge, de la capacité, du diagnostic ou du milieu où vit la personne (traduction libre, pages 8 et 11; Metzelthin et al., 2020).*

Même si l'organisation des services actuellement en place au Québec est différente de ces pays, l'équipe de recherche des OCCI s'est inspirée de ces divers programmes pour intégrer les aspects les plus prometteurs sur le plan clinique, mais n'a pas considéré les aspects organisationnels qui relèvent davantage des lois, normes professionnelles et politiques québécoises. Nous adhérons ainsi à la définition de ce groupe d'experts et voyons aussi l'autonomisation comme une approche multifacettes adoptée par une équipe interdisciplinaire visant à optimiser les capacités fonctionnelles, à prévenir ou ralentir le déclin fonctionnel, à promouvoir la participation sociale, un vieillissement en santé et à encourager les personnes à gérer leurs maladies chroniques tel qu'énoncé par le modèle Perspectives pour VES présenté dans le module 2 (Cardinal et al., 2008).



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.1.1 Qui peut en bénéficier?

L'autonomisation est considérée comme une approche inclusive qui cherche à travailler avec toutes les personnes, y compris celles atteintes de maladies chroniques ou de démence, qui pourraient en bénéficier quels que soient leur âge et leur diagnostic (Aspinal et al., 2016; Jeon et al., 2018; Poulos et al., 2017; Wilde et Glendinning, 2012).

En règle générale, la référence à cette approche ou au service survient lorsqu'une personne aînée est identifiée comme étant à risque de dépendance accrue pour gérer ses activités de la vie quotidienne, en raison d'un déclin fonctionnel ou d'un retour d'hôpital ou d'un autre établissement de soins, à la suite d'un épisode aigu (Lewin et al., 2016). Cependant, il existe des différences entre les pays, en ce qui concerne les populations à qui ces services peuvent être proposés (Wilde et Glendinning, 2012).

Certaines caractéristiques des personnes peuvent affecter les avantages obtenus. Les résultats d'une étude réalisée auprès de personnes ayant bénéficié d'une autonomisation en Norvège (Tuntland et al., 2017) ont révélé, qu'au départ, un meilleur niveau fonctionnel, le fait d'être une femme, d'avoir une fracture et un niveau élevé de motivation étaient des prédicteurs significatifs des résultats positifs après 10 semaines de suivi. De même, les résultats ont montré que le fait d'avoir une maladie neurologique autre qu'un accident vasculaire cérébral, d'avoir des problèmes de vertiges/d'équilibre, des douleurs pénibles, ainsi que de l'anxiété/dépression étaient des facteurs prédictifs d'un mauvais fonctionnement. Il faut interpréter ces résultats avec nuances puisque la manière d'offrir ces services en Norvège est pratiquement interchangeable avec les services de réadaptation (Clotworthy et al., 2021).

Une étude anglaise récente (Beresford et al., 2019) a mis en évidence que le fait d'avoir suffisamment de revenu et une meilleure santé mentale au départ étaient associés à des améliorations accrues en termes de qualité de vie à la fin de l'épisode d'accompagnement. *Cependant, dans l'ensemble, la collaboration de la personne à son plan serait la condition la plus associée aux résultats positifs.* L'étude a également mis en évidence que les personnes qui sont orientées vers un soutien pour retourner à la maison après un séjour à l'hôpital (par opposition au soutien pour rester à la maison) étaient susceptibles d'expérimenter des bénéfices plus importants. Ces résultats sont cependant affectés par leur participation à une intervention de courte durée se situant autour de six semaines. Comme le stipulait Whitehead et ses collaborateur·trice·s (2015), le groupe d'expert consulté par le « ReAble network » s'entend pour dire que cette approche peut très bien se prolonger après une période définie en autant que la prémisse « faire avec » plutôt « qu'à la place de » prévale et permette de maintenir les résultats souhaités.

Du point de vue du personnel impliqué dans ces services, l'intérêt pour l'autonomisation et la participation active de la personne au processus sont perçus comme étant les caractéristiques les plus importantes des utilisateur·trice·s de services qui vont déterminer des résultats positifs (Jokstad et

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

al., 2019). La compréhension du concept d'autonomisation par les personnes, déterminée en partie par leur capacité à assimiler et à se rappeler les informations fournies lors de la référence initiale à ce service, a également été identifiée comme étant un élément important à considérer (Wilde et Glendinning, 2012). Beresford et al. (2019) tirent une conclusion similaire en notant que le personnel impliqué dans l'autonomisation considérait que la compréhension de l'autonomisation, à la fois de la part des utilisateur·trice·s des services et des membres de la famille, était la question la plus importante à traiter au début de l'intervention. Le personnel impliqué dans l'autonomisation et qui participait à cette étude pensait également que des caractéristiques telles que la confiance envers les professionnel·elle·s; la volonté ou la réticence à accepter un soutien; la personnalité (ex. : motivation, attitude positive, flexibilité); la capacité de résolution de problème; la santé mentale; les capacités cognitives; la présence d'un proche et le milieu de vie (c.-à-d. logement en location), peuvent toutes avoir une incidence sur les résultats de l'autonomisation (Beresford et al., 2019). L'intervenant·e doit toutefois reconnaître que la réticence d'une personne à participer, qui peut être perçue comme un manque de motivation, peut souvent être causée par un réel manque de capacités physiques (BØdker et al., 2019).

Concernant les personnes atteintes de démence, le personnel était généralement convaincu que l'autonomisation pouvait offrir des avantages, mais il indiquait que le soutien serait différent et plus complexe, et que la pratique aurait besoin d'être adaptée et prolongée pour garantir de bons résultats (Beresford et al., 2019). D'autres auteur·e·s sont du même avis, tout en reconnaissant que des stratégies additionnelles, notamment l'implication des proches, doivent être considérées pour compenser les dimensions d'attention, de mémoire, d'orientation et de fonction exécutives qui peuvent être affectées (Poulos et al., 2017; Jeon et al., 2018, 2019). Pour plusieurs, le maintien ou le ralentissement du déclin fonctionnel pour les personnes avec des conditions progressives peuvent être des objectifs fort louables (Poulos et al., 2017).

Pour voir l'approche d'autonomisation, telle qu'appliquée en Angleterre, visionnez cette vidéo, CIE video 'Enablement: An introduction'. Disponible seulement en anglais, mais très intéressante.

https://www.scie.org.uk/reablement/videos/prevention

Autonomisation

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice 1.

Que retenez-vous des caractéristiques de l'approche d'autonomisation?

Pour chaque énoncé, indiquez s'il est VRAI ou FAUX?

1. L'autonomisation est une approche d'intervention qui encourage le développement et le maintien de la capacité fonctionnelle et du bien-être des personnes.

Réponse

2. Elle favorise une vie plus indépendante qui reconnaît à la fois la dépendance et l'indépendance.

Réponse

3. L'évaluation est basée sur les forces. Elle porte sur ce que la personne est capable de faire et veut être en mesure de faire par elle-même.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4. La planification est réalisée dans le contexte des services que les SAD sont en mesure de fournir et identifie principalement le type de services formels qui doivent être fournis.

Réponse

5. Lors de la prestation, l'intervention est surtout axée sur le maintien de l'autonomie et s'assure que les services devant être fournis (ex. : quatre heures de soins personnels par semaine) le sont.

Réponse

6. L'autonomisation est une approche inclusive indépendamment de l'âge, de la capacité, du diagnostic ou du milieu où vit la personne.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 2.

Lors de l'utilisation de l'approche d'autonomisation, quels facteurs ou caractéristiques sont susceptibles de produire des résultats positifs?

1. La compréhension de l'autonomisation, à la fois de la part des utilisateur·trice.s des services et des membres de la famille;
2. L'absence de troubles cognitifs;
3. La présence de douleur, d'anxiété ou de dépression;
4. La collaboration de la personne à son plan;
5. La confiance dans les intervenant·e·s et la motivation pour y participer.

Choix de réponses :

a) 2, 3, 5

b) 1, 3, 4, 5

c) 1, 2, 4, 5

d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.2 Pourquoi l'autonomisation ou la récupération fonctionnelle?

Lorsque certaines personnes perçoivent leur autonomie et leur capacité à gérer leur vie quotidienne comme étant compromises, elles peuvent faire appel aux services du SAD (Mery et al., 2016). Bien que plusieurs données indiquent une satisfaction à l'égard des soins à domicile et des avantages pour la qualité de vie, des impacts positifs pour les proches et une réduction du nombre d'hospitalisations, les preuves demeurent insuffisantes pour conclure que les interventions en SAD sont efficaces pour améliorer la capacité fonctionnelle ou prévenir une nouvelle détérioration des fonctions (Totten et al., 2016). En fait, il y aurait peu d'attention placée sur la prévention des maladies et l'identification précoce de la perte d'autonomie (Bähler et al., 2015; Picco et al., 2016).

Centrés principalement autour des problématiques de santé et influencés par la croyance des intervenant·e·s et des gestionnaires d'un déclin inévitable chez les personnes en perte d'autonomie, les soins à domicile ne permettraient pas, autant qu'il serait souhaité, un retour à une plus grande autonomie et à une capacité à gérer soi-même les activités quotidiennes (Tuntland et al., 2015; Wilde et Glendinning, 2012). Par exemple, les revues systématiques confirment un impact positif des interventions de soutien à domicile sur la santé des personnes aînées par rapport à l'absence d'intervention, mais les résultats des soins à domicile comparés aux soins en établissement restent mitigés (Boland et al., 2017). C'est alors qu'il faut peut-être s'interroger sur la manière dont ces services à domicile sont fournis puisque les préférences des personnes sont toujours de demeurer chez elles le plus longtemps possible (Boland et al., 2017).

Il est bien connu que les soins à domicile traditionnels reposent sur un modèle de substitution encourageant les personnes aînées à adopter un rôle passif et dépendant, le prestataire de soins à domicile assumant les tâches que la personne accomplissait (Tinetti et al., 2002; Tuntland et al., 2015). Cependant, des recherches ont montré que le fait d'exercer des activités à la place de la personne, alors qu'elle est encore capable de le faire ou en a le potentiel, entraîne un cercle vicieux de perte croissante de confiance en soi, de compétences et de croyance en des capacités de gestion de la vie et des activités quotidiennes. Cela se traduit par une autonomie limitée et une augmentation du degré du déclin fonctionnel (Wilde et Glendinning, 2012). C'est pourquoi, plusieurs auteur·e·s ont souligné la nécessité pour les équipes de soins à domicile de réorienter leurs actions, du traitement principal des maladies et de la « prise en charge » des personnes vers davantage de collaboration pour maximiser les fonctions et le confort en fonction de buts significatifs pour les personnes (Tinetti et al., 2002; Wilde et Glendinning, 2012).

Respectant davantage la dignité et l'autodétermination des personnes, c'est sous ces principes que l'approche d'autonomisation, dont les preuves sont de plus en plus prometteuses, a pris son envol depuis une vingtaine d'années dans de nombreux pays (Aspinal et al., 2016; Clotworthy et al., 2021).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.2.1 Qu'en penses les prestataires des services d'autonomisation?

La plus récente évaluation de ce type de services en Angleterre révèle que les professionnel·elle·s et les prestataires qui travaillent en autonomisation sont fermement convaincus que cette approche est supérieure aux « soins à domicile traditionnels ». Elle demeure cependant tributaire de différents facteurs.

Par exemple, du point de vue du personnel directement impliqué, le fait d'avoir les compétences nécessaires pour travailler avec des personnes, en utilisant cette approche, est considéré comme étant un élément essentiel à l'obtention de résultats positifs. Ils ont identifié des aspects importants de la pratique, comme la mise en place d'une assistance personnalisée, de conseil sur les tâches et activités alternatives, de renforcement de la confiance en soi de la personne et de réassurance qu'elle est sous la supervision d'une équipe qui va la visiter régulièrement (Beresford et al., 2019). Une des compétences importantes est celle de bien cerner l'équilibre nécessaire entre le fait de fournir des soins et celui d'aider la personne à essayer des choses par elle-même. Pour cela, il est essentiel de disposer de suffisamment de temps lors d'une visite pour permettre à l'intervenant·e d'adopter une approche d'autonomisation. Sinon, sous la pression, les intervenant·e·s sont plus susceptibles d'assumer des tâches liées aux AVQ/AVD plutôt que d'aider la personne qui utilise le service à le faire elle-même (Beresford et al., 2019; Jokstand et al., 2018).

Les études ont mis en évidence l'importance de la supervision des intervenant·e·s, des réunions d'équipe, la formation, la coordination des soins et la résolution de problèmes pour les soutenir dans leurs tâches (Beresford et al., 2019; Birkeland et al., 2017; Jokstad et al., 2019). Les intervenant·e·s expriment de manière cohérente le rôle clé des compétences interpersonnelles et d'une relation efficace dans laquelle la personne qui utilise le service peut leur faire confiance, accepter leur soutien, se sentir confiante et motivée pour travailler sur ses objectifs d'autonomisation.

3.2.2 Qu'en penses les personnes desservies?

Les personnes participantes à l'étude de Beresford et al. (2019) ont également indiqué qu'elles étaient satisfaites de l'aide, des soins et du soutien fournis, et ont souligné les résultats positifs en termes d'autonomie fonctionnelle retrouvée. Grâce aux visites et à la contribution des prestataires de services d'autonomisation, elles ont déclaré avoir regagné leur confiance en elles et avoir acquis des compétences pratiques qui leur ont permis de gérer leur vie quotidienne sans soutien formel. Celles qui ne rapportaient pas ces gains avaient souvent une mauvaise santé, ou d'autres difficultés importantes, mais avaient tout de même apprécié le soutien reçu.

Elles reconnaissent également les compétences cruciales des prestataires de services d'autonomisation. Les personnes desservies ont estimé qu'il était essentiel pour la réussite de l'approche d'être dans une atmosphère motivante, positive et empathique. Elles ont souligné l'importance des compétences pratiques des intervenant·e·s

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

en matière de résolution de problèmes (Gustafsson et al., 2019). Dans l'étude de Beresford et al. (2019), elles ont souligné l'importance des compétences des travailleur.euse.s pour les soutenir et les observer lorsqu'elles pratiquent des tâches, tout en sachant que les intervenant·e·s pourront intervenir si la situation se détériore. Ces compétences étaient considérées par les personnes comme étant très importantes pour regagner la confiance en soi et réduire la peur de chuter.

L'étude fait aussi état de quatre aspects de la pratique, qui selon les personnes desservies, leur ont permis de retrouver ou de maximiser leur autonomie soient :

1. l'assistance personnalisée au moment opportun;
2. des conseils et de l'information sur des manières alternatives d'exécuter des tâches et des activités;
3. le renforcement de la confiance en soi, et
4. le soutien émotionnel (ex. : encouragement, réconfort, reconnaissance des réalisations).

3.2.3 Quelles sont les preuves des effets positifs de l'autonomisation?

Des revues systématiques récentes (Cochrane et al., 2016; Legg et al., 2016; Tessier et al., 2016) ont conclu que l'autonomisation pouvait entraîner des améliorations chez les personnes aînées, leur permettant de gérer leurs activités quotidiennes, et entraîner une diminution du nombre de personnes nécessitant des niveaux plus élevés de soins personnels et, par le fait même, une réduction des coûts des soins. Cependant, ces améliorations seraient plutôt modestes, comparativement aux améliorations observées en termes de satisfaction et de qualité de vie. Les impacts sur la réadmission à l'hôpital et le fait de rester à la maison (par opposition à un placement en établissement) n'ont pas été confirmés à ce jour. Ainsi, les données des études disponibles ne permettent pas de conclure, hors de tout doute, de l'efficacité de cette approche.

La prudence est donc de mise lors de la synthèse des preuves existantes, car les distinctions entre l'approche d'autonomisation et les formes traditionnelles de services de soutien à domicile et de réadaptation sont ambiguës dans plusieurs pays. Il faut aussi noter que ces revues systématiques ont dû exclure certaines études en raison de leur qualité (ex. : puissance inadéquate ou biais de sélection) ou parce qu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion spécifiques de l'étude en question. Ceci s'explique en partie par l'absence d'une définition partagée de l'autonomisation pendant de nombreuses années et des différentes techniques adoptées pour son implantation dans les différents pays. Ceux-ci adaptent généralement l'autonomisation à leurs politiques spécifiques et à leur contexte de prestation de services.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Comme plusieurs études ne décrivent pas l'intervention de manière détaillée, il est parfois difficile de déterminer, si et en quoi, l'autonomisation diffère des modèles actuels de soins et de savoir dans quelle mesure la philosophie du « faire avec » et les caractéristiques spécifiques de cette approche ont été respectées (Cloworthy et al., 2021; Sims-Gould et al., 2017). Ceci est sans compter les différences dans la manière dont les recherches et les revues systématiques ont été conduites. Notons, entre autres, la diversité des mesures de résultats visées, celle des outils utilisés pour mesurer l'autonomie, les différents critères d'inclusion, les durées d'intervention, etc. Enfin, le déploiement de l'autonomisation réalisé à l'échelle nationale, rend très difficile la conception d'essais randomisés avec un groupe d'intervention habituelle ou un groupe témoin sans intervention.

L'absence de preuves solides face au déploiement important de cette approche dans plusieurs pays peut paraître contradictoire.

Certaines explications peuvent être données en réponse à ce paradoxe:

- Signalons d'abord, que l'approche d'autonomisation a été déployée dans le cadre de la recherche d'une solution au problème des populations de plus en plus âgées.
- L'autonomisation est une philosophie qui répond au désir des personnes de demeurer autonomes le plus longtemps possible, de participer aux décisions qui les concernent, de maintenir leur dignité, de pouvoir faire des choix, de pouvoir agir et vieillir chez elles avec des services conçus pour répondre à leurs besoins.

- Elle englobe les concepts d'autonomie, de prévention, de soins axés sur la personne, de prise de décision partagée et de services individualisés qui sont désormais fortement reconnus au niveau international et considérés dans le cadre de référence du vieillissement en santé de l'OMS (OMS, 2015)(module 2).
- Il existe tout de même des preuves encourageantes selon lesquelles l'autonomisation améliore le fonctionnement, facilitant une transition plus rapide de l'hôpital vers la maison, et réduit le besoin de soins continus et les coûts. Ainsi, elle offre la possibilité de réduire la demande en services de longue durée, ce qui est naturellement très attrayant pour les décideurs locaux et nationaux et les détenteurs de budget, en particulier en raison du vieillissement de la population.
- Dans quelques pays, notamment dans certains services de l'Australie et de l'Angleterre, certaines interventions sont appliquées par des intervenant·e·s sans qualification professionnelle, mais encadrés par une personne professionnelle formée. Ceci est utile dans les contextes de pénurie de professionnel·elle·s formés en physiothérapie ou en ergothérapie, et également pour réduire les coûts de personnel.
- Certaines études indiquent que, par rapport aux soins à domicile dits traditionnels, ces programmes favorisent la rétention du personnel en augmentant leur satisfaction professionnelle par le biais d'un travail plus flexible et plus gratifiant (Birkeland et al., 2017; INESSS et al., 2015). Du point de vue du personnel professionnel de la santé, il est facile d'imaginer l'intérêt de pouvoir travailler de manière flexible et directe avec les utilisateur·trice·s de services, de les éduquer, de leur permettre de retrouver leur autonomie et d'observer des changements positifs dans leur vie. Travailler de cette manière semble certainement très enrichissant et davantage lié aux valeurs ainsi qu'à la formation reçue dans les milieux d'éducation.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.2 Pourquoi? - Exercices

Pourquoi?

Exercice 1.

Vous êtes à domicile avec un usager que vous connaissez bien. Vous l'avez récemment évalué et avez fait avec lui la planification de ses services en fonction de ses attentes et du soutien dont il a besoin pour atteindre ses objectifs individuels selon les principes d'autonomisation. Celui-ci semble satisfait de la planification. Lors de cette rencontre, vous rencontrez également pour la première fois sa fille qui est très surprise que son proche ne soit pas « pris en charge » totalement et qui considère que vous n'en faites pas assez. Celle-ci vous demande de lui justifier pourquoi son proche ne peut pas se reposer davantage et ne peut pas recevoir davantage de services. Quelles sont les justifications que vous pourriez lui fournir?

Choix de réponses :

a) 2, 3, 5
b) 1, 2, 3, 4
c) 1, 2, 4, 5
d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.3 Comment appliquer l'autonomisation ou la récupération fonctionnelle?

Offrir des soins et services selon l'approche de l'autonomisation ne consiste pas à ajouter une tâche sur une liste d'interventions. Il s'agit plutôt de se questionner sur la manière dont les soins et services peuvent être fournis pour encourager les personnes à maintenir leur autonomie. Il importe de se rappeler que toutes les personnes, mêmes celles plus âgées, préfèrent recevoir de l'aide pour continuer de faire leurs activités par elles-mêmes que de voir quelqu'un le faire pour elles (Beresford et al., 2019). Il s'agit donc d'une philosophie appliquée dans toutes les interactions avec la personne, et d'un processus imbriqué dans le processus clinique usuel, incluant l'évaluation, la planification et le suivi des soins et services qui impliquent l'engagement de toute l'équipe interdisciplinaire. Ces processus cliniques sont présentés en détails dans le **module 5**. Ici, nous rapportons les éléments particuliers les plus fréquents caractérisant cette approche. Ils proviennent non seulement des écrits pertinents présentés précédemment et de guides pratiques liés à l'utilisation de cette approche (Ageing Disability and Home Care [ADHC], 2010; Commonwealth Home Support Programme [CHSP] 2015; O'Connor et Hugues, 2013), mais également d'observations effectuées par la chercheure principale de ce projet, lors de visites des services de soutien à domicile en Australie en 2012 et en Angleterre en 2019.

3.3.1 Que fait-on lors de l'évaluation globale?

Les discussions au moment de l'évaluation de la personne sont orientées vers les préoccupations et les priorités énoncées par celle-ci. On recherche les forces et les capacités plutôt que de s'intéresser surtout aux déficits (Birkeland et al., 2017). On vie ainsi à:

- identifier ce qu'elle peut faire, ce qu'elle fait avec difficulté, ce qui est le plus important pour elle, ce qui ferait une différence pour son indépendance et sa qualité de vie et quels objectifs/buts spécifiques elle aimerait atteindre. Ainsi, la simple question « qu'est-ce qui est important pour vous? » constitue la base pour engager ces discussions.
- permettre à la personne et aux proches d'exprimer leurs craintes et leur point de vue par rapport à la situation. L'intervenant·e doit ainsi clarifier les éléments en cas de doute, ex. : « est-ce cela que vous voulez dire? » et vérifier l'information ou valider sa compréhension pour éviter de sauter aux conclusions.
- utiliser une approche positive telle « pouvez-vous réaliser cette activité? » plutôt que « avez-vous besoin d'aide pour…? ».
- identifier les ressources déjà disponibles, les éléments facilitants et les obstables à l'atteinte de ses objectifs, non seulement en termes de ressources humaines mais aussi en termes d'environnement physique et social.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.3.2 Que fait-on lors de la planification?

La planification des services est axée sur les objectifs, ou « les grands buts » qui sont jugés importants pour la personne (Birkeland et al., 2017) et qui amèneront des résultats significatifs pour elle. Par exemple, maintenir sa mobilité pour circuler dans sa communauté. La planification accorde la priorité à la participation active de la personne et de son proche aux décisions concernant les services qu'ils recevront (Tessier et al., 2016). Par exemple, une personne peut ne pas vouloir se laver seule le matin car elle est trop souvent fatiguée et a d'énormes problèmes respiratoires. Il peut être plus approprié pour elle de conserver son énergie pour faire une activité sociale très importante pour elle comme : aller à l'église, visiter sa famille ou aller au centre de jour, et de choisir un autre moment pour l'hygiène. Il peut aussi être possible d'offrir un service dit « de compensation » pour une activité (ex. : entretien de la maison), tout en favorisant l'indépendance pour d'autres activités (ex. : améliorer la marche).

Pour éclairer les décisions, l'intervenant·e peut fournir des exemples d'améliorations possibles, adaptés à la situation, comme :

- l'amélioration de leurs habilités à gérer leur santé et à réaliser les activités liées à l'autonomie fonctionnelle;
- l'augmentation de leur estime de soi, de leur efficacité personnelle;
- l'impression d'avoir un sens d'accomplissement;
- la diminution de leurs besoins pour des services permanents;
- la diminution de la probabilité de chuter ou de se blesser;
- l'augmentation de comportements favorisant le vieillissement en santé;
- la diminution des admissions hospitalières liées à des conditions visées par le programme (ex. : chutes, incontinence).

L'approche regroupe différentes stratégies auxquelles on peut penser visant :

- la conservation d'énergie (ex.: modification de la posture, vitesse d'exécution, etc.);
- la simplification des tâches liées aux activités fonctionnelles (SMAF) (Task analysis and redesign);
- les modifications de l'environnement;
- l'utilisation d'aides techniques;
- la promotion de la mobilité, de la continence ou de l'intégrité de la peau;
- la prévention des contractures;
- le renforcement musculaire;
- l'équilibre et la prévention des chutes;
- la gestion de la médication;
- le maintien d'un apport nutritionnel adéquat.

Planification

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Ce sont seulement quelques exemples, car on ne s'intéresse pas uniquement à répondre aux besoins d'ordre physiques, mais aussi à l'importance de répondre aux besoins d'ordre psychosociaux de manière à construire une confiance en soi et à maximiser la qualité de vie, par exemple :

- promouvoir les activités sociales;
- prévenir l'isolement et la dépression;
- améliorer la communication;
- fournir l'opportunité d'avoir des activités significatives;
- augmenter la dignité et l'estime de soi.

On ne peut rassurer la personne que lorsque l'on adopte des approches d'autonomisation; cela ne signifie pas que tout le soutien est supprimé. Tel que mentionné plus tôt, une personne âgée peut avoir besoin d'aide dans un aspect de la vie quotidienne pour assurer sa participation ou son autonomie dans un autre. Par exemple, recevoir de l'aide pour s'habiller afin de lui permettre d'économiser de l'énergie et de pouvoir rendre visite à la famille plus tard dans l'après-midi. On peut aussi consulter d'autres professionnel·elle·s pour obtenir d'autres conseils (O'Connor et Hugues, 2013).

Il faut bien réfléchir à ce que la personne désire en maintenant toutefois un équilibre entre le bien-être et la sécurité versus un risque qui peut se présenter. Tous les risques doivent être pris en compte, mais pas nécessairement évités (voir la section 5.3.4 sur la gestion des risques).

Gérer le risque signifie aider la personne à bien comprendre le risque associé à une activité (i.e. un comportement qui a le potentiel d'être nuisible ou dangereux) tout en reconnaissant qu'il pourra aussi offrir des opportunités d'améliorations. Étant bien informée, la personne pourra prendre la décision de faire l'activité en s'assurant toutefois d'utiliser les bonnes stratégies pour minimiser ces risques (Dix et Smith, 2009).

Dans ce type de plan, si la personne requiert de l'assistance pour certaines activités, il établit clairement l'assistance requise, par qui elle sera offerte, mais décrit aussi précisément ce que la personne fera par elle-même et de quels équipements elle a besoin pour faire l'activité ou dans quelles circonstances elle sera faite. On réfléchit aussi à l'ensemble des formes de soutien possibles en impliquant les ressources locales et communautaires pour aider la personne à atteindre ses objectifs et surtout on vérifie que les proches comprennent bien l'approche pour qu'ils puissent accompagner leur proche dans le même sens que le plan l'établit.

Le plan inclut des buts clairs et réalistes à atteindre à court et à plus long terme. Ces grands buts sont ensuite divisés en plusieurs tâches plus simples qu'une personne peut maîtriser afin d'accroître l'auto-efficacité étape par étape (Birkeland et al., 2017). Il faut penser, par exemple, à planifier les activités de la journée et de la semaine selon la présence de symptômes, comme la fatigue, la douleur ou d'autres facteurs pouvant limiter la réalisation de l'activité. On s'assure aussi que ces activités puissent être réalisées de manière sécuritaire.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.3.3 Que fait-on lors de la prestation?

Le prestataire fournit autant que possible les soins « avec » la personne, donnant des instructions et des idées pour l'aider à surmonter ses limites (ex. : mobilité physique).

Cette approche inclut une « prise de risque positive » où l'intervenant·e doit équilibrer la prise de risque avec l'observation vigilante, tandis que la personne, elle, tente de gérer quelque chose de manière autonome, avec une obligation de prudence.

Rappelons qu'elle implique également une communication effectuée de manière positive: « pouvez-vous réaliser telle activité? » plutôt que « avez-vous besoin d'aide pour...? ».

Ceci s'applique aussi aux discussions avec les autres membres de l'équipe et l'entourage : Il faut éviter les termes négatifs comme « elle n'est pas capable de … ». Par exemple, vous accompagnez madame Loublie qui a des problèmes cognitifs et faites un suivi avec l'équipe. Vous pourriez dire: « Elle a commencé à s'habiller par elle-même, mais elle requiert encore un peu d'aide pour mettre ses sous-vêtements. Pour son entretien personnel, je l'assiste en mettant devant elle un miroir et l'encourage lorsqu'elle se brosse les cheveux en lui disant « vous voyez bien que vous pouvez le faire ».

Prestation

Appliquer l'approche d'autonomisation avec une personne peut signifier concrètement :

- l'encourager à tenter de faire les choses par elle-même avant d'intervenir ou d'offrir de l'assistance;
- séparer les tâches en de plus petites étapes et la laisser faire les activités à son rythme;
- donner des consignes simples et pas trop longues lors des explications pour réaliser une tâche. Vérifier ensuite la compréhension;
- se préoccuper de son attitude et être réceptif : selon votre attitude ou votre comportement verbal et non verbal, la personne pourrait sentir que vous n'avez pas le goût de l'entendre et que vous n'avez pas le temps pour elle;
- se rappeler qu'écouter est aussi important que de parler, et que des journées peuvent être moins bonnes que d'autres. Il faut l'aider à ne pas se décourager;
- lui fournir régulièrement une rétroaction sur les progrès (et aux autres membres de l'équipe);
- vérifier si l'activité est réaliste de manière sécuritaire et tenir compte du contexte et de l'environnement;
- l'encourager si elle hésite en lui demandant les étapes qui viennent après. Ensuite, lui demander d'essayer de vous le montrer ou lui dire « je vais vous faire une démonstration et ensuite vous pourrez essayer de le faire et je pourrai vérifier comment vous le faites et vous donner d'autres conseils au besoin ». Ou encore, « essayez de le faire et je pourrai voir ce qui est plus difficile pour vous »; « cela peut être difficile au début, mais continuez à essayer et vous y arriverez »; « ne soyez pas inquiète, je vais être avec vous »; « prenez votre temps, nous ne sommes pas pressés », « vous voyez, vous n'avez pas besoin de moi pour le faire ».

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exemples

Comment le faites-vous normalement? Est-ce que vous pourriez me montrer comment? Je pourrais ainsi vous donner quelques conseils et voir si vous pouvez le faire de manière sécuritaire.

Est-ce qu'elle est correctement vêtue pour faire ses activités (ex. : les souliers, le type de vêtement)?

Est-ce que le plancher est adéquat?

Est-ce qu'il y a des obstacles ou suffisamment d'espace?

Est-ce que des mesures de contrôle d'infection doivent être prévues?

Est-ce qu'il y a des distractions qui l'empêchent de se concentrer sur sa tâche?

Appliquer l'approche d'autonomisation avec une personne peut aussi signifier :

- Effectuer le soutien et le suivi au téléphone lorsque possible. Ceci peut généralement être fait après un certain temps, lorsque l'on voit que la personne progresse. Cela peut aussi lui signifier qu'elle peut le faire seule sans notre présence et augmenter sa confiance en elle;
- Utiliser un langage et des modes de communications qui encouragent la personne et ses proches à persévérer, à participer dans les soins et les décisions et qui encourage la compréhension du concept d'autonomie plutôt que d'exercer un pouvoir (contrôle) sur eux;
- Encourager au fil du temps la personne à percevoir les bénéfices de continuer à faire les choses par elle-même;
- Reconnaître que c'est un travail quotidien et valoriser les efforts;
- Suivre l'évolution de la situation pour qu'elle ne perde pas sa motivation;
- S'assurer de diminuer les sensations désagréables, de soulager la douleur pour qu'elle persévère dans ses efforts;
- Évaluer sa réaction à certaines phases de l'activité ou de la situation et le noter pour faciliter le suivi et observer les changements au fil du temps;
- Bien observer (ex. : le non-verbal, les expressions faciales) et tout noter aussitôt que possible. Ceci est essentiel pour faciliter le suivi par tous les membres de l'équipe qui doivent travailler dans le même sens, incluant les proches. Rapportez autant que possible des faits, soyez précis (date/heure), lisible, consistant et bref. Par exemple, outre les notes réglementaires, un cahier détaillant ces éléments peut aussi être disponible au domicile de la personne.

Autonomisation

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

De bien noter, par exemple :

Les habiletés
Quelle partie de la tâche la personne peut faire sans aide?
De quel équipement, assistance humaine ou technique a-t-elle besoin?
Le fait-elle spontanément ou elle a-t-elle besoin d'être grandement réassurée?

Les sentiments
Est-ce qu'elle semble heureuse de s'engager dans l'activité?
Se fruste-t-elle rapidement si elle ne peut la faire?
Êtes-vous préoccupé de ce qui peut arriver lorsque vous n'êtes pas là?

La compréhension
Est-ce qu'elle comprend pourquoi elle fait l'activité en partie ou totalement?
Avez-vous l'impression qu'elle devrait faire l'activité d'une autre manière ou qu'elle devrait faire une autre activité?

Les obstacles
Si un problème surgit, notez à quel moment ou endroit il surgit et qu'est-ce qui a été fait pour le régler ou les précautions dont il faut tenir compte. Au besoin, consultez les membres de l'équipe pour éviter de stagner face à un obstacle. Des consultations spécialisées sont possibles si la personne nécessite d'autres types d'interventions ou si elle ne fait pas les progrès normalement observés.

3.3.4 Que fait-on lors du suivi?

Au cours de cette période, le progrès accompli dans la réalisation des objectifs est examiné régulièrement (Beresford et al., 2019; Ryburn et al., 2009). On s'assure aussi que les intervenant·e·s impliqués dans le plan (incluant le personnel des organisations externes au CISSS/CIUSSS) communiquent et travaillent ensemble pour atteindre les objectifs définis au plan d'intervention. Il peut s'agir de rencontres d'équipe hebdomadaires pour discuter des progrès et des ajustements requis.

Par exemple, on vérifie, réfléchit, discute :

Est-ce que la personne le fait bien seule?

Comment faisait-elle l'activité avant? Était-ce dans sa routine?

Qu'elle méthode, technique ou séquence utilisait-elle? A-t-elle des préférences?

Peut-elle faire encore quelque chose assise au besoin?

Si elle a des difficultés à des endroits précis, a-t-elle besoin de plus de temps ou de pratique?

A-t-elle besoin de certains trucs, d'adaptation à certaines tâches? (ex. : mettre sa brassière par l'avant et la tourner par la suite).

Peut-elle faire une activité seulement si le personnel ou une autre personne est présent?

Est-ce que des consignes verbales sont utiles, nécessaires pour compléter une tâche?

Comment est l'équilibre? Ses habiletés?

Faut-il compléter ce qu'elle peut faire en partie, à quels moments, à quels endroits?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

A-t-elle besoin d'équipements? Si une assistance est requise, à quel niveau et pourquoi?

Est-ce que le contexte est en cause? (ex. : elle ne veut pas manger seule car elle tremble et renverse sa nourriture et devient embarrassée devant les autres).

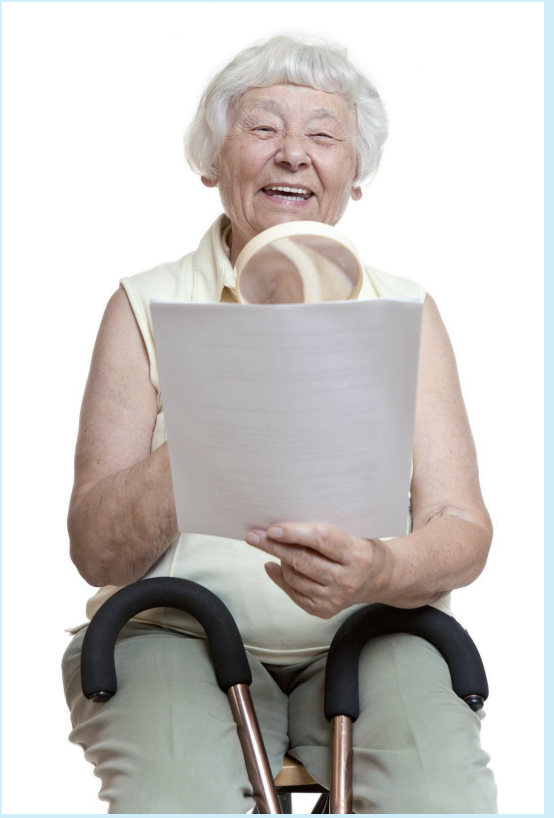
Comment est-ce que la réalisation de l'activité est sécuritaire?

A-t-elle des symptômes qui limitent la réalisation de l'activité :

- de la douleur, fatigue, tremblements, faiblesse, limite d'amplitude, difficultés perceptuelles (ex. : vision, audition, agnosie);
- des problèmes de mémoire (oublie certaines étapes ou tout simplement la routine; alors peut-être faut-il lui rappeler l'heure et lui demander quelle tâche faut-il faire maintenant);
- des problèmes respiratoires, de la dysphagie, le besoin de conserver son énergie à certains moments;
- *les difficultés varient-elles selon le moment de la journée?*

Encore ici, notez-bien les difficultés/problèmes qui peuvent affecter la manière dont la personne s'engage dans les activités. Indiquer aussi la solution offerte pour que l'équipe puisse en tenir compte.

Suivi



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Le tableau suivant présente des facteurs que l'on observe fréquemment.

Facteurs	Options
Douleur Elle peut affecter les habiletés d'une personne à réaliser l'activité et nuire à sa motivation.	Tenter d'observer quelles étapes de la réalisation de l'activité causent de la douleur, et essayer de voir comment vous pouvez y remédier.
Fatigue La personne est peut-être plus faible en raison d'une période de maladie (ex. : grippe) ou d'une hospitalisation.	Encourager à refaire progressivement ce qu'elle était capable de faire avant l'événement. Penser à réaliser les activités à un moment où elle a davantage d'énergie et penser à des moments de repos. Des encouragements, du soutien partiel et des équipements adaptés pourront être utiles. Par exemple, vous pouvez apporter les éléments requis pour faire l'activité, faire asseoir la personne ou autres actions pour aider à la réalisation de l'activité.
Mémoire Elle peut être affectée par des troubles cognitifs, une dépression, la fatigue ou par certains médicaments. Vous pouvez avoir l'impression qu'elle ne pourra pas s'améliorer en raison de ses problèmes de mémoire.	Toutefois, des activités répétitives avec des consignes verbales claires et courtes peuvent aider. Des repères visuels près des activités à réaliser peuvent soutenir la réalisation d'une activité.
Morbidités Certaines conditions de santé (ex.: démence, parkinson, lésions cérébrales, AVC, MPOC, chutes, maladies ostéo-articulaires) peuvent compromettre les possibilités d'autonomisation, mais ne sont pas nécessairement des contre-indications.	Essayer de les connaître pour comprendre comment elles influencent le comportement de la personne
Valeurs et croyances Le respect des valeurs et croyances est essentiel pour le maintien de la dignité de la personne.	Reconnaitre que ces éléments doivent être considérés lorsque vous travaillez sur des activités comme la préparation des repas, l'hygiène personnelle et l'habillement, etc.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

3.3 Comment? - Exercices

Exercice 1.

Chercher l'intrus! Au moment de l'évaluation, ces questions sont orientées vers les forces et les capacités et peuvent vous aider à vous orienter vers les préoccupations et les priorités de la personne.

1. Qu'est-ce qui fonctionne bien lorsque vous réalisez cette activité?
2. Qu'avez-vous essayé? Qu'est-ce qui a été utile lorsque vous avez réalisé cette activité?
3. Avez-vous besoin d'aide pour réaliser cette activité?
4. Qu'est-ce que vous aimez faire? Qu'est-ce qui rend cela agréable?
5. Qu'est-ce que les autres personnes qui vous connaissent diraient de vos talents?

Réponse

Exercice 2.

Lors de la prestation des services, lesquels des éléments suivants sont un moyen d'aider et d'encourager une personne à être aussi indépendante que possible et à conserver son bien-être?

1. L'encourager à tenter de faire les choses par elle-même avant d'intervenir ou d'offrir de l'assistance.
2. Séparer les tâches en de plus petites étapes et la laisser faire les activités à son rythme.
3. Lui fournir régulièrement une rétroaction positive sur les progrès.
4. L'aider dans une tâche particulière pour qu'elle puisse conserver son énergie pour une tâche plus satisfaisante pour elle.
5. Offrir des conseils et vérifier si elle fait l'activité de manière sécuritaire ou si elle rencontre des obstacles.

Choix de réponses :

a) 2, 3, 5
b) 1, 2, 3, 4
c) 1, 2, 4, 5
d) Toutes ces réponses

Réponse

Comment?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 3. Pour aller plus loin...



Les références

ADHC (2010). Toward an enabling approach in comAD-HC (2010). Toward an enabling approach in community care: Empowering people, enhancing independence, enriching lives. Retrieved from Sydney, Australia. Ageing Disability and Home Care (ADHC), Department of human services, NSW Governement. 24 p.

Aspinal F, Glasby J, Rostgaard T, Tuntland H & Westendorp RG (2016). New horizons: Reablement - supporting older people towards independence. Age Ageing, 45(5), 572-576. doi: 10.1093/ageing/afw094

Bähler C, Huber CA, Brüngger B & Reich O (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Serv Res 15: 23. doi: 10.1186/s12913-015-0698-2

Baker DI, Gottschalk M, Eng C, Weber S & Tinetti ME (2001). The design and implementation of a restorative care model for home care. Gerontologist, 41(2): 257-263. doi: 10.1093/geront/41.2.257

Bandura A & National Inst of Mental Health (1986). Prentice-Hall series in social learning theory. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Prentice-Hall, Inc.

Beresford B, Mann R, Parker G, Kanaan M, Faria R, Rabiee P, Weatherly H, Clarke S, Mayhew E, Duarte A, Laver-Fawcett A & Aspinal F (2019). Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed-methods evaluation. Southampton (UK): Health Services and Delivery Research, 7(16). https://doi.org/10.3310/hsdr07160

Birkeland A, Tuntland H, Forland O, Jakobsen FF & Langeland E (2017). Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. J Multidiscip Healthc, 10, 195-203. doi: 10.2147/JMDH.S133417

Bødker MN (2019). Potentially made workable-exploring logics of care in reablement for older people. Ageing and Society, 39(9): 2018 - 2041. DOI: https://doi.org/10.1017/S0144686X18000417

Bødker MN, Christensen U, Langstrup H (2019). Home care as reablement or enabling arrangements? An exploration of the precarious dependencies in living with functional decline. Sociology of Health & Illness 41(7): 1358-1372. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12946

Boland L, Légaré F, Perez MM, Menear M, Garvelink, MM, McIsaac DI, Painchaud Guérard G, Emond J, Brière N & Stacey D (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: an overview of systematic reviews. BMC Geriatr. 17:20. doi: 10.1186/s12877-016-0395-y

Cardinal L, Langlois MC, Gagné D & Tourigny A (2008). Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. Québec. 58 p.

CHSP (2015). Living well at home: CHSP Good practice Guide. Commonwealth Home Support Programme (CHSP). Australian Government. Department of Social Services. 53 p.

Clotworthy A, Kusumastuti S & Westendorp RGJ (2021). Reablement through time and space: a scoping review of how the concept of "reablement" for older people has been defined and operationalised. BMC geriatrics 21:61 1-16.https://doi.org/10.1186/s12877-020-01958-1

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Cochrane A, Furlong M, McGilloway S, Molloy DW, Stevenson M & Donnelly M (2016). Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults. Cochrane Database Syst Rev, 10: CD010825. doi: 10.1002/14651858.CD010825.pub2

Crawford H, Anderson S, TeKamp R, Chatzikiriakos V & Osborne D (2012). Enhanced activation and restorative care. Healthc Manage Forum, 25(1), 4-15. doi: 10.1016/j.hcmf.2011.12.002

Dix M & Smith S (2009). Managing risk positively. A Guide for Staff in Health and Social Care. Community Services and Isle of Wight NHS. 38 p.

Glendinning C, Jones K, Baxter K, Rabiee P, Curtis LA, Wilde A, Arksey H & Forder JE (Eds.). (2010). Home care re-ablement services: Investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study). York: University of York. 254 p.

Glendinning C, Clarke S, Hare P, Maddison J & Newbronner L (2008). Progress and problems in developing outcomes-focused social care services for older people in England. Health and Social Care in the Community 16(1): 54–63. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2007.00724.x

Gustafsson LK, Ostlund G, Zander V, Elfstrom ML & Anbacken EM (2019). 'Best fit' caring skills of an interprofessional team in short-term goal-directed reablement: older adults' perceptions. Scand J Caring Sci, 33(2): 498-506. doi: 10.1111/scs.12650

Hjelle KM, Tunland H, FØrland O & Alvsvag H (2017). Driving forces for home-based reablement : a qualitative study of older adults'experiences. Health and social Care in the Community, 25(5): 1581-9. doi: 10.1111/hsc.12324

INESSS (Québec), Tessier A, Beaulieu MD, Latulippe R & McGinn CA (2015). L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement Etmis 2015, (pp. 1 ressource en ligne (xi, 57 pages)).

Jeon YH, Clemson L, Naismith SL, Mowszowski L, McDonagh N, Mackenzie M, Dawes C, Krein L & Szanton SL (2018). Improving the social health of community-dwelling older people living with dementia through a reablement program. International Psychogeriatrics 30(6): 915–920. doi: 10.1017/S1041610217001533

Jeon Y-H, Simpson JM, Low L-F, Woods R, Norman R, Mowszowski L, Clemson L, Naismith SL, Brodaty H, Hilmer S, Amberber AM, Gitlin LN & Szanton S (2019). A pragmatic randomised con- trolled trial (RCT) and realist evaluation of the Interdisciplinary Home-bAsed Reablement Program (I-HARP) for improving functional independence of community dwelling older people with dementia: an effectiveness-implementation hybrid design. BMC Geriatrics 19(1): 199. doi: 10.1186/s12877-019-1216-x

Johnson CSJ, Meyers AM, Jones GR, Fitzgerald C, Lazowski DA, Stolee P, Orange JB, Segall N & Ecclestone NA (2005). Evaluation of the restorative care education and training program for nursing homes. Can J Aging, 24(2), 115-126. doi: 10.1353/cja.2005.0065

Jokstad K, Skovdahl K, Landmark BT & Haukelien H (2019). Ideal and reality; Community healthcare professionals' experiences of user-involvement in reablement. Health Soc Care Community, 27(4), 907-916. doi: 10.1111/hsc.12708

Kjerstad E & Tuntland HK (2016). Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. Health Econ Rev, 6(1): 15. doi: 10.1186/s13561-016-0092-8

Legg L, Gladman J, Drummond A & Davidson A (2016). A systematic review of the evidence on home care reablement services. Clin Rehabil, 30(8), 741-749. doi: 10.1177/0269215515603220

Lewin G (2011). Restorative Home Care Services. Journal of Current Clinical Care, March/April 2011: Geriatric issue, 1-13.

Lewin G, Concanen K & Youens D (2016). The Home Independence Program with non-health professionals as care managers: an evaluation. Clin Interv Aging, 11: 807-817. doi: 10.2147/CIA.S106180

Lewin G, De San Miguel K, Knuiman M, Alan J, Boldy D, Hendrie D & Vandermeulen S (2013). A randomised controlled trial of the Home Independence Program, an Australian restorative home-care programme for older adults. Health Soc Care Community, 21(1), 69-78. doi: 10.1111/j.1365-2524.2012.01088.x

Mery G, Wodchis WP & Laporte A (2016). The determinants of the propensity to receive publicly funded home care services for the elderly in Canada: a panel two-stage residual inclusion approach. Health Econ Rev. 6: 8. DOI 10.1186/s13561-016-0086-6

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Metzelthin, SF, Zijlstra GA, van Rossum E, de Man-van Ginkel JM, Resnick B, Lewin G, Parsons M & Kempen GI (2017). 'Doing with ...' rather than 'doing for ...' older adults: rationale and content of the 'Stay Active at Home' programme. Clin Rehabil, 31(11), 1419-1430. doi: 10.1177/0269215517698733

Metzelthin SF, Rooijackers TH, Zijlstra GAR, van Rossum E, Veenstra MY, Koster A, Evers SMAA, van Breukelen GJP & Kempen GIJM (2018). Effects, costs and feasibility of the 'Stay Active at Home' Reablement training programme for home care professionals: study protocol of a cluster randomised controlled trial. BMC Geriatrics 18(1): 276. doi: 10.1186/s12877-018-0968-z

Metzelthin S, Rostgaard T, Parsons M & Burton E (2020). Development of an internationally accepted definition of reablement: A Delphi study. Ageing and Society, 42(3): 1-16. https://doi.org/10.1017/S0144686X20000999

Newcomer KE, Hatry P & Wholey JS (2015). Handbook of Practical Program Evaluation, 4th Edition. Jossey-Bass, Wiley, san Francisco, USA. 912 pages.

O'Brien K, Welsh D, Barnable A, Wiseman G & Colbourne A (2017). The Impact of Introducing Restorative Care on Client Outcomes and Health System Effectiveness in an Integrated Health Authority. Home Health Care Management & Practice, 29(1), 13-19. https://doi.org/10.1177/1084822316661127

O'Connor W & Hughes G (2013). Introduction to Reablement. A work-based learning programme. Retrieved from City of York Council and York St-John University: 110 p.

OMS (2015). World report on ageing and health. Retrieved from Geneva. 246 p.

Parsons JG, Sheridan N, Rouse P, Robinson E & Connolly M (2013). A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. Arch Phys Med Rehabil, 94(6), 1015-1022. doi: 10.1016/j.apmr.2013.02.003

Picco L, Achilla E, Abdin E, Chong SA, Vaingankar JA, McCrone P, Choon Chua H, Heng D, Magadi H, Ling Ng L, Prince M & Subramaniam M (2016). Economic burden of multimorbidity among older adults: impact on healthcare and societal costs. BMC Health Services Research 16: 173. doi: 10.1186/s12913-016-1421-7

Poulos CJ, Bayer A, Beaupre L, Clare L, Poulos RG, Wang RH, Zuidema S & McGilton KS (2017). A comprehensive approach to reablement in dementia. Alzheimer's & Dementia: Translational Research & Clinical Interventions 3(3): 450–458. doi: 10.1016/j.trci.2017.06.005

Poulos CJ & Poulos RG (2019). A function-focused approach in primary care for older people with functional decline: Making the most of reablement and restorative care. Aust J Gen Pract. 48(7): 434-439. doi: 10.31128/AJGP-01-19-4808

Resnick B, Galik E & Boltz M (2013). Function focused care approaches: literature review of progress and future possibilities. J Am Med Dir Assoc, 14(5): 313-318. doi: 10.1016/j.jamda.2012.10.019

Ryburn B, Wells Y & Foreman P (2009). Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. Health Soc Care Community, 17(3): 225-234. doi: 10.1111/j.1365-2524.2008.00809.x

Sims-Gould J, Tong CE, Wallis-Mayer L & Ashe MC (2017). Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review. Journal of the American Medical Directors Association, 18(8): 653-663. doi: 10.1016/j.jamda.2016.12.070

Talley KM, Wyman JF, Savik K, Kane RL, Mueller C & Zhao H (2015). Restorative Care's Effect on Activities of Daily Living Dependency in Long-stay Nursing Home Residents. Gerontologist, 55 Suppl 1: S88-98. doi: 10.1093/geront/gnv011

Tessier A, Beaulieu MD, McGinn CA & Latulippe R (2016). Effectiveness of Reablement: A Systematic Review. Healthc Policy, 11(4): 49-59. doi:10.12927/hcpol.2016.24594

Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P & O'Leary J (2002). Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. JAMA, 287(16): 2098-2105. doi: 10.1001/jama.287.16.2098

Tinetti ME, Charpentier P, Gottschalk M & Baker DI (2012). Effect of a restorative model of posthospital home care on hospital readmissions. J Am Geriatr Soc, 60(8): 1521-1526. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04060.x

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Totten AM, White-Chu EF, Wasson N, Morgan E, Kansagara D, Davis-O'Reilly C & Goodlin S (2016). Home-Based Primary Care Interventions [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US). Comparative Effectiveness Reviews, No. 164. 103 p.

Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Forland O & Kjeken I (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. BMC Geriatr, 15: 145. doi: 10.1186/s12877-015-0142-9

Tuntland H, Kjeken I, Langeland E, Folkestad B, Espehaug B, Førland O & Aaslund MK (2017). Predictors of outcomes following reablement in community-dwelling older adults. Clin Interv Aging, 12: 55-63. DOI: 10.2147/CIA.S125762

Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF & Drummond AE (2015). Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. Clin Rehabil. 29(11): 1064-76. doi: 10.1177/0269215514564894

Wilde A & Glendinning C (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care re-ablement services. Health Soc Care Community, 20(6): 583-590. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x

Voir aussi

IFIC Scotland. International Foundation for Integrated Care. Integrated care Matters. Reablement Care at Home Knowledge Tree Branch. Disponible à : https://integratedcarefoundation.org/wp-

content/uploads/2017/11/Reablement-Care-at-Home-Knowledge-Tree-Branch-Resource-002.pdf. Consulté le 03-02 2021

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 4. Soins axés sur la personne (SAP), le partenariat de soins et la prise de décision partagée (PDP)

Les objectifs visés par ce module:

1. Tenir compte du projet de vie de la personne tout au long du processus de réponse aux besoins
2. Développer une communication efficace avec la dyade personne/proches
3. Consolider les habiletés d'animation ou de participation lors de diverses rencontres (de famille, des équipes interdisciplinaires, de partenaires) en présence de la personne
4. Reconnaître les savoirs expérientiels de la personne
5. Soutenir le processus de prise de décision qui favorise le choix libre et éclairé

La PDP est un processus complexe dans lequel la personne et le personnel professionnel de la santé s'engagent dans une relation de collaboration en mettant de l'avant leurs propres expertises, celles du personnel professionnel étant davantage d'ordre clinique, alors que celles de la personne sont associées à l'expression de ses expériences, de ses valeurs et de ses préférences, afin de prendre une décision concernant une problématique de santé ou à un besoin particulier (Légaré et al., 2011a, 2011b; Thompson-Leduc et al., 2015).



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.1 Qu'est-ce que les soins axés sur la personne (SAP), le partenariat de soins et la prise de décision partagée (PDP)?

Ces concepts sous-tendent le développement des OCCI et placent la personne et son projet de vie au centre du processus clinique. Le projet de vie évolue dans le temps, et ce, jusqu'à la fin de la vie. Il peut différer selon qu'il s'agit du point de vue de la personne ou de celui du proche. Dans certains contextes (ex. : phase aiguë d'une maladie, soins pédiatriques, inaptitude), plutôt que de référer à un projet de vie, il est parfois plus facile de formuler : des besoins/attentes immédiats quant au fonctionnement quotidien de la personne, tels que le soulagement de symptômes (ex. : douleur); la récupération de fonction ou de capacité (ex. : mobilité, alimentation, communication, continence); des projets à court terme. Comprendre les concepts de SAP, du partenariat de soins et de la PDP permettra de prendre en compte et de s'approcher le plus possible du projet de vie de la personne lors de la réponse à ses besoins.

4.1.1 Soins axés sur la personne (SAP)

Selon les écrits, les Outils de cheminements cliniques seraient un moyen de rendre en partie opérationnelle l'approche des soins axés sur la personne (SAP), puisque le « groupe de personnes ayant des besoins similaires » est le centre d'attention des interventions spécifiées (Vanhaecht et al., 2010; Davis, 2005). L'approche SAP reçoit une attention croissante à l'échelle canadienne et au niveau international (Brookman et al., 2011) et a été intégrée progressivement dans plusieurs politiques de santé (Committee on quality of health care in America, 2001; Davis et al., 2005; McCance et al., 2011).

Plusieurs attributs des SAP sont énoncés dans les écrits, notamment :

- la communication avec les personnes et entre les fournisseurs de services;
- le respect de leurs valeurs, de leurs opinions et de leurs préférences;
- la prestation d'information et de sensibilisation individualisée aux besoins de la personne et basée sur des données probantes;
- l'autonomisation de la personne et sa participation aux décisions;
- l'accès à des soins coordonnés, continus et efficients, particulièrement lors des moments de transition;
- la considération de son environnement et de ses ressources; et
- le soutien essentiel des technologies de l'information (Greene et al., 2012).

C'est donc sur ces fondements qu'a été basé le développement des OCCI (Dubuc et al., 2013).

Puisque les SAP suggèrent une participation active de la personne dans les décisions relatives à ses soins, cette approche est devenue la locomotive de la prise de décision partagée (PDP), pratique clinique de plus en plus préconisée (Barry et

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Edgman-Levitan, 2012; Harter, van der Weijden et Elwyn, 2011; Weston, 2001). Selon cette pratique, le personnel professionnel et la personne agissent en tant que partenaires en mettant de l'avant leurs propres expertises, celles du personnel professionnel étant davantage d'ordre clinique, alors que celles de la personne sont associées à l'expression de ses expériences, de ses valeurs et de ses préférences (Coulter et Collins, 2011).

4.1.2 Partenariat de soins

De construire « POUR » à… construire « AVEC » la personne (Direction collaboration et partenariat patient, 2014). C'est travailler avec la personne et ses proches pour trouver la manière de répondre à leurs besoins grâce à une prise de décision éclairée.

Le partenariat de soins est une approche envers l'évaluation, la planification et la prestation fondée dans des relations et partenariats entre les professionnel·elle·s, les divers dispensateur·trice·s de soins et services, les personnes et leurs proches et la communauté pour :

- s'assurer que les décisions de soins respectent les désirs, besoins et préférences de la personne;
- s'assurer que cette personne puisse recevoir l'information et le soutien dont elle a besoin pour prendre ses décisions et pour participer à ses propres soins.

Les approches et les outils du partenariat de soins qui soutiennent l'approche de SAP, ont servi de balises lors du développement des OCCI (ex. : section sur la priorisation des besoins dans l'OEMC bonifié).

4.1.2.1 Le partenariat au niveau du parcours individuel de soins et services

La personne peut vivre le partenariat dans le cadre d'une relation individuelle avec un ou plusieurs intervenant·e·s (habituellement de professions différentes). Dans un cas comme dans l'autre, elle est considérée comme une partenaire. Ceci rejoint la notion de « patient partenaire » (Flora et al., 2015). Respectée dans tous les aspects de son humanité, la personne est membre à part entière de l'équipe de soins et de services, au même titre que chacun des autres membres. Tout en reconnaissant et en respectant l'expertise des membres de l'équipe, elle oriente leurs préoccupations autour de ses besoins et de son projet de vie.

Cette équipe peut également accueillir tout autre individu jugé approprié pour accompagner la personne dans son parcours et valoriser son expérience comme usager·ère (ex. : proche, gestionnaire clinique, préposé aux bénéficiaires, bénévole). La relation entre les partenaires s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'autodétermination de la personne, une prise de décision libre et éclairée ainsi que l'atteinte de résultats de santé optimaux en fonction de son contexte spécifique.

Cette relation, fondée sur la reconnaissance des savoirs de toutes les parties établies, amène les partenaires à planifier et à coordonner les actions, ainsi qu'à intervenir de façon concertée, personnalisée et intégrée autour des attentes, des besoins et du projet de vie de la personne.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.1.3 Prise de décision partagée (PDP)

La prise de décision est un processus complexe dans lequel la personne (et ses proches) et le personnel professionnel (ou une équipe de professionnel·elle·s) de la santé s'engagent dans une relation de collaboration en mettant de l'avant leurs propres expertises, celles du personnel professionnel étant davantage d'ordre clinique, alors que celles de la personne sont associées à l'expression de ses expériences, de ses valeurs et de ses préférences, afin de prendre une décision concernant une problématique de santé ou à un besoin particulier (Légaré et al., 2011a, 2011b; Thompson-Leduc et al., 2015).

Le rôle du personnel professionnel en est un d'expert clinique alors que la personne est l'experte qui comprend sa situation personnelle et juge de la valeur ou de l'importance qu'il attache personnellement aux caractéristiques de chaque option. À noter que les membres de la famille jouent aussi un rôle central dans le processus de prise décision en soutien à domicile et souhaitent être considérés comme un membre à part entière de l'équipe de soins (Hawranik et Strain, 2007; Janlöv et al., 2006; Jenkins, 2000). Ils sont un lien vital pour les personnes aînées, car elles connaissent leurs habitudes quotidiennes, ce qu'elle aiment ou non et leur vécu.

La prise de décision peut concerner différents types de décisions, selon leur nature (Dalton, 1995, 2003, 2005).

Types de décisions	Nature
Les décisions de programme	Priorités et le contenu du plan d'intervention (ex. : trouver une solution afin de diminuer les jérémiades ou d'évaluer la nécessité d'une aide à la marche)
Les décisions opérationnelles	Celles qui sont prises de façon à sélectionner la manière dont les actions seront effectuées (ex. : offrir une stimulation à la marche par l'intervenant de la Coop)
Les décisions d'agenda	Décisions d'activités prises en termes de séquençage, d'horaire ou de fréquence (ex : déterminer l'horaire pour l'aide à l'hygiène)

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Le processus est d'autant plus complexe que les décisions sont complexes (Braddock et al., 1999).

Complexité des décisions	Exemples
La décision de base	• Un test de laboratoire • La planification d'un rendez-vous pour un suivi
La décision intermédiaire	• Un nouveau médicament
La décision complexe	• Une relocalisation • Un changement de comportement pour favoriser l'intégration sociale La plus complexe nécessitant davantage de discussions et d'interactions avec la personne

Différentes étapes structurées sont proposées pour délibérer sur les options et communiquer avec la personne. La première étape est d'abord d'identifier la problématique ou l'élément pour lequel une décision doit être prise, puisque souvent la personne ne sait pas que plusieurs options sont possibles (Haesebaert et al., 2019). Le modèle de délibération collaborative (Elwyn et al., 2014) propose cinq étapes qui sous-tendent plusieurs approches dont celles des soins centrées sur la personne, l'entretien motivationnel et la prise de décision partagée. Ce modèle est d'ailleurs associé à un outil de mesure en recherche, l'OPTION 5 présenté dans le tableau 2 à la page suivante (Elwyn et al., 2013, 2014; Légaré et al., 2010).

Les cinq étapes sont :

1. S'engager de manière constructive grâce à un processus interactif entre le personnel professionnel et la personne qui inclut des discussions et des délibérations empreintes de respect, d'empathie et de curiosité en lien avec l'avis de chacun.
2. Identifier les options, les alternatives potentielles visant à répondre à la situation problématique, incluant le statut quo ou la décision de ne rien faire.
3. Entreprendre l'apprentissage comparatif où l'intervenant·e procède au transfert des renseignements disponibles (incluant les données probantes lorsqu'elles existent) et nécessaires à la personne afin de mieux comprendre le potentiel de chaque alternative et pouvoir comparer les avantages et inconvénients de chacune des options.
4. Construire les préférences en fonction de la réception de nouvelles informations et des changements de perception pouvant mener à un choix parmi les alternatives discutées.
5. Intégrer les préférences en établissant les prochaines étapes qui incluront les préférences explicitement exprimées.

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Tableau 2 : Le modèle de la délibération collaborative et de l'outil OPTION 5

Étapes du processus de PDP	Questions de réflexion	Exemples de phrases-clés
Engagement constructif	Est-ce que j'ai offert du soutien et établi un partenariat avec la personne?	Regardons ensemble les solutions possibles pour prendre la meilleure décision pour vous.
Identification des options	Est-ce que j'ai présenté plusieurs options?	Pour répondre à ce besoin, je vois X options...
Apprentissage comparatif	Est-ce que j'ai présenté les avantages et inconvénients de chacune des options?	Laissez-moi vous présenter les X options pour que vous puissiez comprendre ce qu'elles impliquent. Les pour et les contre.
Construction des préférences	Est-ce que j'ai vérifié les valeurs, désirs et préoccupations de la personne?	Pouvez-vous me dire ce qui est le plus important pour vous dans cette décision.
Intégration des préférences	Est-ce que j'ai intégré les préférences de la personne dans la décision (et cela peut être de la reporter)?	Vous pensez que l'option X est la meilleure pour vous. Est-ce bien le cas?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice 1.

Pouvez-vous définir la notion de projet de vie?

Réponse

Exercice 2.

Identifiez les énoncés qui, selon vous, sont des vérités concernant la prise de décision partagée (PDP).

1. Dans la PDP, la personne professionnelle et la personne collaborent pour prendre les décisions.
2. Il est impossible de faire de PDP lorsque la personne ne veut pas en être partie prenante.
3. Pour être sûre de faire de la PDP, il ne suffit pas de suivre l'outil.
4. Seuls les médecins peuvent faire de la PDP avec leur patient·e.

(Légaré et Thompson-Leduc, 2014)

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 3.

Concernant le processus de prise de décision partagée, quelles affirmations parmi les éléments suivantes sont fausses.

1. Il faut en premier lieu identifier qu'il y a un élément de la situation clinique pour lequel on doit prendre une décision.
2. Il faut présenter les différents choix ou options d'actions possibles en fournissant les informations et en discutant des avantages et des risques possibles de chacune.
3. Il y a toujours un meilleur choix basé sur les données probantes qui se présentent.
4. Une prise de décision implique qu'il faut nécessairement poser une action.
5. Les personnes sont les expertes pour comprendre leur situation personnelle et juger de la valeur ou de l'importance qu'ils attachent personnellement aux caractéristiques de chaque option.

Choix de réponses :

a) 1, 3, 5
b) 1, 2, 3, 4
c) 3, 4
d) 3, 4 5

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.2 Pourquoi considérer les soins axés sur la personne (SAP), le partenariat de soins et la prise de décision partagée (PDP)?

Les écrits soulignent que les SAP permettent une amélioration de la santé des personnes, principalement par une communication de plus grande qualité avec le personnel professionnel, une meilleure satisfaction de la personne, ainsi qu'une meilleure observance au traitement (Dwamena et al., 2012; Robinson et al., 2008; Stewart, 1995). Ils seraient plus facilement implantés lorsque leurs principes sont intégrés à la vision stratégique de l'organisation et que cette dernière encourage une culture de partenariat (Brookman et al., 2011). L'utilisation de système d'information (SI) pour faciliter la communication avec les partenaires de soins pour accéder aux renseignements pertinents et aux outils d'aide à la décision se révèle cependant une condition essentielle à l'implantation des SAP (Brookman et al., 2011).

Quant à la PDP, elle est particulièrement pertinente lorsqu'il subsiste une certaine incertitude quant au meilleur choix de traitement (Coulter, 2010). Cette situation s'observe justement dans les SAD offerts aux personnes aînées. Une personne aînée fragile et à risque de déclin sur le plan de l'autonomie fonctionnelle présente souvent de multiples problèmes biopsychosociaux qui interagissent entre eux et pour lesquels il n'y a pas toujours de meilleur choix de traitements qui se démarquent. C'est dans ces situations, que la PDP démontre souvent le meilleur potentiel d'amélioration de la satisfaction, des connaissances, de l'observance et de la santé des personnes (Brookman et al., 2011; Joosten et al., 2008; Stacey et al., 2014) et où l'applicabilité de la PDP semble de plus en plus souhaitée (Légaré et al., 2011a; 2011b).



Soins axés sur la personne

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.2 Pourquoi? - Exercices

Exercice

Pourquoi devons-nous nous préoccuper des attentes de la personne tout au long de l'évaluation globale?

Réponse



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

4.3 Comment appliquer les SAP, le partenariat de soins et la PDP?

Dans le cadre des OCCI, les SAP sont une approche collaborative qui s'exerce tout au long du processus clinique (l'évaluation, la synthèse, la planification, la prestation, le suivi et les ajustements) et qui est fondée sur des relations et des partenariats entre les professionnel·elle·s, les divers dispensateur·trice·s de soins et services, les personnes et leurs familles ainsi que la communauté (Brookman et al., 2011). Elle permet ainsi de:

- prioriser les soins de santé de la personne en fonction de ses désirs, besoins, valeurs et préférences;
- transmettre de l'information et soutenir la personne dans ses prises de décisions;
- impliquer la personne dans ses propres soins et favoriser son autonomie;
- considérer l'environnement et les ressources de la personne.

Le partenariat de soins et services ainsi établi est un processus qui peut être continu ou périodique, et qui permet la création d'un lien de confiance entre les partenaires. Ils se partagent le leadership et la responsabilité du processus. Progressivement, ceux-ci reconnaissent et mobilisent de façon synergique les savoirs de chacun, afin de pouvoir mettre en commun leurs expertises au profit d'une co-construction pour atteindre une cible commune. Ces savoir-faire et savoir-être (attitudes et aptitudes) sont essentiels et utiles pour toutes les phases des OCCI, notamment lors de la priorisation des besoins de la synthèse, tout au long du processus de la planification et de la dispensation des services.

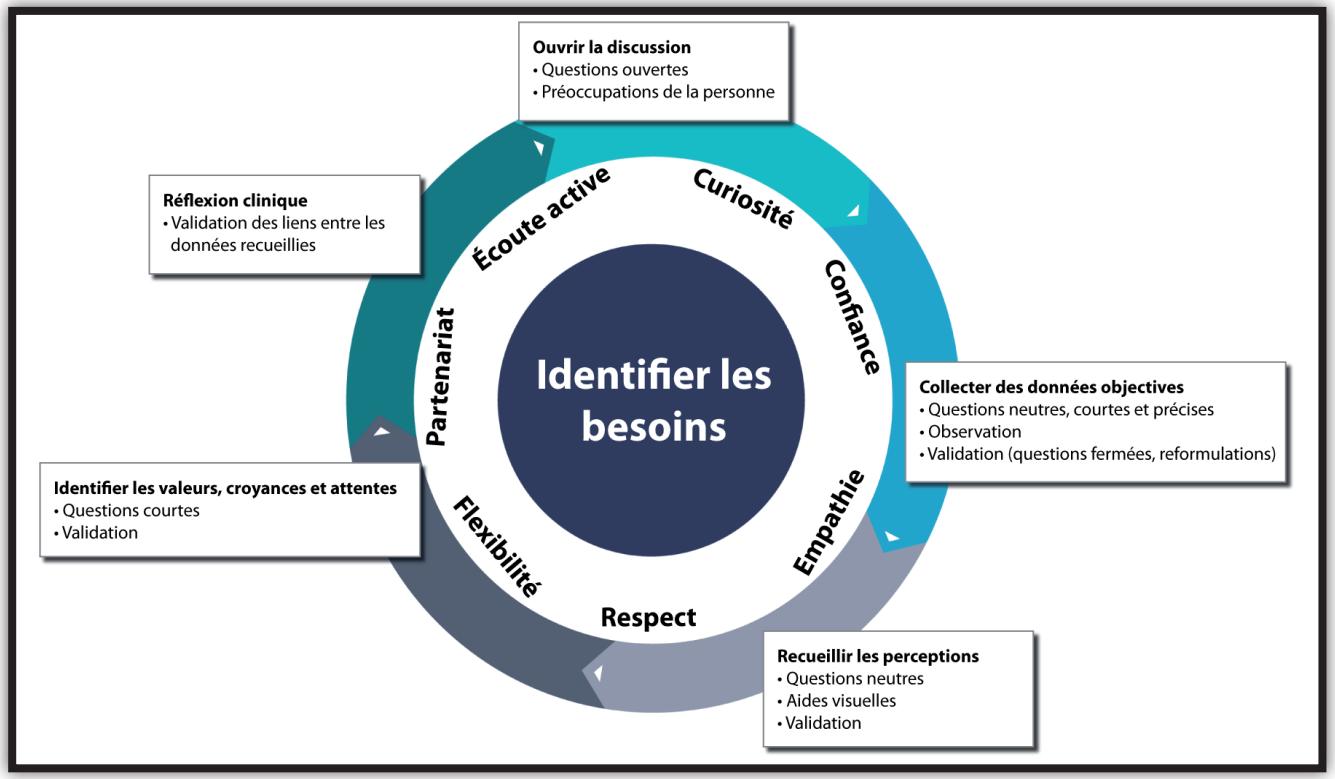
Concernant la PDP, malgré le fait que la majorité des personnes aînées voient d'un œil favorable le fait de participer activement aux décisions cliniques (Belcher et al., 2006; Butler et al., 2011), des difficultés liées à la variabilité des préférences interindividuelles, au processus de communication et à la formation des professionnel·elle·s freinent l'utilisation de la PDP dans la pratique (Ekman et al., 2011; McCormack et al., 2010; Fried, Tinetti et Iannone, 2011). En fait, les outils de communication et d'aide à la décision pouvant soutenir ce processus dans ce contexte sont encore peu présents (Street, Elwyn et Epstein, 2012). Une formation à distance spécifique à la PDP est maintenant disponible. Pour plus d'informations sur le sujet, le lecteur est invité à consulter le Tutoriel de soutien à la décision d'Ottawa (TSDO)(O'Connor et al., 2021). Le tutoriel est disponible sur le lien suivant : https://decisionaid.ohri.ca/odst/pdfs/tsdo.pdf

À noter que l'équipe de recherche a également développé quatre capsules de formation en ligne sur la prise de décision partagée adaptée spécifiquement à l'utilisation des OCCI (Dubuc et al., 2021). La durée estimée pour parcourir le contenu des quatre modules est d'environ 2h. Les capsules sont disponibles sur le lien suivant : https://ena.expertise-sante.com/course/view.php?id=50

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Appliquer ces concepts lors de l'évaluation globale implique l'identification des besoins en se concentrant sur ce que les personnes peuvent ou veulent faire pour maintenir leur indépendance et pas seulement sur ce qu'elles ne peuvent pas faire, le tout dans un contexte d'engagement constructif (figure 3). Il importe ainsi d'avoir en tête le profil d'autonomie, les facteurs de risques, les éléments de protection, le profil de besoins biopsychosociaux et ses attentes.

Figure 3: Concepts clés pour identifier les besoins



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

En prévision de la planification des soins et services, la synthèse permet d'analyser et de discuter en vue d'une prise de décision partagée. Lors de cette phase, l'intervenant·e analyse et se questionne sur les faits suivants:

Est-ce que quelque chose peut être fait pour corriger, renverser ou retarder un problème?

Quels sont les risques et les complications liés à la non-résolution du problème?

Qu'est-ce que la personne peut encore faire et veut maintenir?

Quelles sont les activités où une amélioration est possible? Celles où le déclin peut être ralenti?

Quelle est sa compréhension de la situation?

Qu'est-ce que la personne et les proches veulent? Leurs attentes ou résultats attendus? Quelles sont les options?

Qui sont les intervenant·e·s / services / programmes / partenaires privés, publics, communautaires qui pourraient être impliqués?

Les risques/bénéfices? Quelles sont les interventions qui répondront vraiment aux besoins et donneront les résultats attendus?

Y'a-t-il des préoccupations, enjeux de sécurité?

Qu'est-ce qui est prioritaire, urgent, ou important pour elle, pour les proches?

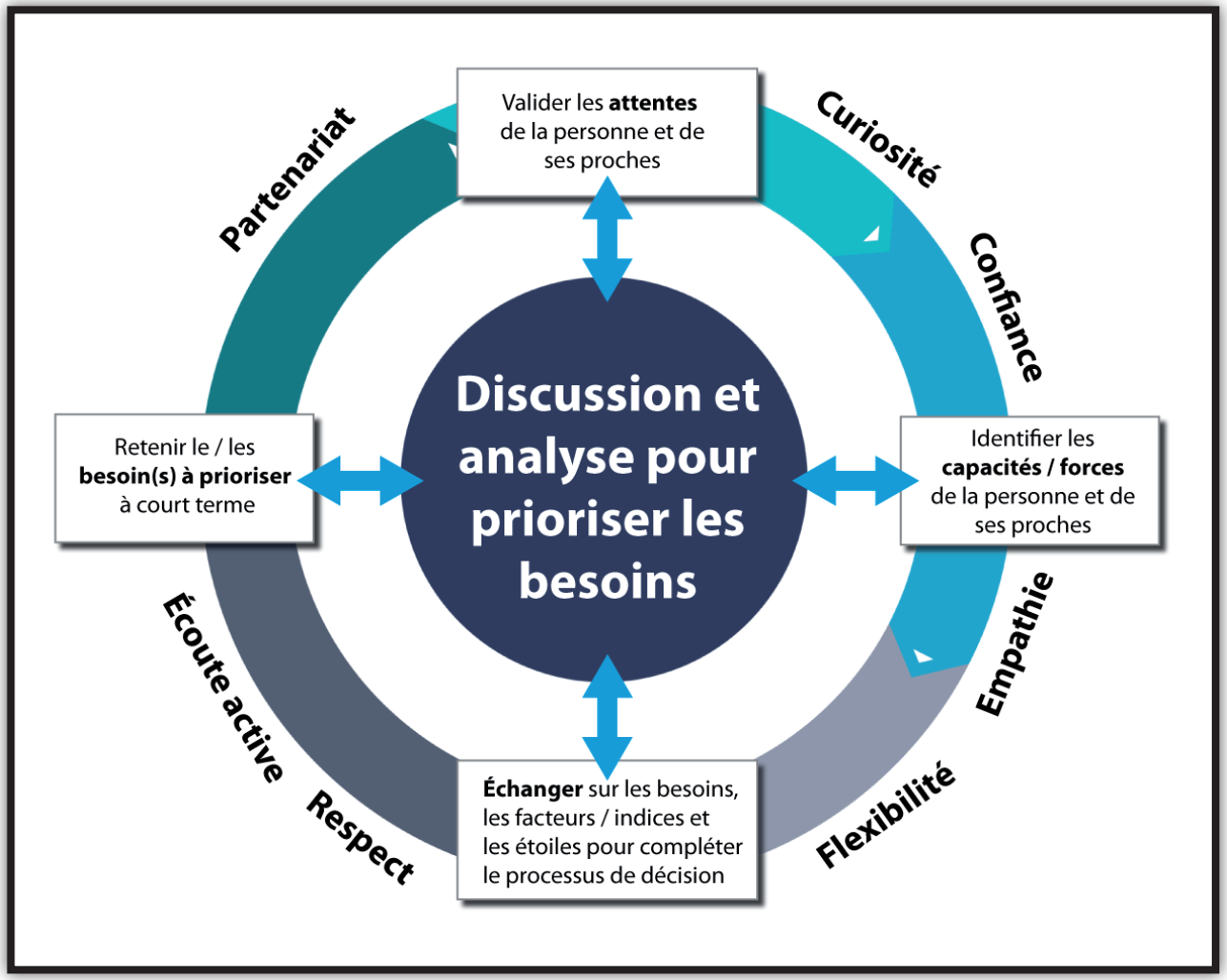
Appliquer les concepts SAP et PDP lors de la synthèse implique l'analyse de la situation et l'établissement des buts avec la personne et ses proches (figure 4). Ce sont les buts que la personne désire (ce qui donne un sens à sa vie), et le plan sera établi afin de les atteindre.



Prise de décision partagée

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Figure 4: Étapes pendant la synthèse



Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

4.3 Comment? - Exercices

Exercice 1.

Que retenez-vous de ce module? Complétez les phrases suivantes en choisissant les mots appropriés parmi la liste de mots suivante :

Délibération	Régulièrement	Commun	Agréable
Valeurs et préférences	Scientifique	Clinique	Mutuellement
Bidirectionnel	Actif	Verbal	Unidirectionnel

Dans la prise de décision partagée, la personne professionelle et l'usager·ère s'informent _____ pour parvenir à un accord _____ sur la décision prise. Entre les deux parties, l'échange d'information est _____. La personne professionelle joue un rôle d'expert _____ alors que l'usager·ère est l'expert·e de sa situation personnelle et juge de la valeur ou de l'importance qu'il ou qu'elle attache personnellement aux caractéristiques de chaque option. Le processus de _____ est de nature interactive et encourage l'usager·ère à jouer un rôle _____en participant aux échanges. En somme, la personne professionelle décide avec l'usager·ère de la meilleure option possible, selon le contexte clinique et selon les _____de l'usager·ère.

Réponse

Comment?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 4. Pour aller plus loin...



Les références

Barry MJ & Edgman-Levitan S (2012). Shared decision making--pinnacle of patient-centered care. N Engl J Med, 366(9): 780-781. doi: 10.1056/NEJMp1109283

Belcher VN, Fried TR, Agostini JV & Tinetti ME (2006). Views of older adults on patient participation in medication-related decision making. J Gen Intern Med, 21(4): 298-303. doi: 10.1111/j.1525-1497.2006.00329.x

Braddock III CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL & Levinson W (1999). Informed Decision Making in Outpatient Practice: Time to Get Back to Basics. JAMA; 282(24): 2313–2320. doi: 10.1001/jama.282.24.2313

Brookman C, Jakob L, DeCicco J & Bender D (2011). Soins axés sur les clients au sein du secteur des soins à domicile et communautaires canadien. Une revue des principaux concepts. Saint Elisabeth; 128 p.

Butler M, Talley KMC, Burns R, Ripley A, Rothman A, Johnson P, Kane RA & Kane RL (2011). Values of Older Adults Related to Primary and Secondary Prevention. [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2011 Mar. (Evidence Syntheses, No. 84)

Committee on quality of health care in America – Institute of Medicine (Ed.). Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies press (US); 2001. doi: 10.17226/10027

Coulter A & Collins A (2011). Making Shared Decision-Making A Reality - No decision about me, without me. The King's Fund. 45 p.

Coulter A (2010). Implementing shared decision making in the UK: A report for the Health Foundation. 51 p.

Dalton JM (1995). Client-caregiver-nurse interaction in a home care setting. Dissertation or Thesis. University of Rhode Island. 319 p.

Dalton JM (2003). Development and testing of the theory of collaborative decision-making in nursing practice for triads. Journal of Advanced Nursing, 41(1): 22 33. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02502.x

Dalton J (2005). Client-caregiver-nurse coalition formation in decision-making situations during home visits. Journal of Advanced Nursing, 52(3): 291 299. doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03589.x

Davis N (2005). Integrated care pathways - A guide to good practice. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. 60 p.

Davis K, Schoenbaum, SC & Audet AM (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med, 20(10):953-957. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x

Direction Collaboration et Partenariat Patient (DCPP), 2014. Programme Partenaires de soins : rapport d'étapes (2011-2013) et perspectives. Montréal : Université de Montréal, Direction collaboration et partenariat patient. 144 p.

Dubuc N, Bonin L, Tourigny A, Mathieu L, Couturier Y, Tousignant M, Corbin C, Delli-Colli N & Raiche M (2013). Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. Int J Integr Care, 13: e017. DOI: 10.5334/ijic.976

Dubuc N, Delli-Colli N, Corbin C, N'Bouke A (2023). L'accompagnement lors de la prise de décision partagée dans le contexte d'amélioration continue des pratiques liées au processus clinique des OCCI. Disponible sur le site d'environnement numérique d'apprentissage du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke au https://ena.expertise-sante.com/course/view.php?id=50 Site consulté le 03 février 2023.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, & Olomu A (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev 2012, 12: CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson LE, Rosén H, Rydmark M & Sunnerhagen KS (2011). Person-centered care--ready for prime time. Eur J Cardiovasc Nurs, 10(4): 248-251. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elwyn G, Tsulukidze M, Edwards A, Légaré F & Newcombe R (2013). Using a 'talk' model of shared decision making to propose an observation-based measure: Observer OPTION 5 Item. Patient Education and Counseling, 93(2): 265 271. doi: 10.1016/j.pec.2013.08.005

Elwyn G, Lloyd A, May C, van der Weijden T, Stiggelbout A, Edwards A, Frosch DL, Rapley T, Barr P, Walsh T, Grande SW, Montori V & Epstein R (2014). Collaborative deliberation: A model for patient care. Patient Education and Counseling, 97(2): 158-164. doi: 10.1016/j.pec.2014.07.027

Fried TR, Tinetti ME & Iannone L (2011). Primary care clinicians' experiences with treatment decision making for older persons with multiple conditions. Arch Intern Med, 171(1): 75-80. doi: 10.1001/archinternmed.2010.318

Gaudreau P, Morais JA, Shatenstein B, Gray-Donald K, Khalil A, Dionne I, Ferland G, Fülöp T, Jacques D, Kergoat MJ, Tessier D, Wagner R, Payette H (2007). Nutrition as a determinant of successful aging: description of the Quebec longitudinal study Nuage and results from cross-sectional pilot studies. Rejuvenation Res, 10(3): 377-86. doi: 10.1089/rej.2007.0596

Greene SM, Tuzzio L & Cherkin D (2012). A framework for making patient-centered care front and center. Perm J, 16(3): 49-53. doi: 10.7812/tpp/12-025

Haesebaert J, Adekpedjou R, Croteau J, Robitaille H & Légaré F (2019). Shared decision-making experienced by Canadians facing health care decisions: a Web-based survey. CMAJ open, 7(2): E210-E216. DOI: https://doi.org/10.9778/cmajo.20180202

Harter M, van der Weijden T, Elwyn G (2011). Policy and practice developments in the implementation of shared decision making: an international perspective. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 105(4): 229-233. DOI: 10.1016/j.zefq.2011.04.018

Hawranik PG & Strain LA (2007). Donner la parole aux aidants naturels qui s'occupent de personnes âgées, CJNR, 39(1): 156-172.

Janlöv AC, Hallberg IR & Petersson K (2006). Family members' experience of participation in the needs of assessment when their older next of kin becomes in need of public home help: A qualitative interview study. International Journal of Nursing Studies, 43(8): 1033-1046. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.010

Jenkins C L (2000). Care Arrangement Decisions for Frail Older Women: Quantitative and Qualitative Perspectives. Journal of Women & Aging, 12(3-4): 3-20. doi: 10.1300/J074v12n03_02

Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP & de Jong CA (2008). Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychother Psychosom, 77(4): 219-226. doi: 10.1159/000126073

Légaré F, Kearing S, Clay K, Gagnon S, D'Amours D, Rousseau M & O'Connor A (2010). Are you SURE?: Assessing patient decisional conflict with a 4-item screening test. Can Fam Physician. 56(8): e308-14.

Légaré F & Thompson-Leduc P (2014). Twelve myths about shared decision making, Patient Education and Counseling, 96(3): 281-286.

Légaré F, Stacey D, Briere N, Desroches S, Dumont S, Fraser K, Murray MA, Sales A & Aube D (2011a). A conceptual framework for interprofessional shared decision making in home care: protocol for a feasibility study. BMC Health Serv Res, 11: 23. doi: 10.1186/1472-6963-11-23

Légaré F, Stacey D, Pouliot S, Gauvin FP, Desroches S, Kryworuchko J, Dunn S, Elwyn G, Frosch D, Gagnon MP, Harrison MB, Pluye P & Graham ID (2011b). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. J Interprof Care, 25(1): 18-25. doi: 10.3109/13561820.2010.490502

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

McCance T, McCormack B & Dewing J (2011). An exploration of person-centredness in practice. Online J Issues Nurs, 16(2): 1.

McCormack B, Karlsson B, Dewing J & Lerdal A (2010). Exploring person-centredness: a qualitative meta-synthesis of four studies. Scand J Caring Sci, 24(3): 620-634. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00814.x

O'Connor A, Stacey D, Légaré F, Lewis K & Boland L (2021). Tutoriel de soutien à la décision d'Ottawa. https://decisionaid.ohri.ca/ODST/pdf-f.php site consulté le 03 février 2023.

Robinson JH, Callister LC, Berry JA & Dearing KA (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Prac, 20 (12): 600-607. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x

Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Legare F & Thomson R (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 1: CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub4

Stewart MA (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ, 152(9): 1423-1433.

Street RL, Jr., Elwyn G & Epstein RM (2012). Patient preferences and healthcare outcomes: an ecological perspective. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res, 12(2): 167-180. doi: 10.1586/erp.12.3

Thompson-Leduc, P, Clayman, ML, Turcotte, S & Légaré, F (2015). Shared decision-making behaviours in health professionals: a systematic review of studies based on the Theory of Planned Behaviour. Health Expectations, 18(5): 754 774. doi: 10.1111/hex.12176

Vanhaecht K, Panella M, van Zelm R & Sermeus W (2010). An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. Journal of Integrated Care Pathways, 14(3): 117-123. https://doi.org/10.1258/jicp.2010.010019

Weston WW (2001). Informed and shared decision-making: the crux of patient-centered care. CMAJ, 165(4): 438-439.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 5. L'évaluation globale des besoins intégrant la planification et la coordination des soins et services: de son élaboration à sa révision

Les objectifs visés par ce module:

1. Saisir les spécificités (le quoi?) et les finalités (le pourquoi?) de l'évaluation globale des besoins intégrant la planification, la coordination, le suivi et l'ajustement des soins et services
2. Connaître le contenu et les principes d'utilisation des outils en soutien à ces processus
3. Comprendre comment appliquer ces processus en y intégrant les principes sous-jacents aux OCCI

NOTEZ BIEN

L'évaluation globale intègre en fait toutes les phases des OCCI (modèle québécois informatisé) décrivant tout le processus clinique (dont les pratiques interdisciplinaires), allant de la collecte des données à la réponse individualisée aux besoins de la personne, dans le temps et l'espace. Ce processus est donc sujet à être revu régulièrement en fonction des objectifs définis, mais aussi selon les progrès et les changements dans la situation de la personne (ex. : après une hospitalisation). Il s'agit donc d'un processus continu, itératif et interactif.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1 Qu'est-ce que l'évaluation globale des besoins?

L'évaluation globale des besoins ou l'évaluation globale gériatrique (*Comprehensive geriatric assessment*) telle qu'initialement définie par Rubenstein et al. (1991) est :

> *« un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire élaboré pour identifier les besoins des patients, développer un plan de soins personnalisé et assurer son suivi, afin de maximiser la santé globale des personnes aînées fragiles ».*

Cette évaluation débute par une collecte de données qui fournit des informations holistiques sur les conditions physiques, sociales, psychologiques et environnementales qui peuvent soutenir ou compromettre une vie autonome (Savy et al., 2019). Originellement, l'évaluation globale se réalisait principalement en centre hospitalier, dans les services spécialisés gériatriques, et ciblait les personnes aînées fragiles et vulnérables. Elle était souvent axée sur des objectifs de récupération ou de réadaptation (prévention tertiaire) (Reuben et al., 2013). Elle s'est ensuite répandue vers d'autres secteurs, comme les unités de réadaptation et enfin, dans la communauté (ex. : dans des cliniques médicales ou dans les services de soutien à domicile) (Savy et al., 2019). L'attention pour les personnes vivant dans la communauté fut aussi accompagnée de la mise en œuvre de programmes ou d'approches préventives (prévention primaire et secondaire) (Welsh et al., 2014). À domicile, les principes de l'évaluation globale ont souvent été incorporés dans des programmes de type réseaux de services intégrés (RSI) (Cella, 2018). Ces programmes visaient à définir les modalités de prestation des soins et services et les interventions spécifiques qui permettaient d'atténuer, voire de prévenir la fragilité et ses impacts. L'évaluation globale y a joué un rôle central, ses objectifs étant d'améliorer la précision du diagnostic, d'optimiser le choix des soins et traitements et les résultats de santé, d'améliorer l'autonomie fonctionnelle et la qualité de vie, d'augmenter la possibilité de continuer à vivre à domicile, de réduire l'utilisation de services formels coûteux (en particulier les hôpitaux et établissements de soins de longue durée) et d'améliorer la gestion des soins de longue durée (Cella, 2018).

Notons que l'expansion des évaluations globales à domicile s'est réalisée parallèlement à l'apparition de concepts tels que les soins axés sur la personne (Person centered care), « vieillir chez soi » (Aging in place), et le vieillissement en santé, tels que promus par l'**OMS** (OMS, 2015; Savy et al., 2019). Au cours de ce processus, l'équipe interdisciplinaire travaille vers des objectifs communs en utilisant des outils d'évaluation, des parcours et de la documentation standardisée (Ellis et al., 2011a, 2011b; Rubenstein et al., 1995). Dans le contexte québécois, ce processus est soutenu par les OCCI qui incluent, entre autres, l'**OEMC**.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1.1 Le contenu d'une évaluation globale

Lorsque l'on parle d'évaluation globale, on parle d'un processus clinique incluant trois composantes essentielles (Pilotto et al., 2017).

Une **évaluation globale multidimensionnelle** où les outils et échelles utilisés ne représentent qu'une composante de ce processus.

La formulation d'un **plan individualisé** et **coordonné** de soins et traitements, sa mise en œuvre, puis son monitorage pour suivre les progrès et adapter le plan au besoin.

Le travail d'une **équipe interprofessionnelle** défini comme *« une intervention impliquant différentes professions de la santé et/ou sociales qui partagent une identité d'équipe et travaillent en étroite collaboration de manière intégrée et interdépendante pour résoudre des problèmes et fournir des services » (Reeves et al., 2010).*

L'évaluation globale est multidimensionnelle et élargit la portée d'une évaluation standard disciplinaire axée sur la maladie ou d'autres champs d'exercice, pour rechercher de manière systématique les conditions courantes sous-déclarées affectant la santé, l'état fonctionnel et la qualité de vie de la personne (Tatum III, Talebreza et Ross, 2018).

Par exemple, les problèmes tels que les déficiences visuelles et auditives ou les chutes sont souvent négligés parce que les personnes aînées ne signalent pas ces difficultés à moins d'y être spécifiquement interrogées (Pilotto et al., 2017). Au fil de l'évaluation, on cherche donc à découvrir, à décrire et à expliquer différents problèmes et risques pouvant éventuellement compromettre la santé et le maintien à domicile (Panza et al., 2018).

La majorité des outils d'évaluation disponibles actuellement incluent des dimensions similaires. En règle générale, les outils d'évaluation sont conçus pour identifier la nature d'un problème ou d'un besoin, sa présence ou son absence et son ampleur. Certains outils permettent la description, d'autres permettent la quantification avec des échelles standardisées (Finbarr, 2018). L'outil clinique d'évaluation doit donc être suffisamment déployé pour capter toutes les informations requises tout en demeurant efficace selon le contexte. Par exemple, une évaluation peu sensible à la maltraitance financière que subit une personne laisse dans l'ombre un important déterminant de sa situation clinique. Le juste milieu se trouve dans l'élaboration d'une liste d'éléments couvrant l'ensemble des dimensions de la vie d'une personne pouvant soutenir le jugement et la décision clinique, tout en donnant une marge de manœuvre à la personne évaluatrice pour consigner des informations que l'outil ne considère pas, mais qui peuvent être pertinentes dans le contexte de la personne évaluée (Couturier, Belzile et Bonin, 2016).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Les dimensions des outils d'évaluation sont généralement regroupées dans les quatre domaines suivants (Ellis et al., 2011a; Rubenstein, 2015; Pilotto et al., 2017) :

- la santé physique
- l'état fonctionnel
- la santé psychologique
- le statut socio-environnemental

Les dimensions et sous-dimensions mettent plus souvent l'accent sur les comorbidités, la polypharmacie, la mobilité, la cognition, l'humeur et l'état émotionnel, l'état nutritionnel et les syndromes gériatriques (ex : risque de chute, délire, incontinence urinaire, dentition inappropriée, déficience visuelle ou auditive). La situation sociale et environnementale d'une personne est également évaluée en mettant l'accent sur les interactions sociales, les besoins et les ressources de soutien social, les préoccupations financières et l'adéquation de l'environnement physique.

Soulignons toutefois, qu'une approche axée sur la personne part du principe que celle-ci est au centre du processus d'évaluation en tant qu'experte de sa vie. L'objectif est de prendre en compte ses souhaits et ses préférences, de promouvoir son bien-être, d'identifier ses besoins, avec elle et ses proches[1], et de voir comment utiliser au mieux les soins, les traitements et les services pour atteindre les résultats qu'elle souhaite (Reuben et Tinetti, 2012).

Selon la situation clinique, l'évaluation globale peut être complétée par des évaluations disciplinaires à l'aide d'échelles ou outils d'évaluation spécifiques à une maladie ou à d'autres situations cliniques (Pilloto et al., 2017). L'évaluation disciplinaire (spécifique) se distingue de l'évaluation globale, puisqu'elle agit dans le cadre spécifique de l'exercice d'une profession réglementée par un ordre professionnel.

https://www.opq.gouv.qc.ca/lois-et-reglements/code-des-professions/

Bien que de nombreux outils d'évaluation aient été développés et validés au cours des 40 dernières années, il demeure à ce jour difficile de statuer sur le choix du meilleur outil d'évaluation globale qui offre un bon compromis entre la faisabilité et l'exhaustivité (Ferrucci et Orini, 2018). Ce choix repose en grande partie sur les caractéristiques de la population visée (ex. : niveau de fragilité/complexité) et le modèle d'organisation des services en place. Il est aussi important que le bon niveau d'intensité et l'approche appropriée soit adaptés selon les objectifs visés. Par exemple, l'objectif peut être d'identifier, parmi une population à risque, les personnes aînées qui sont susceptibles de bénéficier d'une évaluation plus approfondie, afin de minimiser les risques et d'optimiser les résultats de santé et de bien-être (Finbarr, 2018).

Quoi qu'il en soit, les programmes d'évaluation globale à domicile partent du principe que l'évaluation systématique des personnes aînées fragiles par une équipe de professionnel·elle·s en santé et services sociaux permet d'identifier outre les problèmes de santé et l'état fonctionnel, une variété de besoins in-

1 La notion de « la personne et ses proches » n'est pas répétée partout dans le texte pour l'alléger. Toutefois, il faut considérer chaque contexte. Ex. : Est-ce que des proches sont présents et si oui, est-ce que la personne désire les impliquer ou non?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

dividuels et de risques de santé traitables, afin d'intervenir rapidement et ainsi obtenir de meilleurs résultats de santé (Cella, 2018).

5.1.2 La notion de besoins lors d'une évaluation globale

Un des principes de base d'une évaluation globale implique la compréhension de la notion de « besoin » fortement liée à celle de l'identification des ressources, des capacités et des préférences des personnes (World Health Organization [WHO] 2017).

Dans leur étude portant spécifiquement sur les besoins non comblés (unmet needs), Iliffe et al. (2004) ont dégagé cinq domaines prioritaires pour l'évaluation des personnes aînées :

- l'audition et la vision;
- l'autonomie fonctionnelle, y compris le fonctionnement dans les AVQ, la mobilité et les chutes;
- l'incontinence;
- la cognition;
- la situation émotionnelle.

La perception qu'ont les personnes, les intervenant·e·s ou les gestionnaires de la notion de besoin est souvent différente (Wright et al., 1998). Ces différences de point de vue sont en partie responsables des problèmes d'observance des traitements et d'insatisfaction des personnes à l'égard des services reçus, lorsque l'on ne considère pas leur point de vue (Aminzadeh et al., 2002; Bogardus et al., 2004). D'où l'importance d'identifier en premier lieu les ressources personnelles et les préférences des personnes pour décider de la meilleure façon de répondre aux besoins identifiés avec des interventions appropriées et individualisées (American Geriatrics Society, 2012). Mulley et al. (2012) rappellent l'importance d'écouter attentivement la personne pour entendre son histoire afin d'identifier les besoins selon ses préférences. Pour obtenir une image des besoins de la personne la plus complète et nuancée possible, toutes les personnes qui œuvrent auprès des personnes desservies, comme les proches et les intervenant·e·s, doivent aussi partager leurs connaissances de la personne évaluée (Ekman et al., 2011; Hurlock-Chorostecki et McCallum, 2016; Ivanoff et al., 2018).

5.1.3 La notion de risques lors d'une évaluation globale

Outre la complexité de la gestion de multiples comorbidités, d'autres facteurs concomitants peuvent rendre plus difficile la gestion de la santé d'une personne aînée. Les besoins peuvent être moins évidents à identifier en raison d'une présentation atypique ou en raison de problèmes de communication dus à une perte auditive ou cognitive. La banalisation des symptômes considérés par les personnes aînées ou même parfois par les professionnel·elle·s comme étant des caractéristiques du vieillissement normal empêche aussi souvent d'identifier diverses problématiques telles que l'incontinence ou les troubles cognitifs (Seematter-Bagnoud et Büla, 2018; Wenger et al., 2003).

En fait, les limitations fonctionnelles comme celles évaluées avec le SMAF et les syndromes gériatriques (ex. : chutes, incontinence) sont les conditions les

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

plus importantes pour prédire les effets indésirables sur la santé (Koroukian et al., 2015; 2016). L'évaluation de la nutrition et de la situation sociale de la personne est aussi primordiale (Barkhausen et al., 2015). Ces dimensions ont d'ailleurs été identifiées par un groupe d'experts qui ont contribué aux lignes directrices de l'**OMS** sur les soins intégrés pour les personnes aînées (WHO, 2017). La directive recommande d'évaluer dans la communauté générale des personnes aînées, le déclin des capacités physiques et mentales (ex. : mobilité, nutrition, vision, audition, cognition) ainsi que minimalement deux syndromes gériatriques (incontinence urinaire et risque de chute).

Un syndrome gériatrique est une condition clinique d'origine multifactorielle qui ne fait pas partie de catégories de maladies distinctes (Inouye et al., 2007). Un syndrome est reconnaissable à un état latent par divers facteurs de risque, déficits, éléments liés aux caractéristiques de la personne, de l'environnement et du contexte, et peut être évalué avec des outils standardisés ou collectés pendant une évaluation de routine.

Un facteur de risque est un élément appartenant à l'individu (facteurs internes) ou provenant de l'environnement (facteurs externes) susceptible de provoquer une condition néfaste, une maladie, un traumatisme ou toute autre atteinte à l'intégrité ou au développement de la personne. Les syndromes gériatriques sont aussi fréquents que les maladies chroniques (ex. : diabète). D'ailleurs, dans une étude ayant suivi 6903 personnes de 82 ans d'âge moyen, on observait en moyenne 2,6 maladies accompagnées de deux syndromes gériatriques. Pour 9 des 14 maladies étudiées (hypertension, diabète, démence, maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque, cardiopathie ischémique, fibrillation auriculaire, cancer et dysfonction de la thyroïde), le nombre de syndromes gériatriques augmentait avec le niveau de comorbidités (Vetrano et al., 2016). Notons qu'un pauvre état de santé auto-perçu est également associé au risque de malnutrition, de chute et de polymédication (Fjell et al., 2018).

On doit donc se préoccuper des syndromes gériatriques parce qu'ils mènent à des impacts importants et qu'il existe des opportunités pour les modifier. Si rien n'est fait, un syndrome apparaît avec l'accumulation des facteurs de risque qui a plusieurs conséquences importantes, comme la perte d'autonomie, l'hospitalisation, l'hébergement et voire même le décès, alors que pourtant, il était possible de les prévenir. Malheureusement, ces conditions demeurent encore souvent non diagnostiquées.

Des exemples de syndromes bien connus sont : la fragilité, la malnutrition, la chute, l'incontinence, la dysphagie, la démence, le délirium, les troubles de la vision et de l'audition, la polymédication, l'insomnie, les plaies de pression, l'épuisement de l'aidant, le suicide, la maltraitance (physique, psychologique, sexuelle, matérielle ou financière), la négligence et la violation des droits (Carlson et al., 2015; Hall et McAdams-Demarco, 2018; Koroukian et al., 2016; Thompson et al., 2016; Vetrano et al., 2016).

Outre la notion de syndrome gériatrique, il existe aussi d'autres types de risques lorsque l'on évalue les personnes à domicile. Les risques peuvent être physiques, psychologiques ou sociaux, y compris

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

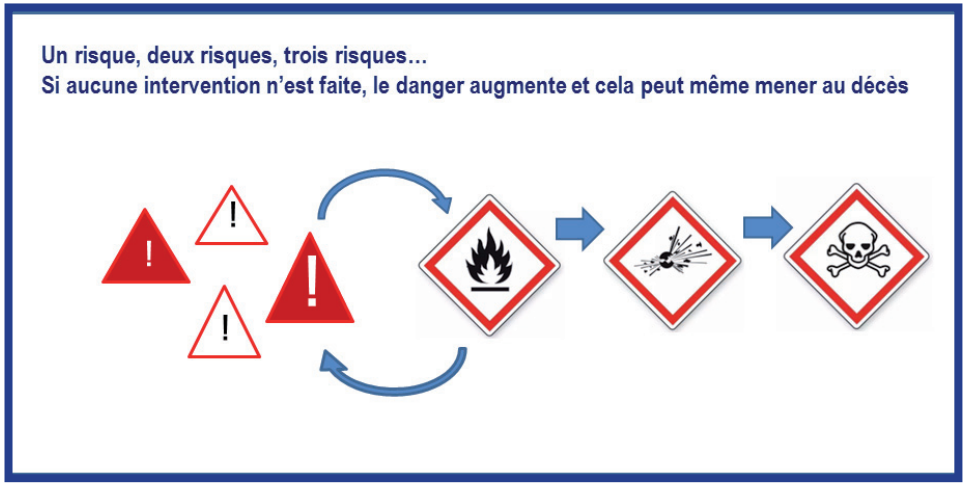
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes



financiers. Pour la plupart, les risques physiques sont ceux que les professionnel·elle·s portent plus souvent à l'attention des personnes, mais il ne faut surtout pas écarter les risques psychologiques et sociaux. Par exemple, une personne peut ignorer un avis médical, vivre dans un environnement inapproprié ou en situation de maltraitance. Le risque fait souvent partie d'une « zone grise », car il peut être présent ou potentiel, tolérable ou intolérable, et les capacités à prendre des décisions de la personne évaluée peuvent considérablement influencer le jugement final du niveau de risque (Culo, 2011). En fait, ce jugement est influencé par une multitude d'éléments, notamment, les informations obtenues, celles collatérales, le contexte de vie général, la probabilité et la sévérité des conséquences possibles, le délai prévisible de ces conséquences, la compréhension de la situation par la personne et la difficulté en soi de prédire le risque. Dans le domaine médical, il est souvent possible de fournir à une personne une information concernant le risque d'une complication associée à une intervention particulière (ex. : chirurgie des cataractes), mais dans le secteur des services de soutien à domicile, les risques sont notoirement difficiles à quantifier, d'où l'importance du jugement professionnel (Kane et Levin 1998).

En présence de multiples risques, il faudra considérer la nature du risque. Par exemple, dans une situation particulière, certains facteurs peuvent mener à des probabilités plus importantes de se présenter plus rapidement (ex. : chute) qu'un autre risque qui pourrait survenir à plus long terme (ex. : malnutrition).

Soulignons que la notion de risque est souvent perçue comme n'ayant que des connotations négatives associées au danger, à un dommage ou à une blessure, et les conséquences d'agir ou ne pas agir peuvent s'étendre de la surprotection jusqu'au décès. Toutefois, il existe aussi une culture de prise de risque positive qui va au-delà des effets physiques potentiels du risque (ex. : tomber) pour prendre

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

également en compte les autres aspects psychosociaux, tels que les effets sur le bien-être ou l'identité de soi (ex. : l'importance pour la personne de continuer à marcher à l'extérieur en prenant les mesures de contrôle appropriées et le soutien requis malgré le risque de chute) (Croft, 2017). Ainsi le devoir de diligence professionnel visant à protéger une personne contre un préjudice prévisible doit aussi considérer celui de respecter les droits et libertés de la personne, d'où l'importance de bien présenter la situation observée et d'en discuter avec la personne, en explorant parallèlement les priorités et les attentes de celle-ci. On discute ainsi des avantages ou désavantages de prendre des risques (ex. : continuer de se mobiliser même si crainte de tomber) ou de ne rien faire (Croft, 2017).

Le risque est dynamique et peut donc évoluer rapidement en réponse aux circonstances changeantes. Et, plus une situation est complexe, plus les conséquences potentiellement dangereuses peuvent être importantes, d'où un risque potentiellement plus élevé (Croft, 2017). Pour ces derniers éléments, mentionnons justement que les avantages et désavantages sont propres à chaque personne et à chaque situation particulière. Morgan (2004) rappelle que gérer un risque positivement consiste à peser les avantages et les inconvénients de l'exercice d'un choix d'action par rapport à un autre, à identifier les risques impliqués et à développer des plans et des actions qui reflètent le potentiel (ex. : forces de la personne, soutien social) et les priorités déclarées de la personne évaluée. Il est important de saisir différents points de vue, y compris ceux des proches et d'autres personnes significatives, pour acquérir une compréhension contextuelle du risque. Les professionnel·elle·s doivent négocier ces différents points de vue et s'y appuyer pour tirer leurs propres conclusions et aider les personnes à prendre les décisions qui les concernent (Felton et al., 2017). Il s'agit donc d'investiguer toutes les ressources et le soutien disponibles pour atteindre les résultats souhaités et minimiser les effets potentiellement néfastes. « Il ne s'agit pas d'une ignorance négligente des risques potentiels… c'est généralement une stratégie bien pensée pour gérer une situation ou un ensemble de circonstances spécifiques » (Morgan, 2004).

Dans le cas où la personne est incapable de communiquer efficacement ou de participer pleinement, ses proches ou autres représentants doivent être impliqués dans le processus. En les interrogeant sur les anciennes valeurs connues de la personne, leurs points de vue sur une activité particulière ou sur les risques encourus, l'intervenant·e pourra mieux juger des actions et des mesures de contrôle qui pourront être mises en place (Croft, 2017).

C'est donc sous l'ensemble de ces principes que les OCCI intègrent la notion de risques qui peuvent être repérés lors d'une évaluation ou mis en cause lors de la mise en place d'un plan d'intervention. Par exemple, « faire avec » plutôt « qu'à la place de » dans un contexte d'autonomisation.

Cependant, dans l'OÉMC bonifié, la terminologie de « facteur de risque » est réservée pour des facteurs de risque identifiés par des outils de repérage validés scientifiquement, et le repérage peut être fait par tous les professionnel·elle·s.

Si le résultat de repérage est positif, l'intervenant·e peut recommander d'autres évaluations complémentaires ou disciplinaires pour confirmer ou infirmer la présence d'un syndrome particulier ou

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

d'autres problématiques. Ces facteurs de risques repérés sont en soi des besoins à ne pas négliger. Une intervention précoce permet de prévenir, de réduire ou de retarder l'apparition ou les conséquences de problématiques biopsychosociales ou d'un traumatisme.

Un outil de repérage standardisé :

- est simple, accessible et validé;
- a une bonne sensibilité pour détecter la condition en cause;
- a une bonne spécificité pour repérer les vrais cas;
- a une bonne valeur prédictive (selon l'objectif recherché).

Actuellement dans l'application RSIPA, deux outils de repérage valides sont programmés, le PRISMA-7 et le DNA (dépistage nutritionnel des aînés). Toutefois, rien n'empêche la personne profesionnelle d'utiliser d'autres outils de repérage validés, en lien avec la situation clinique et selon les données probantes, à titre d'exemples :

- Anxiété (outil de dépistage GAD-7);
- Abus d'alcool, de drogue ou de médicament (CAGE);
- Dépression (outil de dépistage PHQ-9; échelle de dépression gériatrique (EDG));
- Risque et urgence suicidaire;
- Sécurité et adaptation du domicile (la grille IREDA).

Dans l'OÉMC bonifié, nous parlons aussi d'indices de situations potentiellement problématiques. Ils sont composés de plusieurs besoins identifiés pour une personne donnée, lors de la complétion de l'OÉMC bonifié (ex. : un signe, un symptôme, un paramètre mesuré, une habitude de vie, un comportement à risque), rapportés dans les écrits scientifiques comme pouvant être reliés à un risque accru de la présence d'une problématique biopsychosociale, souvent multifactorielle et complexe à identifier.

Ces indices, composés de divers facteurs ou caractéristiques reconnus scientifiquement associés à un risque accru et programmés dans l'OEMC bonifié, soutiennent l'analyse des données collectées lors de l'évaluation globale et le jugement clinique du personnel professionnel.

ATTENTION, tous ces indices doivent être évalués par le personnel professionnel pour juger de leur pertinence selon les particularités de la personne ou de son entourage, son contexte de vie, etc.

Si la présence potentielle d'un risque accru est retenue, elle doit normalement recommander d'autres évaluations complémentaires ou disciplinaires pour confirmer ou infirmer la présence d'une problématique particulière.

À NE PAS NÉGLIGER, une intervention précoce permet de prévenir, de réduire ou de retarder l'apparition ou les conséquences de problématiques biopsychosociales.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Actuellement, les indices programmés qui soutiennent le jugement clinique du personnel professionnel lors de la complétion de l'OÉMC bonifié sont pour les problématiques biopsychosociales suivantes : la fragilité, le risque de plaie, de chute ou de suicide (MSSS, 2022a), la maltraitance (plusieurs types)(MSSS, 2022b) et l'épuisement de l'aidant (MSSS, 2021).

La section suivante présente brièvement trois exemples de conditions interreliées et répandues chez les personnes vieillissantes ou en perte d'autonomie (fragilité, malnutrition et chutes). Ces conditions ont des causes multifactorielles bien connues et des conséquences négatives importantes pour le maintien de l'autonomie fonctionnelle, la santé et la qualité de vie, si elles ne sont pas résolues.

5.1.3.1 La fragilité

La fragilité est un syndrome physiologique caractérisé par une réduction des réserves et de la résistance aux facteurs stressants qui résulte d'un déclin cumulatif de multiples systèmes physiologiques causant une vulnérabilité à des issues défavorables de santé (récupération plus lente et souvent incomplète) (Fried, 2001).

Il s'agit d'un syndrome gériatrique au même titre que les chutes (Santos-Eggimann et David, 2013). Si aucune action n'est posée, elle peut mener à l'augmentation de la dépendance, des chutes, des hospitalisations, ou encore entraîner des entrées en hébergement ou même le décès (Clegg et al., 2013, Theou et al., 2015). Ce risque peut même survenir en l'absence de comorbidités (Clegg et al., 2013). Associée au processus de vieillissement, la fragilité commence dans de nombreux cas avant l'âge de 65 ans, bien que tous les adultes ne développent pas nécessairement de fragilité, même à un âge avancé (Clegg et al., 2013).

Être fragile signifie qu'à âge égal, une personne confrontée à un stress ou événements interne (ex. : maladie) ou externe (perte d'un proche) récupérera plus lentement et souvent non complètement (Santos-Eggimann et David, 2013). Il s'agit d'un processus dynamique qui peut être RÉVERSIBLE (Apostolo et al., 2018) d'où l'intérêt d'en reconnaître les signes pour agir précocement.

Une fois que la fragilité progresse, d'autres syndromes gériatriques comme les chutes, l'incontinence, les ulcères de pression ou le déclin fonctionnel sont susceptibles d'apparaître (Dent et al., 2019; Xue 2011).

Il existe actuellement deux conceptions principales de la fragilité, soit le modèle du phénotype de fragilité de Fried et al. (2001) basé sur l'évaluation de cinq critères (notion de prévalence des facteurs) ou le modèle du déficit cumulé de Rockwood (2005, 2007) basé sur l'accumulation d'un certain nombre de déficits, de symptômes ou de présence/absence de certains éléments, selon la version de l'outil utilisée (notion de gravité).

Le modèle de Fried et al. (2001) considère la fragilité comme un état de prédépendance accessible à des mesures préventives. Il classe une personne comme fragile lorsque trois ou plus des cinq compo-

OCCi
Outils de cheminements cliniques informatisés
Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

santes physiques suivantes sont présentes: amaigrissement (perte de poids non intentionnelle de 4,5 kg ou plus dans la dernière année, IMC < 22), faiblesse ou manque de force (faible force de préhension), épuisement autodéclaré, lenteur (vitesse de marche lente) et faible niveau d'activité physique (sédentarité). La personne est considérée préfragile si elle rencontre 1 ou 2 des critères mentionnés plus haut, et robuste si elle n'en a aucun. En se basant essentiellement sur une perspective physique, plusieurs auteur·e·s considèrent que la cognition et l'humeur dépressive devraient être aussi considérées. D'ailleurs, ces dernières peuvent grandement influencer la fatigue, la perte de poids ou le niveau d'activité physique (Santos-Eggimann et David, 2013). En fait, une étude plus récente conclut qu'une faible force musculaire et une faible performance physique sont les marqueurs les plus prévalents de la fragilité chez les personnes aînées (Papiol et al., 2016).

L'approche de Rockwood considère la fragilité comme l'accumulation d'un certain nombre de problèmes avec une gradation du niveau de fragilité où un index de fragilité peut être calculé. Les personnes sont considérées comme fragiles si elles présentent ces conditions : diverses maladies de présentations atypiques; des problèmes cognitifs, affectifs, fonctionnels; qui sont souvent socialement isolées; économiquement défavorisées, et à risque élevé d'entrée en institution prématurée (Rockwood et Mitnitski, 2007). Cette conception est en somme un indicateur global de l'état de santé et ne permet pas de bien distinguer la fragilité d'autres concepts comme l'autonomie fonctionnelle et les comorbidités. Le phénotype de Fried se révèle davantage comme un indicateur spécifique de la fragilité (Santos-Eggimann et David, 2013).

Plusieurs outils validés sont disponibles pour repérer la fragilité, mais ils comportent une grande variabilité d'indicateurs selon le contexte de soins et les objectifs visés (Dent et al., 2019). Par exemple, le PRISMA-7 peut repérer dans la population les personnes non connues du réseau, mais d'autres outils comme le « Hospital Frailty Risk score » pourraient aussi mieux convenir en milieu hospitalier. À noter que le PRISMA-7 a été suggéré par plusieurs auteur·e·s pour son usage dans la communauté (Clegg et al., 2015; Hoogendijk et al., 2013; Sutorius et al., 2016; Turner et Clegg, 2014). Des études rapportent aussi que l'usage de l'échelle de santé auto-perçue sur une échelle de 1 à 10 permet d'identifier la fragilité, lorsqu'elle est jugée plus petite que 6 (Zhao et al., 2020).

Malgré les bénéfices attendus d'une action précoce, la pratique de dépister systématiquement la fragilité demeure encore incertaine. Elle ne semble pas pour l'instant soutenue par les données probantes disponibles dans le cas de dépistage populationnel, mais pourrait s'avérer utile pour repérer les cas parmi les personnes aînées qui consultent en première ligne (Ambagtsheer et al., 2019). Cette pratique est d'ailleurs actuellement encouragée par plusieurs organisations ou systèmes de santé. En Angleterre, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a recommandé que la fragilité soit identifiée dans toutes les rencontres avec des personnes aînées atteintes de multimorbidité et le National Health Service de l'Angleterre le recommande fortement depuis 2017 pour les personnes aînées, lors des consultations médicales en première ligne. Cette approche est également soutenue par le réseau canadien sur la fragilité (Canadian Frailty Network, 2018).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Par ailleurs, des indicateurs évalués lors d'une évaluation gériatrique globale peuvent permettre soit de calculer un index de la fragilité basé sur le modèle cumulatif de Rockwood ou de repérer les facteurs de Fried selon une visée de réduction de l'institutionnalisation ou celle d'une approche préventive (Lee et al., 2020). Comme les OCCI visent à favoriser une approche d'autonomisation et que le modèle de Fried permet de mieux distinguer la fragilité des comorbidités ou du concept d'autonomie fonctionnelle déjà évalués lors de l'OEMC, les marqueurs ciblés au cours de l'OEMC sont inspirés des travaux de Fried et al. (2001); Sourial et al. (2012) et Danon-Hersch et al. (2012). Ils sont : la perte de poids non intentionnelle, un faible niveau d'endurance, la diminution de la force, de la mobilité, et de la cognition, un faible taux d'activités et l'humeur dépressive. Tous ces marqueurs ont été associés à des issues défavorables. Dans une analyse effectuée par notre équipe avec les données longitudinales de l'étude NuAge (Gaudreau et al., 2007), la présence d'un seul de ces marqueurs a été associée à l'entrée en incapacité, c'est-à-dire à la possibilité pour une personne de passer au cours d'une période de 4 ans d'un état autonome (profils Iso-SMAF 0) à un profil Iso-SMAF 1 ou 2. Ainsi, l'action sur ces marqueurs peut permettre de renverser ou retarder la perte d'autonomie.

D'une manière générale, le maintien ou l'amélioration de bonnes habitudes de vie (consommer de l'alcool modéremment, ne pas fumer, avoir un régime alimentaire sain, être actif, mobiliser ses liens sociaux) est recommandé tout au long de la vie.

L'évaluation globale permet non seulement d'identifier les marqueurs de la fragilité, mais également de rechercher les causes ou autres conditions de santé sous-jacentes possiblement modifiables (Ellis et al., 2011a, 2011b).

Au cours des dernières années, pour prévenir ou renverser la fragilité, on a développé diverses interventions qui comprennent une ou plusieurs composantes liées à l'activité physique, à la supplémentation nutritionnelle, à la gestion des médicaments, à l'entraînement psychosocial et cognitif et à la pharmacothérapie (Apostolo et al., 2018). Plus récemment, Negm et al. (2019) ont revu plusieurs études visant à comparer l'efficacité de huit interventions désignées pour prévenir ou renverser la fragilité tout en examinant leur impact sur la qualité de vie, la cognition, la dépression et la présence d'événements indésirables comme la douleur ou les chutes. Ils concluent que les preuves scientifiques ne sont pas très importantes, mais que l'activité physique seule ou accompagnée de suppléments nutritionnels et de prise en charge des médicaments est l'intervention la plus efficace contre la fragilité. Elle serait aussi efficace pour améliorer la cognition et réduire la dépression. Toutefois, pour minimiser le nombre d'événements indésirables associés à ces interventions, des programmes d'exercice sécuritaires sont nécessaires. Le guide clinique de Marcucci et al. (2019) appuie les mêmes interventions, mais recommande aussi que leur mise en œuvre se base sur une évaluation globale, un plan personnalisé et qu'elle implique une équipe multidisciplinaire.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1.3.2 Les chutes

Les chutes sont définies comme: *un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment (WHO, 2007).*

Près du tiers des personnes vivant à domicile on fait une chute dans la dernière année et les personnes qui reçoivent des services de soutien à domicile auraient un taux de chutes 50 % plus élevée que la population ne recevant pas de services (Burton et al., 2018). Il faut faire en sorte qu'elles soient évitées, afin de réduire les fractures, la perte d'autonomie, les hospitalisations, l'hébergement et les décès. Par exemple, environ 20 à 30 % des chutes provoquent des blessures qualifées de légères à graves (coupure, entorse, fracture, traumatisme craniocérébral) (Ambrose et al., 2015), mais elles représentent 87 % de toutes les fractures chez les personnes aînées (Ambrose et al., 2015). La moitié des personnes ayant une fracture de hanche ne retrouvent jamais la capacité de marcher et le cinquième d'entre elles meurent en moins de six mois, en raison de diverses répercussions comme une pneumonie, une embolie pulmonaire ou des complications chirurgicales (Ambrose et al., 2015).

Une première chute, même sans conséquence grave apparente, est en soi un facteur pertinent pour prédire une chute subséquente (Breton et Corriveau, 2018). Une chute entraine souvent la peur de tomber (même chez des personnes qui ne sont jamais tombées) et est un autre indice important pour prédire une chute subséquente (Kendrick et al., 2014).

Il est important de comprendre que plusieurs personnes aînées réduisent leurs activités à cause de leur crainte de tomber. Cette peur engendre de l'anxiété, une réduction des activités, une perte de force et d'équilibre et conséquemment un déclin fonctionnel.

Ainsi, la restriction des activités n'est pas une solution à la prévention des chutes.

La chute est un événement multifactoriel qui résulte de la combinaison de plus de 400 facteurs de risques liés à la condition de l'individu (facteurs intrinsèques), à ses comportements (habitudes de vie, prise de risques) et à son environnement (facteurs extrinsèques comme les caractéristiques du domicile ou des lieux publics)(MSSS, 2019).

Les personnes aînées et leurs proches doivent être informés que les chutes ne font pas inévitablement partie du vieillissement et que le risque de chute peut être considérablement réduit si on s'attaque aux facteurs de risque identifiés.

Les chutes

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Les facteurs intrinsèques peuvent aussi être classés en 5 domaines (Jehu et al., 2021) soient :

Facteurs liés à la mobilité et à l'équilibre

- Habileté à maintenir sa position et à se mouvoir dans un espace défini.
- Cela tient aussi compte de l'autonomie fonctionnelle et de l'utilisation d'aides techniques, etc.

Facteurs psychologiques

- Ceux qui affectent la performance et l'apprentissage (ex. : troubles cognitifs, dépression).

Facteurs médicaux

- Présence de maladies chroniques et d'événements aigus comme la déshydratation, l'hypoglycémie, le parkinson, l'arthrite, l'incontinence, la nycturie, une pathologie des pieds, l'hypotension orthostatique, etc.

La médication

- Avec les effets secondaires qui augmentent les risques comme les antidépresseurs, polymédication, etc.

Déficits sensoriels et neuromusculaires

- Comme les troubles visuels, troubles proprioceptifs, etc.

L'exercice (activité physique planifiée, structurée, répétitive et ciblée visant à améliorer la forme physique) peut réduire la peur de tomber en améliorant la force, la démarche, l'équilibre et l'humeur, et en réduisant la fréquence des chutes (Kendrick et al., 2014). Plus d'informations au sujet des facteurs de risques et des conduites subséquentes à tenir sont disponibles dans le cadre de référence suivant : « La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile », (MSSS, 2019). Les indices insérés dans les OCCI au sujet du risque de chute proviennent de ce cadre de référence. L'OMS offre aussi un certain nombre de dépliants d'informations et d'autres exercices pouvant être effectués à domicile par les personnes aînées selon leur niveau de fragilité. Ceux-ci sont disponibles sur le site suivant : https://vivifrail.com/resources/

Comme les chutes sont souvent sous-rapportées, non reconnues ou non considérées par les personnes aînées, il est donc recommandé par de nombreux experts, incluant ceux qui ont participé au cadre de référence québécois de les repérer au moins annuellement chez les personnes de plus de 65 ans (Ambrose et al., 2015; Burton et al., 2018; Ganz et Latham, 2020; MSSS, 2019). À cette fin, on

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

doit minimalement vérifier si une personne a chuté dans la dernière année, le noter et lui demander: ***avez-vous peur de chuter?***

Si une personne a chuté on devrait la questionner pour connaître la fréquence des chutes et les circonstances entourant celles-ci, vérifier si elle a des difficultés en liens avec la démarche et l'équilibre, et obtenir davantage d'informations sur les facteurs de risques. Selon les résultats et les niveaux de risques, des mesures de prévention clinique et diverses conduites sont suggérées par le cadre de référence du MSSS (2019) (ex. : évaluer le domicile avec la grille IREDA; référer au Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) ou à celui Intervention multifactorielle personnalisée [IMP]).

Soulignons que le « Center for Disease Control (CDC) » recommande même le dépistage des chutes à chaque visite médicale en utilisant la brochure « Stay Independent » dans le cadre de leur initiative « Stopping Elderly Accidents, Deaths and Injuries (STEADI) ». Cet outil de dépistage initial est une auto-évaluation et peut être rempli par la personne ou son proche. Une évaluation complète et approfondie de la chute est déclenchée, lorsqu'une personne obtient un score de 4 ou plus sur la brochure « Stay Independent » ou encore si elle répond « oui » à une chute au cours de la dernière année, à un sentiment d'instabilité ou à une peur de tomber.

Voir **http://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/Falls/steadi/index.html**

5.1.3.2 La malnutrition

Selon une étude canadienne, environ 34 % des personnes aînées vivant dans la communauté présentent un risque nutritionnel (Ramage-Morin et Carriguet, 2013). Dans une autre étude réalisée auprès de personnes qui recevaient des services à domicile à Vancouver, 42 % étaient à risque de malnutrition et 22 % étaient malnutries (Goharian et al., 2017). La malnutrition est associée à la perte d'autonomie, à l'augmentation du risque de chute, à la fragilité et à un risque accru d'institutionnalisation chez des personnes vivant à domicile (Laur et al., 2017; Payette et al., 1999, 2000). L'identification précoce des personnes ayant des troubles nutritionnels est importante, puisque plusieurs études ont démontré une amélioration de l'état de santé après une intervention nutritionnelle chez des personnes dénutries (Laur et al., 2017; Laur et Keller, 2017).

Selon une récente consultation d'experts internationaux (Jensen et al., 2019) :

> *« La malnutrition est une condition qui se caractérise par une composition corporelle altérée, à un point tel que cela affecte la capacité de l'organisme à maintenir ses fonctions normales comme la fonction musculaire et la fonction immunitaire ».*

Pour bien identifier la malnutrition, ce groupe d'expert (Global Leadership Initiative on Malnutrition – GLIM) recommande d'utiliser une approche en deux étapes. La première étape étant de la dépister à l'aide d'outils validés et adaptés spécifiquement au contexte ou au milieu clinique visé. La seconde

étant d'approfondir l'évaluation afin de préciser la gravité de la malnutrition à l'aide de trois critères phénotypiques (perte de poids involontaire, faible IMC et réduction de la masse musculaire) et de deux critères étiologiques (une réduction de l'apport alimentaire ou de l'absorption des aliments et un processus inflammatoire associé à une maladie particulière). On peut affirmer qu'il s'agit de malnutrition, si on décèle au moins un critère phénotypique et un critère étiologique. Il est suggéré d'utiliser les critères étiologiques pour guider l'intervention et les résultats anticipés.

Selon la situation clinique et les facteurs en cause, il pourrait être suffisant d'effectuer des actions simples ou de faire des recommandations, des suggestions, et de l'enseignement à la personne, pour tenter d'améliorer la situation (ex. : faciliter l'accès à la nourriture, donner des conseils sur le choix des aliments protéinés). Par contre, pour d'autres situations cliniques (ex. : suspicion de dysphagie ou d'une interaction médicamenteuse), une référence en nutrition, en ergothérapie ou à un médecin pourrait être requise.

Pour le dépistage, l'équipe a opté en 2007 pour l'utilisation du DNA© (Payette, 2003), puisqu'il a été validé et s'est montré sensible et spécifique pour identifier les personnes à risque d'un apport protéino-énergétique insuffisant, spécifiquement pour la population desservie par les SAD du Québec. Un protocole de surveillance et d'intervention est également proposé selon la gravité du risque nutritionnel. Un risque faible est identifié, si le score se situe entre 0 et 2, le risque est modéré si le score est entre 3 et 5 et il est élevé pour un score supérieur à 5. L'intervention suggérée varie selon le score obtenu, d'une aide à la préparation des repas à un suivi nutritionnel professionnel (score élevé) (Payette et Gray-Donald, 1997).

Toutefois, le DNA permet le repérage d'un seul critère phénotypique (apport protéino-énergétique insuffisant) et la nouvelle approche recommande maintenant d'utiliser une perspective plus large, afin de couvrir l'ensemble des critères phénotypiques de la malnutrition. Pour ces raisons, des travaux dirigés par Dre Nancy Presse[2] ont été faits entre décembre 2019 et juillet 2022 pour s'assurer, entre autres, d'être en mesure de bien identifier les facteurs de risque nutritionnels et les indices de malnutrition que l'intervenant·e doit repérer pour être en mesure de prendre une décision sur les actions à prendre. Par la suite, des modifications ont été proposées dans les deux premières phases des OCCI au comité scientifique provincial sur les OCCI. Toutefois, l'échéancier des travaux reste à préciser.

À titre d'exemple, selon de plus récents travaux (Jensen et al., 2019), l'état nutritionnel peut ainsi être évalué en prenant en considération les éléments présentés à la page suivante.

En se basant sur les 5 critères de Jensen et al. (2019), il est important d'essayer de comprendre les facteurs étiologiques sous-jacents pour y remédier. La section suivante explique brièvement quelques facteurs qui peuvent être repérés dans les sections, santé physique et alimentation, ou lors de l'évaluation du SMAF (se nourrir, préparer les repas ou faire l'épicerie).

2 Nancy Presse est diététiste-nutritionniste, professeure adjointe du Département des sciences de la santé communautaire de la Faculté de médecine et des sciences de la santé (FMSS) de l'Université de Sherbrooke et chercheure au CdRV de même qu'au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Faible si:	Modéré si :	Grave si:
• Perte de poids 2,5 -5 % depuis 6 mois ou 5-10 % depuis 1 an.	• Perte de poids de 5 à 10 % ou de 10 à 20 % pour plus de 6 mois, • IMC <20 si <70 ans, <22 si ≥ 70 ans • perte musculaire légère à modérée (objectivée par des tests)	• Perte de poids de 10 % ou 20 % pour plus de 6 mois, • IMC <18,5 si <70 ans, <20 si ≥ 70 ans • perte musculaire importante (objectivée par des tests)

Critère 1. Perte de poids involontaire

Les experts jugent important de la reconnaître rapidement et de tenter de connaître les raisons de cette perte (ex. : ne mange pas assez versus réduction d'un œdème). L'idéal est l'obtention de mesures continues et objectives de poids dans le temps afin de pouvoir observer le déclin, le maintien ou l'amélioration de la situation. Sinon, on tente d'objectiver l'information même si on ne rapporte pas de poids précis.

Le poids et la taille déclarés par la personne sont des substituts valides, sauf dans le cas d'atteintes cognitives (Payette et Ferry, 2007). Il faut faire attention à l'attitude des personnes face à leur poids. Les messages véhiculés dans les médias concernant les risques pour la santé d'un surpoids peuvent laisser croire aux personnes aînées que toute perte de poids est bénéfique.

Est-ce que la personne rapporte une perte de poids involontaire?

Semble-t-elle amaigrie?

Ses vêtements sont-ils trop amples?

Comme le souligne Presse (2022): « En règle générale, plus la perte de poids est importante et rapide, plus l'impact sur l'état nutritionnel et l'état de santé est important. Il est néanmoins admis qu'une perte de poids non intentionnelle, aussi faible que 5 % du poids habituel, est un indicateur que quelque chose cloche et devrait donc faire l'objet d'un examen. La perte de poids non intentionnelle ne devrait jamais être considérée comme « normale », ni « bénéfique », même chez une personne aînée en surpoids ». (p.263).

Critère 2. Faible indice de masse corporelle (IMC)

Un IMC faible peut être un indicateur de poids insuffisant. Toutefois, l'histoire pondérale de la personne doit également être considérée puisque certaines personnes ont une stature naturellement mince sans nécessairement être malnutrie. À noter que les personnes en surplus de poids peuvent aussi vivre une perte de poids non intentionnelle et conséquemment une perte musculaire (la perte de poids peut refléter la perte musculaire plutôt qu'une di-

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

minution de l'adiposité). L'obésité demeure un obstacle important à l'identification d'un problème, car cela prend souvent une grande perte de poids pour le découvrir.

Critère 3. Réduction de la masse musculaire

Il s'agit d'une conséquence primaire de la malnutrition. Pour être en mesure de bien apprécier la perte de la masse musculaire, un examen clinique est nécessaire. Bien qu'il n'y ait pas d'évaluation formelle de la masse musculaire dans l'OEMC, il est toutefois possible d'observer certains signes comme des os proéminents (ex. : clavicule, côtes, épaules) une dépression au niveau des tempes ou l'absence d'une saillie du muscle sur le dos de la main, entre le pouce et l'index (Presse, 2022).

Critère 4. Réduction de l'apport alimentaire ou de l'absorption

La diminution de l'apport alimentaire peut être lié à divers facteurs médicaux, psychologiques, physiologiques ou sociaux (ex. : perte d'autonomie, dépression, difficultés d'accès à des aliments) dont plusieurs peuvent être corrigés. Si non, il est peu probable que la personne puisse couvrir ses besoins énergétiques, particulièrement en présence de maladies, d'accidents ou d'une chirurgie.

N'oublions pas que l'hydratation a un rôle important puisqu'une déshydratation est souvent associée à l'isolement social et à une diminution de l'apport alimentaire (Mentes et Gaspar, 2020).

Lorsqu'un apport alimentaire insuffisant est rapporté ou suspecté, il faut essayer d'identifier les causes pour être en mesure de proposer des actions possibles.

Voici des exemples de questions pour vérifier si l'apport alimentaire semble suffisant ou la présence de facteurs qui pourraient contribuer à le réduire :

Mange-t-elle trois repas par jour (au moins six jours par semaine)?

A-t-elle au moins deux repas par jour qui comprennent une portion d'aliments protéinés (au moins de la dimension d'un jeu de cartes ou environ 1 tasse) tels que de la viande, de la volaille, du poisson, du tofu, des légumineuses, etc.?

A-t-elle une diète de nature restrictive? Si oui, est-elle encore nécessaire?

Est-ce que l'apport requis d'au moins 1,5 litres d'eau et de boissons par jour (tasse moyenne 250 Ml/8 oz) est comblé? (sauf exceptions liées à certaines maladies).

A-t-elle des difficultés à croquer ou à mastiquer?

A-t-elle des troubles buccodentaires (ex. : irritation ou sécheresse buccale, douleur, abcès, dent instable ou cassée, prothèse non adaptée ou endommagée, non utilisation des prothèses).

A-t-elle des difficultés à avaler des aliments solides ou liquides (dysphagie?)

Mange-t-elle seule? Souffre-telle d'isolement social?

A-t-elle plusieurs aversions alimentaires?

Quelle est la qualité des repas offerts? (voir Pilgrim et al., 2015).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Voici d'autres exemples...

A-t-elle remarqué une diminution de son appétit qui la pousse à manger moins qu'à l'habitude? Celle-ci est-elle associée à la perte de fonction sensorielle (goût, odorant, vision) ou à des changements alimentaires importants, à la prise d'un nouveau médicament, à des problèmes digestifs ou à une humeur dépressive qui affecte son quotidien?

Mange-t-elle à sa faim tous les jours?

Est-ce un problème d'accès aux aliments? (ex. : vérifier dans le réfrigérateur les aliments ou boissons périmés, avariés).

A-t-elle des difficultés ou reçoit-elle l'aide suffisante pour faire l'épicerie ou pour préparer les repas? Transport requis?

A-t-elle les ressources financières suffisantes pour se procurer tous les aliments nécessaires tant en qualité qu'en quantité?

Critère 5. Présence d'un processus inflammatoire

Certaines maladies, infections, traumatismes peuvent être associés à un processus inflammatoire. Il existe des mesures de proxy (ex. : sérum protéine C-reactive), mais des signes cliniques peuvent le suggérer, comme de la fièvre, une guérison lente des plaies, la présence de plaies de pression, des infections récurrentes ou une récupération lente suite à une maladie.

La malnutrition

Les interventions

Les interventions pouvant être offertes aux personnes malnutries ou à risque de le devenir sont souvent multimodales et interdisciplinaires, mais parfois de simples avis et recommandations peuvent être utiles pour répondre aux besoins (Roberts et al., 2019).

Voici quelques stratégies simples (Payette et Ferry, 2007; Presse, 2022; Roberts et al., 2019):

- offrir l'éducation requise pour augmenter les connaissances de la personne selon le besoin détecté (ex. : comment augmenter la consommation d'aliments protéinés, l'importance de l'hydratation);
- maximiser l'apport d'aliments à haute teneur énergétique (dont ceux favoris) lors du meilleur repas de la journée (celui pour lequel elle a le plus d'appétit);
- favoriser l'apport de petits repas/collations, mais plus fréquents (lors d'effet de satiété précoce, distension gastrique);
- favoriser la nourriture qui peut se manger facilement avec les doigts « finger foods »;
- s'assurer d'une hydratation adéquate quotidienne;
- minimiser les restrictions alimentaires;
- recommander l'usage des herbes et des épices pour ajouter de la saveur et augmenter l'intérêt pour la nourriture (selon les préférences personnelles) ;
- recommander des aliments à texture modifiée au besoin (difficulté de mastication, déglutition);
- encourager la santé buccale incluant les visites chez le dentiste;

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

- Si requis, conseiller l'utilisation de suppléments énergétiques et nutritionnels entre les repas (ex. : avec la prise de médicaments);
- discuter du recours à des organismes communautaires ou services de repas; favoriser la prise de repas entre amis (il est connu que les personnes mangent davantage lorsqu'elles sont accompagnées lors des repas); améliorer l'ambiance lors des repas (accès, éclairage, température, temps, odeurs et musique appropriés);
- selon l'état fonctionnel et médical, encourager la pratique d'activités physiques (stimule la faim, l'appétit et préserve la masse musculaire);
- impliquer les proches et référer aux professionnel·elle·s requis selon la cause sous-jacente probable (ex.: dépression).

Ainsi, chez une personne aînée, la recherche des causes d'un apport alimentaire insuffisant demande souvent une approche multidisciplinaire, puisque selon les indices présents, il faut parfois faire intervenir un.e intervenant·e en nutrition, en médecine, en service social, en ergothérapie, en pharmacie ou même en dentisterie ou en denturologie (Presse, 2022).

Mange-t-elle à sa faim tous les jours?



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1.4 L'évaluation globale pour qui?

L'évaluation globale incluant la collecte de données, la planification et le suivi des soins et services mis en place demande beaucoup de travail et de temps. Elle doit donc cibler les personnes qui peuvent en bénéficier le plus. Il y a des circonstances pour lesquelles l'évaluation est bien justifiée par les preuves actuelles, mais dans d'autres situations, il n'y a pas de critères établis pour se prononcer clairement sur les personnes susceptibles de bénéficier d'une évaluation globale (Finbarr, 2018).

Tel que conceptualisé dans le nouveau cadre pour un vieillissement en bonne santé défini par l'OMS, les groupes cibles devraient être définis en fonction des capacités intrinsèques (mentale et physique) et habiletés fonctionnelles de la personne. Ces attributs liés à la santé sont ceux qui permettent aux personnes de faire ce qu'elles apprécient dans la vie de tous les jours; il faudrait donc s'y attarder minimalement (OMS, 2015).

Les personnes aînées en forme, qui ont moins de maladies chroniques et possèdent une capacité intrinsèque et fonctionnelle élevée, sont une cible appropriée pour la promotion de la santé et les interventions préventives, mais les évaluations globales dans ce grand groupe de personnes prendraient trop de temps; c'est pourquoi, dans leur cas, une évaluation brève ou l'utilisation d'outils de repérage est plus appropriée (Seematter-Bagnoud et Bula, 2018). L'approche de repérage préconisée par l'OMS peut être recommandée (WHO, 2017) (voir section 5.2). En revanche, les personnes dont l'état de santé est précaire auraient davantage besoin de soins intégrés que de visites préventives à domicile (Bouman et al., 2008). En fait, selon Stijnen et al. (2014), l'évaluation globale est probablement plus adaptée au groupe « dit intermédiaire », qui pourrait être défini comme des personnes atteintes de deux maladies chroniques ou plus, avec peu d'incapacités, ce qui permet de ralentir le déclin des capacités fonctionnelles.

En termes d'efficacité, Iliffe et Orrell (2006) suggèrent ainsi d'identifier les besoins non satisfaits communs au moyen d'une évaluation ciblée et brève ou d'un processus en deux étapes, au lieu d'une évaluation multidimensionnelle complète mais longue chez toutes les personnes aînées. Par exemple, l'outil EASY-Care aide les praticiens de soins primaires à identifier les personnes âgées fragiles qui feront ensuite l'objet d'une évaluation complète par une infirmière spécialisée lors d'une visite à domicile (Philip et al., 2014). De même, la British Geriatrics Society (BGS) a récemment proposé une approche utilisant le questionnaire PRISMA-7, développé au Québec, combiné à une évaluation de la marche et de la mobilité, pour déterminer pour qui il est utile d'entreprendre une évaluation globale (BGS, 2014). Cette approche est similaire à celle utilisée dans certains endroits au Québec.

Le ciblage de groupes spécifiques de personnes aînées est également un sujet de discussion dans les études examinant les effets en général des visites préventives à domicile. Par exemple, les effets bénéfiques des visites préventives à domicile n'ont été constatés que chez les personnes aînées à faible risque de déclin fonctionnel (Stuck et al., 2002). Pour Huss et al. (2008), les effets étaient plus prononcés chez les plus jeunes, tandis que d'autres contredisent ces résultats et affirment que les visites à domicile sont également bénéfiques pour la population générale des personnes aînées

OCCi
Outils de cheminements cliniques informatisés
Dubuc, Delli Colli, Bonin et Corbin, 2013®

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(Elkan et al., 2001). Dans une revue plus récente, il ressort que les visites préventives multidimensionnelles ont le potentiel de diminuer la mortalité, mais surtout chez les plus jeunes et offrent aussi un potentiel d'amélioration de l'autonomie (Tourigny et al., 2015). On notait toutefois qu'il fallait interpréter ces résultats avec prudence, étant donné la diversité des interventions analysées, et qu'il est toujours difficile de savoir si les facteurs de risques évalués lors de ces visites étaient vraiment gérés de manière optimale.

Selon le modèle d'organisation des services et selon le secteur visé, les critères spécifiques utilisés pour identifier les personnes aînées bénéficiant d'une évaluation globale peuvent comprendre, par exemple: l'âge, une problématique médicale spécifique telle que l'insuffisance cardiaque ou le cancer, une comorbidité ou des troubles psychosociaux tels que la dépression ou l'isolement. Pour les gens vivant dans la communauté, ceux qui sont souvent des candidats appropriés pour l'évaluation globale sont : ceux considérés fragiles ou ayant une incapacité fonctionnelle, un risque accru de chute, un déclin cognitif, une perte de poids inexpliquée, une dépression, un changement requis de milieu de vie, une préoccupation en termes de sécurité ou ceux qui présentent un risque élevé de recours aux soins de santé (Seematter-Bagnoud, 2018; Tatum III, 2018). Encore une fois, on note que le suivi est nécessaire pour assurer la mise en œuvre des résultats obtenus à la suite de cette évaluation.

5.1.5 La planification des services: un plan personnalisé et coordonné

Rappelons qu'on ne peut pas planifier sans avoir évalué.

Dans une perspective d'un VES (module 2), d'autonomisation (module 3) et de soins axés sur la personne (module 4), la planification des services est basée sur les aspirations, les désirs, les attentes, les habitudes et les conditions de vie de la personne ainsi que sur les difficultés vécues. Ces situations de vie sont traduites en besoins pour assurer une réponse individualisée et adaptée au projet de vie de la personne. La planification des services découle de l'évaluation/réévaluation des besoins et vise à répondre à ces besoins.

Lors d'une recension des écrits, Coulter et al. (2015), définissent la planification des soins individualisée comme un processus qui vise à fournir un soutien adapté pour répondre aux besoins globaux des personnes et de leurs proches.

Il est évident que deux personnes atteintes d'une même déficience n'ont pas nécessairement les mêmes besoins, parce qu'elles n'ont pas nécessairement les mêmes aptitudes, aspirations, environnements et habitudes de vie. Ainsi, dans la logique du respect des aspirations de la personne, un processus de planification de services devrait opter pour l'accompagnement plutôt qu'à la « prise en charge » (MSSS, 2018).

Un tel soutien reconnaît les préoccupations de ces personnes et les aide à mieux gérer leur situation.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Cette planification est considérée comme une autre étape d'une conversation entre le professionnel et la personne, pour clarifier ses objectifs, ses options et ses préférences, afin de développer un plan d'action basé sur cette compréhension mutuelle. Ce processus inclut la famille et le réseau de soutien, qui sont généralement les personnes reconnues comme étant significatives ou unies à la personne par des liens légaux ou affectifs.

Le plan repose ainsi sur une approche collaborative avec la personne et ses proches ainsi que sur l'action concertée d'une équipe interdisciplinaire, s'il y a lieu, l'objectif étant de travailler en synergie pour atteindre les objectifs priorisés par la personne et ses proches.

Les résultats de la revue systématique effectuée par Coulter et al. (2015) précisent que ce processus fonctionne mieux s'il est intégré dans la routine des soins et qu'il inclut une préparation adéquate, le partage des dossiers, la coordination des soins, une révision effective et un soutien plus intensif des professionnel·elle·s.

Selon eux, la planification personnalisée permet de :

- minimiser les impacts négatifs de différents problèmes;
- maximiser le potentiel d'amélioration du fonctionnement et du bien-être;
- renforcer les capacités des gens à gérer eux-mêmes leur condition;
- réduire les risques pour la santé en améliorant les comportements liés à la santé;
- réduire au minimum la dépendance vis-à-vis des services.

L'objectif ultime est d'identifier les besoins de la personne et de lui fournir un soutien pour l'aider à conserver son indépendance et avoir une bonne qualité de vie; en d'autres termes, de bien vieillir à la maison et demeurer en liens avec sa communauté (Ivanoff et al., 2018). Il s'agit donc d'une démarche proactive qui ne cherche pas seulement à offrir des services pour répondre à un problème ou une condition qui se détériore, mais aussi à habiliter la personne à maintenir ou à améliorer sa condition.

La planification des services vise plusieurs objectifs.

Pour la personne, la planification permet:

- d'assurer sa participation sociale;
- de favoriser son autonomisation;
- d'augmenter sa qualité de vie;
- de maintenir un niveau d'autonomie optimal;
- de clarifier et de répondre à ses aspirations, à ses attentes et, en somme, à son projet de vie;
- d'augmenter sa satisfaction et celle de son entourage;
- d'adapter les services offerts à sa réalité.

La planification

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Pour les divers partenaires du réseau intégré de services, la planification permet la mise en place de multiples stratégies d'intégration des services pour :

- agir en amont et agir précocement;
- augmenter l'accessibilité aux services;
- améliorer la continuité des soins, la coordination, la complémentarité et la qualité des services;
- améliorer la collaboration entre les différents acteurs et entre les différentes organisations
- prévenir et diminuer les épisodes aigus de maladie, les incapacités et les situations de handicap;
- améliorer le continuum de services pour une réponse optimale aux besoins d'une clientèle ou de la population;
- gérer l'équité dans l'allocation des ressources.

Une approche axée sur la personne nécessite donc au minimum des objectifs négociés, une vision partagée avec la personne ou dans l'équipe, s'il y a lieu, de la stratégie globale pour les atteindre et un respect des rôles des uns et des autres pour y parvenir. Des réunions régulières planifiées pour discuter des progrès, examiner les objectifs et convenir des révisions des plans sont généralement essentielles à un travail d'équipe réussi.

À cet effet, Elwyn et al. (2017) et Elwyn et Vermunt (2020) proposent un modèle de prise de décision partagée basée spécifiquement sur les objectifs pour des personnes dans des situations où les problèmes de santé sont complexes et où le contexte rend la prise de décision plus difficile. Ce modèle adapté aux notions de besoins se présente en trois étapes collaboratives : 1) discussion des valeurs et attentes et détermination des buts et objectifs liés aux besoins retenus, 2) discussion des options possibles et de leur bénéfices/risques pour répondre à ces objectifs et 3) construction et intégration des préférences aux décisions. Ces éléments sont détaillés à la section « 5.3 Comment ».

La prise de décision partagée (PDP), basée sur les besoins priorisés et les objectifs identifiés, représente un changement de perspective puisqu'ils influencent la gamme, le type et le nombre d'options de soins ou traitements pertinents à discuter par la suite.



La prise de décision partagée

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1.5.1 Différents types de plans

La réponse aux besoins et aux aspirations d'une personne peut nécessiter l'apport de plusieurs ressources. En d'autres mots, elle requiert une démarche de planification des services qui trouve sa concrétisation d'abord dans le processus d'élaboration et de coordination soit, par exemple, d'un plan d'intervention (PI), d'un plan d'intervention interdisciplinaire (PII), ou si requis, d'un plan de services individualisé (PSI).

Tableau 3 : Définitions du PI, PII et PSI : trois instruments de travail professionnel faisant partie du dossier de la personne.

Plan d'intervention (PI)	Plan d'intervention interdisciplinaire (PII)	Plan de services individualisé (PSI)
Plan qui concerne l'atteinte des **objectifs visés par une discipline en particulier.**	Plan qui concerne l'atteinte des objectifs visés par **une équipe interdisciplinaire.**	Plan qui concerne **l'intégration des services offerts par des partenaires** intersectoriels publics, privés et communautaires concernés par un objectif commun nécessitant une concertation.
Implique la participation active de la personne ou de son représentant, de ses proches, s'il y a lieu.		

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Les définitions du PI, PII et PSI sont présentées dans le tableau 3.

Dans les écrits scientifiques, on considère qu'un plan est réussi s'il :

- est en cohérence avec l'évaluation globale des besoins/désirs de la personne;
- est précis, approprié et adapté aux besoins et habilités de la personne;
- a des objectifs réalistes établis dans le temps avec la personne;
- a des objectifs intermédiaires (plus faciles à observer à court terme pour encourager la personne; fractionnés en étapes);
- est rédigé et peut être consulté par toutes les parties prenantes;
- est mis en œuvre;
- est suivi dans le temps et l'espace;
- est réévalué et ajusté;
- a des résultats qui sont documentés;
- considère les désirs subséquents de la personne.

Ainsi, une fois le plan défini, son application par l'équipe interprofessionnelle, le cas échéant, est considérée comme essentielle pour répondre aux divers besoins et objectifs de vie de la personne (Darby et al., 2017). La coordination est une fonction centrale qui permet d'augmenter les possibilités pour la personne d'obtenir et d'utiliser les services et les sources de soutien qui lui sont accessibles, d'accroître la participation des réseaux familiaux, communautaires et des organismes formels intersectoriels à la réponse à ses besoins et enfin, d'améliorer l'efficacité des actions en facilitant l'accès aux services (Moxley, 1989). La planification des services serait incomplète sans la révision en continu des plans d'intervention et le suivi en continu du PSI, s'il y a lieu, qui vont soutenir l'analyse des écarts.

Cependant, réunir des professionnel·elle·s au sein d'une équipe ne mènera pas automatiquement à une collaboration et à une intégration des personnes en tant que véritables partenaires (D'Amour et al., 2005). Dans une chaîne de soins pleinement intégrée et coordonnée, les personnes doivent être traitées comme des partenaires égaux dans l'équipe, et l'implication de la personne doit être encouragée (Vestergaard et Nørgaard, 2018).

5.1.5.2 Un travail d'équipe interprofesionnel

Dans le cadre d'une évaluation globale, la personne évaluatrice (peu importe sa profession) prend le rôle d'un « généraliste » qui cherche à recueillir, à questionner, à observer, à valider et à utiliser toutes les sources d'informations nécessaires pour mieux comprendre et identifier les besoins et les facteurs de risques servant à appuyer son jugement clinique.

Toutefois, la connaissance obtenue à la suite de l'évaluation ne doit pas lui être réservée, auquel cas l'évaluation ne soutiendrait aucune collaboration interprofessionnelle ou intersectorielle. L'intervenant·e qui ne partage pas l'information clinique nuit à la continuité des soins attendus et produit une réelle fragilité collective puisqu'elle est « personne-dépendante ». Qu'advient-il de toute cette précieuse connaissance si l'intervenant·e change de poste, quitte son emploi ou part en

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

vacances? Comment cette connaissance est-elle transmise si la personne entre dans le système de santé et de services sociaux par une organisation ou un service qui n'est pas celui de l'intervenant·e? (Couturier et al., 2016). Il importe donc que l'évaluation soit non seulement transcrite dans un dossier clinique accessible aux intervenant·e·s concerné·e·s, mais que ce généraliste s'assure de consulter ou, lorsque requis, de la rendre disponible aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire.

En fait, l'évaluation globale est intrinsèquement un processus interdisciplinaire où les interactions professionnelles font partie intégrante du succès ou de l'échec de sa mise en œuvre (Gladman et al., 2016). Le défi majeur est de développer un moyen efficace de fournir des soins en équipe. Il faut ainsi déterminer quel membre de l'équipe jouera un rôle d'évaluation, de coordination et comment les diverses contributions individuelles nécessaires à la conduite du processus seront rassemblées (Ellis et Langhorne, 2005). En contexte international, le processus d'évaluation repose souvent sur une équipe de base constituée d'un·e infirmier·ère, d'un·e travailleur·euse social·e et d'un médecin. Le cas échéant, selon le secteur d'activité, des spécialistes de plusieurs autres disciplines (ex. : physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, ou nutritionnistes) participent à l'évaluation ou agissent à titre de consultants avec une équipe « élargie ». Les expertises sont distinctes, mais il existe aussi un chevauchement entre les disciplines, de sorte que l'utilisation efficace des ressources peut dicter leur implication sélective en fonction du profil clinique de la personne (Finbarr, 2018). Selon les conclusions de l'évaluation globale, des spécialistes d'autres disciplines peuvent être nécessaires pour une évaluation et/ou des traitements plus poussés. Quel que soit le degré de partage des connaissances, des compétences et de la collaboration, il importe de se rappeler que la communication et la gouvernance d'équipe sont nécessaires pour un travail d'équipe durable. L'établissement du programme, le secteur d'activité, les objectifs de l'évaluation, la disponibilité des ressources et la charge de travail influenceront la taille du noyau de l'équipe (Pilotto et al., 2017).

Dans les services de soutien à domicile en contexte nord-américain, le groupe de base est plus souvent constitué d'infirmier·ère·s, de travailleur·euse·s sociaux·ales, d'ergothérapeutes et de physiothérapeutes. On souligne toutefois que pour être efficaces, les évaluations réalisées dans ces services doivent être complétées par des liens solides avec les services de soins de santé primaires et inclure des suivis planifiés (Stuck et al., 2002). Enfin, de récents programmes évoluent vers la notion « d'équipes virtuelles », concept dans lequel les membres sont inclus au besoin, les évaluations peuvent être menées à différents endroits à des jours différents et la communication de l'équipe est effectuée par voie électronique (pour plus d'informations, voir le programme « BRIGHTEN » Emery et al., 2012).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Rappelons que pour soutenir les efforts de concertation qu'exige la planification et la mise en place des services, certaines attitudes ou conduites doivent être privilégiées de la part des partenaires en présence pour assurer :

- La participation de la personne et son droit à l'accompagnement;
- L'implication des proches;
- La pratique collaborative et la concertation avec l'ensemble des partenaires intersectoriels;
- La participation du médecin de famille.

5.1.5.3 La participation de la personne et son droit à l'accompagnement

Comme l'indique l'article 10 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (S-4.2)

> *« Tout usager a le droit de participer à toute décision affectant son état de santé ou de bien-être. Il a notamment le droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103. Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans ». (1991, c. 42, a. 10)*

Néanmoins, les modalités de cette participation ne sont pas fixées dans la Loi. Il n'y est pas fait mention de l'obligation de la personne d'assister aux réunions relatives aux **PI** ou **PSI** ni de signer les documents. L'article 45 de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale (E-20.1) indique, par ailleurs, que

> *« Toute personne handicapée qui réside au Québec au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (chapitre A-29) peut demander à l'Office des personnes handicapées de voir à la préparation d'un plan de services afin de faciliter son intégration scolaire, professionnelle et sociale (…). »*

Il faut aussi se rappeler le droit des personnes handicapées à demander à l'Office de voir à la préparation d'un plan de services.

Ce droit de la personne, confirmé dans les articles, devrait être renforcé en obligeant les professionnel·elle·s concerné·e·s à s'assurer de la participation de la personne, comme il est spécifié dans les critères d'agrément. Il serait ainsi plus facile de s'en assurer, si la personne ne manifeste pas, de prime abord, son désir de participation. Si une démarche en vue d'obtenir un PSI est entreprise par la personne, ses proches ou bien une personne professionnelle de concert avec elle ou son représentant et qu'un PSI paraît indiqué, la personne devra être informée le plus précisément possible des différentes composantes et pourra refuser le PSI. La personne conserve son pouvoir de décision et elle a droit à un accompagnement optimal tout au long de la démarche et des processus qui s'ensuivent. Les aspirations la personne doivent primer.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Diverses façons de faire sont préconisées :

- des contacts réguliers avec la personne ou son représentant, par des moyens de communication individualisés selon la condition de la personne : ex. : téléphones, résumés écrits, personne-ressource, courriels;
- l'accès continu à une personne responsable de la coordination de service (coordonnateur·trice de PSI, intervenant·e-pivot, gestionnaire de cas etc.), pour un accompagnement optimal de la personne ou de son représentant;
- des rencontres régulières avec la personne ou son représentant, pour lui présenter les résultats de l'évaluation des besoins ainsi que les services proposés et leurs orientations, les interventions contenues dans les PI;
- la présence de la personne ou de son représentant aux diverses rencontres;
- des documents vulgarisés sur la démarche à suivre relativement à un PSI;
- la signature qui atteste que la personne a pris connaissance des documents sur le PSI (poser ses initiales).

Les diverses présentations à la personne ne nécessitent cependant pas la signature d'un document. Rappelons que les PI et le PSI font partie de son dossier et qu'elle peut y avoir accès tout comme à son dossier. S'il faut réaffirmer fermement le principe selon lequel les aspirations de la personne conditionnent principalement les orientations d'actions ou de services du PSI et les objectifs spécifiques des PI, il paraît opportun de signaler également, qu'il y a des cas où le jugement professionnel peut être à l'origine d'un besoin non exprimé ou d'un service non sollicité par la personne. C'est le cas, par exemple, lorsqu'un service est jugé nécessaire pour la sécurité de la personne ou pour l'accompagner dans la réalisation de ses aspirations. Ces situations sont à l'origine d'interventions professionnelles visant à sensibiliser (sans harceler) la personne face à ce besoin. Cette tâche de sensibilisation revient à l'intervenant·e principalement concerné.e par la personne.

5.1.5.4 L'implication des proches

Il s'avère important de tisser des liens de confiance avec les proches et de les tenir informés. La nature de leur engagement doit être décidée conjointement avec la personne concernée et réévaluée constamment. Il faut s'assurer de se donner les moyens (formation, outils de travail) de déceler les besoins des proches et d'y répondre adéquatement, dans chacun des programmes de services.

Très souvent, dans la planification des services, il faut communiquer avec les proches, afin de préciser certains besoins et d'enrichir les informations qui permettront de poser un jugement professionnel éclairé. La participation des proches est appropriée dans diverses situations qui limitent l'expression des besoins de la personne ou qui ont des conséquences importantes pour son entourage : par exemple, des atteintes cognitives, un traumatisme qui entraîne des incapacités importantes ou un diagnostic de cancer. Cependant, dans certaines circonstances, telles des situations d'abus et de négligence de la personne, la participation des proches devra se faire avec le plus grand discernement possible.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1.5.5 La pratique collaborative et la concertation avec l'ensemble des partenaires intersectoriels

Précisons que le rôle d'un intervenant·e imputable de la coordination de services pour une personne donnée est essentiel (intervenant·e-pivot, coordonnateur de PSI, gestionnaire de cas ou intervenant·e responsable du dossier etc.). Pour bien répondre aux situations cliniques multidimensionnelles, chroniques et évolutives, la prise en compte de la globalité des situations cliniques importe beaucoup. En plus de son ancrage du côté de l'approche populationnelle et des approches axées sur la personne, la démarche clinique des OCCI participe au mouvement général qui consiste à collaborer, à coopérer, à coordonner, à réseauter, à se concerter, etc., entre personnel professionnel ou non professionnel et gestionnaires. Intégrer les services consiste à faire équipe à tous les niveaux, que ce soit au niveau stratégique (celui des décideurs), au niveau tactique (celui des gestionnaires) ou au niveau opérationnel (celui des intervenant·e·s et de leurs partenaires). Ce constat découle de la reconnaissance de l'aspect multidimensionnel des besoins, qui engage elle-même la reconnaissance de celle des solutions.

Pour ce faire, le dispositif intégrateur animera autant d'équipes soignantes collaboratives qu'il y a d'usager·ère·s et, sur le plan populationnel, autant de partenariats intersectoriels que requiert la réponse aux besoins de la population. Ces équipes et ces partenariats vont constamment changer dans le temps, parce que les besoins des personnes et des communautés évoluent, parce que les charges de cas changent, parce que le personnel circule beaucoup, et ainsi de suite. Ce mouvement perpétuel est en grande partie inévitable, mais il est possible d'en atténuer les effets fonctionnels négatifs par un dispositif intégrateur qui, de manière institutionnelle, créera les conditions d'une continuité allant au-delà de la seule bonne volonté des personnes concernées durant une période donnée. Pour ce faire, il importe de soutenir le développement d'une compétence collaborative à tous les échelons de l'organisation et des partenariats.

La coopération et le partenariat garantissent la réussite de cette phase de planification des services qu'est la concertation. L'intersectorialité est une dimension complémentaire et essentielle en matière de collaboration interorganisationnelle, pour assurer une réponse satisfaisante à la totalité des besoins d'une personne, dans toutes les dimensions de sa vie. En effet, quand la concertation déborde le secteur socio-sanitaire, elle devient intersectorielle; alors, des instances appartenant à différents secteurs de l'organisation de la vie en société (éducation, emploi, justice, transport, ressources naturelles etc.) décident de coopérer pour répondre aux besoins d'une personne. Dans ce cas, il est important que l'intervenant·e imputable de la coordination de services pour une personne donnée détermine qui sont les différents partenaires concernés et que l'intervenant·e entretienne des liens avec eux et facilite leur coopération. Les réunions multidisciplinaires et intersectorielles constituent des moments privilégiés pour parvenir à la planification individualisée la mieux adaptée aux besoins de la personne, grâce à l'expertise de chacun.

La cohérence et la cohésion des actions de tous exigent une volonté forte de maintenir un niveau optimal d'information de l'ensemble des membres de l'équipe et de tous les partenaires intersectoriels, et cela, en temps réel. La transmission des informations, dans le respect des règles de l'éthique et de

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

la confidentialité, est essentielle. L'accès à divers moyens de communication et d'échanges propres à chacun des réseaux locaux ainsi que l'accès à des moyens de communication avec les partenaires régionaux et provinciaux, dans tous les secteurs d'activités, devront être améliorés et soutenus par les nouvelles technologies de l'information et de la communication (TIC).

5.1.5.6 La participation du médecin de famille

Dans les services de première ligne, le médecin de famille est un partenaire important dans le suivi des personnes ayant des besoins chroniques en santé. Les activités médicales liées au diagnostic et au traitement des déficiences à l'origine des incapacités doivent s'harmoniser avec l'ensemble des autres interventions et des services concernés par la personne. L'apport des médecins au processus soutenu par les OCCI est essentiel. Il en va de même pour les décisions cruciales relatives au pronostic et aux niveaux de soins.

5.1.6 En conclusion

Une évaluation globale est plus que la réalisation d'une entrevue à l'aide d'un outil, il s'agit d'un processus continu ou d'une démarche clinique collaborative qui inclut la collecte d'informations cliniques, leur analyse, la détermination des priorités, la planification des soins et services et la révision des résultats des soins et services fournis.

C'est une démarche qui débute en amont d'un jugement, d'une décision clinique et donc d'un plan, sinon pourquoi évaluer? (Couturier et al., 2016).

Le recueil d'informations cliniques, même global, sans planification associée ne peut donc pas apporter de solutions et devient alors très couteux s'il n'est pas suivi des étapes subséquentes. Ce processus est donc sujet à être revu régulièrement en fonction des objectifs définis, mais aussi selon les progrès et les changements dans la situation de la personne (ex. : après une hospitalisation). Selon la situation ou les résultats observés, d'autres évaluations globales ou disciplinaires pourront être menées. Des rencontres multidisciplinaires pourront aussi être nécessaires. Les évaluations disciplinaires sont interdépendantes et complémentaires à l'évaluation globale (Welsh et al., 2014).

Une évaluation globale des besoins est réalisée selon la prémisse qu'une évaluation systématique d'une personne présentant une perte d'autonomie ou un état clinique complexe permet d'identifier une variété de besoins/problèmes qui peuvent être traitables et mener à de meilleurs résultats de soins (Rosen et Reuben, 2011). Elle permet au professionnel de se concentrer sur les éléments importants et elle lui évite d'être distrait par la complexité de la situation (Kane et Kane, 2004). À domicile, l'intérêt est de dépister les facteurs prédictifs de la perte d'autonomie et de mettre en œuvre des mesures préventives ou curatives efficaces. L'évaluation globale peut aussi aider les personnes à accroître leur contrôle sur leur santé et à modifier leurs comportements pour éviter les problèmes, les détecter tôt ou encore maintenir satisfaisant leur état de santé.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Rappelons que dans le contexte des OCCI, l'évaluation globale des besoins ou l'évaluation multidimensionnelle comprend plusieurs aspects. L'évaluation globale :

- des facteurs de protection ou de risques;
- s'adresse à des personnes présentant une perte d'autonomie ou une situation complexe des besoins;
- met l'emphase sur l'autonomie, le projet de vie et la qualité de vie;
- repose sur la collaboration d'une équipe interdisciplinaire;
- inclut la gestion des besoins/facteurs de risque repérés grâce à la mise en place de plans d'intervention qui sont appliqués, suivis et réajustés.

Pouvant être réalisée par tout le personnel professionnel formé·aux outils, elle permet d'identifier:

- des facteurs de protection ou de risques;
- des causes, des maladies ou des situations psychosociales déjà connues;
- des incapacités et des situations de handicap incluant le potentiel d'autonomisation;
- les aspirations et les attentes de la personne, son projet de vie;
- la situation familiale et l'implication de ses membres;
- le réseau de soutien et les services fournis incluant le potentiel et les besoins non comblés dans le but de cerner l'ensemble des besoins, les attentes ou les difficultés ressenties par la personne et son entourage.

Cette évaluation globale des besoins est utile pour la personne afin:

- d'avoir une vision d'ensemble de sa situation;
- de prendre conscience de sa situation;
- de faire valoir ses attentes, aspirations ou son projet de vie;
- d'éviter de subir les duplications ou les répétitions.

Cette évaluation globale des besoins est utile pour les intervenant·e·s afin :

- d'apporter une réponse mieux adaptée et orientée selon les attentes de la personne;
- d'agir sur des facteurs de protection (prévention);
- d'identifer précocement des facteurs de risque/indices de situations potentiellement problématiques;
- d'agir en amont sur les déterminants de la santé, notamment l'environnement physique, le domicile, et certaines conditions socio-économiques;
- de prévenir des crises;
- de gagner en temps et en énergie à moyen terme;
- de mieux coordonner la réponse aux besoins et non uniquement mettre en place des services;
- de partager avec les autres membres de l'équipe un langage, une vision et des valeurs communes dans la poursuite d'objectifs souhaités par la personne (Kane et Kane, 2004).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

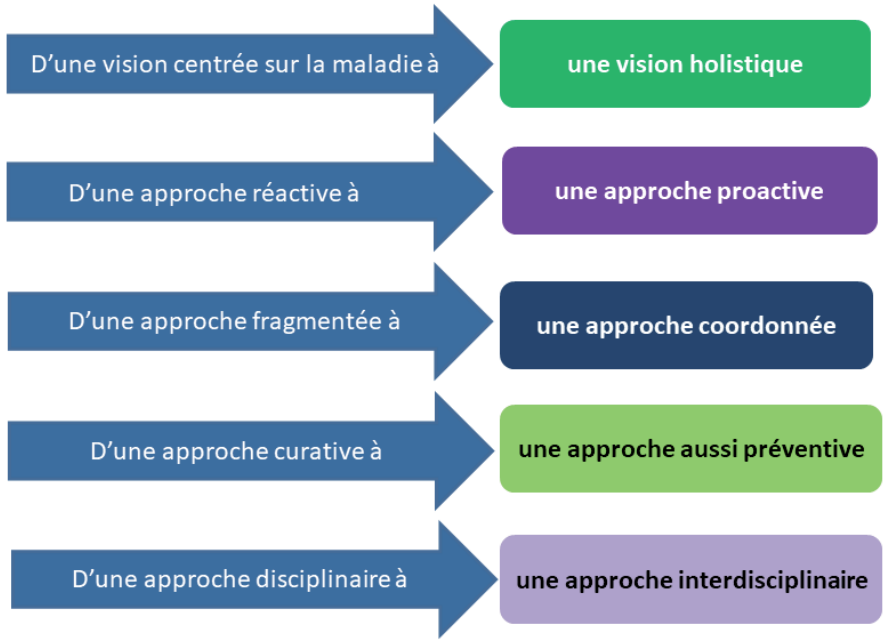
- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

L'évaluation globale des besoins



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice 1.

Lors de l'évaluation d'une personne, vous observez la présence de plusieurs facteurs de risques, dont celui de la peur de chuter et une perte de poids importante.

Quelles sont les conséquences prévisibles pouvant survenir si vous ne considérez pas les différents facteurs dans vos interventions?

1. La possibilité d'une chute et de blessures
2. Une plus grande vulnérabilité aux maladies aiguës
3. Les risques d'une hospitalisation
4. Une plus grande perte d'autonomie
5. L'entrée en institutionnalisation
6. La survenue d'une mort plus hâtive

Choix de réponses :

a) 2, 3, 5
b) 1, 3, 4, 5
c) 1, 2, 5, 6
d) Toutes ces réponses

Réponse

Exercice 2.

En raison de leurs effets indésirables sur la santé, lesquelles des conditions cliniques suivantes l'OMS recommande-t-elle d'évaluer chez les personnes aînées?

1. Mobilité et nutrition
2. Incontinence fécale
3. Vision et audition
4. Cognition et dépression
5. Risque de chutes

Choix de réponses :

a) 1, 2, 3, 5
b) 1, 3, 4, 5
c) 2, 3, 4
d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 3: Qui suis-je?

Je suis une condition clinique d'origine multifactorielle reconnaissable à un état latent par divers facteurs de risque, déficits, éléments liés aux caractéristiques de la personne, de l'environnement et du contexte, et qui peut être évaluée avec des outils standardisés ou collectés pendant une évaluation de routine.

1. Une maladie chronique
2. Un traumatisme psychologique
3. Une maladie infectieuse
4. Un syndrome gériatrique

Réponse

Exercice 4.

Madame Larose, 92 ans, est veuve depuis dix ans. Vous la rencontrez avec sa fille Isabelle, très présente, qui est inquiète de sa perte de poids de plus de quatre kg au cours des six derniers mois alors qu'elle est déjà menue. Suivant l'évaluation, vous suspectez la présence de différents facteurs de risque. Vous observez qu'elle circule lentement avec sa canne, sans aide, mais avec hésitation et un peu de rétropulsion à certains moments. Madame Larose vous mentionne aussi avoir peur de tomber. Sa fille intervient et vous dit : « Pourtant elle n'est jamais tombée! Elle est comme toutes les personnes aînées, elle a peur de tomber pour rien, ce n'est pas grave! » Que lui répondez-vous suite à ce commentaire? Quelles explications ne sont pas appropriées?

1. La peur de chuter est aussi importante que le fait d'avoir chuté. Elle peut subvenir même en l'absence de chute. Cela amène souvent de l'anxiété et une réduction des activités chez les personnes. Il faut surtout éviter cela et il y a des moyens pour améliorer sa situation.
2. La peur de chuter n'est pas anodine. Il n'arrive rien de bon quand une personne fait une chute. Se casser un os peut exiger de porter un plâtre ou d'utiliser des béquilles pendant plusieurs semaines, elle peut même avoir une fracture de hanche, ce qui pourra entraîner une perte d'autonomie.
3. Vous avez raison! Les personnes aînées ont souvent peur de tomber, mais puisque votre mère n'êtes jamais tombée, il n'y a aucune raison de vous inquiéter; elle a seulement un peu d'instabilité à la marche mais cela va revenir lorsqu'elle va reprendre du poids.
4. Puisque son équilibre ne semble pas parfait, il serait important pour elle de faire attention et de diminuer ses activités, surtout celles pour lesquelles elle a peur pour éviter une chute.
5. Cela fait partie du vieillissement. À son âge, il n'y a pas grand-chose que l'on peut faire.

Choix de réponses :

a) 1, 2, 4 b) 1, 2, 3, 4 c) 2, 3, 4, 5 d) 1, 2, 4, 5

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(La réponse à la question de la page précédente sera affichée ici)

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 5.

Madame Girard est âgée de 88 ans et elle est veuve. Elle a fait carrière comme couturière et vit seule dans un 4 ½ d'une résidence privée pour aînés (RPA). Elle a toujours eu une excellente santé, mais à la suite d'une chute il y a six mois, elle marche lentement à l'aide d'une canne puisqu'elle craint de rechuter et a de la difficulté à monter les escaliers. Très sociable, elle éprouve quelques difficultés cognitives mais assume seule plusieurs de ses AVQ et AVD et a de nombreuses activités sociales. Elle vous mentionne qu'à la suite d'un épisode de grippe qui avait précédé sa chute, elle a perdu près de 5 kg (pesait 50 kg), qu'elle se sent de plus en plus faible, qu'elle manque de force pour préparer ses repas et quelle se sent maintenant trop fatiguée pour sortir de son appartement.

D'après vous, quelle(s) condition(s) clinique(s) suspectez-vous? Est-ce que madame Girard est :

1. Fragilisée
2. En perte d'autonomie fonctionnelle
3. Possiblement malnutrie
4. À risque de chutes
5. En dépression

Choix de réponses :

a) 1, 2, 4
b) 2, 3, 4, 5
c) 1, 2, 4, 5
d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 6.

Quelles approches caractérisent principalement une évaluation globale des besoins?

Complétez la phrase suivante en choisissant parmi la liste.

Une évaluation globale des besoins est basée sur une vision holistique des besoins et intègre principalement les approches suivantes :

Disciplinaire	Proactive
Protectrice	Coordonnée
Interdisciplinaire	Réactive
Préventive	

Réponse

Exercice 7.

Parmi les affirmations suivantes, lesquelles sont fausses lorsque l'on parle d'une évaluation globale gériatrique.

1. Il s'agit d'évaluations disciplinaires réalisées à l'aide d'échelles ou outils d'évaluation spécifiques à une maladie ou autres situations cliniques.
2. Au fil de l'évaluation, on cherche à découvrir, décrire et expliquer différents problèmes et risques pouvant éventuellement compromettre la santé et le maintien à domicile des personnes.
3. Il s'agit d'un processus diagnostique multidimensionnel et interdisciplinaire élaboré pour identifier les besoins des personnes, développer un plan de soins personnalisé et assurer son suivi afin de maximiser la santé globale des personnes aînées fragiles.
4. L'évaluation globale s'adresse à toutes les personnes aînées peu importent leurs conditions de santé.
5. Pour deux personnes présentant un même profil d'autonomie, la planification des soins et services sera similaire.

Choix de réponses :

a). 2, 3, 5
b) 1, 3, 4
c) 1, 4, 5
d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(La réponse à la question de la page précédente sera affichée ici)

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(La réponse à la question de la page précédente sera affichée ici)

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.2 Pourquoi réaliser une évaluation globale des besoins?

Le rapport mondial sur le vieillissement et la santé de l'OMS (2015) encourage les systèmes de santé à procéder à des réformes majeures et à un changement fondamental dans la manière d'offrir les soins et services de longue durée pour les personnes vieillissantes. Au lieu d'essayer de gérer un éventail de maladies et de traiter des symptômes spécifiques de manière indépendante et disciplinaire, il propose de prioriser les interventions qui optimisent les capacités intrinsèques des personnes tout au long de leur vie en vue de prévenir leur fragilité, leur déclin fonctionnel et de leur permettre de jouir d'un état de bien-être (OMS, 2015; Tinetti et Fried, 2004). L'objectif n'est pas de dévaloriser une bonne gestion des maladies, mais plutôt de souligner que les capacités intrinsèques d'une personne aînée doivent être au centre des interventions cliniques coordonnées et le point de départ de celles-ci.

Les habiletés fonctionnelles sont déterminées par la capacité intrinsèque d'un individu et par l'environnement avec lequel il interagit. Ces capacités et habiletés diminuent avec l'âge en raison du processus de vieillissement, ainsi que des maladies sous-jacentes.

Les capacités intrinsèques d'une personne sont la combinaison de ses capacités physiques et mentales, y compris psychologiques. Elles sont influencées par des facteurs génétiques, les effets cumulatifs de la maladie et des blessures ainsi que les déterminants sociaux de la santé, tout au long de sa vie.

L'environnement fait référence au domicile d'un individu, à la communauté et à la société en général, et comprend les technologies d'assistance disponibles et l'environnement bâti.

En fait, le vieillissement est un processus évolutif hétérogène difficile à caractériser. Par exemple, la variation des capacités intrinsèques est beaucoup plus grande chez les personnes plus âgées qu'au sein des groupes plus jeunes. Cette diversité est l'une des caractéristiques du vieillissement. Une personne peut avoir une différence de 10 ans par rapport à une autre, mais des capacités intrinsèques et/ou fonctionnelles similaires. C'est pourquoi l'âge chronologique est un mauvais marqueur de l'état de santé (OMS, 2015). À mesure qu'une personne vieillit, l'identification des facteurs associés aux pertes de capacités intrinsèques permet d'intervenir pour ralentir, arrêter ou inverser les déclins, puisque plusieurs caractéristiques qui déterminent ces capacités peuvent être modifiées. Ces facteurs interagissent à plusieurs niveaux. Par exemple, l'accès à la nourriture, la capacité de se nourrir, un apport alimentaire insuffisant, l'isolement social, le stress ou l'anxiété peuvent affecter l'état nutritionnel d'une personne. Un état nutritionnel altéré est aussi l'une des causes de syndromes comme la fragilité ou le risque de chute chez les personnes aînées (Fried et al., 2001). En effet, ces facteurs affecteront la santé physique en raison de l'atteinte à l'intégrité des systèmes musculaire (perte de masse et de force musculaire) et immunitaire (plus grande susceptibilité aux infections), pour ne nommer que ceux-là, ce qui a pour

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

effet d'induire ou d'exacerber d'autres maladies, la fragilité et la perte d'autonomie, des conditions qui auront un impact sur l'utilisation de ressources coûteuses en termes de soins de santé (Marengoni et al., 2011; Vetrano et al., 2018, 2019).

La stratégie de l'OMS vise en fait deux volets. Dans les premiers stades du vieillissement (entre 45 et 75 ans) il s'agit de soutenir les personnes pour qu'elles soient en mesure de maintenir leurs réserves et atteindre le plus haut niveau de capacités intrinsèques. Lors du vieillissement plus avancé, généralement après 75 ans, il est important de suivre les capacités intrinsèques pour pouvoir intervenir le plus rapidement possible lorsqu'une personne perd une fonction. Ceci permet d'en connaitre les causes et de mettre en place des interventions qui vont comprendre le traitement des maladies, mais aussi de s'attarder aux facteurs de risque et de renforcer les capacités par l'intervention de plusieurs domaines associant nutrition, exercices physiques et exercices cognitifs.

C'est ici qu'entre en jeu le rôle des professionnel·elle·s des milieux cliniques et les partenaires de la communauté qui peuvent aider à détecter ces facteurs. Des évaluations répétées au fil du temps permettent de les repérer et de suivre tout changement plus important que prévu, afin de pouvoir proposer des interventions spécifiques avant que les capacités ne soient perdues. C'est pourquoi l'évaluation globale est utile. L'identification précoce des personnes les plus à risque de complications et d'issue défavorable permettrait un traitement plus adéquat du plan et une meilleure allocation des ressources disponibles pour l'équipe multidisciplinaire (Solomon, 1988).

Ce processus permet d'évaluer de façon globale la personne aux plans médical, psychosocial, fonctionnel et environnemental et de proposer une stratégie adaptée, soutenue par un plan personnalisé à la situation clinique et partagée par les différents professionnel·elle·s (Araujo de Carvalho et al., 2017). L'évaluation globale offre un modèle de soins contrastant avec les approches dites traditionnelles, axées principalement sur des problèmes uniques par des intervenant·e·s isolé·e·s, puisqu'elle est multidimensionnelle et multidisciplinaire (Welsh et al., 2014). Selon Welsh et ses collaborateur·trice·s (2014), elle permet de fournir des services et des soins de santé efficaces aux groupes vulnérables qui, autrement, auraient reçu une réponse insuffisante, inefficace, et potentiellement dangereuse. Si elle est inscrite dans les modèles de services, comme les parcours cliniques, elle peut contribuer considérablement à minimiser les dommages et à garantir que les bons soins et services de santé seront fournis au bon moment.

L'évaluation globale se fait donc dans le but de :

- cerner l'ensemble des besoins individuels et les attentes de la personne ou les difficultés ressenties par la personne et son entourage;
- répondre à ses besoins de manière précoce;
- détecter les problèmes, oui, mais aussi déterminer les valeurs, les habitudes de vie, les forces, le potentiel de la personne et de ses proches.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.2.1 Que disent les données probantes au sujet de l'impact de l'évaluation globale?

Au niveau international, l'impact des évaluations gériatriques globales chez les personnes aînées est étudié depuis plus de 30 ans (Pilotto et al., 2017). Les premières études, surtout réalisées en centre hospitalier, ont montré des effets positifs concluants, mais souvent dépendants du type de programme mis en place. Par exemple, les premières revues systématiques collectant les données d'études effectuées dans des unités désignées d'évaluation gériatrique en courte durée, ont montré que ces programmes amélioraient l'autonomie fonctionnelle (incluant le fonctionnement cognitif), augmentait la satisfaction des personnes et réduisait la mortalité hospitalière, la durée de séjour, les réadmissions et l'hébergement (Bachmann et al., 2010; Ellis et al., 2011a, 2011b; Rubenstein et al., 1991; Van Craen et al., 2010).

Il fut plus difficile de se prononcer en ce qui concerne les équipes mobiles spécialisées de consultation d'évaluation gériatrique. Selon les revues de Deschodt et al. (2013) et d'Ellis et al. (2011a, 2011b), mise à part la survie à court terme, peu de résultats significatifs sont observés. Toutefois, les auteur·e·s soulignent la grande hétérogénéité des interventions réalisées et l'insuffisance de personnel infirmier formé adéquatement dans les unités traditionnelles qui pourraient aussi expliquer ces résultats. Hung et al. (2013) ont indiqué, quant à eux, que les avantages du service mobile de soins actifs pour les personnes aînées occasionnaient des taux plus faibles d'événements indésirables, des séjours hospitaliers plus courts et une meilleure satisfaction. Des résultats inconsistants sont aussi observés dans les programmes de gestion du congé lorsque les évaluations sont initiées un ou deux jours avant le congé hospitalier, et où une équipe suit la personne dans la communauté au cours des deux semaines suivantes. Naylor et al. (2011) ont montré principalement une réduction des taux de réadmissions et Hesselink et al. (2012) ont obtenu le même résultat. Ces derniers ont également noté une amélioration de la continuité des soins, mais évoquent que l'hétérogénéité des interventions a rendu la méta-analyse difficile.

Pour les services offerts dans la communauté, on note aussi divers bénéfices. Plusieurs revues systématiques soulignent qu'ils améliorent la qualité de vie et permettent une réduction des admissions dans les services d'urgence et les hospitalisations dans l'année suivante (Boult et al., 2001, 2008, 2011; Counsell et al., 2007; Wenger et al., 2009). Les revues systématiques de Elkan et al. (2001) et Huss et al. (2008) concluent que ces programmes réduisent le déclin fonctionnel et la mortalité, mais ne permettent pas la réduction des admissions en centre d'hébergement (Elkan et al., 2001, Huss et al., 2008). Huss et al. (2008) précisent que la réduction du déclin fonctionnel est observée seulement si un examen clinique est effectué, et que la mortalité est réduite surtout chez les personnes de moins de 77 ans. Comme pour les études précédentes, on note ici les limites imposées par l'hétérogénéité des études qui limitent la comparaison des populations, des interventions et des résultats entre les études. Il peut s'agir de la manière dont les personnes aînées ont été sélectionnées et à leur risque de déclin fonctionnel; au large spectre et à la nature multifactorielle des interventions évaluées; à la faible intensité de certains programmes; à la formation insuffisante des intervenant·e·s; à l'uti-

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

lisation sous-optimale et incohérente des mesures des résultats et à la communication incohérente et inadéquate des données (Huss et al., 2008; Lin et al., 2012; Mayo-Wilson et al., 2014; Metzelthin et al., 2013). Pour cette raison, ces auteur·e·s soulignent qu'il serait important d'améliorer la cohérence et la reproductibilité des interventions, par une meilleure communication des détails concernant les caractéristiques des personnes participantes et les objectifs visés, le mode de prestation, la fréquence, le temps de contact, la durée et le personnel impliqué dans l'évaluation. Dans des études réalisées au sein de cliniques médicales, un modèle de cogestion entre médecins et infirmières ayant mis l'accent sur l'observance des recommandations aurait permis d'améliorer la qualité des soins pour les personnes présentant une démence, des chutes ou de l'incontinence urinaire par rapport au groupe inscrit sur la liste d'attente (Ganz et al., 2010; Reuben et al., 2013; Wenger et al., 2009).

Enfin, des études plus récentes en milieux hospitalier explorent davantage l'utilité clinique des programmes d'évaluation globale chez les personnes âgées fragiles, dans des circonstances spécifiques comme les personnes candidates à une chirurgie, celles ayant reçu un diagnostic de cancer ou de déficience cognitive, ou encore celles admises aux services d'urgence ou aux unités orthopédiques (Pilotto, 2017). Les résultats montrent que ces programmes soutiennent davantage le jugement clinique, la qualité des soins et le choix approprié des stratégies de traitement utilisées (Pilotto, 2017).

En définitive, bien que toutes les études n'aient pas produit des résultats tangibles sur l'ensemble des variables d'intérêt, la plupart ont montré des effets positifs significatifs sur le maintien ou l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle et de la qualité de vie des personnes.

Ceci correspond justement aux résultats que l'on souhaite atteindre dans l'offre des services de soins de longue durée. À partir de ces revues systématiques, il est aussi possible de retenir quelques caractéristiques associées aux effets les plus positifs générés. En général, les programmes qui ont eu tendance à montrer des effets plus importants sont ceux qui utilisent du personnel bien formé, ciblent les bonnes personnes, fournissent une intervention de plus haute intensité, agissent sur plusieurs facteurs de risques, interviennent avec une meilleure observance par rapport au plan prévu et ceux qui ont des périodes de suivi plus longues (Ellis et al., 2011; Liebel et al., 2009; Rubenstein, 2015).

Enfin, notons que l'atteinte des résultats de soins est aussi fortement tributaire du développement et de la mise en œuvre d'un plan d'intervention personnalisé et coordonné. Or, en dépit de l'importance du plan d'intervention, plusieurs études ont montré que la réalisation des plans pouvait facilement devenir leur « talon d'Achille », en raison de multiples barrières liées aux pratiques cliniques ou aux facteurs organisationnels, notamment le manque de ressources (Donnelly et al., 2018; Coulter et al., 2015; Duyver et al., 2010; Parsons et al., 2013). Plusieurs auteur·e·s soutiennent également que prêter attention aux besoins et objectifs des personnes visées par ces plans, une priorité pourtant reconnue essentielle pour traiter des problèmes complexes, a été largement négligé (Bunn, 2018; Elwyn et al., 2012; Ivanoff, 2018; Osborn et al., 2014; Vermunt et al., 2018; 2019). D'autres études montrent aussi que plus de la moitié des

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

personnes aînées ne reçoivent pas l'information adéquate pour participer activement à leur plan et aux décisions qui les concernent (Donnelly et al., 2018; Jobe et al., 2021).

5.2.2 Le modèle Age-Friendly Health systems

C'est ainsi que, face à la difficulté de réaliser des plans, un courant promu par l'OMS et nommé « Age-Friendly Health systems » a amené les systèmes de santé à repenser fondamentalement la façon dont ils prennent soin des personnes aînées (Mate et al., 2018, 2021). Ce mouvement stipule que les systèmes doivent établir un continuum de soins qui anticipe les besoins et engage les personnes aînées et leurs proches dans la planification des soins de santé. Dans de nombreux cas, cela impliquera de déployer une approche collaborative et un éventail de solutions avec des services d'accompagnement personnalisés visant à assurer une vie meilleure aux personnes aînées atteintes de maladies chroniques.

L'initiative de ces systèmes de santé définit « *ce qui compte* » comme étant la connaissance et l'harmonisation des soins avec les objectifs de santé et les préférences de soins spécifiques de chaque personne, y compris, mais sans s'y limiter, les soins de fin de vie, et ce, dans tous les contextes de soins. Les objectifs de santé sont liés aux valeurs et aux activités qui comptent le plus pour un individu (ex.: marcher avec des amis), l'aident à se motiver, à maintenir ou à améliorer sa santé. Lorsqu'ils sont identifiés de manière spécifique, réalisable et fiable, les objectifs de santé des personnes guident la prise de décision. Les préférences en matière de soins comprennent les soins que la personne est disposée à faire, à recevoir et ceux qu'elle est capable de faire. L'objectif ultime est d'aligner les soins et les décisions sur les objectifs de santé des personnes aînées (Mate et al., 2021). À cet effet, l'utilisation des critères SMART « spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et temporels » est utile pour établir des objectifs qui reflètent ce qui compte pour les personnes aînées (Tinetti, et al., 2016).

Lorsque cette approche est comparée aux soins usuels, les études ont montré qu'elle permettait d'améliorer les résultats de soins autant psychologiques que physiques (Coulter et al., 2015; Whitehead, 2016). Toutefois, pour travailler de manière collaborative avec les personnes, les intervenant·e·s doivent obtenir les ressources requises et le soutien de leur organisation (Jobe et al., 2021). Elles ou ils doivent aussi être en mesure d'internaliser leurs idées sur une nouvelle façon de travailler, à l'aide de stratégies de formations et d'accompagnement appropriées pour réussir à intégrer ces nouvelles pratiques au quotidien (Dellenborg et al., 2019). Les résultats de Jobe et al. (2021) ont également montré qu'un plan de soins collaboratif était le résultat d'aspects personnels (ex. : habiletés, attitudes), organisationnels (ex. : ressources, culture), structurels (ex. : politiques) y compris d'un processus de collaboration interprofessionnelle efficace.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Dans le contexte récent de la pandémie COVID-19, qui a exacerbé d'une manière tragique les échecs de l'approche actuelle des soins dans de nombreux pays, mieux comprendre les besoins des personnes avec des situations cliniques complexes, coordonner des plans basés sur leurs objectifs et alignés à leurs besoins, éliminer les silos, et assurer la continuité des services dans le continuum de soins et services sociaux devraient être davantage à la portée des gestionnaires et des professionnel·elle·s du réseau de soins de longue durée (Fulmer et al., 2020). Pour y arriver, les organisations savent qu'elles doivent transmettre un sens clair de leur mission et de leurs objectifs, promouvoir la cohésion et la coopération, fournir les ressources nécessaires et favoriser l'ouverture au changement (Stanhope et al., 2015). Comme le souligne McCormack et McCance (2016), changer la culture nécessite un engagement continu et soutenu à tous les niveaux.



Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

5.2 Pourquoi? - Exercices



Exercice 1.

Identifiez les énoncés VRAIS qui correspondent au processus de vieillissement et à l'autonomie fonctionnelle.

1. Toutes les personnes aînées de 65 ans et plus présentent des états de santé similaires.
2. Les capacités intrinsèques d'une personne sont la combinaison de ses capacités physiques et mentales, y compris psychologiques.
3. Lorsque l'on prend de l'âge, le déclin fonctionnel est inévitable et irréversible.
4. La plupart des programmes basés sur l'évaluation globale gériatrique peuvent avoir des effets positifs significatifs sur le maintien ou l'amélioration de l'autonomie fonctionnelle.
5. Les effets positifs de l'évaluation globale ne peuvent être atteints sans la mise en œuvre d'un plan d'intervention personnalisé et coordonné.

Choix de réponses :

a) 1, 3, 4, 5
b) 2, 4, 5
c) 1, 2, 3
d) 2, 3, 4, 5

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 2 : Chercher l'intrus.

Des actions importantes pour aider une personne aînée en perte d'autonomie et souffrant de maladies chroniques sont :

1. Identifier les facteurs associés aux pertes de capacités intrinsèques pour ralentir, arrêter ou inverser les déclins potentiels.
2. Cerner l'ensemble des besoins individuels, des attentes, des difficultés ressenties par la personne de manière à répondre à ses besoins de manière précoce.
3. Définir un plan de soins personnalisé basé sur les besoins réels et qui reflète les choix de la personne.
4. Éviter de la stresser et ainsi tenter de ne pas l'impliquer dans les décisions, la gestion de ses soins ou un changement futur d'habitude de vie.
5. S'assurer que la prestation des services offerts corresponde aux plans prévus et à l'atteinte des objectifs déterminés par la personne et ses proches.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Exercice 3.

Connaissez-vous bien les principes entourant la gestion des risques? Repérez les énoncés qui sont FAUX parmi les affirmations suivantes.

1. Lors de l'évaluation ou de la production de la synthèse l'intervenant·e doit se questionner et analyser l'ensemble des informations ou facteurs qui peuvent être repérés; elle ou il doit aussi estimer la probabilité de survenue d'un événement.
2. Bien que l'on reconnaisse l'importance d'impliquer les personnes lors d'un processus de prise de décision face à un risque, c'est à l'intervenant·e que revient la responsabilité et la décision ultime d'intervenir.
3. Dans la gestion des risques, il est important de suivre l'évolution des facteurs en causes ou l'apparition d'autres facteurs de risques. Toute survenue d'un facteur additionnel ou d'un événement devrait entraîner la révision du plan par rapport à ce nouvel élément (Croft, 2019).
4. Tous les risques peuvent être éliminés puisque des stratégies ou des interventions standards connues sont disponibles et peuvent être appliquées à toutes les personnes de la même manière.
5. Les mesures les moins invasives possibles devraient toujours être envisagées conformément aux souhaits et valeurs précédemment exprimés par les personnes.

Choix de réponses:

a) 2, 3, 5 b) 2, 4 c) 1, 3, 5 d) Toutes ces réponses

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(La réponse à la question de la page précédente sera affichée ici)

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3 Comment réalise-t-on une évaluation globale des besoins?

Rappelons que l'évaluation globale complète implique un processus clinique partagé entre les professionnel·elle·s. Les prochains paragraphes réactiveront vos connaissances et vos compétences de base sur l'évaluation.

L'ensemble de ce processus peut être divisé globalement en six étapes interreliées :

1. Une collecte de données utilisant diverses sources d'informations;
2. Une synthèse des données, le jugement clinique et des discussions de la situation avec la personne, les proches et les autres membres de l'équipe au besoin;
3. L'élaboration d'un plan personnalisé avec la personne et ses proches;
4. La mise en œuvre du plan personnalisé;
5. Le suivi des résultats obtenus;
6. La révision et l'adaptation au besoin du plan.

Chacune de ces étapes est essentielle pour que le processus réussisse à atteindre un maximum d'avantages auprès de la personne et ses proches[1].

5.3.1 Une collecte de données utilisant diverses sources d'informations

En fait, l'évaluation globale ou le processus évaluatif déborde largement la passation d'un outil standardisé. Il débute le plus souvent dès la réception d'une demande, qui peut provenir de la personne elle-même, d'un proche ou d'un partenaire, notamment du guichet d'accès. Cette étape est porteuse de sens : que nous indique cliniquement cette manière de formuler le problème? En effet, dès le premier contact s'effectuent des activités de repérage et de détection de la perte d'autonomie fonctionnelle ou de la fragilité. Ces activités peuvent être instrumentées positivement (ex. : PRISMA-7) et se déployer dans des lieux que les personnes non connues des services de soutien à domicile sont susceptibles de fréquenter, lors des premiers indices d'une perte d'autonomie fonctionnelle, comme le cabinet du médecin de famille, la clinique sans rendez-vous, la pharmacie ou l'urgence.

Ainsi, en préparation de l'entrevue ou de la visite, il importe de bien lire la demande et son contexte, de vérifier s'il existe d'autres dossiers au sujet de la personne ou des évaluations complétées d'un autre service ou d'une autre organisation et si d'autres intervenant·e·s/services la connaissent. Le cas échéant, il faut vérifier que la personne consent à partager l'information pour compléter l'évaluation et éviter ainsi la duplication. On peut ainsi commencer à remplir certaines sections à l'aide des documents consultés (s'il y a lieu), pour laisser plus de place à la discussion lors de la visite,

1 La notion de « proches » n'est pas répétée partout dans le texte pour l'alléger. Toutefois, il faut considérer chaque contexte. Ex. : Est-ce que des proches sont présents et si oui, est-ce que la personne désire les impliquer ou non?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

tout en validant les informations recueillies pendant la rencontre.

La compréhension de la demande sera aussi utile lors du premier contact téléphonique avec la personne. Lors de ce premier contact, l'intervenant·e pourra vérifier l'habileté de la personne à communiquer et juger de la présence requise d'un proche. D'ailleurs, il est utile de lui demande si elle souhaite la présence d'une personne significative et si oui, qui peut la contacter. Lors de ce premier entretien, il est important de clarifier les objectifs principaux de la visite et d'indiquer le temps que cela pourrait prendre. Vous pouvez commencer à recueillir ses préoccupations à propos de la visite et du processus puis lui suggérer, si possible, de préparer cette visite en écrivant toutes autres préoccupations, le nom des professionnel·elle·s qu'elle consulte ou toute autre information qu'elle juge utile à communiquer.

Dans une approche de soins axés sur la personne, une communication efficace est une composante majeure de l'évaluation globale (Alexander, 2019) et est étroitement liée au processus de décision partagée (Elwyn, 2012). Ces facteurs ne sont toutefois pas abordés ici, puisque les approches de communication professionnelles en santé sont vastes et dépassent largement les objectifs visés dans ce module (Richard et Lussier, 2016). Rappelons seulement : Qui dit communication efficace dit « interactions ». Bien que l'intervenant·e doive appliquer diverses habiletés communicationnelles et relationnelles, le succès d'une communication dépend également de la communication de la personne (et des proches, le cas échéant) (Street, 2017). Cette interaction peut ainsi être affectée par de nombreux facteurs liés tant à l'intervenant·e qu'à la personne ou à son proche. Entre autres, l'équilibre des pouvoirs entre les diverses personnes participantes influe sur la capacité de la personne aînée à assumer le rôle d'acteur principal et à participer en tant que partenaire (Jobe et al., 2021). La communication est aussi partie prenante des relations interprofessionnelles. Les professionnel·elle·s devraient pouvoir identifier ces différences de pouvoir et créer un environnement de réflexion et de discussion pour apprendre les uns des autres et intégrer cette pratique.

Soulignons aussi que le processus d'entrevue qui se concentre sur les objectifs d'une communication axée sur la personne (Street, 2017) vise à :

- révéler le point de vue de la personne (ses croyances, préférences, préoccupations, besoins);
- explorer le contexte biopsychosocial de la santé et du bien-être de la personne autant que les aspects biomédicaux;
- créer ou renforcer la confiance et le respect mutuel dans la relation entre l'intervenant·e et la personne;
- fournir des explications sur les divers problèmes et les options de traitement de manière à ce que la personne puisse bien comprendre toutes les informations pour prendre ses décisions;
- permettre à la personne de participer activement à la conversation et au processus de prise de décision;
- créer une compréhension partagée des besoins et des plans d'action envisagés;
- produire des décisions fondées sur des données probantes mais cohérentes avec les valeurs de la personne et pouvant être mises en oeuvre.

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Ainsi, pour rencontrer ces objectifs, on peut suivre un certain nombre de stratégies lors de la visite (Alexander, 2019; Hashim, 2017):

- Introduire et construire un climat de confiance dès l'accueil; toutes les personnes présentes lors de la visite doivent être introduites. Des remarques positives en regard d'éléments généraux (l'appel téléphonique préalable, température, faits du jour, etc.) peuvent être utilisées pour démarrer la rencontre.
- Établir l'ordre du jour de la visite en collaboration d'une manière qui, non seulement permet au personnel professionnel de la santé de dire ce dont il souhaite discuter, mais demande également aux personnes et aux membres présents d'ajouter leurs sujets à l'ordre du jour.
- Mentionner qu'il y aura plusieurs questions de routine pour mieux saisir toute la situation (comme la situation de santé antérieure), que certaines peuvent sembler personnelles ou non liées, mais qu'elles seront utiles pour l'aider.
- Expliquer les objectifs de l'évaluation globale en présentant les outils et les diverses sections, qui seront abordées avant de débuter l'évaluation en tant que tel.

Au travers des diverses sections, il importe de développer une compréhension commune de l'expérience de la personne. En vérifiant sa compréhension de la situation; en posant des questions ouvertes; en utilisant diverses techniques d'entrevue telles que reformuler « si je comprends bien vous voulez dire », ou clarifier « il me semble que »; en vérifiant la compréhension de la personne « pouvez-vous me résumer ce que nous venons de discuter? » et en utilisant des méthodes non verbales, comme un bon contact visuel et des expressions faciales comme hocher de la tête pour acquiescer. Le personnel professionnel de la santé s'efforce de comprendre l'expérience de vie, les préoccupations, les préférences et les attentes de la personne. Les questions directes permettent d'obtenir des détails concernant, par exemple, des préoccupations importantes ou elles servent à mieux décrire des symptômes.

Utilisez des questions ouvertes en début d'entrevue comme :

Pourriez-vous m'en dire plus concernant…

Pouvez-vous m'expliquer comment cela s'est passé, comment cela a commencé? etc.

Utilisez des phrases comme :

Comment puis-je vous aider aujourd'hui?

Que puis-je faire pour vous aujourd'hui?

Ceci permet d'établir « l'équipe intervenant-personne-proches ». L'intervenant·e parle « à la personne et ses proches » et non « à propos d'elle » ce qui lui permet de se sentir « respectée en tant que personne » (Westgard et al., 2019).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Plus précisément, l'OEMC bonifié dispose de champs particuliers nommés « observations spécifiques », « difficultés éprouvées », et « justification clinique » qui permettent de préciser certaines informations ou réflexions cliniques :

Observations spécifiques	• Observations directes d'une attitude, d'un élément de l'environnement, d'un comportement, d'un signe ou symptôme etc., pouvant être significatif ou à valider.
Difficultés éprouvées	• Informations rapportées par la personne ou le proche, pas toujours vérifiables ou observables immédiatement.
Justification clinique	• L'interprétation des éléments de l'évaluation sur lesquels reposent le jugement ou la décision clinique; • Des hypothèses sur la ou les causes à l'origine d'une problématique ou d'une maladie, d'une déficience responsable d'une incapacité; • Des impressions, des interrogations à valider; • Les divergences de la personne et de sa famille, les réactions de la personne face à une situation; • Le jugement sur le consentement libre et éclairé de la personne; le climat propice à une prise de décision éclairée, libre sans contrainte; • Des recommandations de procéder à une évaluation plus exhaustive de cet élément, des suivis à proposer.

Rappelons que, bien que soutenue par des outils ou des instruments de mesure, l'évaluation globale ne doit pas viser seulement à ce que ces outils soient complétés, mais voir surtout à ce que la personne évaluatrice demeure sensible aux particularités de la situation clinique, comme les besoins, les demandes, les aspirations, le projet de vie et la satisfaction de la personne.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Cette sensibilité cherche à obtenir la perspective de la personne sur sa situation clinique. En voici quelques exemples :

De bien noter, par exemple :

Des sentiments
Comment vous êtes-vous senti à ce moment?
Comment était-ce?
Qu'est-ce qui vous préoccupe davantage?

Des idées
Selon vous, quelle est la cause de...?
Avez-vous une idée de ce qui aurait pu causer...?

Des préoccupations
Qu'est-ce qui vous préoccupe concernant votre santé?
Quelles sont vos craintes ou peurs à propos de...?

Des impacts des difficultés ou problèmes soulevés
Comment est-ce que ce problème (le nommer) affecte votre vie au quotidien?
Quelles difficultés vivez-vous à cause de ...?

Des attentes
Qu'aimeriez-vous retenir de la visite d'aujourd'hui?
Que puis-je faire de plus pour vous aujourd'hui?
Y a-t-il autre chose dont vous voudriez me parler?

Une telle évaluation aide à mieux documenter des indicateurs objectifs comme le niveau d'autonomie fonctionnelle (ex. : la réalisation de l'activité : préparer les repas), mais aussi à les interpréter au regard des conditions environnementales ou personnelles pouvant faciliter ou limiter la réalisation de cette activité. Par exemple, une cuisine adaptée pour une personne avec des difficultés liées à la mobilité pourra faciliter la réalisation de certaines **AVD** si elle le désire (Couturier et al., 2016).

Un personnel bien formé et expérimenté devrait avoir la capacité de créer une histoire commune axée sur la personne, qui saisit à la fois le contenu de l'instrument, mais également les besoins qui ne sont pas toujours faciles à identifier à l'aide des instruments (Sidani et Fox, 2014). Ainsi, des questions supplémentaires peuvent aussi être posées. Ces questions sont souvent guidées par un raisonnement clinique fondé sur des hypothèses, au fur et à mesure que l'histoire de la personne se précise (Hashim, 2017). Il faut aussi permettre à la personne de poser des questions et lui répondre avec empathie. Une fois que le personnel professionnel comprend mieux quelles sont les expériences physiques ou psychosociales de la personne, il peut travailler avec elle et ses proches pour tenter de résoudre les problèmes et répondre aux divers besoins.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Enfin, terminer l'évaluation en résumant la situation. Par exemple : « Vous m'avez parlé d'un grand nombre d'éléments importants pour vous au cours de cette rencontre, laissez-moi vous les résumer à voix haute et me dire si j'ai bien compris vos préoccupations et vos attentes pour assurer un bon suivi ».

En somme, cette évaluation globale vise à traduire les aspirations de la personne, les difficultés qu'elle a vécues, et son projet de vie, en vue de déterminer les besoins qui touchent toutes les dimensions de sa vie.

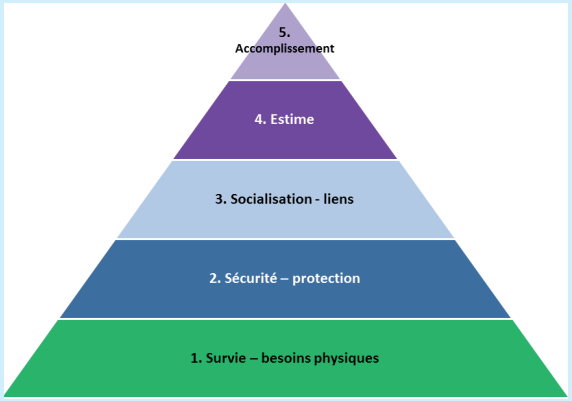


Figure inspirée de Maslow (2013)

5.3.2 D'autres éléments importants sont à considérer au cours de ce processus

5.3.2.1 L'évaluation globale et les évaluations disciplinaires doivent s'appliquer de manière proportionnée à la présentation de la situation clinique.

Cela s'applique à l'ensemble du processus d'évaluation, qui doit être suffisamment souple pour s'adapter aux besoins et aux circonstances de la personne afin d'assurer sa participation maximale. Une personne ayant des besoins plus complexes ou ayant des besoins très fluctuants pourra potentiellement nécessiter une évaluation plus détaillée ou plus fréquente, impliquant ou non un plus grand nombre de professionnel·elle·s. La quantité et la fiabilité des informations existantes sur l'individu et sa situation, une évaluation précédente ou un contact précédent influenceront probablement aussi le niveau d'interaction dans le processus d'évaluation (Finbarr, 2018).

5.3.2.2 L'évaluation globale des besoins s'effectue préférablement au moment le plus proche de la demande, mais idéalement hors des moments de crise ou de déstabilisation de l'état de la personne.

Des évaluations disciplinaires doivent être conduites pour les finalités du traitement immédiat, mais l'orientation générale doit se faire à partir d'une situation clinique stabilisée. Cela est souvent difficile, puisque la demande initiale se produit souvent au moment d'une crise. Le résultat de l'évaluation faite en situation précaire devra alors demeurer provisoire, le temps qu'une réévaluation soit produite lorsque la situation sera stabilisée. Cela permet d'avoir une idée juste de la situation.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.2.3 La globalité de l'évaluation concerne non seulement ce que la personne dit, mais aussi ce qu'elle refuse de dire ou ne peut dire.

Il faut savoir saisir le non-dit, le vérifier et, plus encore, savoir créer les conditions permettant à la personne d'exprimer librement, en anticipant ses craintes et en compensant, autant que faire se peut, ses limitations à l'expression de ses besoins. Par exemple, une formation à la communication avec les personnes démentes est un atout clinique essentiel pour la personne évaluatrice. L'évaluation globale et multidimensionnelle ne se réduit pas qu'à un grand nombre d'indicateurs simples. Elle cherche aussi à prendre en considération l'histoire de vie de la personne, son expérience de soin et sa satisfaction.

5.3.2.4 Une évaluation véritablement globale s'intéressera également au futur, en consignant le projet de vie.

Toutefois, l'évaluation a naturellement tendance à attirer le regard des intervenant·e·s sur le temps présent, celui du problème, et parfois sur le passé. Il importe tout autant de connaître d'où vient la personne que là où elle veut aller, et ce, à toute étape de sa situation clinique. Conséquemment, les équipes et les partenaires pourront porter ce projet dans l'ensemble du continuum de services et défendre pertinemment ses intérêts pour favoriser l'atteinte de ses objectifs.

En soi, une évaluation consiste à comprendre la nature exacte des besoins. Cependant, une fois la nature d'un besoin identifiée, une évaluation physique systématique ou des investigations complémentaires peuvent être nécessaires pour clarifier la cause du problème.

Par exemple, la difficulté à s'habiller peut être due à un certain nombre de causes : des troubles cognitifs, une faible mobilité et dextérité des doigts, une altération du mouvement des épaules, du dos ou de la hanche, etc. Dans tous ces cas, l'expertise d'autres professionnel·elle·s est nécessaire pour pouvoir suggérer les meilleures options qui permettront de répondre adéquatement aux divers besoins (Sattar, 2014).

5.3.2.5 L'évaluation n'est pas statique et la situation peut évoluer constamment.

Un problème peut en entraîner un autre. Par exemple, une diminution de la mobilité peut amener une restriction d'activité, qui pourra contribuer à une dépression et à la détérioration du fonctionnement social. D'où l'importance d'avoir une vision globale de la situation. Une fois que les besoins, les problèmes et leurs causes sont mieux compris, les stratégies de soins, de traitements ou d'offre de services deviennent souvent plus claires. Ainsi le processus se complète par des actions ou des interventions basées sur les résultats de l'évaluation. Le simple fait de recueillir des données et de ne rien faire par la suite ne procurera que peu ou pas d'avantages aux personnes (Sattar, 2014).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.3 La synthès des données, le jugement clinique et discussion de la situation avec la personne, les proches et autres membres de l'équipe au besoin

Cette étape cruciale chevauche celle de la collecte des données et de la planification des services. À l'instar des autres phases, elle implique un processus de communication efficace et de prise de décision collaborative. Toute l'information collectée et standardisée dans l'OEMC s'agglomère et bascule dans une section appelée « synthèse ». Cette dernière se veut un moment de réflexions, de jugement clinique et de discussions, où toute l'expérience de vie de la personne explicitée à l'étape précédente est analysée et discutée avec la personne en vue de retenir les besoins prioritaires et d'établir les grandes orientations qu'elle souhaite atteindre pour répondre à son projet de vie. En fait, une partie de la réflexion et des discussions peut se faire soit en consultant le résumé dynamique des besoins disponible lors de l'évaluation, ou directement dans la synthèse, selon le moment où se termine techniquement l'évaluation. Les besoins retenus et les buts discutés en concertation avec la personne, incluant les attentes mentionnées, seront par la suite intégrés et développés dans les plans d'interventions subséquents requis (PSI, PI, PII).

La synthèse se décline en deux principales sections intégrant diverses sous-dimensions. La première section (nommée « synthèse ») est le résumé ou « un constat » de l'évaluation globale. Elle présente le contexte de l'évaluation, les allergies, les antécédents médicaux, les scores SMAF et SMAF-Social (incapacité et handicap), le profil Iso-SMAF, les soins particuliers, les ressources communautaires, publiques et privées, le nombre de problèmes/ besoins identifiés par dimension de l'OEMC et les autres informations importantes.

L'objectif de cette section est d'aider l'intervenant·e à construire son jugement clinique, en lui présentant une vision globale mais plus succincte des éléments/facteurs auxquels, dans certains cas, l'intervenant·e n'a peut-être pas porté attention en raison de la complexité ou du contexte de la situation. Ce résumé permet à la personne évaluatrice de réfléchir et de porter attention à ce que la personne vit, de réunir les informations s'agrégeant autour d'une difficulté particulière, de s'interroger sur l'origine des difficultés, sur la pertinence et les effets combinés des divers éléments, d'utiliser sa pensée critique pour distinguer l'essentiel des éléments superflus et d'établir de possibles hypothèses (Phaneuf, 2013).

À ce moment, l'intervenant·e examine les principales informations résumées et cherche à établir des liens entre ces éléments et les risques ou les indices de situation potentiellement problématiques présents. L'intervenant·e détermine si certains indices doivent vraiment être retirés ou non dans le contexte en particulier et si oui, justifie pour quelles raisons (voir les informations complémentaires dans la section gestion des risques à la fin de cette section). N'oublions pas que le retrait d'éléments qui peuvent sembler anodins à première vue pourrait nuire au suivi de la situation dans le cas, par exemple, où d'autres facteurs de risques s'ajouteraient au fil du temps.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Ainsi, en fonction du portrait global, la personne évaluatrice analyse, se questionne et développe ses propres hypothèses.

Par exemple...

De quelle manière les besoins exprimés peuvent être rencontrés?

Est-ce qu'il y a quelque chose qui peut être fait pour corriger, renverser ou retarder un problème ou un facteur de risque?

Quelles sont les complications et les risques possibles si certains besoins ne sont pas rencontrés?

Quelles sont les activités où une amélioration est possible, celles que l'on peut maintenir, celles où le déclin peut être ralenti?

Quels sont les éléments dont elle m'a parlé qui pourraient l'aider à répondre à certains besoins?

La deuxième section de la synthèse se nomme « priorisation partagée des besoins ». On y retrouve tout d'abord la liste des facteurs de risques et des indices de situations potentiellement problématiques, les attentes globales et les capacités/forces de la personne et de ses proches. Ensuite, l'intervenant·e accède au « processus de décision » où les besoins pour lesquels la personne souhaite travailler, déterminés par les étoiles, et les problèmes identifiés au cours de l'évaluation lui sont présentés. L'intervenant·e discutera des besoins identifiés (définir/expliquer) avec la personne et ses proches et les accompagnera dans les décisions à prendre en fonction de l'analyse de la situation clinique qu'il aura faite auparavant. À cette fin, si l'intervenant·e n'a pas encore complété toute l'évaluation, elle ou il peut utiliser la section résumé dynamique des besoins et faire des liens entre les divers besoins, les facteurs de risque/indices et autres informations pertinentes (ex. : ressources) pour en discuter.

L'objectif de cette phase est d'identifier et de prioriser les besoins en accord avec la personne et ses proches. Il est très important d'encourager la personne à jouer un rôle actif et à participer à ce processus.

Pour engager cette conversation, il est avantageux d'obtenir en premier lieu la perspective de la personne quant à son principal projet de vie ou les grands buts qu'elle désire atteindre en demandant, par exemple:

Qu'espérez-vous pour vous au cours des prochains mois/années?

Parmi les besoins que je viens de vous présenter, lesquels vous semblent les plus importants et pourquoi?

Il est ensuite plus facile de prêter attention aux besoins particuliers comme ceux liés à l'autonomie fonctionnelle ou au fonctionnement social, comme « pouvoir maintenir sa mobilité ou améliorer son équilibre pour pouvoir aller faire son épicerie et rencontrer ses amis qui demeurent près de chez elle », et de clore la communication par les autres besoins/problèmes identifiés.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

L'intervenant·e pourrait demander :

Quelles activités souhaitez-vous pouvoir continuer à faire?

Qu'est-ce qui est essentiel pour vous dans votre quotidien?

Quel problème vous semble le plus important à résoudre pour améliorer votre bien-être?

Si nous pouvions régler un problème immédiatement, quel serait-il?

Pour enrichir la discussion et les réflexions, il est primordial de faire exprimer les attentes globales de la personne et de ses proches de même que leurs capacités et leurs forces. Réfléchir aux forces permet de travailler sur le positif, en rappelant à la personne qu'elle a des forces et des aptitudes qui peuvent l'aider à atteindre ses objectifs. Cela peut aussi aider une personne à diminuer son anxiété et à augmenter sa résilience face à la situation. Comme l'évaluation peut faire surgir plusieurs difficultés ou problèmes au cours de l'entretien, attirer l'attention de la personne et de ses proches vers leurs compétences plutôt que leurs limites peut favoriser leur estime de soi et favoriser leur bien-être.

Par exemple, on peut demander:

Qu'est-ce qui est important pour vous?

Qu'est-ce qui vous remplit de fierté?

Quelles sont les forces qui vous permettraient d'atteindre vos objectifs?

À la fin de ce processus, l'intervenant·e complétera la section : « Analyse et recommandation professionnelle ».

Elle ou il terminera la rencontre en résumant la compréhension partagée de la situation et des besoins priorisés, en rappelant à la personne les prochaines étapes. Par exemple, l'intervenant·e pourrait avoir besoin de communiquer avec des membres de la famille, d'autres professionnel·elle·s ou divers partenaires avant de proposer un plan personnalisé.

Il est important de rassurer la personne et ses proches qu'une autre rencontre ou discussion téléphonique aura lieu afin de rédiger et de présenter la planification des soins et services et de les informer qu'ils seront tenus au courant des recherches, requêtes et diverses références au besoin. Il est aussi profitable de laisser des informations écrites et les coordonnées nécessaires selon les besoins.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

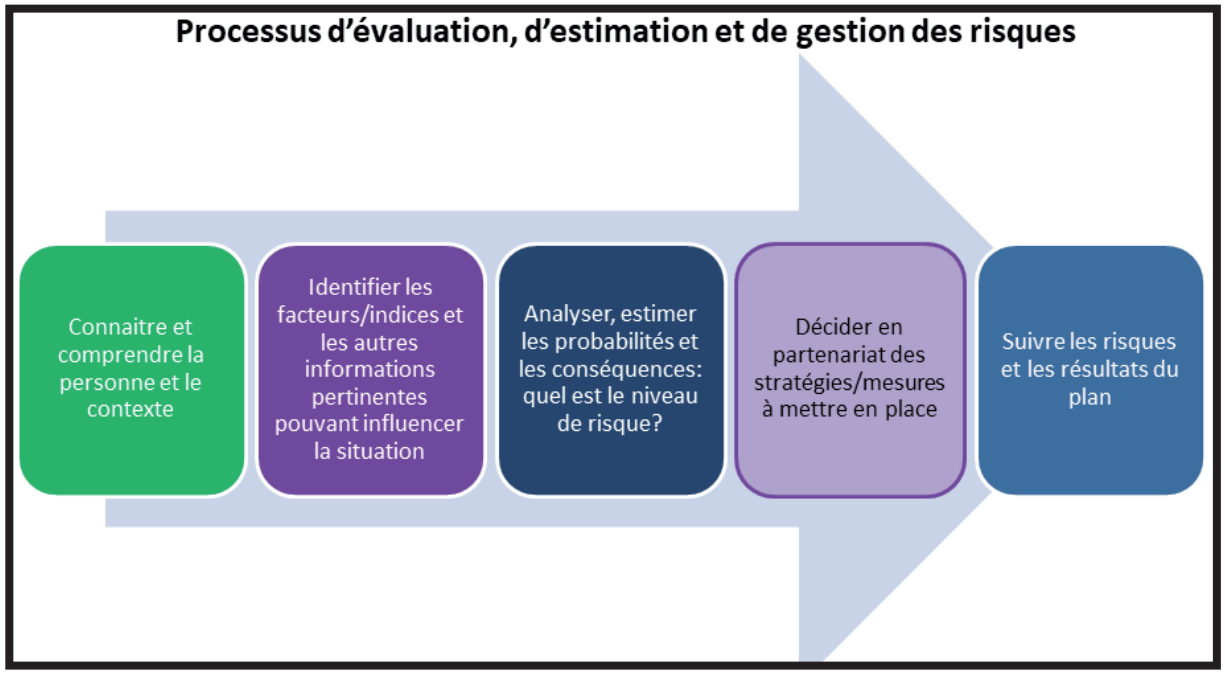
Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.4 La gestion des risques en particulier

Une des situations les plus difficiles dans le contexte des soins et services à domicile concerne l'équilibre entre agir de manière responsable pour prévenir les risques, promouvoir la santé et la sécurité des personnes, tout en respectant leur indépendance et liberté sans interférer avec leurs objectifs de vie. Il n'y a pas de recette miracle applicable à toutes les situations concernant la manière de gérer les risques. Il s'agit plutôt de se construire progressivement une opinion professionnelle et de prendre une décision collaborative avec la personne à l'aide d'un processus d'évaluation, d'estimation et de gestion des risques (Croft, 2017, 2019).



5.3.4.1 Évaluation de la situation clinique avec la personne et ses proches

IDENTIFIER : Quels sont les risques possibles? Les repérer, valider et discuter

Il s'agit ici de se questionner et d'analyser l'ensemble des informations ou facteurs qui peuvent être repérés lors de l'évaluation ou de la production de la synthèse. Un facteur est un élément qui peut augmenter ou diminuer, le cas échéant, la probabilité de survenue d'un événement ou la gravité de cet événement.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.4.2 Quels sont les facteurs/indices qui semblent inhérents à un possible risque (ex. : chute)?

On repère d'abord les facteurs ou indices liés à la personne (ex. : diminution de la mobilité) ou à son environnement (ex. : barrières physiques du logement) susceptibles d'être liés à un risque en particulier. On examine parallèlement ceux pouvant agir pour modérer ou contrebalancer un risque (ex. : forces ou ressources d'une personne) ou liés au contexte général (attentes ou capacités de la personne) qui peuvent également moduler le risque.

Facteurs/indices (-) liés à la personne contribuant au risque	Facteurs/indices (-) liés à l'environnement	Facteurs/indices (+) pouvant modérer contrebalancer	Autres facteurs d'influence
• Lié à un syndrome gériatrique (ex.: risque de chute) • Lié à une situation potentiellement problématique (ex.: maltraitance) • Une activité particulière • Autres facteurs augmentant la complexité de la situation	• Environnement bâti • Environnement local • Environnement social	• Forces de la personne et des proches • Soutien social • Ressources personnelles présentes • Ressources du réseau	• Compréhension de la situation par la personne et ses proches • Attentes générales de la personne et des proches • Informations collatérales • Avis d'autres intervenants

Prenons les éléments potentiels d'une situation : un danger/facteur externe (un trottoir irrégulier), un risque (celui de chuter), des facteurs internes (problèmes d'équilibre et de vision), un facteur aggravant (pluie), des facteurs de protection (un déambulateur et l'assistance d'un tiers), une information collatérale (cette personne est tombée l'an dernier sur ce trottoir), la perspective de la personne (elle veut continuer de sortir à l'extérieur pour faire ses courses elle-même).

Comment jugeriez-vous qu'il y a un risque?

Il faut d'abord se questionner:

Est-ce que les facteurs qui apparaissent liés à un risque quelconque sont pertinents et fiables dans le contexte?

Dois-je automatiquement les prendre en compte ou dois-je les valider, les corroborer? M'informent-t-ils d'un autre risque? Par exemple, une blessure n'est peut-être pas liée à la maltraitance, mais plutôt à des difficultés d'équilibre, à des déficits sensoriels occasionnés par un diabète mal géré. Ainsi, avant de retirer un indice apparemment non valide, est-ce que je me suis assuré de considérer l'ensemble des informations collectées?

Si je retire un indice, comment pourrais-je m'assurer de bien suivre la situation au fil du temps?

Quelles autres sources d'informations puis-je consulter avant de prendre cette décision (ex. : dossier médical au congé hospitalier)?

Dois-je obtenir l'avis d'une autre personne professionnelle?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.4.3 Qu'en pensent la personne et ses proches?

Naturellement, la personne encourant le risque perçu demeure le décideur ultime. Une prise de risque éclairée nécessite la provision d'informations fiables, fournies par la personne profesionnelle, et du temps pour assimiler ces informations et en considérer les implications (Kane et Levin, 1998). La capacité de la personne à prendre et à mettre en œuvre des décisions est un élément crucial de chaque évaluation. La volonté de la personne d'accepter un soutien et une assistance est également essentielle. Des antécédents de refus ou de manque de coopération sont importants à considérer (Culo, 2011). Puisque l'équilibre entre les risques et les avantages est propre à chaque individu et à chaque situation particulière, une approche équilibrée ne sera possible qu'en discutant et en explorant les priorités, les forces et les attentes de la personne (Morgan, 2004).

Dans un contexte d'autonomisation, il est important qu'à chaque étape du processus d'évaluation des risques, l'accent soit mis pour encourager la personne à exprimer son point de vue et à exercer ses choix. Cela lui permet d'être plus confiante. Une connaissance individualisée des expériences subjectives du patient favorise une compréhension contextuelle et détaillée des risques et des éléments de sécurité. La considération des récits de la personne, de sa confiance et de ses capacités permet une interprétation plus large des menaces et des opportunités, et son implication dans les décisions favorise la prise de risques acceptables (Felton et al., 2017). Rappelons-nous qu'une approche axée sur la personne est essentielle, puisqu'il n'existe pas de solution universelle « one fit for all » pour la gestion des risques (Croft, 2017).

Il faut débuter l'analyse en établissant des liens, des hypothèses :

Quels sont les éléments pouvant contribuer à la réduction des risques (ex. : présence régulière de l'entourage)?

Peut-on agir sur le déclencheur du risque?

Est-ce que la personne peut entreprendre elle-même des actions pour diminuer certains risques (ex. : se mobiliser davantage)?

Peut-on travailler sur d'autres forces? (ex. : aime bien marcher pour se détendre)

Peut-on agir sur l'environnement?

Est-ce qu'elle est capable d'appliquer certains moyens de contrôle des risques (ex. : réaliser certaines activités plus lentement)?

Est-ce qu'elle est capable de prendre ses décisions?

Est-ce que la situation est amplifiée par d'autres éléments (notion de complexité)?

Est-ce qu'un risque est lié à une activité ou à un comportement en particulier?

Quels liens puis-je faire avec des événements antérieurs?

Comment son profil d'autonomie et son fonctionnement social modifient-ils le risque identifié?

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Estimation d'un événement : Quelles sont les conséquences possibles? Dans quels délais?

Est-ce qu'un événement est déjà arrivé? Si oui, est-ce fréquent ou régulier?

Quelles approches ou interventions ont été appliquées?

Est-ce qu'un événement peut se produire? Quelles sont les probabilités que l'évènement se produise, dans quel délai ou dans quel intervalle?

Quelles en seraient les conséquences? Quels sont les dommages, préjudices, dangers, blessures prévisibles?

Conséquences estimées pour la personne et les autres

- Très mineures
- Blessures possibles incluant perte de temps ou autres répercussions
- Blessures sérieuses/invalidantes
- Risque de décès
- Fatalité

Horizon de temps estimé

- Éloigné, peu de chance de se produire d'ici 5 ans
- Peu probable, mais pourrait se produire d'ici 2 ans
- Probable, pourrait se produire d'ici la prochaine année
- Très probable, pourrait se produire prochainement
- Certitude, cela pourrait survenir d'un moment à l'autre

Jugement final : Quel est le niveau de risque?

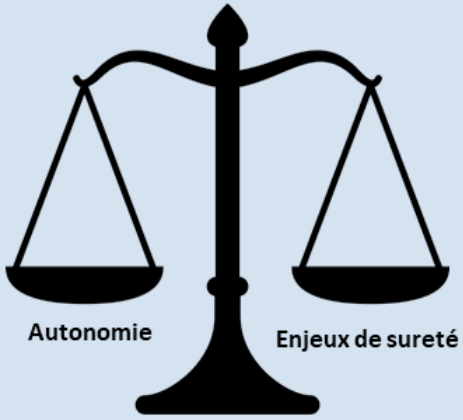
Quelles décisions prendre? Quelles stratégies adopter?

Est-ce qu'il y a un risque? Quel niveau de confiance avez-vous que le risque potentiel ou rapporté n'existe pas?

Si vous jugez qu'il existe un risque, peut-il être éliminé, minimisé ou contrôlé? Quelles sont les précautions possibles? Quels sont les moyens de contrôle possibles?

Estimation et jugement du risque

Faut-il agir?
Quand?
Comment?
Est-ce qu'un risque raisonnable peut être pris?



Quels sont les avantages et les désavantages pour la personne de ces décisions?

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Ainsi, l'interaction des conséquences anticipées et du délai estimé de survenue d'un événement permettent d'apprécier les niveaux de risque suivants (Croft 2019) :

Risque négligeable	Aucune autre action requise ou aucun changement requis au plan pour l'instant. Continuer de suivre la situation afin de repérer des changements et réévaluer au besoin.
Risque faible	Aucun contrôle supplémentaire n'est requis; cependant, on peut envisager des améliorations qui n'imposeront pas de restrictions/désavantages à la personne. Suivre la situation pour s'assurer que les mesures de contrôle ou actions entreprises sont toujours effectives. Continuer de suivre afin de repérer des changements dans la situation et réévaluer au besoin.
Risque moyen	Des efforts devraient être faits pour réduire le risque et des mesures de réduction des risques devraient être mises en œuvre prochainement. L'équilibre des risques et des avantages pour la personne doit être soigneusement mesuré et les restrictions limitées en conséquence. Si le risque est associé à des conséquences fortement nuisibles, des évaluations supplémentaires peuvent être nécessaires pour établir si des mesures supplémentaires peuvent être requises.
Haut risque, important	Une action urgente est nécessaire pour réduire le risque. Envisager d'impliquer l'équipe interdisciplinaire pour soutenir la prise de décision et prévoir les ressources nécessaires, puisque des ressources importantes peuvent être requises pour réduire les risques.
Risque urgent / très important	Comme pour le « haut risque ». Mais, dans le cas où il est difficile de réduire le risque, même avec des ressources illimitées, des procédures de sauvegarde doivent être mises en œuvre.

5.3.4.4 Plan d'actions et suivi

Les interventions ou actions appropriées peuvent être simples ou hautement complexes, mais puisque les circonstances de chaque situation peuvent varier, le choix des stratégies doit toujours être déterminé, cas par cas, et personnalisé au contexte. Les mesures les moins invasives possibles devraient toujours être envisagées conformément aux valeurs et aux souhaits précédemment exprimés par les individus (Kane et Levin, 1998; Culo, 2011). Notez bien qu'il n'est pas toujours possible d'agir directement sur toutes les causes d'un risque et que, même avec des mesures de contrôle appropriées, le risque ne peut pas toujours être éliminé, mais seulement réduit (Croft, 2017).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

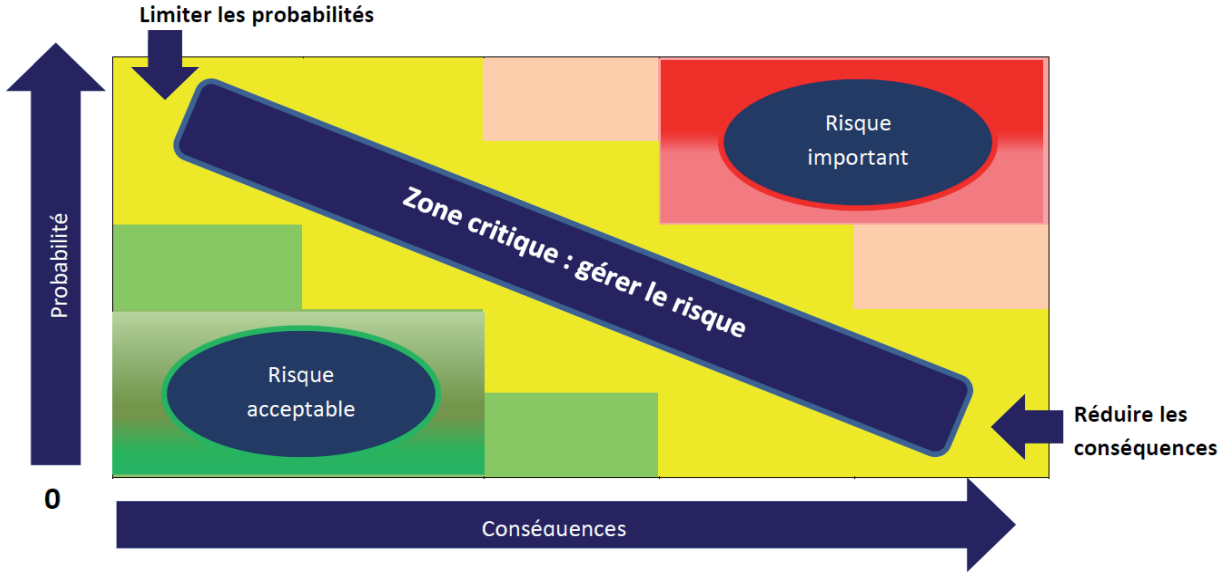
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes



Prévoyez un filet de sécurité (ex. : noter et faire connaître les signes avant-coureurs, proposer un plan de contingence considérant les craintes et les échecs possibles, proposer des alternatives), précisez les responsabilités respectives et les mécanismes de communication pour le suivi de la situation (Morgan, 2004). Dans la gestion des risques, il est important de suivre l'évolution des facteurs en causes ou l'apparition d'autres facteurs de risques. Toute survenue d'un facteur additionnel ou d'un événement devrait entraîner la révision du plan par rapport à ce nouvel élément (Croft, 2019).

Un moyen physique peut être une adaptation lors de la réalisation d'une activité par la personne (ex. : mécanismes de préservation d'énergie). Les aides incluent toutes les aides techniques habituelles et celles technologiques possibles (système de surveillance, utilisation d'Internet, télésurveillance, etc.). Une procédure peut être le déroulement précis d'une activité selon une séquence précise.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Réfléchissez aux questions suivantes :

Sur quels facteurs/indices puis-je agir? Sur un ou plusieurs?

Quelles mesures d'anticipation ou protections sont possibles? Des mesures raisonnables pour éviter des dommages ou conséquences sont-elles possibles?

Quels leviers avons-nous pour agir?

Quels sont les actions/interventions que vous pouvez mettre en œuvre pour réduire la probabilité d'apparition d'un événement ou pour en limiter la fréquence? Reflètent-elles le potentiel et les priorités déclarées de la personne?

La personne est-elle préparée et en mesure d'accepter vos recommandations?

Avez-vous balancé avec elle les avantages et inconvénients de l'exercice d'un choix d'action par rapport à un autre?

Avez-vous discuté des avantages et désavantages de prendre des risques ou de ne rien faire?

Est-il possible d'utiliser les ressources et le soutien possible pour atteindre les résultats souhaités et minimiser les effets potentiellement néfastes?

Est-ce qu'il y a des activités à laquelle la personne devra participer qui auront le potentiel de causer d'autres préjudices? Si oui, quelles mesures de contrôle pour réduire ce risque pouvez-vous mettre en place?

La personne a-t-elle la capacité d'appliquer les mesures de contrôle requises (moyen physique, aides techniques, procédure) ou interventions pour gérer certains risques?

Quels leviers avons-nous pour agir?



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3.5 L'élaboration d'un plan personnalisé avec la personne et ses proches [2]

OBJECTIF/ORIENTATION selon le type de plan

- L'objectif est le résultat pour la personne et non pour l'intervenant·e. Il doit être réaliste et stimulant, clair et précis, observable, mesurable et défini dans le temps.
- L'aspect « mesurable » de l'objectif est essentiel, il faut dépasser l'évaluation subjective par la personne ou l'intervenant·e et anticiper certains constats qui nous permettront de déduire que l'objectif sera atteint.
- Plus les objectifs porteront sur des résultats concrets, plus l'évaluation de l'atteinte de ces objectifs en sera facilitée. C'est d'ailleurs l'ampleur des objectifs qui déterminera la date de révision du plan.
- L'objectif doit être établi en concertation avec la personne.

Les questions à se poser :

Qu'est-ce que qui est attendu comme résultat?

Qu'est-ce qui va permettre de savoir que l'objectif est atteint?

En combien de temps devrait-il être réalisé?

Dans un contexte de soins axés sur la personne, bien qu'il soit préférable d'effectuer ce processus de planification en présence de la personne, la discussion peut parfois se réaliser au téléphone ou au moyen de technologies (tablette, ordinateur) et d'une plateforme collaborative sécurisée facilitant la visioconférence (ex. : Teams). (voir équipes virtuelles de Emery et al., 2012). Notez bien que le moyen utilisé doit être applicable et acceptable selon le contexte en présence.

Par exemple:

Est-ce qu'une entrevue téléphonique peut se faire si la personne a des problèmes auditifs?

Risque-t-elle de moins bien comprendre la situation que lors de la présence de l'intervenant·e?

Les moyens sont-ils disponibles?

À cette étape, on discutera des objectifs possibles axés sur les besoins « Goal-oriented Person care », énoncés à l'étape précédente, des options de réponses ou solutions possibles et des décisions qui devront être prises. Bien qu'il semble séquentiel, ce processus est davantage itératif, de sorte que la discussion des options possibles pourra faire évoluer la réflexion (ex. : en mettant en évidence une conséquence non désirée), remettre en question des objectifs précédemment choisis et inciter à les prioriser de nouveau. De la même manière, le choix d'une intervention en fonction d'un objectif précis pourrait aussi répondre à d'autres objectifs (ex. : le soulagement de la douleur qui répond simultanément au besoin d'améliorer la mobilité).

2 La notion de « la personne et ses proches » n'est pas répétée partout dans le texte pour l'alléger. Toutefois, il faut considérer chaque contexte. Ex. : Est-ce que des proches sont présents et si oui, est-ce que la personne désire les impliquer ou non?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

« Une approche axée sur les objectifs renforce la probabilité que des soins/interventions axés sur la personne soient offerts parce qu'ils sont plus alignés sur les priorités personnelles, tout en accordant une attention à ce qui pourrait être pratique et réaliste (Elwyn et Vermunt, 2020) ».

Ainsi, en se référant au modèle de Elwyn et Vermunt (2020) nous suggérons de revenir au début de la rencontre à la discussion du projet de vie, des grands buts visés et des forces qui avaient été spécifiés lors de la synthèse car ils guideront l'élaboration du plan personnalisé. Discuter autour des forces permet à la personne de s'engager plus aisément dans les actions qui sont possibles et d'établir des objectifs davantage en cohérence avec ses valeurs. Par la suite, il sera possible d'élaborer pour chaque besoin retenu (ou un regroupement), les objectifs que la personne souhaite atteindre en relation avec celui-ci.

Lorsque les objectifs sont interdépendants, une attention particulière à leur interaction est requise. Vous pourriez dire : « J'aimerais discuter avec vous de deux objectifs qui me semblent liés entre eux… ». Certains objectifs peuvent être en contradiction les uns avec les autres, de sorte que la nécessité de prioriser certains objectifs et de prendre des décisions en conséquence deviendra évidente. D'autres peuvent se chevaucher. Par exemple, diminuer la prise de certains médicaments pourrait améliorer l'équilibre, contribuant ainsi à réduire les chutes et à améliorer l'activité à la marche de manière à permettre à la personne de pouvoir continuer à faire ses courses par elle-même.

Par exemple, on peut demander :

A propos de votre sentiment d'ennui, qu'est-ce que vous aimeriez qui change?

De quel soutien auriez-vous besoins?

Qu'est-ce qui vous ferait plaisir?

Qu'est-ce que vous faites plus facilement et qui pourrait vous aider dans cette situation?

Qu'est-ce qui a fonctionné pour vous dans le passé?

Les critères de bons objectifs sont des objectifs spécifiques, mesurables; l'utilisation de l'acronyme C-SMART est recommandée (Doran, 1981; Furze, 2015; Stonehouse, 2018):

- **Conjoint,** convenu avec la personne ou les proches
- **Spécifique,** décrivant précisément ce qui doit changer ou être atteint sans ambigüité pour la personne
- **Mesurable,** permettant de porter un jugement sur l'atteinte des objectifs à l'aide d'un indice de mesure
- **Ajusté,** taillé ou adapté sur mesure
- **Réaliste,** atteignable avec les moyens disponibles
- **Temporel,** situé dans le temps, échéancier précis, durée ou fréquence précisée

Ensuite, pour chaque objectif, la personne évaluatrice présentera les options de réponses possibles en discutant le pour et le contre de chaque option.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Par exemple : « Comparons les options possibles qui pourraient nous aider à atteindre cet objectif et réfléchissons ensemble aux probabilités/possibilités que ces solutions vous aident à atteindre vos objectifs et regardons les efforts qu'elles pourraient nécessiter de votre part ». L'intervenant·e prendra le soin de fournir l'information adaptée à la situation et expliquera les données probantes pouvant soutenir ces options, s'il y a lieu.

Cette approche permet une prise de décision collaborative, la personne sélectionnant les objectifs et résultats prioritaires attendus, et le personnel professionnel lui suggérant les stratégies les plus susceptibles d'atteindre ces résultats, en fonction du contexte qu'il connait beaucoup mieux maintenant. Bien entendu, tous les objectifs des personnes ne sont pas toujours réalistes ni atteignables. C'est pourquoi, grâce à son jugement clinique, le personnel professionnel peut expliquer les données obtenues et négocier avec la personne des objectifs potentiellement réalisables. Attention, Il faut éviter que seules les interventions ou les ressources disponibles orientent ces décisions au détriment des priorités mentionnées par la personne (Dunér et Nordström, 2006; Hasenfeld, 2010; Ivanoff et al., 2018).

L'entretien se terminera par l'atteinte d'un consensus par tous les membres pour clarifier les décisions devant être prises et mises en action en spécifiant les étapes à venir, en rappelant qui entreprend quelles actions en particulier, et en s'entendant sur la manière et la période où il sera possible d'évaluer les résultats (Elwyn et Vermunt 2020).

5.3.6 La mise en oeuvre du plan personnalisé, le suivi des résultats obtenus et la révision et adaptation au besoin du plan

Dans les OCCI, de multiples interventions sont suggérées en fonction d'un objectif choisi, mais il n'y a aucune restriction de choix de moyens d'intervention pour une personne. Il revient à chaque intervenant·e de suggérer, de discuter et de fournir des interventions adaptées aux besoins et aux objectifs visés par la personne. Au fil du temps, l'évaluation et l'examen continus des traitements et des services offerts et de leurs résultats déterminent si les soins/interventions/services prodigués doivent être modifiés ou simplement poursuivis. Lorsque les soins doivent être variés, la variance ou l'écart nécessitant un ajustement est documenté au cours du cheminement clinique.

Les tâches essentielles reliées à ces étapes sont interdépendantes, complémentaires et itératives. Il ne s'agit pas d'étapes successives mais de tâches imbriquées. Cette interdépendance vise l'atteinte de deux buts :

- une réponse cohérente aux besoins de la personne;
- la cohésion des multiples actions entreprises.

Ainsi, un service peut être en voie de planification, alors qu'un autre service est déjà à la phase de surveillance. La fréquence ou l'ordonnancement des

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

interventions prévues dans un PI ou un PII sont souvent influencés par les orientations du PSI. La confirmation diagnostique d'un problème et le besoin urgent d'une intervention peuvent exiger un changement de la fréquence ou de l'horaire de certains services. Cette démarche clinique de réponse aux besoins de la personne suit des cycles dynamiques dans le temps.

Ce processus clinique peut être interrompu et terminé en fonction de l'évolution des besoins et de la condition de la personne ou être à nouveau repris selon divers éléments déclencheurs : appel ou visite de la personne ou d'un proche, repérage à l'occasion d'une relance préventive, détérioration de la condition clinique, etc. La cessation ou la fin de service peut correspondre, notamment, à la fin d'un épisode de soins assurés par l'intervenant·e d'une équipe multidisciplinaire ou à l'interruption d'un service par l'un des partenaires intra ou intersectoriels.

5.3.6.1 Processus spécifique au plan de services individualisé (PSI)

Pour une réponse individualisée aux besoins de la personne, le PSI permet de :

- planifier les services publics, privés et communautaires intra et intersectoriels;
- identifier l'apport des proches;
- coordonner les services;
- faire le suivi de l'offre de services en fonction des besoins;
- communiquer et échanger des informations avec l'ensemble des partenaires intersectoriels concernés.

La personne a un unique PSI. Il permet l'intégration des services sur les plans cliniques et organisationnels pour l'ensemble des partenaires intersectoriels (services de nature publique, privée et communautaire). Le suivi consiste à vérifier l'exécution du PSI et de sa pertinence, à mesure que la situation de la personne est mieux comprise ou que ses besoins changent. De façon continue, la distribution des services est modifiée selon l'évolution des besoins de la personne. La tâche qui consiste à savoir si les services prévus sont rendus relève du domaine du suivi. Le suivi du PSI se fait jusqu'à la fermeture du dossier.

Lorsque l'on effectue ce suivi, on se préoccupe de vérifier si le service a été rendu dans le délai prévu, à la fréquence attendue mais aussi avec la qualité requise. Ces trois aspects peuvent être des sources d'écarts à corriger pour une offre de service de qualité.

Le tableau 4 à la page suivante résume le contenu des PSI ainsi que les tâches reliées à leur élaboration, à leur coordination et au suivi.



Tableau 4. Contenu clinique du plan de services individualiés (PSI)

Contenu clinique du plan de services individualisé (PSI)	
Le PSI est l'outil énonçant, à partir de la situation de vie de la personne : • l'ensemble de ses besoins et leur mise en priorité convenue par la personne; • les orientations d'actions et de services pour chacun des besoins, en accord avec ses attentes; • l'ensemble des services de tous les partenaires intra et intersectoriels (de nature publique, privée et communautaire) alloués (type, fréquence, séquence ou ordonnancement, durée prévisible, horaire) et l'apport des proches et les services alloués; • les démarches ponctuelles; • l'analyse en continu du (des) besoin(s) non comblé(s).	
Tâches reliées au processus d'élaboration, de coordination et de suivi du PSI	**Les autres tâches cliniques complémentaires et essentielles du PSI**
Après l'évaluation des besoins, le PSI permet de : • identifier les orientations pour chacun des besoins • planifier et coordonner l'ensemble des services • valider le contenu du PSI avec la personne et ses proches • communiquer avec l'ensemble des partenaires concernés • faire le suivi des services : vérifier l'exécution du plan et sa pertinence à mesure que la situation de la personne est mieux comprise ou que ses besoins changent. De façon continue, la distribution des services est modifiée selon l'évolution des besoins. La tâche qui consiste à savoir si les services prévus sont rendus relève du domaine du suivi. Le suivi du PSI se fait jusqu'à la fermeture du dossier. **Questionnements associés au suivi d'un PSI** • Est-ce que les objectifs formulés répondent aux besoins retenus? • Est-ce que chaque service prévu est rendu et bien rendu (selon le délai, la fréquence/quantité et qualité requise) pour l'objectif? • Est-ce que les objectifs répondent à l'orientation déterminée dans le PSI? • Les différents acteurs sont-ils bien coordonnés? • Est-ce que la personne en est satisfaite?	• Obtenir le consentement au sujet du partage à l'information requis • Vérifier si d'autres évaluations antérieures existent • Consulter les PI, PII, s'il y a lieu • Consulter les guides de pratique, les suivis systématiques appropriés • Planifier les demandes de services, d'évaluations complémentaires, de rencontres de concertation, s'il y a lieu • Planifier divers moyens de concertation requis, en privilégiant la présence de la personne, des proches ou de son représentant : participation aux équipes multidisciplinaires; rencontres des partenaires/proches; visites conjointes au domicile; rendez-vous ou conférence téléphonique, etc. • Assurer la cohérence et la cohésion de l'ensemble des actions des différents partenaires par diverses démarches entre les rencontres • Appliquer les moyens retenus pour la circulation de l'information continue de façon à ce que le PSI conditionne les interventions des PI et des PII • Désigner et identifier la personne qui coordonne le PSI, reconnue par les intervenant·e·s et partenaires impliqués auprès de la personne.

5.3.6.2 Processus de planification de services spécifiques aux plans d'intervention (PI, PII)

La prévalence accrue des maladies chroniques et surtout de la comorbidité dans la population nécessite une utilisation optimale des « guides de pratique ou des suivis systématiques ». Il est essentiel d'utiliser un langage commun en intégrant les guides de pratique ou les suivis systématiques des diverses clientèles (peuvent être accessibles en ligne) pour déterminer les résultats attendus, les interventions appropriées et pour harmoniser la révision et l'évaluation de l'atteinte des résultats. Ces éléments incitent à soutenir davantage le travail des intervenant·e·s et des équipes multidisciplinaires au quotidien, au cours du processus d'élaboration et de coordination des plans d'intervention (PI ou PII).

La personne peut avoir plusieurs PI. Le PI soutient l'intégration des interventions d'une personne professionnelle ou d'une équipe d'une même discipline, basées sur des données probantes. La révision des

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
C'est quoi ? Exercices
Pourquoi? Exercices
Comment? Exercices
Pour aller plus loin...
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

PI permet une évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, en concertation avec la personne ou son représentant. La révision se réalise selon une périodicité déterminée par l'intervenant·e ou l'équipe de la discipline. Selon certaines caractéristiques cliniques (ex. : profil d'autonomie) ou les disciplines, les OCCI soutiennent la prise de décision clinique, à partir de la situation spécifique de la personne et de son PSI, s'il y a lieu. Ils proposent, selon les données probantes, pour chacun des besoins/problèmes, des objectifs et indicateurs de résultats attendus par la personne ou comportements attendus, des types d'interventions de prévention, d'autonomisation, d'évaluation, de suivi clinique, démarches etc.

Le tableau 5 résume le contenu des plans d'intervention ainsi que les tâches reliées à leur élaboration, à leur coordination et à leur révision, en distinguant les PI des PII.

Tableau 5. Contenu clinique des plans disciplinaires (PI) et interdisciplinaires (PII)

Contenu clinique des plans disciplinaires (PI) et interdisciplinaires (PII)

Outil énonçant, à partir de la situation spécifique de la personne et de son PSI, s'il y a lieu :
- les besoins auxquels le plan répond et leur mise en priorité convenue avec elle lors du processus de décision (synthèse de l'OEMC)
- la durée prévisible des interventions
- la date de révision

Spécifiques au PI
- Objectifs spécifiques à atteindre ou résultats attendus pour la personne, en accord avec ses attentes
- Interventions disciplinaires (types, fréquence et séquence ou ordonnancement)

Spécifiques au PII
- Objectifs communs spécifiques à atteindre ou résultats attendus pour la personne, en accord avec ses attentes
- Interventions de l'équipe interdisciplinaire (types, fréquence et séquence ou ordonnancement)

Tâches reliées au processus d'élaboration, de coordination et de révision du PI et PII	Les autres tâches cliniques complémentaires et essentielles du PI et PII
Après l'évaluation diagnostique ou spécifique, en tenant compte du PSI s'il y a lieu, le PI ou le PII doit permettre de : • identifier les objectifs pour chacun des besoins retenus • planifier, coordonner et faire le suivi des interventions • adapter les suivis à la situation de la personne • communiquer avec les partenaires concernés par le PI/PII • valider le contenu du PI ou du PII avec la personne, les proches ou son représentant, à toutes les phases du processus d'intervention • réviser le plan dans les délais prévus • permet l'évaluation de l'atteinte des objectifs et des résultats attendus, en concertation avec la personne ou ses proches • La révision se réalise selon une périodicité déterminée par l'intervenant ou l'équipe	• Obtenir le consentement au sujet du partage à l'information requis • Consulter les autres PI, PII et le PSI, s'il y a lieu • Consulter les guides de pratique, les suivis systématiques appropriés à la situation clinique au besoin • Vérifier si d'autres évaluations antérieures existent • Planifier les évaluations complémentaires et les demandes de services, s'il y a lieu • Intégrer et lier des notes d'évolution contenant les justifications de la conduite et des décisions, notamment les démarches ou changements ponctuels en lien avec le PI, etc. • Échanger des informations cliniques avec les autres intervenant·e·s impliqués. • Appliquer les moyens de diffusion retenus pour assurer le suivi des interventions de l'intervenant·e au bénéfice de l'ensemble des intervenant·e·s impliqués auprès de la personne

Spécifiques au PII
Rédiger des comptes rendus des rencontres interdisciplinaires en présence de la personne et de ses proches.
Désigner un intervenant responsable de la coordination du PII au nom de l'équipe multidisciplinaire.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Pour conclure n'oublions pas que si les utilisateur·trice·s ne comprennent pas la raison d'être d'un outil d'évaluation ou ne se l'approprient pas correctement, ils auront tendance à voir l'évaluation comme un surplus de travail plutôt que comme un élément essentiel à leur travail et à la prise de décision. Dans de telles circonstances, les évaluations peuvent être effectuées après coup, et plusieurs données peuvent être manquantes. Il devient alors difficile de faire le suivi approprié d'une personne, d'assurer une intégration réussie des services ou l'orientation adéquate vers un autre milieu de vie. C'est pourquoi la formation des utilisateur·trice·s est essentielle.

L'habileté à effectuer une bonne évaluation et à formuler un plan d'intervention adéquat est ainsi fortement dépendante de la formation reçue pour en comprendre les principes de bases et les outils qui accompagnent ce processus. Comme le soulignent Kane et Kane (2000), les outils sont aussi bons que le sont leurs utilisateur·trice·s.

Outre les formations qui peuvent être offertes, l'implantation dans les milieux cliniques d'une démarche d'accompagnement continue de la qualité du processus est très utile pour maintenir les acquis ou favoriser les changements de pratiques (Lincoln et al., 2022). Notre équipe de recherche a également développé, en collaboration avec le MSSS et le CESS, une grille d'auto-appréciation de critères adaptée au processus d'évaluation globale (voir l'annexe 1).

À l'aide de cette grille, qui se veut un outil d'accompagnement, l'intervenant·e peut s'auto-évaluer et réfléchir sur sa pratique (ex. : réfléchir sur son sentiment de compétence en matière d'évaluation et de planification des soins, noter des observations ou des commentaires; indiquer ses difficultés et ce qu'il souhaiterait améliorer). Il peut ensuite parler de ses préoccupations avec son responsable et ses collaborateur·trice·s, puis discuter des stratégies pour renforcer ses compétences par l'ajout de formation, de mentorat, de visites conjointes, etc.

La grille peut aussi être utilisée lors d'une supervision clinique, par exemple, à l'aide de certains dossiers, pour souligner les forces, examiner les difficultées rencontrés et identifier les stratégies pour améliorer la pratique et pallier les difficultés. Dans ce cas, les accompagnateurs sont des personnes habilitées à offrir une assistance professionnelle afin de soutenir les intervenant·e·s à améliorer leur manière d'appliquer la démarche clinique.

Cette grille s'appuie sur les principes des programmes d'amélioration de la qualité. Ces programmes sont un processus intentionnel consistant à apporter des changements au niveau des processus cliniques avec une réévaluation continue visant à les améliorer (Lincoln et al., 2022). Ces programmes fonctionnent généralement mieux dans un environnement qui met en œuvre le changement, grâce à un programme d'éducation solide et non punitif. Ils sont reconnus efficaces lorsqu'ils sont transparents et que les gestionnaires et intervenant·e·s cliniques comprennent les objectifs et les méthodes

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

de tout projet d'amélioration continue de la qualité. Une approche non punitive réfère à la stratégie de « culture juste » qui met l'accent sur la responsabilité de l'individu et de l'organisation dans la prévention des erreurs et sur l'amélioration des pratiques (Boysen, 2013). La « culture juste » reconnaît également que les erreurs sont souvent causées par une combinaison de facteurs, y compris des facteurs liés au système. Une approche fondée sur une culture juste encourage l'autodéclaration à la fois des quasi-accidents et des erreurs réelles, en promouvant l'éducation plutôt que la punition. Elle promeut la responsabilité de ses actions et de son éducation, une intolérance à l'ignorance et le désir d'améliorer le système pour une sécurité et des résultats améliorés en permanence. Un projet d'amélioration de la qualité doit impliquer des représentants de toute partie d'une organisation qui peut être affectée par les changements. De plus, impliquer des personnes ayant de nombreux points de vue augmentera le bassin d'idées. Plus il y a d'idées, plus le groupe a de chances de réussir le changement désiré.

5.3.7 L'analyse des écarts

Pour être désigné « Outils de cheminements cliniques » (care or clinical pathways), un outil doit obligatoirement inclure une analyse des écarts en fonction d'éléments clés du processus clinique (voir module 1).

Cette analyse d'écart est actuellement en partie développée dans le module PLAN. Notez bien que les développements technologiques requis pour compléter l'ensemble de ce processus ne sont pas tous complétés à l'heure actuelle (Dubuc et al., 2021). Dans les phases ultérieures de développement informatique, il devrait être possible d'avoir une saisie statistique lors de l'entrée d'un événement clinique à divers moments du processus. L'interfaçage avec les systèmes des partenaires externes devrait aussi permettre d'avoir un portrait plus complet des services demandés/acceptés et requis versus les services fournis.

Un écart correspond à un déroulement différent ou non conforme au cheminement clinique prévu, qui risque de nuire à la réponse aux besoins/attentes, à la satisfaction de la personne, à la qualité des résultats cliniques, à la durée du suivi et enfin à l'utilisation optimale des ressources. Il peut ainsi se produire à différents moments du processus clinique, à savoir lors de la phase d'évaluation/réévaluation des besoins, de la planification, de la dispensation et de la coordination des services. Ainsi, un processus intégré et interopérable entre les différentes phases devrait soutenir l'analyse des écarts. Il est indispensable pour rendre accessible toutes les sources d'informations requises pour le suivi des écarts entre les besoins, le priorisé, le planifié et le fourni pour chacune des personnes. Ce processus soutien ainsi la rétroaction en continu sur les pratiques cliniques et de gestion, en termes de qualité et de performance ainsi que sur l'évolution des besoins.

Quant aux notes d'évolution, elles devraient servir principalement à détailler ou individualiser des justifications cliniques importantes sur les écarts observés liés aux PI, sur les besoins comblés ou non liés au PSI, ou comme aide-mémoire des échanges avec la personne expliquant l'évolution de la situation.

Un écart peut être positif (ex. : meilleur résultat en moins de temps) ou négatif (ex. : résultat non atteint, effets secondaires). L'origine des écarts est

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

probablement multiple. Ils proviennent soit de la condition clinique et des attentes de la personne; soit du continuum de services ou de l'organisation des services (le système lui-même). Les écarts observés proviennent de diverses sources à divers niveaux : de la personne, des proches, du personnel professionnel, de l'organisation des services ou du travail ou de l'environnement/communauté.

Ces écarts/variances peuvent s'observer en termes de délais, quantité/fréquence, qualité tout au cours du processus clinique. Le suivi du plan et l'analyse des écarts sont utiles à des fins de réflexion clinique, pour s'assurer que l'on réajuste rapidement le plan et les services fournis afin d'atteindre l'objectif souhaité, les résultats attendus et la qualité des soins et services (notion de pertinence et valeur pour la personne et ses proches).

LES ÉCARTS AU COURS DU PROCESSUS PEUVENT S'OBSERVER...

À l'évaluation/collecte d'informations cliniques

- Il peut y avoir des écarts liés aux délais entre l'admission au SAD et l'initiation de l'évaluation, par exemple.
- Une évaluation même standardisée, peut être escamotée, les indices mal ou non considérés, les besoins mal identifiés, etc., ce qui peut occasionner des écarts entre les besoins réels et les besoins identifiés.
- L'évaluation peut aussi être compromise par des caractéristiques liées à la personne (ex.: habiletés cognitives, participation) ou celles de l'intervenant (ex. : évalue en fonction des services disponibles).
- Il est donc important de s'assurer d'une bonne formation et d'un soutien adéquat sur le terrain (processus d'amélioration continue) des intervenants au processus d'évaluation.

Lors de la priorisation des besoins (besoins nommés vs retenus et non retenus/suivis ensuite)

Environ 2/8 besoins évalués en moyenne sont retenus donc...

- Est-ce que ce sont les bons besoins en fonction des préférences des personnes et des risques potentiels?
- Que fait-on avec les autres besoins non retenus par la suite?
- À quel moment seront-ils revus ?

À l'élaboration du plan

- A-t-on déterminé les bons objectifs incluant les paramètres (Quand? Comment? Fréquence? Avec qui?) en fonction des besoins retenus, des valeurs et des préférences des personnes?

Lors de l'application du plan (soins/interventions demandés vs acceptés)

- Certains délais peuvent causer des préjudices importants (ex. : consultations aux urgences, institutionnalisation).
- Est-ce le bon prestataire? Un suivi actif est essentiel !

Lors de la réalisation du plan

- Est-ce que le soin/intervention est bien fourni selon le délai, la quantité/fréquence et la qualité prévue?
- Un service accepté ne veut pas dire qu'il sera nécessairement bien fourni, donc à vérifier...

Lorsque le plan est complété

- Les services peuvent être bien fournis mais ne pas permettre d'atteindre les résultats souhaités.
- A-t-on besoin de revoir les objectifs et la manière d'y répondre?

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Dans une approche de gestion de la qualité de type « système de santé apprenant », l'accès aux informations sur les processus cliniques utilisés et les écarts observés au cours du processus permettent des analyses subséquentes, pour examiner s'il y a un besoin de changement dans les pratiques ou si les soins fournis sont adéquats et efficaces (ex. : intervention nutritionnelle ou de mobilisation efficace pour répondre à un risque de chute identifié sans produire d'événements indésirables).

Jusqu'à maintenant, dans le module plan, nous pouvons ainsi identifier la raison d'un écart si un objectif n'est pas atteint. On indique « la personne » lorsque la raison de l'écart est liée à celle-ci ou à son environnement physique ou social (ex. : elle ne veut pas collaborer à l'atteinte de l'objectif); on indique « l'intervenant » si l'objectif n'est pas atteint en raison d'un problème de disponibilité de ressources humaines. Enfin, nous utilisons « le système » lorsque l'écart est relié à un problème soit matériel, soit financier.

Liés à l'usager, aux aidants ou au milieu

- Barrières architecturales ou environnementales
- Non disponibilité de plage horaire
- Non disponibilité financière
- Non disponibilité matérielle
- Absence de l'usager lors de/des visite(s)
- Déménagement, changement de milieu de vie
- Diminution des capacités de l'usager
- Environnement inadéquat
- Épuisement de l'aidant
- Hospitalisation
- Non disponibilité du réseau social et familial
- Perte de l'aidant
- Problème liés aux symptômes comporte-mentaux et psychologiques de la démence (SCPD)
- Problèmes psychosociaux autres
- Réalisation inadéquate de l'activité par l'usager, ou par son prestataire/partenaire
- Refus de compliance
- Refus de l'usager ou son représentant
- Refus du partenaire (aidant)
- Décès de l'usager
- Atteinte maximale des capacités de l'usager

Liés au système et à la disponibilité des services

- Barrière architecturales ou environnementales
- Non disponibilité de plage horaire
- Non disponibilité financière
- Non disponibilité matérielle
- En attente d'informations complémentaires
- Non disponibilité de ressource (organisme)
- Non disponibilité de ressource humaine
- Perte du service (ex. : disponibilité)
- Refus du prestataire

Si l'intervenant·e ferme le plan, il doit indiquer le motif de fermeture :

- Cessation reliée à la réalisation des objectifs
- Cessation reliée au décès
- Cessation reliée au déménagement
- Cessation reliée à l'hébergement
- Cessation reliée à l'hospitalisation
- Cessation reliée au recours à des ressources privées
- Refus de l'usager de recevoir les services du CLSC
- Refus du CISSS/CIUSSS (mission CLSC) d'intervenir
- Tout autre motif de cessation

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

5.3 Comment? - Exercice

Exercice 1.

On vous demande d'aider une nouvelle collègue à utiliser les Outils de cheminements cliniques informatisés (OCCI). Quels sont les conseils que vous pourriez lui fournir parmi les choix suivants?

1. Lors de l'évaluation, il faut surtout poser les questions telles qu'elles sont dans l'outil, éviter de soulever des questions supplémentaires et s'assurer que les différentes sections soient remplies.
2. Au début de l'entrevue, il est important de mentionner qu'il y aura plusieurs questions de routine pour mieux saisir toute la situation (comme la situation de santé antérieure), que certaines peuvent sembler personnelles ou non liées, mais qu'elles seront utiles pour l'aider.
3. La section synthèse, présentant les besoins et les risques ou les indices de situation potentielle-ment problématiques, peut être revue très rapidement. D'ailleurs, il est possible de retirer les indices de manière à ce qu'ils ne soient pas considérés.
4. À la section de la synthèse nommée «priorisation partagée des besoins », il est important de discuter des besoins identifiés avec la personne et ses proches et de les accompagner pour identifier et prioriser les besoins en accord avec leurs attentes globales, le projet de vie et le contexte clinique général.
5. Ce qui est le plus important, c'est de faire l'évaluation pour mettre en place quelques services usuels le plus rapidement possible. Le plan n'est pas si important. Il est donc possible de le faire soi-même dans son bureau sans avoir besoin d'en discuter avec la personne et ses proches.

Choix de réponses :

a) 2, 3, 4
b) 1, 3, 4
c) 2, 4
d) Toutes ces réponses

Réponse



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

(La réponse à la question de la page précédente sera affichée ici)

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Module 5. Pour aller plus loin...



Les références

Alexander K, Banerjee SC, Manna R, Alici Y, Nelson C, Gangai, Shen MJ et al. (2019). Adressind communication challenges in older patients with cancer and geriatrcis syndromes: a communication skills training module for health care providers. Europeen Geriactric Medecine, 10(2): 319-326. doi: 10.1007/s41999-018-00157-x

Ambagtsheer RC, Beilby JJ, Visvanathan R, Dent E, Yu S & BraunackMayer AJ (2019). Should we screen for frailty in primary care settings? A fresh perspective on the frailty evidence base: a narrative review. Prev Med; 119: 63–69. doi: 10.1016/j.ypmed.2018.12.020

Ambrose AF, Cruz L & Paul G (2015). Falls and Fractures: A system approach to screening and prevention. Maturitas; 82(1): 85-93. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.06.035

American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity (2012). Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. J Am Geriatr Soc. 60(10): E1–E25. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04188.x

Aminzadeh F, Amos S, Byszewski A & Dalziel WB (2002). Comprehensive geriatric assessment: exploring clients' and caregivers' perceptions of the assessment process and outcomes. J Gerontol Nurs. 28(6): 6-13. https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020601-06

Apóstolo J, Cooke R, Bobrowicz-Campos E, Santana S, Marcucci M, Cano A, Vollenbroek-Hutten M, Germini F, D'Avanzo B, Gwyther H & Holland C (2018). Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: a systematic review. JBI database of systematic reviews and implementation reports, 16(1): 140–232. doi: 10.11124/JBISRIR-2017-003382

Araujo de Carvalho I, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley E, Toro N, Thiyagarajan JA, & Beard JR (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. Bulletin of the World Health Organization, 95(11): 756–763. doi: 10.2471/BLT.16.187617

Bachmann S, Finger C, Huss A, Egger M, Stuck AE & Clough-Gorr KM (2010). Inpatient rehabilitation specifically designed for geriatric patients: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 340: c1718. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.c1718

Barkhausen T, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Mueller CA & Theile G (2015). "It's MAGIC"—development of a manageable geriatric assessment for general practice use. BMC Fam Pract. 16:4. DOI 10.1186/s12875-014-0215-4

Bisizi, M-S. (2012). Portfolio thématique : Chutes chez les aînés. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Direction de santé publique, Surveillance de l'état de santé de la population. 50 p.

Bogardus ST Jr, Bradley EH, Williams CS, Maciejewski PK, Gallo WT & Inouye SK (2004). Achieving goals in geriatric assessment: role of caregiver agreement and adherence to recommendations. J Am Geriatr Soc. 52(1): 99-105. doi: 10.1111/j.1532-5415.2004.52017.x

Boult C, Boult LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL & Urdangarin CF (2001). A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. J Am Geriatr Soc. 49(4): 351-9. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49076.x

Boult C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L & Scharfstein D (2008). Early effects of «Guided Care» on the quality of health care for multimorbid older persons: a cluster-randomized controlled trial. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 63(3): 321-7. doi: 10.1093/gerona/63.3.321

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Boult C, Reider L, Leff B, Frick KD, Boyd CM, Wolff JL, Frey K, Karm L, Wegener ST, Mroz T & Scharfstein DO (2011). The effect of guided care teams on the use of health services: results from a cluster-randomized controlled trial. Arch Intern Med. 171(5): 460-4666. doi: 10.1001/archinternmed.2010.540

Bouman A, van Rossum E, Nelemans P, Kempen GI & Knipschild P (2008). Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. BMC Health Serv Res. 8: 74. doi: 10.1186/1472-6963-8-74

Boysen PG (2013). Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety. The Ochsner Journal, 13(3): 400-6.

Breton E & Corriveau H (2018). Prise de position de la société québécoise de gériatrie sur la prévention des chutes en communauté chez la personne âgée. 26 p.

British Geriatrics Society (2014). Fit for frailty–Part 1–consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings. London: British Geriatrics Society. 22 p.

Bunn F, Goodman C, Russell B, Wilson P, Manthorpe J, Rait G, Hodkinson I, Durand MA (2018). Supporting shared decision making for older people with multiple health and social care needs: a realist synthesis. BMC Geriatrics 18(1): 165. doi: 10.1186/s12877-018-0853-9

Burton E, Lewin G, O'Connell H & Hill KD (2018). Falls prevention in community care: 10 years on. Clinical interventions in aging, 13: 261–269. doi: 10.2147/CIA.S153687

Canadian Frailty Network (2018). Assessing frailty. How screening for frailty helps. https://www.cfn-nce.ca/frailty-matters/how-screening-for-frailty-helps/ . Site consulté le 06 février 2023.

Carlson C, Merel SE & Yakawa M (2015). Geriatric Syndromes and Geriatric Assessment for the Generalist. Med Clin Am. 99(2): 263-279. doi: 10.1016/j.mcna.2014.11.003

Cella A (2018). Comprehensive Geriatric Assessment in the Community and in Outpatient Consultation. In: Pilotto A, Martin F (eds) Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics. Chapter 6 (pp. 57-68). Springer, Cham. 181 p. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4

Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO & Rockwood K. (2013). Frailty in elderly people. Lancet; 381(9868): 752-762. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62167-9

Clegg A, Rogers L & Young J (2015). Diagnosis test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community dwelling older people. Age and Ageing; 44(1): 148–152 doi: 10.1093/ageing/afu157

Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S & Perera R (2015). Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 3: CD010523. doi: 10.1002/14651858.CD010523.pub2

Counsell, SR, Callahan, CM, Clark, DO, Tu, W, Buttar, AB, Stump, TE & Ricketts, GD (2007). Geriatric care management for low-income seniors: a randomized controlled trial. JAMA. 298(22): 2623-33. doi: 10.1001/jama.298.22.2623

Couturier, Y, Belzile, L & Bonin, L (2016). L'intégration des services en santé : une approche populationnelle. Les presses de l'Université de Montréal. 276p.

Croft J (2017). Enabling positive risk-taking for older people in the care home. Nursing And Residential Care, 19(9): 515- 519. https://doi.org/10.12968/nrec.2017.19.9.515

Croft, J (2019). A rights-based approach to risk. Australian Journal of Dementia Care, 8(3): 21-23.

Culo S (2011). Risk assessment and intervention for vulnerable older adults. BC Medical journal, 53(8): 421- 425.

D'Amour D, Ferrada-Videla M, San Martin Rodriguez L & Beaulieu MD (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. Journal of Interprofessional Care, 19(Suppl 1): 116–131. doi: 10.1080/13561820500082529

Danon-Hersch N, Rodondi N, Spagnoli J, & Santos-Eggimann B (2012). Prefrailty and chronic morbidity in the youngest old: an insight from the Lausanne cohort Lc65+. J Am Geriatr Soc.; 60(9): 1687-94. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04113.x

Darby J, Williamson T, Logan P & Gladman J (2017). Comprehensive geriatric assessment on an acute medical unit: a qualitative study of older people's and informal carer's perspectives of the care and treatment received. Clin Rehabil, 31(1): 126–134. doi: 10.1177/0269215515624134

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Dellenborg L, Wikström E & Erichsen, AA (2019). Factors that may promote the learning of person-centred care: An ethnographic study of an implementation programme for healthcare professionals in a medical emergency ward in Sweden. Advances in Health Sciences Education, 24(2): 353–381. doi: 10.1007/s10459-018-09869-y

Dent E, Martin FC, Woo J, Romero-Ortuno R & Walston JD (2019). Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. Frailty 2. The lancet 394(10206): 1376-1386. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31785-4

Deschodt M, Flamaing J, Haentjens P, Boonen S & Milisen K (2013). Impact of geriatric consultation teams on clinical outcome in acute hospitals: a systematic review and meta-analysis, BMC Medicine, 11:48. doi: 10.1186/1741-7015-11-48

Donnelly S, Cahill S & O'Neil D (2018). Care planning Meetings: Issues for Policy, Multidisciplinary Practice and Patient Participation. Practice, 30(1): 53-71. https://doi.org/10.1080/09503153.2017.1385758

Doran, GT (1981). There's a S.M.A.R.T. Way to write Management's Goals and Objectives. Management Review 70(11): 35-36.

Dubuc N, Brière S, Corbin C, N'Bouke A, Bonin L & Delli-Colli N (2021). Computerized Care-Pathways (CCPs) System to Support Person-Centered, Integrated, and Proactive Care in Home-Care Settings, Informatics for Health and Social Care, 46(1): 100-111. DOI: 10.1080/17538157.2020.1865969

Dunér A & Nordström M (2006). The discretion and power of street level bureaucrats: an example from Swedish municipal eldercare, European Journal of Social Work, 9(4): 425-444. https://doi.org/10.1080/13691450600958486

Duyver C, Van Houdt, S, Lepeleire JD, Dory V & Degryse JM (2010). The perception of the clinical relevance of the MDS-Home Care-Tool by trainers in general practice in Belgium. Family Practice; 27(6): 638-643. https://doi.org/10.1093/fampra/cmq055

Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, Carlsson J, Dahlin-Ivanoff S, Johansson IL, Kjellgren K, Lidén E, Öhlén J, Olsson LE, Rosén H, Rydmark M & Sunnerhagen KS (2011). Person-centered care--ready for prime time. Eur J Cardiovasc Nurs. 10(4): 248-51. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D & Brummell K (2001). Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis. BMJ. 323(7315): 719-25. DOI: 10.1136/bmj.323.7315.719

Ellis G & Langhorne P (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients, British Medical Bulletin, 71(1): 45–59. doi: 10.1093/bmb/ldh033.

Ellis G, Whitehead MA, Robinson D, O'Neill D & Langhorne P (2011a). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 343: d6553. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.d6553

Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D., Langhorne P. & Robinson D (2011b). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital, Cochrane Database Systematic Reviews, 7: CD006211. doi: 10.1002/14651858.CD006211.pub2

Elwyn G, Durand MA, Song J, Aarts J, Barr PJ, Berger Z, Cochran N, Frosch D, Galasiński D, Gulbrandsen P, Han PKJ, Härter M, Kinnersley P, Lloyd A, Mishra M, Perestelo-Perez L, Scholl I, Tomori K, Trevena L, Witteman HO & Van der Weijden T (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. BMJ, 359: j4891. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.j4891

Elwyn G & Vermunt NPCA (2020). Goal-Based Shared Decision-Making: Developing an Integrated Model. Journal of Patient experience, 7(5): 688-696. doi: 10.1177/2374373519878604.

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P et al. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med. 27(10): 1361-67. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6

Emery EE, Lapidos S, Eisenstein AR, Ivan II & Golden RL (2012). The brighten program: implementation and evaluation of a program to bridge resources of an interdisciplinary geriatric health team via electronic networking. Gerontologist 52(6): 857–865. doi: 10.1093/geront/gns034.

Felton A, Wright N & Stacey G (2017). Therapeutic risk-taking: a justifiable choice. BJPsych Advances, 23(2): 81–88. doi: 10.1192/apt.bp.115.015701

Ferrucci L & Orini S (2018). Comprehensive Geriatric Assessment: An Updated Perspective. In: Pilotto A, Martin F (eds) Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics. Chapter 1 (pp.1-10). Springer, Cham. 181 p. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4

Finbarr CM (2018). The Patient, the Multidisciplinary Team and the Assessment. In: Pilotto A, Martin F (eds) Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics. Chapter 3 (pp. 27-38). Springer, Cham. 181 p. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4

Fjell A, Cronfalk BS, Carstens N, Rongve A, Kvinge LMR, Seiger Å, Skaug K & Boström AM (2018). Risk assessment during preventive home visits among older people. J Multidiscip Health, 11: 609-620. doi: 10.2147/JMDH.S176646

Flora L, Lebel P, Dumez V, Bell C, Lamoureux J & Saint-Laurent D (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. Santé mentale au Québec, 40(1): 101–117. https://doi.org/10.7202/1032385ar

Fried, LP, Tangen, CM, Walston, J, Newman, AB, Hirsch, C, Gottdiener, J, Seeman, T, Tracy, R, Kop, WJ, Burke, G & McBurnie MA (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci., 56(3): M146-56. DOI: 10.1093/gerona/56.3.m146

Fulmer T, Patel P, Levy N, Mate K, Berman A, Pelton L, Beard J, Kalache A & Auerbach J (2020). Moving Toward a Global Age-Friendly Ecosystem. J Am Geriatr Soc, 68(9): 1936-1940. DOI: 10.1111/jgs.16675

Furze, G (2015). Goal Setting: A Key Skill for Person-centred Care. Practice Nursing, 26(5): 241-244. https://doi.org/10.12968/pnur.2015.26.5.241

Ganz DA, Koretz BK, Bail JK, McCreath HE, Wenger NS, Roth CP & Reuben DB (2010). Nurse practitioner comanagement for patients in an academic geriatric practice. Am J Manag Care, 16(12): e343–e355.

Ganz DA & Latham NK (2020). Prevention of Falls in Community-Dwelling older adults. N Eng J Med 382(8): 734-743. DOI: 10.1056/NEJMcp1903252

Gaudreau P, Morais JA, Shatenstein B, Gray-Donald K, Khalil A, Dionne I, Ferland G, Fülöp T, Jacques D, Kergoat MJ, Tessier D, Wagner R, Payette H (2007). Nutrition as a determinant of successful aging: description of the Quebec longitudinal study Nuage and results from cross-sectional pilot studies. Rejuvenation Res, 10(3): 377-86.

Gladman JRF, Conroy SP, Ranhoff AH & Gordon AL (2016). New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment: knowing, doing and the 'know-do' gap, Age and Ageing, 45(2): 194–200. doi: 10.1093/ageing/afw012

Goharian L, LeBlanc M, Chan J, Sarbazi S, Verduyn I, & Fong M (2017). Prevalence of malnutrition in the elderly population of Vancouver community home health clients. Canadian Journal of Dietetic Practice & Research;78. https://doi.org/10.3148/cjdpr-2017-024

Hall RK & McAdams-DeMarco MA (2018). Breaking the cycle of functional decline in older dialysis. Seminars in Dialysis. 31(5): 462-476. https://doi.org/10.1111/sdi.12695

Hasenfeld Y (2010). Organizational Responses to Social Policy: The Case of Welfare Reform, Administration in Social Work, 34(2): 148-167. https://doi.org/10.1080/03643101003608976

Hashim MJ (2017). Patient-Centered Communication: Basic skills. American Family Physician, 95(1): 30-34.

Hesselink G, Schoonhoven L, Barach P, Spijker A, Gademan P, Kalkman C, Liefers J, Vernooij-Dassen M & Wollersheim H (2012). Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. Ann Intern Med, 157(6): 417-28. doi: 10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006.

Hoogendijk EO, van der Horst HE, Deeg DJ, Frijters DH, Prins BA, Jansen AP, Nijpels G & van Hout HP (2013). The identification of frail older adults in primary care: comparing the accuracy of five simple instruments. Age Ageing, 42(2): 262-5. doi: 10.1093/ageing/afs163.

Hung WW, Ross JS, Farber J & Siu AL (2013). Evaluation of the Mobile Acute Care of the Elderly (MACE) service. JAMA Intern Med. 173(11): 990-6. doi: 10.1001/jamainternmed.2013.478.

Hurlock-Chorostecki C & McCallum J (2016). Nurse Practitioner Role Value in Hospitals: New Strategies for Hospital Leaders. Nurs Leadersh (Tor Ont). 29(3): 82-92. DOI: 10.12927/cjnl.2016.24895.

Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM (2008). Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 63(3): 298–307. doi: 10.1093/gerona/63.3.298.

Iliffe S, Lenihan P, Orrell M, Walters K, Drennan V, Tai SS & SPICE Research Team (2004). The development of a short instrument to identify common unmet needs in older people in general practice. Br J Gen Pract. 54(509):914-8.

Iliffe S & Orrell M (2006). Identifying unmet health needs in older people: comprehensive screening is not the answer. Br J Gen Pract. 56(527): 404-406.

Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME & Kuchel GA (2007). Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept, J Am geriatric soc. 55(5): 780-91. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x.

Ivanoff SD, Duner A, Eklund K, Wilhelmson K, Lidén E & Holmgren E (2018). Comprehensive geriatric assessment of frail older people: ideals and reality, Journal of Interprofessional Care, 32(6), 728-734. doi: 10.1080/13561820.2018.1508130.

Jehu DA Davis JC, Falck RS, Bennett KJ, Tai D, Souza MF, Cavalcante BR, Zhao M & Liu-Ambrose T (2021). Risk factors for recurrent falls in older adults: A systematic review with meta-analysis. Maturitas 144 (2021) 23-28. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.10.021

Jensen GL, Cederholm T, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T et al. (2019). Criteria for the Diagnosis of Malnutrition : A Consensus Report From the Global Clinical Nutrition Community. JPEN J Parenter Enteral Nutr, 43(1):32-40. doi: 10.1002/jpen.1440

Jobe I, Engström A & Lindberg B & Mo P (2021). Exploration of how to make the collaborative planning process work - a grounded theory study. Jobe et al., Cogent Medicine, 8(1): 1896426. https://doi.org/10.1080/2331205X.2021.1896426

Kane RL & Kane RA (2000). Assesment in Long-Term Care. Annual Review of Public Health; 21:659-686. https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.21.1.659

Kane RL & Kane RA (2004). Assessing older persons: measures, meaning, and practical applications. Oxford University Press, Oxford [England]. 542 p.

Kane RA & Levin CA (1998). Who's safe? Who's sorry? The duty to project the safety of clients in home and community-based care. Generations, 22(3): 76-81.

Kendrick D, Kumar A, Carpenter H, Zijlstra GAR, Skelton DA, Cook JR et al. (2014). Exercise for reducing fear of falling in older people living in the community. Cochrane Database of Systematic Reviews, 11: CD009848. doi: 10.1002/14651858.CD009848.pub2.

Koroukian SM, Warner DF, Owusu C & Given CW (2015). Multimorbidity redefined: prospective health outcomes and the cumulative effect of co-occurring conditions. Prev Chronic Dis, 12: E55. http://dx.doi.org/10.5888/pcd12.140478

Koroukian SM, Schiltz N, Warner DF, Sun J, Bakaki PM, Smyth KA, Stange KC & Given CW (2016). Combinations of Chronic Conditions, Functional Limitations, and Geriatric Syndromes that Predict Health Outcomes. J Gen Intern Med;31(6): 630-7. DOI: 10.1007/s11606-016-3590-9

Lafleur M & Presse N (2017). Prise de position de la société québécoise de gériatrie sur le diagnostic, l'investigation, la prise en charge et le dépistage de la malnutrition chez la personne âgée. Société Québécoise de Gériatrie. 18 p.

Laur C & Keller H (2017). Making the case for nutrition screening in older adults in primary care. Nutrition today. 52(3): 129-136. DOI: 10.1097/NT.0000000000000218

Laur CV, McNicholl T, Valaitis R & Keller HH (2017). Malnutrition or frailty? overlap and evidence gaps in the diagnosis and treatment of frailty and malnutrition. Appl Physiol Nutr Metab. 42(5): 449-58. doi: 10.1139/apnm-2016-0652.

Lee H, Lee E & Young Jang Il (2020). Frailty and comprehensive Geriatric Assessment. J Korean Med Sci, 35 (3): e16. DOI: 10.3346/jkms.2020.35.e16

Liebel DV, Friedman B, Watson NM & Powers BA (2009). Review of nurse home visiting interventions for community-dwelling older persons with existing disability. Medical Care Research and Review, 66(2): 119–146. doi: 10.1177/1077558708328815.

Lin JS, Whitlock EP, Eckstrom E, Fu R, Perdue LA, Beil TL & Leipzig RM (2012). Challenges in synthesizing and interpreting the evidence from a systematic review of multifactorial interventions to prevent functional decline in older adults. J Am Geriatr Soc. 60(11): 2157-66. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04214.x.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Lincoln EW, Reed-Schrader E, Jarvis JL. (2022). EMS Quality Improvement Programs. NCBI Bookshelf. A service of the National Library of Medicine, National Institutes of Health [Updated 2022 Jul 19]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536982/ Site consulté le 06 février 2023

Marcucci M, Damanti S, Germini F, Apostolo J, Bobrowicz-Campos E, Gwyther H et al. (2019). Interventions to prevent, delay or reverse frailty in older people: a journey towards clinical guidelines. BMC Medicine, 17(1): 193. https://doi.org/10.1186/s12916-019-1434-2

Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B & Fratiglioni L (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 10(4): 430-9. DOI: 10.1016/j.arr.2011.03.003

Maslow A (2013). Devenir le meilleur de soi : Besoins fondamentaux, motivation et personnalité, Eyrolles. 384 p.

Mate KS, Berman A, Laderman M, Kabcenell A & Fulmer T (2018). Creating Age-Friendly Health Systems - A vision for better care of older adults. Healthc (Amst), 6(1): 4-6. DOI: 10.1016/j.hjdsi.2017.05.005

Mate K, Fulmer T, Pelton L, Berman A, Bonner A, Huang W & Zhang J (2021). Evidence for the 4Ms: Interactions and Outcomes across the Care Continuum. Journal of Aging and Health, 33(7–8): 469–481. DOI: 10.1177/0898264321991658

Mayo-Wilson E, Grant S, Burton J, Parsons A, Underhill K & Montgomery P (2014). Preventive home visits for mortality, morbidity, and institutionalization in older adults: a systematic review and meta-analysis. PLoS One, 9(3): e89257. DOI: 10.1371/journal.pone.0089257

McCormack B & McCance T (2016). Person-centred practice in nursing and health care: Theory and practice. John Wiley & Sons. 288 p.

Mentes JC & Gaspar PM (2020). Hydration Management. J Gerontol Nurs, 46(2): 19-30. DOI: 10.3928/00989134-20200108-03

Metzelthin S, van Rossum E, de Witte L, Ambergen A, Hobma S, Sipers W & Kempen G (2013). Effectiveness of interdisciplinary primary care approach to reduce disability in community dwelling frail older people: Cluster randomised controlled trial. British Medical Journal, 347: f5264. DOI: 10.1136/bmj.f5264

Morgan S (2004). Positive risk taking: An idea whose time has come. Health Care Risk Report, 10(10), 18-19.

Moxley, DP (1989). The practice of case management. Sage Publications, Inc. 160 p.

MSSS (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et service sociaux. La Direction des communications. 46 p.

MSSS (2019). La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile. Recension des écrits (80 p.) et cadre de référence (49 p.). La Direction des communications.

MSSS (2021). Plan d'action gouvernemental pour les personnes proches aidantes 2021-2026 - Reconnaître pour mieux soutenir. La Direction des communications. 112 p.

MSSS (2022a). Rallumer l'espoir. Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026. La Direction des communications. 82 p.

MSSS (2022b). Reconnaître et agir ensemble - Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027. La Direction des communications. 128 p.

Mulley AG, Trimble C & Elwyn G (2012). Stop the silent misdiagnosis: patients' preferences matter. BMJ. 345: e6572. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.e6572

National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management: NICE guideline. 2016. https://www.nice.org.uk/guidance/ng56 (accessed July 12, 2018).

National Health Service England. Supporting routine frailty identification and frailty through the GP contract 2017/2018. 2017.https://www.england.nhs.uk/ourwork/ltcopeolc/olderpeople/frailty/supportingresourcesgeneralpractice/

Naylor MD, Aiken LH, Kurtzman ET, Olds DM & Hirschman KB (2011). The care span: The importance of transitional care in achieving health reform. Health Aff (Millwood). 30(4): 746-54. DOI: 10.1377/hlthaff.2011.0041

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Negm AM, Kennedy, CC, Thabane L, Veroniki AA, Adachi JD, Richardson J et al. (2019). Management of Frailty: A Systematic Review and Network Meta-analysis of Randomized Controlled Trials, Journal of the American Medical Directors Association, 20(10): 1190-1198. DOI: 10.1016/j.jamda.2019.08.009

OMS (2015). Résumé : Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève: OMS.296 p.

Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM & Anderson C. (2014). International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. Health Aff. 33(12): 2247-55. DOI: 10.1377/hlthaff.2014.0947

Panza F, Lozupone M, Solfrizzi V, D'Urso F, Stallone R, Noia A, Bellomo A, Seripa D, Greco A & Logroscino G (2018). Comprehensive Geriatric Assessment in Long-Term Care and Nursing Homes. In: Pilotto A., Martin F. (eds) Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics. Chapter 5 (pp. 47-56). Springer, Cham. 181 p. https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4

Papiol M, Serra-Prat M, Vico J, Jerez N, Salvador N, Garcia M, Camps M, Alpiste X & López J (2016). Poor Muscle Strength and Low Physical Activity Are the Most Prevalent Frailty Components in Community-Dwelling Older Adults. J Aging Phys Act; 24(3): 363-8. doi: 10.1123/japa.2015-0114.

Parsons M, Senior H, Mei-Hu Chen X, Jacobs S, Parsons J, Sheridan N & Kenealy T (2013). Assessment without action; a randomised evaluation of the interRAI home care compared to a national assessment tool on identification of needs and service provision for older people in New Zealand. Health Soc Care Community. 21(5): 536-44. doi: 10.1111/hsc.12045

Payette H & Gray-Donald K (1997). Risk of malnutrition in an elderly population receiving home care services. In: Vellas BJ, Guigoz Y, Garry PJ, Albarede JL The mini nutritional assessment: MNA. Nutrition in the elderly. Book Chapter: pp. 71-85.

Payette H, Coulombe C, Boutier V & Gray-Donald K (1999). Weight Loss and Mortality Among Free-Living Frail Elders: A Prospective Study, The Journals of Gerontology: Series A, Volume 54(9): M440–M445. DOI: 10.1093/gerona/54.9.m440

Payette H, Coulombe C, Boutier V & Gray-Donald K (2000). Nutrition risk factors for institutionalization in a free-living functionally dependent elderly population. Journal of Clinical Epidemiology, 53(6): 579-587. DOI: 10.1016/s0895-4356(99)00186-9

Payette, H (2003). Dépistage nutritionnel des aînés (DNA). Centre de recherche sur le vieillissement. Sherbrooke. Québec, Canada.

Payette H & Ferry M (2007). Nutrition dans Arcand M & Hébert R. (2007) Précis pratique de gériatrie, 2e édition. Chapitre 63 (pp.1045-1058) Edisem. 1270 p.

Phaneuf M. (2013). Le jugement clinique, cet outil professionnel d'importance. Décembre 2008, révision 2013. 12 p.

Philip KE, Alizad V, Oates A, Donkin DB, Pitsillides C, Syddall SP & Philp I (2014). Development of EASY-Care, for brief standardized assessment of the health and care needs of older people; with latest information about cross-national acceptability. J Am Med Dir Assoc. 15(1): 42-6. DOI: 10.1016/j.jamda.2013.09.007

Pilgrim AL, Robinson SM, Sayer AA & Roberts HC (2015). An overview of appetite decline in older people. Nurs Older People; 27(5): 29-35. doi: 10.7748/nop.27.5.29.e697

Pilotto A, Cella A, Pilotto A, Daragjati J, Veronese N, Musacchio C, Mello AM, Logroscino G, Padovani A, Prete C & Panza F (2017). Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. Journal of the American Medical Directors Association, 18(2): 192.e1-192.e11. doi: 10.1016/j.jamda.2016.11.004. Epub 2016 Dec 31.

Presse N (2022). Les troubles nutritionnels dans F Massoud et D Lussier, Précis pratique de gériatrie Arcand-Hébert (4e édition (p. 261-284). Edisem. 1231 p.

Ramage-Morin PL & Garriget D (2013). Nutritional risk among Older Canadians. Health Rep, 24(3): 3-13.

Reuben DB, Ganz DA, Roth CP, McCreath HE, Ramirez KD & Wenger NS (2013). Effect of nurse practitioner comanagement on the care of geriatric conditions. J Am Geriatr Soc 61(6): 857–67.DOI: 10.1111/jgs.12268.

Reuben DB & Tinetti ME (2012). Goal-Oriented Patient Care-An Alternative Health Outcomes Paradigm. The new England Journal of Medecine. 366(9): 777-9. DOI: 10.1056/NEJMp1113631

Richard C et Lussier M-T (dir.) (2016), La communication professionnelle en santé, Montréal, Pearson. 880 p.

Roberts HC, Lim Stephen ER, Cox NJ & Ibrahim K. (2019). The challenge of managing undernutrition in older people with frailty. Nutrients 11(4): 808. DOI: 10.3390/nu11040808

Rockwood K (2005). What would make a definition of frailty successful? Age Ageing, 34(5): 432-4. https://doi.org/10.1093/ageing/afi146

Rockwood K (2007). The measuring, meaning and importance of activities of daily living (ADLs) as an outcome. Int Psychogeriatr; 19(3): 467-82. DOI: 10.1017/S1041610207004966

Rockwood K & Mitnitski A (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 62(7): 722-7. DOI: 10.1093/gerona/62.7.722

Rosen SL & Reuben DB (2011). Geriatric Assessment Tools. Mont Sinai Journal of medicine, 78: 489-497. https://doi.org/10.1002/msj.20277

Rubenstein LZ (2015). Evolving Models of Comprehensive Geriatric assessment. JAMDA 16(6): 446-447. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.03.012

Rubenstein LZ, Stuck AE, Siu AL & Wieland D (1991). Impacts of geriatric evaluation and management programs on defined outcomes: overview of the evidence. J Am Geriatr Soc. 39(9 Pt 2): 8S-16S; discussion 17S-18S. doi: 10.1111/j.1532-5415.1991.tb05927.x

Rubenstein LZ, Josephson KR, Harker JO, Miller DK & Wieland DG (1995). The Sepulveda GEU Study revisited: long term outcomes, use of services, and costs. Aging (Milano). 7(3): 212-7. DOI: 10.1007/BF03324318

Santos-Eggimann & David S (2013). Évaluer la fragilité en pratique clinique : est-ce recommandable? Forum Med Suisse. 13(12): 248-252.

Sattar S, Alibhai SM, Wildiers H & Puts MT (2014). How to implement a geriatric assessment in your clinical practice. Oncologist. 19(10): 1056-68. doi: 10.1634/theoncologist.2014-0180.

Savy P, Hodgkin S, Long K, Melis R, Lewis V, Furler J, Lim K, Dow B & Blackberry I (2019). Comprehensive geriatric assessment programmes: Possibilities, realities and outcomes. Evaluation Journal of Australia, 19(3):115-133. doi: 10.1177/1035719X19876153

Seematter-Bagnoud L & Büla C (2018). Brief assessments and screening for geriatric conditions in older primary care patients: a pragmatic approach. Public Health Review, 39: 8. DOI: 10.1186/s40985-018-0086-7

Sidani S & Fox M (2014). Patient-centered care: clarification of its specific elements to facilitate interprofessional care. J Interprof Care. 28(2): 134-41. DOI: 10.3109/13561820.2013.862519

Solomon DH (1988). Geriatric assessment: Methods for clinical decision making. JAMA; 259(16): 2450-2452.

Sourial N, Bergman H, Karunananthan S, Wolfson C, Guralnik J, Payette H, Gutierrez-Robledo L, Deeg, DJH, Fletcher JD, Puts MTE, Zhu B & Béland F (2012). Contribution of Frailty Markers in Explaining Differences Among Individuals in Five Samples of Older Persons, The Journals of Gerontology: Series A, 67(11): 1197–1204. doi: 10.1093/gerona/gls084.

Stanhope V, Tondora J, Davidson L, Choy-Brown M & Marcus SC (2015). Person-centred care planning and service engagement: A study protocol for a randomized controlled trial. Trials, 16(1): 180. doi: 10.1186/s13063-015-0715-0.

Stijnen MM, Van Hoof MS, Wijnands-Hoekstra IY, Guldemond-Hecker Y, Duimel-Peeters IG, Vrijhoef HJ, Jansen MW (2014). Detected health and well-being problems following comprehensive geriatric assessment during a home visit among community-dwelling older people: who benefits most? Fam Pract. 31(3): 333-40. doi: 10.1093/fampra/cmu015

Stonehouse, D (2018). How SMART Are Your Patients Goals. Bristish journal of Healthcare Assistants, 12(5). https://doi.org/10.12968/bjha.2018.12.5.233

Street RL (2017). The many "Disguises" of patient-centered communication: Problems of conceptualization and measurement. Patient Education and Counseling 100(11): 2131-2134. DOI: 10.1016/j.pec.2017.05.008

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE & Beck JC (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic re-

view and meta-regression analysis. JAMA, 287(8): 1022–1028. doi: 10.1001/jama.287.8.1022.

Sutorius FL, Hoogendijk EO, Prins BA & van Hout HP (2016). Comparison of 10 single and stepped methods to identify frail older persons in primary care: diagnostic and prognostic accuracy. BMC Fam Pract. 17:102. doi: 10.1186/s12875-016-0487-y.

Tatum III Pe, Talebreza S & Ross J (2018). Geriatric Assessment: An Office-Based Approach. Am FAM Physician. 97(12): 776-784.

Theou O, Cann L, Blodgett J, Wallace LM, Brothers TD & Rockwood K (2015). Modifications to the frailty phenotype criteria: Systematic review of the current literature and investigation of 262 frailty phenotypes in the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. Ageing Res Rev. 21:78-94. doi: 10.1016/j.arr.2015.04.001

Thompson K, Shi S & Kiraly C (2016). Primary Care for the Older Adult Patient. Common Geriatric Issues and Syndromes. Obstet Gynecol Clin Am 43(2) 367-379. doi: 10.1016/j.ogc.2016.01.010

Tinetti ME & Fried T (2004). The end of the disease era. Am J Med; 116: 179–85. DOI: 10.1016/j.amjmed.2003.09.031

Tinetti ME, Esterson, J, Ferris, R, Posner, P & Blaum C (2016). Patient Priority–Directed Decision Making and Care for Older Adults with Multiple Chronic Conditions. Clinics in Geriatric Medicine, 32(2): 261-275. doi: 10.1016/j.cger.2016.01.012.

Tourigny A, Bédard A, Laurin D, Kröger E, Durand P, Bonin L, Sévigny A, Frappier A, Roussel MÈ & Martin M (2015). Preventive Home Visits for Older People: A Systematic Review. Can J Aging. 34(4): 506-523. doi: 10.1017/S0714980815000446.

Turner G & Clegg A (2014). Best practice guidelines for the management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Age Ageing. 2014; 43(6): 744-7. DOI: 10.1093/ageing/afu138

Van Craen K, Braes T, Wellens N, Denhaerfynck K, Flamaing J, Moons P, Boonen S, Gosset C, Petermans J & Milisen K. (2010). The effectiveness of inpatient geriatric evaluation and management units: a systematic review and meta-analysis. J Am Geriatr Soc. 58(1): 83-92. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02621.x

Vermunt NP, Harmsen M, Elwyn G, Westert GP, Burgers JS, Olde Rikkert MG & Faber MJ (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. Health Expect, 21(2): 528-538. doi: 10.1111/hex.12647

Vermunt N, Elwyn G, Westert G, Harmsen M, Olde Rikkert M & Meinders M (2019). Goal setting is insufficiently recognised as an essential part of shared decision-making in the complex care of older patients: a framework analysis. BMC Fam Pract, 20(1): 76. DOI: 10.1186/s12875-019-0966-z

Vestergaard E & Nørgaard B (2018). Interprofessional collaboration: An exploration of possible prerequisites for successful implementation. Journal of Interprofessional Care, 32(2): 185–195. doi: 10.1080/13561820.2017.1363725

Vetrano DL, Palmer K, Marengoni A, Marzetti E, Lattanzio F, Roller-Wirnsberger R, Lopez Samaniego L, Rodríguez-Mañas L, Bernabei R, Onder G; Joint Action ADVANTAGE WP4 Group (2019). Frailty and Multimorbidity: A Systematic Review and Meta-analysis. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 74(5): 659-666. DOI: 10.1093/gerona/gly110

Vetrano DL, Rizzuto D, Calderón-Larrañaga A, Onder G, Welmer AK, Bernabei R et al. (2018). Trajectories of functional decline in older adults with neuropsychiatric and cardiovascular multimorbidity: A Swedish cohort study. PLoS Med. 15(3): e1002503. doi: 10.1371/journal.pmed.1002503

Vetrano LD, Foebel AD, Marengoni A, Brandi V, Collamati A, Heckman, Hirdes J, Bernabei R & ONder G (2016). Chronic disease and geriatric syndromes: the different weight of comorbidity. Europeen Journal of Internal medicine 27: 62-67. DOI: 10.1016/j.ejim.2015.10.025

Welsh T.J, Gordon AL & Gladman JR (2014). Comprehensive geriatric assessment – A guide for the non-specialist. International Journal of Clinical Practice, 68(3): 290–293. doi: 10.1111/ijcp.12313

Wenger NS, Roth CP, Shekelle PG, Young RT, Solomon DH, Kamberg CJ, Chang JT, Louie R, Higashi T, MacLean CH, Adams J, Min LC, Ransohoff K, Hoffing M & Reuben DB (2009). A practice-based intervention to improve primary care for falls, urinary incontinence, and dementia. J Am Geriatr Soc. 57(3): 547-55. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02128.x

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Wenger NS, Solomon DH, Roth CP, MacLean CH, Saliba D, Kamberg CJ, Rubenstein LZ, Young RT, Sloss EM, Louie R, Adams J, Chang JT, Venus PJ, Schnelle JF & Shekelle PG (2003). The quality of medical care provided to vulnerable community-dwelling older patients. Ann Intern Med. 139(9): 740-7. DOI: 10.7326/0003-4819-139-9-200311040-00008

Westgård T, Wilhelmson K, Dahlin-Ivanoff S & Ottenvall Hammar I (2019). Feeling Respected as a Person: a Qualitative Analysis of Frail Older People's Experiences on an Acute Geriatric Ward Practicing a Comprehensive Geriatric Assessment. Geriatrics (Basel), 4(1): 16. doi: 10.3390/geriatrics4010016

Whitehead PJ, Walker MF, Parry RH, Latif Z, McGeorge ID & Drummond AE (2016). Occupational Therapy in HomEcare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. BMJ Open, 6(8): e011868. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011868

World Health Organization (2017). Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization. 60 p.

World Health Organization (2007). WHO global report on falls prevention in older age. 53 p.

Wright J, Williams R, & Wilkinson JR. (1998). Development and importance of health needs assessment. BMJ. 316(7140):1310-3. doi: 10.1136/bmj.316.7140.1310

Xue QL (2011). The frailty syndrome: definition and natural history. Clin Geriatr Med, 27(1):1-15. doi: 10.1016/j.cger.2010.08.009.

Zhao J, Chhetri JK, Ji S, Ma L, Dan X & Chan P (2020). Poor self-perceived health is associated with frailty and prefrailty in urban living older adults: A cross-sectional analysis. Geriatric Nursing, 41(6): 754-760. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.05.003.

Voir aussi

https://safe-seniors.com/fr

https://www.inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-aines

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

Module 6. Le développement technologique des OCCI

Les objectifs visés par ce module sont:

1. Décrire le processus de conception et de développement du logiciel intégrant les OCCI
2. Présenter certains avantages et limites de ce processus dans le contexte des soins à domicile
3. Présenter comment mieux utiliser les outils informatiques à domicile

L'implication des utilisateur·trice·s potentiels à toutes les étapes du développement et de l'implantation des systèmes d'informations (SI) est le meilleur prédicteur de la satisfaction des utilisateur·trice·s et, conséquemment, une certaine garantie d'un bon degré d'implantation (Committee on quality of health care in America 2001; Greene, Tuzzio et Cherkin 2012).



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

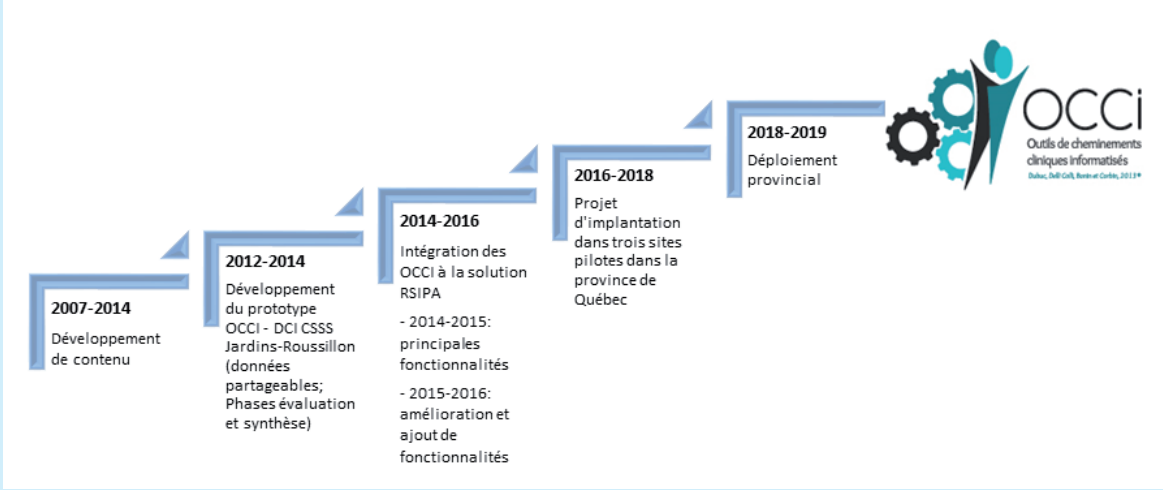
6.1 Quels sont les aspects technologiques à la base des OCCI?

6.1.1 Historique du développement

En 2012, un premier prototype électronique intégrant les deux premières phases des Outils de cheminements cliniques (OCC) (évaluation et synthèse) a été développé dans un Dossier clinique informatisé (DCI) en étroite collaboration entre un CSSS et l'équipe de recherche du centre de recherche sur le vieillissement (CdRV). Par la suite, en 2014, les trois premières phases des OCC ont été informatisées au sein de la solution informatique nommée RSIPA (réseaux de services intégrés aux personnes adultes) grâce à une collaboration entre le MSSS, le CESS, des développeurs de la **DGTI** du MSSS et l'équipe de recherche.

En 2016, la nouvelle solution technologique a été implantée dans trois sites pilotes, avec comme objectifs principaux d'évaluer la robustesse et l'utilisation de la technologie et de permettre la collecte de données de recherche pour améliorer les OCCI. Finalement, en 2018, le déploiement progressif à l'échelle de la province de Québec a été réalisé sur une période d'un an. Les travaux se poursuivent toujours par la DGTI avec l'objectif de compléter l'informatisation des cinq phases des OCCI. La figure 5 résume la chronologie du développement et du déploiement des OCCI (Dubuc et al., 2021).

Figure 5. Chronologie du développement des OCCI à leur déploiement.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.1.2 Les aspects technologiques à la base des OCCI

L'instauration de système d'information (SI) est une composante clé du succès des outils de cheminements cliniques, particulièrement lorsque les situations cliniques sont complexes, et dans les situations où de multiples organisations et plusieurs disciplines sont impliquées, comme dans le cas des OCCI développés par notre équipe (Neame et al., 2019). Les SI offrent plusieurs avantages. À la base, l'informatisation d'outils cliniques permet de faciliter le partage d'information, d'uniformiser le processus d'évaluation et de prise en charge d'une personne et de collecter des données qui serviront à orienter les décisions actuelles et futures. Puisque la saisie de l'information est faite à la source, meilleures sont les chances que ces données soient par la suite utilisées pour induire les changements requis à la pratique clinique (Gagnon et al., 2012; Naeme et al., 2019). Dans le domaine de la gériatrie, une revue systématique révèle que 92 % des études rapportent des effets bénéfiques de l'utilisation des SI au niveau de la qualité des soins, de l'évaluation adéquate des besoins, de la détection précoce des maladies, de la communication entre les personnes aînées et les intervenant·e·s (Vedel et al., 2013).

Même s'il est encore difficile d'évaluer les gains directs en termes de qualité de soins et d'optimisation des ressources cliniques lors de l'informatisation de ces outils, la structure des données et l'apport en termes d'aide aux décisions cliniques sont des avantages marqués de cette informatisation (Naeme et al., 2019).

Pour être mieux accepté, un système informatisé ne doit pas seulement permettre de collecter les données. Il faut aussi qu'il puisse apporter une valeur ajoutée à celles-ci, notamment avec un prétraitement ou une interprétation adéquate des données qui vont servir à guider les discussions entre les intervenant·e·s et les personnes (Quinn et al., 2019). Ainsi, l'informatisation des OCCI permet d'assister les intervenant·e·s dans les décisions en fournissant des indicateurs de situations potentiellement problématiques et des facteurs de risque reposant sur un ensemble de règles tirées des écrits scientifiques (voir le module 5). Ce type de système entre dans la catégorie de l'intelligence artificielle des systèmes experts (Tan et al., 2016). Les systèmes experts interprètent les données brutes collectées, basées sur des règles établies par des références dans le domaine, pour fournir aux utilisateur·trice·s des suggestions et des indications les guidant dans leurs choix cliniques. De manière générale, on peut identifier trois types ou niveaux de fonctions de ce type de système d'aide à la décision. Le premier niveau fournit des outils pour la gestion des informations cliniques, y compris l'automatisation de la saisie des données et de la recherche d'informations. Le deuxième niveau fournit des outils, pour attirer l'attention des utilisateur·trice·s, tels que les fonctions qui signalent les valeurs anormales, ou les rappels de données manquantes ou tâches incomplètes. Le troisième niveau fournit des recommandations et des conseils plus spécifiques basés sur des données propres à la personne. Ils suivent généralement des algorithmes ou des parcours cliniques (Khalifa, 2014). Contrairement à d'autres systèmes à base d'intelligence artificielle, les systèmes experts ne prennent pas automatiquement des décisions pour l'utilisateur·trice. C'est donc sur les principes d'un système expert laissant le jugement clinique final à l'intervenant·e que repose l'informatisation des OCCI.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

Toutefois, en dépit des avantages que comportent les SI, on note que plusieurs facteurs peuvent faciliter ou limiter leur utilisation et leur succès. Il a été démontré que les bénéfices perçus des SI par les professionnel·elle·s sont un facilitateur fréquemment rapporté, suivi de la facilité d'utilisation (Davis, 2005; Davis et al., 2005; McCance et al., 2011; McConnell et al., 2013). En opposition, les problèmes reliés au design et à la familiarité du SI ainsi que les contraintes de temps, limitent la probabilité de leur adoption (Davis, 2005; Davis et al., 2005; McCance et al., 2011; McConnell et al., 2013).

L'implication des utilisateur·trice·s potentiels à toutes les étapes du développement et de l'implantation des SI est le meilleur prédicteur de la satisfaction des utilisateur·trice·s et, conséquemment, une certaine garantie d'un bon degré d'implantation (Committee on quality of health care in America 2001; Greene, Tuzzio et Cherkin 2012).

Ce critère de succès s'appliquerait tout autant à l'application des connaissances (AC) des OCCI (Robinson et al., 2008; Stewart, 1995). Ainsi, une implication accrue des personnes impliquées, comme ce fut le cas dans le développement et l'informatisation des OCCI jusqu'à présent, serait donc propice à éliminer certaines barrières lors du processus d'AC.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.1 C'est quoi? - Exercices

C'est quoi?

Exercice

Parmi ces éléments, lesquels sont nécessaires à l'informatisation des OCC?

- Présence de système d'information (SI)
- Équipements préalables au niveau technologique (ex. : portables, tablettes)
- Implication des utilisateur·trice·s

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.2 Pourquoi les OCC doivent-ils être informatisés?

Comme il a été souligné précédemment, l'informatisation est un élément clé pour une mise en œuvre réussie des OCCI. Les critiques des outils de cheminements proviennent principalement des limites de ces documents lorsqu'ils sont disponibles en mode papier. Il est alors difficile d'adapter les formulaires aux besoins individuels de chaque personne et les interdépendances entre les différentes problématiques ou besoins (pour différentes conditions) ne sont pas explicites : les parcours multiples ont alors tendance à être fusionnés en une simple liste de tâches (Chu et Cesnik, 1998; Morris, 2000) qui soutient peu le travail de l'intervenant·e, en le rendant même davantage complexe. C'est ainsi que «l'informatisation » de ces outils a été proposée comme un moyen de surmonter ces limites, pour permettre à ces outils d'être intégrés au dossier de santé (de Luc et Todd, 2003).

Bien qu'à l'heure actuelle les deux dernières phases des OCCI ne soient pas encore entièrement développées, le système constitue une solution interactive entre les personnes et les différents professionnel·elle·s de la santé en SAD pour soutenir le processus clinique usuel. Il offre une vue rétrospective qui donne une vision historique de l'état de santé et des interventions mis en place; une vision simultanée ou une vue actuelle de l'état de santé que vous investiguez lors de la rencontre; et une vision prospective soit une vision future des activités et interventions que vous planifier.

Pourquoi?

L'informatisation est donc utile pour :

- soutenir le processus clinique (évaluation, priorisation, planification, prestation, suivi) dans son ensemble;
- assurer le suivi d'une personne en temps réel;
- assurer la continuité et la coordination de l'offre de services;
- assurer une saisie à la source; une mise à jour continue;
- assurer une rétroaction aux intervenant·e·s et aux gestionnaires en temps réel;
- soutenir les processus de gestion en temps opportun lorsque les données sont analysées.

Un des enjeux liés à l'utilisation des SI concerne souvent la relation avec la personne. Une revue systématique impliquant l'étude de 43 interventions visant à former les médecins au processus de communication à adopter lors de soins centrés sur la personne a constaté des effets positifs. Ces effets se situent au niveau des modes de communications utilisés sur les perceptions des patient·e·s (ex.: sur l'attention, l'empathie, la clarification des préoccupations et les options de traitement des prestataires, et l'état de santé) (Dwamena et al., 2012).

Puisque la communication est à la base du processus de soins des personnes, il convient donc de s'assurer que l'ajout d'un outil informatique lors de la rencontre (ex. : ordinateur, tablette) ne viendra pas nuire à cette communication. Or, les divers professionnel·elle·s citent souvent les difficultés à assurer une saisie précise et complète des données tout en fournissant simultanément des soins cen-

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

trés sur la personne (Ventres et Frankel, 2010).

En fait, les intervenant·e·s conçoivent souvent l'ajout d'outils informatisés dans leur pratique comme étant un frein à la communication avec leurs usager·ère·s (Eberts et Capurro, 2019). En revanche, ceux-ci ne perçoivent pas d'obstacles et de différence majeure au niveau de l'approche de leur intervenant·e (Meltzer et al., 2022). Selon Monturo et al. (2021), la transition vers des outils cliniques informatisés n'aurait pas d'impact négatif sur l'expérience usager. Il semblerait aussi que les personnes perçoivent la communication, lors de l'usage des outils informatiques, comme étant un important indicateur de la qualité des soins reçus, principalement lorsqu'ils sont impliqués dans le processus de prise de décision partagée (Mohammed et al., 2016).

Rathert et al. (2017) constatent qu'il est possible de fournir des soins centrés en présence d'un dossier électronique, en facilitant le partage de l'équipement avec la personne et en lui fournissant le temps optimal pour interagir avec elle et saisir les données. Ainsi, pour que le système soit bien utilisé, les utilisateur·trice·s doivent recevoir suffisamment d'enseignement afin d'avoir une connaissance et une compréhension claires du système ou du dossier électronique pour être en mesure de l'utiliser tout en communiquant adéquatement avec la personne. Les utilisateur·trice·s ayant des connaissances et une éducation adéquates montrent une efficacité et une compétence accrues lorsqu'ils travaillent avec ce type de système (Weber et al., 2009). Toutefois, la formation à elle seule n'est pas suffisante. Comme le souligne Rathert et al. (2017), une pratique améliorée nécessite aussi des processus améliorés. Puisque la saisie d'informations dans un dossier électronique prend plus de temps qu'il n'en faut pour saisir des données dans un dossier papier, cela devrait être pris en compte lorsque les organisations établissent des points de repère pour le débit des évaluations d'usager·ère·s. Elles doivent aussi s'assurer que l'équipement est physiquement organisé de manière à éviter que l'utilisateur·trice se trouve dans un emplacement physique qui l'oblige à se détourner de la personne pour saisir des données.

Ainsi, dans un contexte où les informations cliniques doivent suivre la personne dans un objectif de meilleure coordination entre les professionnel·elle·s (Aubert et al., 2007), il apparait tout à fait judicieux d'utiliser les OCCI impliquant l'utilisation d'un système expert et d'un ordinateur portable lors des évaluations. Le système interprète les informations spécifiques entrées concernant la personne afin de fournir un résumé succinct et une assistance pour prendre les décisions les plus appropriées lors de la démarche clinique (Kong et Yang, 2008). Il aide également les utilisateur·trice·s à détecter et à prévenir des risques cliniques possibles pour la sécurité des personnes (Sutton et al., 2020).

En fait, à l'ère du dossier médical électronique, le soutien au développement de systèmes experts continue de croître, mais il reste encore quelques progrès à faire, notamment en termes d'interopérabilité, de rapidité, de facilité de déploiement, de mise à jour des données probantes et des coûts. Une conception consciencieuse doit aussi être réfléchie lors de la construction, de la mise en œuvre et de la maintenance de ces systèmes, de manière à réduire la fatigue des intervenant·e·s et à faciliter leur adhérence au processus (Sutton et al., 2020).

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.2 Pourquoi? - Exercices

Pourquoi?

Exercice 1.

Selon vous, quels sont les avantages de l'informatisation des OCC?

Réponse

Exercice 2.

Parmi les énoncés suivants, lesquels sont FAUX?

1. L'informatisation des OCCI implique que le système prendra toutes les décisions pour moi et que je n'aurai plus à exercer mon jugement clinique.
2. Les OCCI fournissent plusieurs avantages, dont notamment la facilitation du travail multidisciplinaires ainsi qu'une meilleure prise en charge des personnes.
3. La relation intervenant·e-personne sera affectée négativement par l'utilisation d'un ordinateur pour réaliser les évaluations dans le contexte des OCCI.
4. Il n'y a pas d'avantages directs à informatiser les OCC – les évaluations papiers sont plus efficaces et pratiques, puisqu'elles ne risquent pas de subir des problèmes technologiques.

Réponse

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

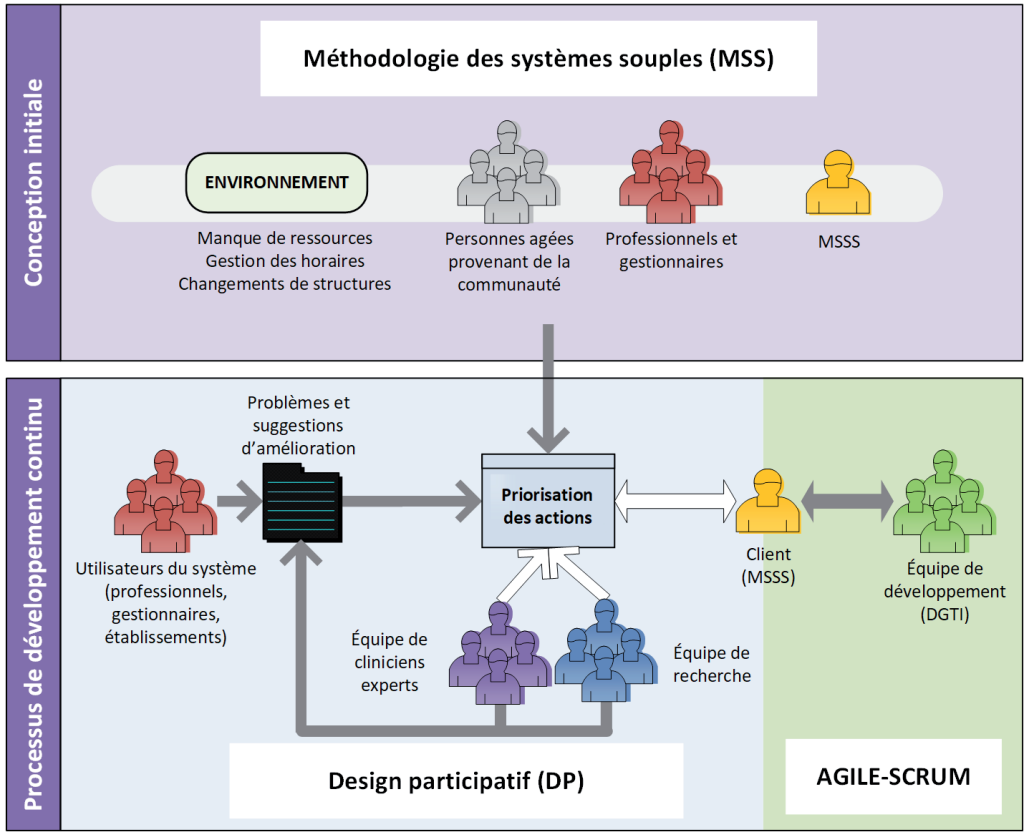
Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.3 Comment a-t-on informatisé les OCCI?

Dans le domaine du développement logiciel, les développeurs sont souvent confrontés à plusieurs choix technologiques quant aux approches et aux plateformes à utiliser. L'informatisation des OCCI ne fait pas exception à ces choix. Considérant que les intervenant·e·s, les gestionnaires, l'équipe de recherche et le MSSS devaient faire partie prenante du développement logiciel pour fournir une solution adaptée aux différents besoins, une combinaison d'approches de développement logiciel a été mise en œuvre. La figure suivante résume les différentes approches et étapes réalisées.

Figure 6. Les différentes approches utilisées pour le développement des OCCI.



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.3.1 Les trois méthodologies utilisées

Pour parvenir à élaborer et à concevoir un système basé sur les besoins réels, trois méthodologies de développement logiciel ont été mises en place dans le processus de conception et de programmation.

La méthodologie AGILE utilisant SCRUM appliquée au développement de logiciel est de plus en plus reconnue (Salah et al., 2014). Elle offre de nombreux avantages tels que des itérations rapides avec de nouvelles fonctionnalités qui seront disponibles pour les utilisateur·trice·s à chaque étape et la capacité de s'adapter aux nouvelles demandes. La DGTI/MSSS (équipe de développement de projet) connaissait assez bien la méthode. Utiliser cette approche pour un projet complexe peut rendre difficile de focaliser sur l'objectif du projet et de ne pas perdre l'innovation à cause de contraintes de temps (Turk et al., 2002). Bien que la méthodologie AGILE ne nécessite pas une conception minutieuse au départ, la méthodologie SSM - Soft Systems Methodology - (Checkland, 2000) a été utilisée pour la conception initiale du système. Considérant les multiples acteurs impliqués, le « participatory design – PD » (Grudin, 1991) a également été ajouté à la méthodologie classique AGILE-SCRUM pour impliquer les gestionnaires et différents utilisateur·trice·s.

Le SSM est meilleur dans la modélisation des situations complexes menant vers une définition cohérente du problème, qui est ensuite utilisée pour concevoir un système répondant aux besoins identifiés (Checkland, 2000). Appliqué à la conception des OCCI, il fournit un modèle global du logiciel attendu. Bien que la méthode AGILE ne nécessite pas une telle modélisation au préalable, le SSM produit un plan global, fournissant une vue d'ensemble du projet avant l'application de la méthode AGILE. Cette approche offre des pistes prometteuses pour améliorer le processus AGILE dans certains cas (Bustard et Keenan, 2009). L'équipe de recherche a conduit la modélisation SSM et intégré les contributions des utilisateur·trice·s du système en cours de développement (professionnel·elle·s de santé, gestionnaires, organisations). Le processus SSM n'a été utilisé que pour la phase initiale du processus de développement.

En revanche, l'approche « participatory design - PD » vise à impliquer les gestionnaires du projet et les utilisateur·trice·s tout au cours du processus. Généralement, la méthode AGILE implique un client et des développeurs. L'idée derrière une approche participative plus large dans le développement des OCCI était de parvenir à une solution finale qui satisferait les besoins de toutes les personnes participantes. Combiner la méthode AGILE et le PD s'est déjà avéré efficace (Kautz, 2010). Le PD a également été utilisé avec succès dans des projets liés à la santé (van Velsen et al., 2015), en particulier dans le développement d'un « plan de soins individuel » électronique ou e-ICP (Bjerkan et al., 2015). Dans le cas des OCCI, l'approche PD a fourni une rétroaction régulière pour le processus AGILE-SCRUM. Une équipe d'experts cliniques a fourni des rétroactions et des commentaires sur la validité clinique des OCCI et l'interface conviviale pendant le processus d'informatisation. L'équipe de recherche a également été impliquée dans le PD, apportant un soutien scientifique et veillant à ce que les OCCI soient conformes aux contenus déjà développés. Les deux équipes ont suggéré des améliorations qui ont été utilisées pour prioriser le développement et définir les étapes (sprints) selon la méthode AGILE. Les utilisateur·trice·s

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

constituaient un autre groupe important impliqué dans le PD, servant de sites pilotes pour le nouveau système RSIPA qui incluait les OCCI. Les utilisateur·trice·s ont fourni des commentaires sur l'utilisation des versions du système, ses fonctionnalités, l'affichage des informations, les problèmes rencontrés et les améliorations souhaitées.

Le modèle SSM ainsi que les commentaires des utilisateur·trice·s, de l'équipe de recherche et des gens du CESS ont été pris en compte par le client de l'équipe de développement soit le MSSS. Avoir un modèle dans lequel le client n'est pas l'utilisateur du système est typique dans le développement de logiciels selon la méthode AGILE (Martin et al., 2004). Les rétroactions de ces différents groupes ont été combinées et les ressources disponibles ont été prises en compte (temps, ressources humaines et financières) pour hiérarchiser les actions, puis envoyées à l'équipe de développement pour évaluation et intégration dans les futures étapes de développement. L'équipe de développement a fourni des commentaires au client ainsi qu'aux équipes cliniques et de recherche sous forme d'esquisses de la mise en œuvre des fonctionnalités proposées et des versions du logiciel.

6.3.2 Résultat dans RSIPA

Le cadre normatif était l'un des principaux résultats du modèle des SSM.

Le cadre consiste en un document de référence soutenant la saisie de données standardisées dans une solution informatisée ainsi que leur utilisation à des fins d'information. Nous avons utilisé les résultats de la dernière étape du modèle SSM comme points de départ pour les étapes suivantes, lorsque nous avons commencé notre partenariat avec le MSSS pour concevoir la version 2016 améliorée de RSIPA intégrant les OCCI.

Le processus d'élaboration des principales fonctionnalités comprenait des réunions téléphoniques régulières d'une heure, toutes les deux semaines, et une réunion en présentiel de trois heures, toutes les 4 à 6 semaines entre les utilisateur·trice·s de l'outil et l'équipe de développement du ministère. À cela, se sont ajoutées des consultations individuelles régulières avec des professionnel·elle·s de la santé des milieux cliniques. Le MSSS a organisé des sessions de test (laboratoire) pour recueillir des contributions / suggestions similaires de formateur.trice.s expert.e.s. Notamment, des ajustements de terminologie ont été effectués avec un comité de personnes aînées, permettant ainsi d'avoir une approche inclusive se rendant même jusqu'aux utilisateur·trice·s des OCCI.

Le MSSS a ensuite accepté ou rejeté les commentaires issus de toutes ces discussions, et a transféré les discussions dans le journal des tâches (« backlog ») de l'équipe de développement AGILE-SCRUM.

L'utilisation de plusieurs méthodologies de développement de logiciels pour faire face aux lacunes d'une méthode spécifique s'est avérée efficace pour le projet des OCCI, offrant un système entièrement fonctionnel et efficace compte tenu des ressources très limitées du projet. La nouvelle solution RSIPA intégrant les OCCI est un exemple prometteur de technologies qui soutiennent la prestation de soins intégrés grâce à une meilleure évaluation, planification, organisation et un meilleur suivi.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.3.2.1 Comment utiliser la technologie

La plupart des intervenant·e·s ont maintenant une attitude positive par rapport à l'amélioration de la qualité de la documentation électronique et l'appréciation de la diminution de la charge de travail offerte par l'utilisation d'un système bien conçu. Cependant, malgré les avantages perçus, il existe des obstacles qui peuvent entraver l'utilisation de systèmes informatisés. Le plus grand concerne souvent le temps passé à compléter les données (même si des économies de temps peuvent être obtenues par la suite) et le comportement qu'il faut adopter devant une personne lorsque l'on utilise le système en temps réel (Cassano, 2014). Il est tout à fait normal pour l'intervenant·e de ressentir une certaine crainte face à l'utilisation d'un système informatique (Bonneville et al., 2008). Par contre, les avantages soulevés par l'usage des systèmes informatisés sont généralement supérieurs aux inconvénients rapportés, notamment en ce qui concerne l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du travail (Cassano, 2014). Il faut donc voir le système et l'ordinateur comme des outils supplémentaires dans l'établissement d'un contact clinique avec les personnes.

Pour bien utiliser ces outils, il faut impliquer à la fois l'intervenant·e et la personne dans les scénarios d'utilisation, puisqu'il a été démontré que l'information se transmet mieux lorsque les personnes sont attentives à la même chose en même temps (par exemple, en montrant l'écran de l'ordinateur à la personne lorsque l'évaluation est réalisée). Il faut aussi éviter de tomber dans les pièges d'utiliser l'outil sans impliquer la personne, dressant ainsi un mur entre l'intervenant·e et celle-ci (Rathert et al., 2017). Comme tout bon outil, il faut s'assurer de bien savoir utiliser les outils informatiques, puisqu'une bonne connaissance de ceux-ci est un élément clé pour établir une bonne relation entre l'intervenant·e et la personne (Cassano, 2014; Wuerth et al., 2014).

Voici quelques éléments facilitateurs pour l'utilisation des OCCI :

- Assurez-vous d'avoir tout le matériel requis, notamment au niveau de l'alimentation électrique (fil de recharge, piles chargées) et au niveau de l'accès au réseau (connexion cellulaire et jeton d'accès).
- Familiarisez-vous avec l'outil informatisé avant les rencontres, notamment en ce qui concerne le flot d'utilisation, les outils de recherche pour les listes déroulantes et l'utilisation des affichages pour la prise de décision partagée, avant de rencontrer la personne. Sachez comment effectuer le transfert d'une évaluation vers le plan ou utiliser les tableaux sommaires présentant l'information avec la personne.
- Sachez qui contacter en cas de problème technique et prévoyez un plan B au besoin si des problèmes de connexion se présentent.
- Avant la rencontre, passez en revue la liste des préoccupations, des problèmes et des notes précédentes pour améliorer l'efficacité de l'entrevue.
- Lors de la première rencontre, expliquez le fonctionnement de la visite à la personne en lui mentionnant que vous allez utiliser un dossier clinique électronique et assurez-vous d'avoir un espace de travail où la personne pourra voir l'écran lors de la saisie des informations et où vous pourrez également les regarder pendant l'entrevue.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

C'est quoi ? Exercices

Pourquoi? Exercices

Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

Voici d'autres éléments facilitateurs pour l'utilisation des OCCI :

- Valorisez l'outil : parlez des avantages de son utilisation et faites-en un outil pour impliquer les personnes en examinant conjointement certaines données telles que les priorités qui ont été déterminées pendant la discussion de la priorisation des besoins. Si vous affichez une attitude négative envers l'outil, cela peut donner l'impression que l'évaluation ne sera pas bonne. Les personnes peuvent aussi se questionner sur l'utilité de ces dossiers. Vous pouvez leur expliquer que les informations peuvent être utilisées dans le cadre de leurs soins pour assurer un meilleur suivi de leur situation et une meilleure coordination entre les différents professionnel·elle·s et partenaires impliqués dans leurs soins et services. Le dossier électronique permet également le partage d'une information commune complète et lisible à tous les points de services, ce qui permet de réduire la redondance des évaluations entre les différents prestataires. Ces outils demandent aux intervenant·e·s de saisir des notes ou des éléments spécifiques pour chaque personne, ce qui permet de documenter avec précision les informations requises d'une personne à l'autre.

- Même si différentes visites peuvent nécessiter une documentation différente, l'outil permet de diminuer la perte de données et même d'offrir des suggestions sur ce qui peut être fait. Les premières évaluations peuvent être plus longues mais le temps requis pour les réévaluations est généralement beaucoup plus court. Vous pouvez également les rassurer en leur disant que les intervenant·e·s sont tenus par la loi de protéger la confidentialité de leurs données personnelles.

- Soyez centré·e sur la personne et non sur l'écran. Ainsi, regardez-la et détachez-vous de l'écran (en fermant celui-ci ou en le détournant), lorsqu'elle commence à discuter d'un sujet sensible ou émotionnel ou encore lorsqu'il est important d'établir une relation d'aide. Cela est particulièrement vrai au début de la rencontre, lorsque vous vous présentez pour la première fois à une nouvelle personne et lorsque des questions sensibles sont discutées. Pendant ces moments clés, accordez aux personnes toute votre attention.

- Gardez autant que possible un contact visuel avec les personnes présentes et restez attentif·ve aux signes verbaux et non-verbaux pouvant exprimer la fatigue ou l'épuisement, ce qui pourrait nécessiter une pause ou un report à un autre moment pour la suite. Saisissez les données une fois que la personne a fait part de ses préoccupations. Ajustez les moments de rédaction en fonction de ses besoins. Commencez par les préoccupations de la personne et permettez-lui de diriger le flux d'informations pendant que vous dirigez le contenu vers des sujets cliniquement pertinents. Autant que possible, n'empêchez pas la personne de s'exprimer parce que vous voulez écrire ou chercher quelque chose. Maximisez l'interaction avec elle. Prévoyez du temps, en l'encourageant à poser des questions si elle ne comprend pas quelque chose.

OCCi
Outils de cheminements cliniques informatisés
Dubuc, Delli Colli, Bonin et Corbin, 2013®

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

- Soyez ouvert·e à tout ce que vous faites avec le dossier électronique en présence de la personne. Selon les sections, pensez à interagir avec elle en lui disant ce que vous faites, pointez vers l'écran lorsque cela peut être utile et montrez-lui des résultats ou des éléments pour discuter (Wuerth, Campbell et King, 2014). Lors de la discussion des résultats ou de notes, tournez le moniteur vers la personne et pointez ce dont vous discutez. Cela facilite son engagement et augmente sa satisfaction à l'égard de la rencontre. Laissez aussi la personne regarder pendant que vous saisissez des informations : cela permet non seulement d'établir une relation de confiance avec la personne, mais également de garantir l'exactitude des informations, car elle est là pour les confirmer.
- Faites un effort pour améliorer vos compétences en informatique et en dactylographie. Au fur et à mesure que vous vous familiariserez avec le système, vous améliorerez votre vitesse de balayage d'écran, votre vitesse de navigation et votre précision, et vous apprendrez à utiliser efficacement les aides à la décision. Finalement, soyez patient·e, puisque cela peut prendre plusieurs mois selon la fréquence des évaluations avant qu'une personne professionnelle de la santé devienne compétente et confiante dans son utilisation d'un dossier clinique électronique.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

6.3 Comment? - Exercices

Exercice

Quels ont été les différents acteurs impliqués dans l'informatisation des OCCI?

Identifiez tout ce qui s'applique.

- Santé Canada
- Équipe de recherche ayant développé les OCCI
- MSSS
- Professionnel·elle·s sur le terrain
- Comité international de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) sur les bonnes pratiques en soins à domicile
- Équipe d'experts cliniques

Réponse



Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

Glossaire et acronymes

Module 6. Pour aller plus loin...



Les références

Aubert BA, Babin G, Barki H, Bernard JG, Bernier C, Cameron AF, Chokron M, Dubé L, Gerbé O, Léger PM, Mireault P, Paré G, Pozzebon M, Rivard S, Robert J, Roy V, Talbot J, Trudel MC & Wybo MD. (2007). Les technologies de l'information et l'organisation: une histoire riche, un avenir prometteur. Gestion, 32(3): 110-120.

Bjerkan J, Hedlund M & Helleso R (2015). Patients' contribution to the development of a web-based plan for integrated care - a participatory design study. Inform Health Soc Care, 40(2): 167-84. DOI: 10.3109/17538157.2014.907803

Bonneville L & Sicotte C (2008). Les défis poses à la relation soignant-soigné par l'usage de l'ordinateur portable en soins à domicile. Communication, 26(2): 75-107. https://doi.org/10.4000/communication.839

Bustard D & Keenan F (2009). Soft Systems Methodology: An Aid to Agile Development? In: Wojtkowski W, Wojtkowski G, Lang M, Conboy K and Barry C, (eds.). Information Systems Development. Boston, MA: Springer, Boston, MA, pp 25-38.

Cassano C (2014). The right balance - Technology and patient care; OJNI, 18(3).

Checkland P (2000). Soft Systems Methodology : A thirty year retrospective. Systems Research and Behavioral Science; 17: S11–S58. https://doi.org/10.1002/1099-1743(200011)17:1+<::AID-SRES374>3.0.CO;2-O

Chu S & Cesnik B (1998). Improving clinical pathway design: lessons learned from a computerised prototype. Int J Med Inform, 51(1): 1-11. DOI: 10.1016/s1386-5056(98)00003-3

Committee on quality of health care in America – Institute of Medicine (Ed.). Crossing the Quality Chasm. A new Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies press (US); 2001. doi: 10.17226/10027

Davis N (2005). Integrated care pathways - A guide to good practice. National Leadership and Innovation Agency for Healthcare. 60 p.

Davis K, Schoenbaum SC & Audet AM (2005). A 2020 vision of patient-centered primary care. J Gen Intern Med, 20(10): 953-7. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0178.x

de Luc K & Todd J. (2003). Introduction. In: de Luc K, Todd J, (eds.) E-Pathways: Computers and the Patient's Journey Through Care. First edition, Oxford: Radcliffe Medical Press, 246 p. https://doi.org/10.1201/9781315376165

Dubuc N, Delli-Colli N, Bonin L & Tousignant M (2007). Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. In Fleury MJ, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. (Dir) Le système sociosanitaire au Québec Gouvernance, régulation et participation. Ch 14 pp. 245-261 Montréal: Gaétan Morin éditeur; 513 p.

Dubuc N, Brière S, Corbin C, N'Bouke A, Bonin L & Delli-Colli N. (2021). Computerized Care-Pathways (CCPs) System to Support Person-Centered, Integrated, and Proactive Care in Home-Care Settings. Informatics for Health and Social Care, 46(1): 100-111. DOI: 10.1080/17538157.2020.1865969

Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J & Olomu A (2012). Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev, 12: CD003267. doi: 10.1002/14651858.CD003267.pub2

Eberts, M & Capurro, D (2019). Patient and Physician Perceptions of the Impact of Electronic Health Records on the Patient-Physician Relationship. Applied clinical informatics, 10(4): 729–734. doi: 10.1055/s-0039-1696667

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

- C'est quoi ? Exercices
- Pourquoi? Exercices
- Comment? Exercices

Pour aller plus loin...

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Gagnon MP, Desmartis M, Labrecque M, Car J, Pagliari C, Pluye P, Fremont P, Gagnon J, Tremblay N & Legare F (2012). Systematic review of factors influencing the adoption of information and communication technologies by healthcare professionals. J Med Syst, 36(1): 241-277. DOI: 10.1007/s10916-010-9473-4

Greene SM, Tuzzio L & Cherkin D (2012). A framework for making patient-centered care front and center. Perm J, 16(3):49-53. doi: https://doi.org/10.7812/tpp/12-025

Grudin J (1991). Interactive systems: bridging the gaps between developers and users. Computer, 24(4): 59 - 69. DOI: 10.1109/2.76263

Kautz K (2010). Participatory Design Activities and Agile Software Development. In: Pries-Heje J, Venable J, Bunker D, Russo NL, DeGross JI and (Eds.). Human Benefit through the Diffusion of Information Systems Design Science Research TDIT 2010. IS Design Science Research, pp. 303–16. IFIP AICT ed. Berlin, Heidelberg: Springer. 349 p.

Khalifa M (2014). Clinical Decision Support: Strategies for Success. Procedia Computer Science, 37: 422 – 427. https://doi.org/10.1016/j.procs.2014.08.063

Kong G, Xu D-L & Yang J-B (2008). Clinical decision support systems: a review on knowledge representation and inference under uncertainties. Int J Comput Intell Syst, 1(2): 159–167. https://doi.org/10.1080/18756891.2008.9727613

Martin A, Biddle R & Noble J (2004). The XP Customer Role in Practice: Three Studies. Agile Development Conference (ADC'04). Salt Lake City, UT, USA IEEE Institute of Electrical and Electronics Engineers: pp 42-54. DOI: 10.1109/ADEVC.2004.23

McCance T, McCormack B & Dewing J (2011). An exploration of person-centredness in practice. Online J Issues Nurs, 16(2): 1. https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

McConnell T, O'Halloran P, Porter S & Donnelly M (2013). Systematic Realist Review of Key Factors Affecting the Successful Implementation and Sustainability of the Liverpool Care Pathway for the Dying Patient. Worldviews Evid Based Nurs.

Meltzer EC, Vorseth KS, Croghan IT, Chang YH, Mead-Harvey C, Johnston LA, Strader RD, Yost KJ, Marks LA & Poole KG (2022). Use of the Electronic Health Record During Clinical Encounters: An Experience Survey. Ann Fam Med, 20(4): 312-318. DOI: 10.1370/afm.2826

Mohammed K, Nolan MB, Rajjo T, Shah ND, Prokop LJ, Varkey P & Murad MH. (2016). Creating a Patient-Centered Health Care Delivery System: A Systematic Review of Health Care Quality From the Patient Perspective. Am J Med Qual, 31(1): 12-21. doi: 10.1177/1062860614545124

Monturo C, Brockway C, Ginev A (2022). Electronic Health Record Transition: The Patient Experience. Comput Inform Nurs. 40(1): 53-60. doi: 10.1097/CIN.0000000000000805

Morris AH (2000). Developing and implementing computerized protocols for standardization of clinical decisions. Ann Intern Med, 132(5): 373-83. doi: 10.7326/0003-4819-132-5-200003070-00007

Neame MT, Chacko J, Surace AE, Sinha IP & Hawcutt DB (2019). A systematic review of the effects of implementing clinical pathways supported by health information technologies. J Am Med Inform Assoc, 26(4): 356-363. doi: 10.1093/jamia/ocy176

Quinn M, Forman J, Harrod M, Winter S, Fowler KE, Krein SL, Gupta A, Saint S, Singh H & Chopra V (2019). Electronic health records, communication, and data sharing: challenges and opportunities for improving the diagnostic process. Diagnosis (Berl), 6(3): 241-248. doi: 10.1515/dx-2018-0036

Rathert C, Mittler JN, Banerjee S & McDaniel J. (2017). Patient-centered communication in the era of electronic health records: What does the evidence say? Patient Educ Couns, 100(1): 50-64. doi: 10.1016/j.pec.2016.07.031

Robinson JH, Callister LC, Berry JA & Dearing KA (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. J Am Acad Nurse Pract, 20(12): 600-607. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00360.x

Salah D, Paige RF & Cairns P (2014). A systematic literature review for agile development processes and user centred design integration. In: Engineering EEaAiS, (ed.). Proceedings of the 18th International Conference on Evaluation and Assessment in Software Engineering, Article 5. London, England, United Kingdom: EASE 14 Evaluation and Assessment in Software Engineering.

Stewart MA (1995). Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. CMAJ, 152(9): 1423-1433.

Sutton RT, Pincock D, Baumgart DC et al. (2020). An overview of clinical decision support systems: benefits, risks, and strategies for success. npj Digit. Med. 3: 17. doi: 10.1038/s41746-020-0221-y

Tan CF, Wahidin LS, Khalil SN, Tamaldin N, Hu J & Rauterberg GWM (2016). The application of expert system: a review of research and applications. ARPN Journal of Engineering and Applied Sciences, 11(4): 2448-2453.

Turk D, France R & Rumpe B (2002). Limitations of Agile Software Processes. Third International Conference on Extreme Programming and Flexible Processes in Software Engineering, XP. Alghero, Italy 2002, p. 43-6.

van Velsen L, Illario M, Jansen-Kosterink S, Crola C, Di Somma C, Colao A & Vollenbroek-Hutten M (2015). A Community-Based, Technology-Supported Health Service for Detecting and Preventing Frailty among Older Adults: A Participatory Design Development Process. J Aging Res. 2015: 216084. doi: 10.1155/2015/216084

Vedel I, Akhlaghpour S, Vaghefi I, Bergman H & Lapointe L (2013). Health information technologies in geriatrics and gerontology: a mixed systematic review. J Am Med Inform Assoc. 20(6): 1109-1119. doi: 10.1136/amiajnl-2013-001705

Ventres WB & Frankel RM (2010). Patient-centered care and electronic health records: it's still about the relationship. Fam Med, 42(5): 364-6.

Weber S, Crago EA, Sherwood PR & Smith T (2009). Practitioner approaches to the integration of clinical decision support system technology in critical care. J Nurs Adm, 39(11): 465-9. doi: 10.1097/NNA.0b013e3181bd5fc2

Wuerth R, Campbell C, King WJ (2014). Top 10 tips for effective use of electronic health records. Paediatr Child Health, 19(3): 138. doi: 10.1093/pch/19.3.138

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Retour

Glossaire et acronymes

AC	Application des connaissances
AGILE	Méthodologie de développement de logiciels. AGILE implique un client et des développeurs. C'est un modèle dans lequel le client n'est pas l'utilisateur·trice du système.
AGILE-SCRUM	Méthodologie AGILE utilisant SCRUM appliquée au développement de logiciel. Elle offre de nombreux avantages tels que des itérations rapides avec de nouvelles fonctionnalités disponibles pour les utilisateur·trices à chaque sprint et la capacité de s'adapter aux nouvelles demandes.
Autonomisation	L'autonomisation se définit comme un processus à travers lequel une personne gagne du pouvoir sur sa vie. Le terme « autonomisation » réfère dans son sens général à une philosophie, celle d'augmenter l'autonomie de personnes vulnérables. L'autonomisation a pour objet d'aider les personnes à continuer de vivre à domicile, et d'éviter ou de retarder la progression vers des services plus intensifs et plus couteux. L'autonomisation met l'accent sur le développement ou le rétablissement des capacités d'une personne à vivre de façon aussi autonome que possible. Elle accorde aussi une priorité à la participation active la personne et de son proche dans les décisions qui concernent les services de soutien à domicile qu'ils reçoivent. Unique par son origine, sa population, ses paramètres et ses modèles de mise en place, l'autonomisation peut être comprise comme étant une approche de renforcement des capacités en matière de prise en charge et de soutien aux personnes aînées (Lewin, 2011; Beresford et al., 2019). Dans ce cadre de renforcement des capacités, il est utile de noter que les concepts d'autonomie et de prévention sont étroitement liés (Wilde & Glendinning, 2012). Il en est de même pour les concepts d'habilitation et d'empowerment/ d'autonomisation.
AVD	Activité de la vie domestique
AVQ	Activité de la vie quotidienne

Glossaire et acronymes

Besoin	Wright et al. (1998) distinguent quatre types de besoins Le besoin normatif est celui qui est généralement objectivé par un expert comme étant ce qui est nécessaire compte tenu des éléments connus. Le besoin senti est ce que désire une personne. C'est une vue personnelle et subjective de ce qui lui apparaît être un besoin. Le besoin exprimé peut être déduit en observant comment les personnes utilisent les services. Il est souvent équivalent à la demande de service, mais ne correspond pas nécessairement au besoin senti, puisque cette demande peut être influencée par les caractéristiques des personnes mais aussi par les ressources disponibles. Le besoin comparatif se rapporte davantage à la gestion des ressources collectives et postule que les besoins ciblés dans un service ou une région particulière (normalement des besoins normatifs) peuvent être similaires dans d'autres services ou régions si les personnes présentent les mêmes caractéristiques sociodémographiques ou les mêmes attributs en matière de santé.
CdRV	Centre de recherche sur le vieillissement
CESS	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CSSS	Centre de santé et services sociaux
DCI	Dossier clinique informatisé
DGTI	Direction générale des technologies de l'information
DI	Déficience intellectuelle
DP	Déficience physique
DNA	Dépistage nutritionnel des aînés
Écart	Dans le cadre des OCCI, un écart correspond à un déroulement différent ou non conforme au cheminement clinique prévu qui risque d'influencer la réponse aux besoins, la satisfaction de la personne, la qualité des résultats cliniques, la durée du suivi et l'utilisation optimale des ressources. Un écart peut être positif (ex. : meilleur résultat en moins de temps) ou négatif (ex. : résultat non atteint, effet secondaire). Il peut avoir plusieurs sources telles que la personne, les intervenant·e·s ou le système (ressources humaines, matérielles et organisationnelles).

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Glossaire et acronymes

GPC	Guides de pratique clinique. Les « clinical guidelines » ou guides de pratiques cliniques (GPC) sont des algorithmes basés sur les résultats scientifiques et des consensus cliniques qui suggèrent les meilleurs soins et services qui devraient être offerts pour un groupe de personnes présentant une condition particulière. Ils sont habituellement développés par des équipes multidisciplinaires et peuvent être aussi applicables à des populations de patient·e·s plus larges.
IMC	Indice de masse corporelle
INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
MADA	Municipalités amies des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCC	Outils de cheminements cliniques (contenu des OCCI avant son informatisation)
OCCI	Outils de cheminements cliniques informatisés Les OCCI se définissent comme des outils présentant les pratiques optimales de chacune des disciplines concernées pour répondre aux besoins d'un groupe de clientèle, à des moments stratégiques de l'épisode de soins et permettant de rapporter les écarts entre les services requis et fournis (Coffey et al., 2005; De Bleser L et al., 2006). Ce sont des itinéraires ou des parcours cliniques informatisés basés sur les données probantes où les consensus les plus à jour suggèrent aux professionnel·elle·s les meilleures pratiques cliniques lors de l'évaluation, la planification, la coordination et la dispensation des services, et le suivi des résultats pour la réponse aux besoins des personnes. Il s'agit d'une démarche systématique qui inclut la séquence optimale dans le temps et l'espace des interventions à réaliser sur toute la trajectoire de soins-services, par l'ensemble des équipes, qui s'actualisent dans le plan de services individualisé (PSI) et dans les plans d'intervention disciplinaires ou interdisciplinaires (PI/PII). Les OCCI visent principalement des personnes à risques ou en perte d'autonomie mais peuvent être adaptées pour répondre aux besoins d'autres clientèles selon certaines particularités cliniques.
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
OMS	Organisation mondiale de la santé
Patient partenaire	Le patient partenaire est une personne progressivement habilitée, au cours de son parcours de santé, à faire des choix de santé libres et éclairés. Ses savoirs expérientiels sont reconnus et ses compétences de soins sont développées avec l'aide des intervenant·e·s de l'équipe de soins et de services (Flora et al., 2015).

Introduction
1. Outils de cheminements cliniques informatisés
2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»
3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale
4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée
5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques
6. Développement technologique des OCCI
Glossaire et acronymes

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Retour

Glossaire et acronymes

Partenariat de soins	Le partenariat de soins et services est une relation partenariale de coopération/ collaboration entre la personne, ses proches et les professionnel·elle·s de la santé et des services sociaux (intervenant·e·s, gestionnaires ou autres) qui s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages et qui favorise l'autodétermination de la personne, une prise de décisions libre et éclairée et l'atteinte de résultats de santé optimaux (Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle, 2013).
PD	Participatory Design L'approche PD vise à impliquer les parties prenantes d'un projet et les utilisateur·trice.s dans le processus. Dans le cadre des OCCI, l'approche a fourni une rétroaction régulière pour le processus AGILE SCRUM. Les parties prenantes impliquées sont une équipe d'experts cliniques, l'équipe de recherche ainsi que lesutilisateur·trice.s des OCCI.
PDP	Prise de décision partagée
PI	Plan d'intervention Le PI est un instrument clinique faisant partie du dossier de la personne et soutenant l'intégration des interventions d'une personne professionnelle d'une discipline basées sur des données probantes.
PII	Plan d'intervention interdisciplinaire Le PII est un instrument clinique faisant partie du dossier de la personne et soutenant l'intégration des interventions au niveau clinique d'une équipe multidisciplinaire.
Profils Iso-SMAF	Les profils d'autonomie Iso-SMAF® ont été développés grâce à des analyses de classification (ACA) (Dubuc et al, 2006). Constitués de 14 profils d'autonomie homogène, ils forment la base d'un système informatisé de données cliniques et de gestion soutenant la planification des ressources pour les personnes aînées, tant à domicile qu'en milieux d'hébergement. Les profils se regroupent sous 4 catégories : les personnes avec des incapacités majoritairement au niveau des AVD (profils 1 à 3); incapacités au niveau des AVQ et des AVD avec des problèmes de mobilité prédominants (4, 6, 9); incapacités dans les AVQ et les AVD avec des problèmes cognitifs prédominants (5, 7, 8, 10) et celles avec des incapacités mixtes et graves (11 à 14). Il s'agit de la seule classification qui offre la possibilité de suivre une personne dans tout le réseau de soins avec le même outil d'évaluation. Lorsque les données sont agrégées, les profils permettent aux gestionnaires de mettre en parallèle les besoins et les ressources et d'observer leur adéquation. (Dubuc N et al., 2007). Ils font actuellement l'objet d'une large diffusion à différents paliers des organismes de santé du Québec puisqu'ils sont intégrés à la solution informatique RSIPA.

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Retour

Glossaire et acronymes

Protocoles	Les « protocols » ou protocoles sont des activités spécifiques prédéfinies qui peuvent être appliquées pour des situations particulières et qui peuvent être de diverses natures. Il peut s'agir de protocoles soutenant la prise de décision des intervenant·e·s et indiquant une conduite à tenir dans une situation clinique particulière (algorithmes décisionnels); de protocoles décrivant les étapes et les instructions cliniques précises lors d'une intervention spécifique, notamment un traitement, une chimio-prophylaxie, un soin, un examen diagnostique, une psychothérapie, un exercice de réadaptation, etc.
PSI	Plan de services individualisé Le PSI est un instrument clinique permettant l'intégration des services au niveau clinique et organisationnel pour l'ensemble des partenaires intersectoriels publics, privés et communautaires.
RLS	Réseau local de services
RSI	Réseaux de services intégrés
RSIPA	Réseaux de services intégrés pour les personnes adultes Système auquel les OCCI ont été intégrés.
SAD	Soutien à domicile
SAP	Soins axés sur la personne En opposition avec les approches paternalistes où la personne reçoit passivement une intervention, les SAP se définissent comme étant « une approche envers l'évaluation, la planification et la prestation fondée dans des relations et partenariats entre les professionnel·elle·s, les divers dispensateurs de soins et services, les personnes, leurs familles et la communauté pour : i) assurer que les décisions de soins respectent les désirs, besoins et préférences de la personne, et ii) qu'elle puisse recevoir l'information et le soutien dont elle a besoin pour prendre ses décisions et pour participer à ses propres soins » (Brookman et al., 2011).
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SI	Système d'information
SIC	Système d'informations CLSC
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle Au Québec, c'est le SMAF qui sert à recueillir l'information liée aux incapacités dans les services de longue durée. Il évalue 29 fonctions couvrant les AVQ, la mobilité, les communications, les fonctions mentales et les AVD (Dubuc et al., 2011). Il sert d'assise à la classification des 14 profils Iso-SMAF.

Glossaire et acronymes

SMAF-SOCIAL	Le SMAF-Social est un outil qui évalue le fonctionnement social (Pinsonnault et al., 2003). Cet outil comporte six énoncés permettant de couvrir les dimensions sociales suivantes : le réseau social, les ressources sociales, le soutien social, les activités sociales et récréatives, les relations sociales et les rôles sociaux. Tout comme dans le SMAF, l'incapacité pour chaque énoncé est cotée sur une échelle ordinale allant de 0 (autonomie totale) à 3 (dépendance totale). Le résultat total est sur 18.
SSM	Soft Systems Methodology. Le SSM est meilleur pour modéliser des situations complexes afin de converger vers une définition cohérente du problème, qui est ensuite utilisée pour concevoir un système répondant aux besoins identifiés (Checkland, 2000). Dans le cadre des OCCI où l'approche PD et la méthodologie AGILE ont également été utilisées, le SSM produit un plan global, fournissant une vue d'ensemble du projet avant l'application de la méthodologie AGILE. Le SSM n'a été utilisé que dans la phase initiale du processus de développement, car l'un de ses principaux résultats est le cadre normatif qui est un document de référence soutenant la saisie de données standardisées dans la solution informatisée ainsi que leur utilisation à des fins d'information. Les résultats de la dernière étape du SSM ont été utilisés comme entrées pour les étapes suivantes de l'informatisation des OCCI.
TIC	Technologies de l'information et de la communication
TSA	Trouble du spectre de l'autisme
VES	Vieillissement en santé

Références pour le glossaire



Les références

Beresford B, Mann R, Parker G, Kanaan M, Faria R, Rabiee PBeresford B, Mann R, Parker G, Kanaan M, Faria R, Rabiee P, Weatherly H, Clarke S, Mayhew E, Duarte A, Laver-Fawcett A & Aspinal F (2019). Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed methods evaluation. Southampton (UK): Health Services and Delivery Research, 7(16). https://doi.org/10.3310/hsdr07160

Brookman C, Jakob L, DeCicco J & Bender D (2011). Soins axés sur les clients au sein du secteur des soins à domicile et communautaires canadien. Une revue des principaux concepts. Saint Elisabeth, 128 p.

Checkland P (2000). Soft Systems Methodology : A thirty year retrospective. Systems Research and Behavioral Science; 17: S11–S58. https://doi.org/10.1002/1099-1743(200011)17:1+<::AID-SRES374>3.0.CO;2-O

Coffey JR, Richards JS, Remmert CS, Leroy SS, Schoville RS & Baldwin PJ (2005). An introduction to critical paths. Quality Management in Health Care, 14(1): 46-55. DOI: 10.1097/00019514-200501000-00006

De Bleser L, Depreitere R, De Waele K, Vanhaecht K, Vlayen J, Sermeus W: Defining pathways. J Nurs Manag 2006, 14(7): 553-563. DOI: 10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x

Dubuc N, Delli-Colli N, Bonin L & Tousignant M (2007). Les profils Iso-SMAF : un système pour soutenir les réseaux de services intégrés. Dans : Fleury, M. J., Tremblay, M., Nguyen, H., Bordeleau, L. Le système sociosanitaire au Québec : Gouverne, régulation et participation. Flemar. p. 245-262.

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. Archives of Gerontology and Geriatrics. 42(2) : 191-206.

Dubuc N, Mathieu L, Tousignant M, Tourigny A, Morin D, Bonin L, Couturier Y & Delli-Colli N (2011). Des Outils de cheminements cliniques pour le suivi dans la communauté de personnes âgées en perte d'autonomie présentant certains indices de fragilité. In Actes du congrès international Démarche SMAF : de l'évaluation à la prestation et la gestion des services, pour de meilleures pratiques auprès des personnes en perte d'autonomie, 17-18 novembre. Québec: pp. 1-23

Flora L, Lebel P, Dumez V, Bell C, Lamoureux J & Saint-Laurent D (2015). L'expérimentation du Programme partenaires de soins en psychiatrie : le modèle de Montréal. Santé mentale au Québec, 40(1): 101–117. https://doi.org/10.7202/1032385ar

Pinsonnault E, Desrosiers J, Dubuc N, Kalfat H, Colvez A & Delli-Colli N (2003). Functional autonomy measurement system: development of a social subscale. Arch Gerontol Geriatr, 37(3): 223–33. https://doi.org/10.1016/S0167-4943(03)00049-9

Lewin G (2011). Restorative Home Care Services. Journal of Current Clinical Care, March/April 2011: Geriatric issue, 1-13.

Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle (2013). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. RUIS de l'UdeM. 62 p.

OCCi Outils de cheminements cliniques informatisés
Dubuc, Delli Colli, Bonin et Corbin, 2013®

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Introduction

1. Outils de cheminements cliniques informatisés

2. Perspectives pour un «Vieillissement en santé»

3. Autonomisation / récupération fonctionnelle et sociale

4. Soins axés sur la personne / partenariat de soins / prise de décision partagée

5. Évaluation globale des besoins / facteurs de risques

6. Développement technologique des OCCI

Glossaire et acronymes

Retour

Wilde A & Glendinning C (2012). 'If they're helping me then how can I be independent?' The perceptions and experience of users of home-care reablement services. Health Soc Care Community, 20(6), 583-590. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2012.01072.x

Wright J, Williams R, & Wilkinson JR (1998). Development and importance of health needs assessment. BMJ. 316(7140): 1310-3. doi: 10.1136/bmj.316.7140.1310

ANNEXE 1. GRILLE D'AUTO-APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES PRATIQUES DU PROCESSUS CLINIQUE DES OCCI (phases 1, 2 et 3).

Cette grille pourrait être utilisée par l'intervenant·e comme outil de réflexion sur sa pratique (ex. : réfléchir sur son sentiment de compétence par rapport à l'activité en question, noter des observations ou commentaires; ce qui est plus difficile pour lui etc.). Elle pourrait aussi être utilisée lors d'une supervision pour souligner les forces et identifier les stratégies pour améliorer sa pratique, pour documenter les pratiques en revoyant un certain nombre de dossiers et discuter des éléments qui nécessitent une amélioration etc.

Dans la première colonne, la grille présente des critères d'évaluation décrivant les principales pratiques, comportements, habiletés ou aptitudes en lien avec les compétences cliniques devant être acquises. Ceux-ci sont présentés selon le déroulement des principales activités cliniques effectuées lors de la réalisation d'une évaluation globale des besoins (avant, pendant et après l'évaluation) et de la planification, coordination et dispensation des services.

La deuxième colonne permet d'indiquer le degré d'aisance avec la pratique demandée dans le processus clinique des OCCI. Trois choix sont possibles :

- **Très à l'aise :** je suis à l'aise de réaliser cette pratique sans aucune difficulté et je comprends pourquoi je la fais;
- **Plus ou moins à l'aise** : je ne comprends pas bien l'objectif recherché; ou j'ai quelques difficultés à réaliser cette pratique; je manque de formation ou de mentorat etc.
- **Pas du tout à l'aise avec cette pratique :** Je ne suis pas du tout à l'aise, n'arrive pas à réaliser cette pratique, ou je ne comprends pas pourquoi la faire.

Dans la troisième colonne, l'intervenant·e pourra indiquer a quelle fréquence la pratique en question est réalisée. Trois choix sont possibles :

- **Tout le temps (ou la majorité du temps)**
- **À l'occasion**
- **Jamais**

La colonne « commentaires/notes ou solutions envisagées » permet de noter les éléments à améliorer, les difficultés rencontrées; des pistes de solutions de lectures, d'exercices à l'aide des divers outils d'appropriation disponibles dans le guide d'accompagnement ou l'aide en ligne, révision de dossiers, étude de cas en équipe, les observations d'un coach clinique etc. Pour des critères qui ne s'appliqueraient pas à la situation de la personne, l'intervenant pourrait laisser la ligne vide, puis mentionner dans cette dernière colonne « Ne s'applique pas » et pourquoi le critère ne s'applique pas.

Finalement, on peut apprécier le nombre et le pourcentage de pratiques selon le degré d'aisance ou la fréquence de réalisation dans chacune des phases du déroulement du processus clinique.

Note aux intervenant·e·s : dépendamment de votre expérience, il se peut que certains critères de la grille vous paraissent de base ou superflus. Si tel est le cas, dites-vous seulement que ceux-ci sont déjà bien compris et intégrés dans votre pratique.

Équipe de recherche sur les OCCI, mai 2019, révisée janvier 2023

GRILLE D'AUTO-APPRÉCIATION DE LA QUALITÉ DES PRATIQUES DU PROCESSUS CLINIQUE DES OCCI POUR LES INTERVENANTS

PHASE D'ÉVALUATION GLOBALE DES BESOINS CENTRÉE SUR LA PERSONNE							
Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			Commentaires/notes Solutions envisagées
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas dutout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
Préparation à l'évaluation (pré-évaluation/avant la rencontre)							
Je lis et je comprends la demande et son contexte							
Je vérifie si la personne a eu d'autres dossiers ou des évaluations complétées d'un autre service ou d'une autre organisation? Si d'autres intervenants/services la connaissent? Le cas échéant, je vérifie que la personne consent à partager l'information pour compléter l'évaluation et éviter la duplication.							
Je consulte les différents documents (s'il y a lieu) de la personne comme : • Le dossier • Le PI, PII et le PSI • Les notes d'évolution							
Je commence à remplir certaines sections à l'aide des documents consultés (s'il y a lieu) Je valide le plus d'nformations possibles pendant la rencontre							
Je rejoins la personne par téléphone. Lors de ce contact, je: • vérifie l'habileté de la personne à communiquer • lui demande si elle souhaite la présence d'une personne significative et si oui, qui peut la contacter. Si elle accepte que je la contacte, je valide ses coordonnées • lui explique les grandes lignes de la visite et le temps que cela pourrait prendre • recueille ses préoccupations à propos de la visite et du processus • lui suggère, si possible, de préparer cette visite en écrivant toutes autres préoccupations, le nom des professionnels qu'elle consulte ou toute autre information qu'elle juge utile à communiquer							
L'évaluation							
Une fois le contact initial établi et la raison de la visite rappellée, je prends le temps d'expliquer le processus et d'écouter les préoccupations de la personne							
Je présente, situe et explique au besoin à la personne : • Les grandes sections et les thèmes qui seront abordés dans l'outil • Le concept des « étoiles » qui permettra d'identifier les besoins que la personne désire travailler • Les échelles de mesures • Le tableau résumé des besoins • La synthèse et la priorisation des besoins							

Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			Commentaires/notes Solutions envisagées
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas dutout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
Je pose les questions en engageant une conversation avec des questions ouvertes plutôt que de lire les questions une à la suite de l'autre. ***Exemples :** Que s'est-il passé dernièrement qui a fait que c'est plus difficile? Quelles sont les personnes qui sont importantes pour vous ? Comment vont vos relations avec elles? Expliquez-moi votre routine quotidienne et ce qu'est une bonne journée ?*							
J'utilise les listes déroulantes pour illustrer des exemples de réponses et non pas pour discuter de tous les items possibles en les énumérant l'un après l'autre							
J'utilise les « étoiles » pour identifier les besoins sur lequel l'usager souhaite travailler							
J'utilise les échelles (ex. : santé physique et physique) pour capter la perception de l'usager ou de son proche							
Lors de la prise de note dans les champs texte, les sections commentaires ou la justification clinique, je rédige des faits et impressions de manière logique, claire, précise; j'évite des descriptions excessives sans valeur ajoutée.							
Lorsqu'il y a un champ « observation » après les difficultés éprouvées, j'évite de préciser les éléments déjà signifiés dans les listes déroulantes.							
Je discute et considère les forces et les capacités de la personne *Note : J'identifie qu'est-ce qu'elle veut et peut faire plutôt que de me concentrer sur ce avec quoi elle a de la difficulté ou n'est plus capable de faire. Ex. : est-ce qu'il ya quelque chose qu'elle n'a pas fait depuis un moment mais qu'elle aimerait encore faire? Je suis attentif lorsqu'elle mentionne qu'auparavant elle faisait telle chose*							
Je me centre sur les préoccupations énoncées par la personne et ses proches							
Je permets l'expression des points de vue de la personne et les craintes							
Je considère et respecte les valeurs, opinions, priorités, inquiétudes, désirs et préférences de la personne et des proches							
J'offre des informations individualisées aux besoins							
Je discute des forces et de l'appui offert par l'entourage							
Je discute des particularités, des ressources et de l'environnement de la personne							
Je reconnais les besoins des proches aidants							
Je favorise une compréhension du projet de vie de la personne							
Total des items évalués pour cette phase d'évaluation globale	*Nb %*	*Nb %*	*Nb %*	*Nb %*	*Nb %*	*Nb %*	

PHASE DE PRIORISATION DES BESOINS							
Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			**Commentaires /notes Solutions envisagées**
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas dutout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
La synthèse							
Je prends connaissance des éléments qui ont été rapportés de l'évaluation (ex. : allergies, ATCD, ressources, informations importantes, profil ISO-SMAF etc.)							
Priorisation partagée des besoins Je prends connaissance du facteur de risque et des indices de situation potentiellement problématiques présents J'évalue si certains indices doivent être retirés dans le contexte et si oui, je justifie pour quelle raison							
Attentes et capacités/forces Je m'assure d'énoncer les attentes et les capacités/forces de la personne et de ses proches. Ex. : Qu'est-ce qui est important pour vous? Qu'est-ce qui vous rend fière de vous?							
Processus de décision Je présente et discute avec la personne des décisions à prendre (définir/expliquer)							
J'utilise le résumé dynamique des besoins et fait des liens entre les divers besoins, les facteur de risque/indices et autres informations pertinentes (ex. : ressources) pour en discuter avec la personne et ainsi accompagner les prises de décisions.							
Pour chaque décision, j'identifie et présente les options possibles et discute des pour et contre de chaque option. Je fournis de l'information adaptée à la situation et explique les options basées sur des données probantes lorsqu'elles existent. Je ne me limite pas aux services connus traditionnels							
J'encourage la personne à jouer un rôle actif et à participer							
J'évalue et identifie les besoins retenus en accord avec la personne/ses proches Je donne l'opportunité de réfléchir. J'identifie si la personne aura de meilleurs résultats de soins avec un service plutôt qu'un autre et si autre chose pourrait être plus appropriée							
Analyse et recommandation professionnelle • Je termine la rencontre en résumant la compréhension partagée de la situation et des options possibles discutées • Je lui rappelle es prochaines étapes qui ont été décidées avec elle • Je la rassure qu'elle sera tenue au courant des recherches,requêtes et références au besoin • Je l'informe que dès que le plan sera rédigé, je lui ferai approuver et lui en remettrai une copie • Je lui laisse des informations écrites et mes coordonnées, si possibles, et selon les besoins							
J'utilise le transfert comme étape prélimiraire d'élaboration du plan							
Au besoin, je communique avec la personne, la famille, les autres professionnels, les partenaires.							

PHASE PLANIFICATION, COORDINATION ET DISPENSATION DES SERVICES							
Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			Commentaires /notes Solutions envisagées
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas du tout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
Plan d'intervention							
Je m'assure que la personne a un plan d'intervention fournissant le portrait des services qui vont la soutenir dans l'atteinte de ses buts							
Je considère les choix effectués dans la synthèse de l'OEMC pour élaborer les objectifs et le plan d'intervention (mais celui-ci n'inclut pas nécessairement tous les besoins)							
J'implique la personne et ses proches dans l'identification des objectifs. S'il n'y a pas une vision commune sur les objectifs à poursuivre, je discute et négocie avec la personne ou ses proches							
Je m'éforce de personnaliser le plan en fonction de ses objectifs personnels (ex. : en accord avec l'histoire personnelle de la personne, ses valeurs, ses forces et préférences)							
Je m'assure que le plan inclut des objectifs C-SMART (spécifiques, mesurables, ajustés; réalistes, temporellement situés) • Les objectifs reflètent des besoins individuels et ses souhaits tout en étant réalistes • Si l'objectif est trop complexe, je dégage plusieurs étapes pour y arriver							
J'identifie des interventions qui répondent aux besoins/objectifs prévu convenu avec la personne ou ses proches							
Je note les personnes impliquées aux plans (ex. : membres de la famille). Leur nom, coordonnées, rôle et leur appartenance a une organisation sont clairement documentés.							
Je fais signer le plan à la personne							
J'offre une copie du plan à la personne et à ses proches							
Je m'assure de communiquer avec les différents partenaires impliqués au plan d'intervention. Dans le cas échéant, je communique les informations essentielles à la collaboration							
Je valide si je peux consulter son médecin, ou autre partenaire au besoin							
Je prends, selon les besoins, des rendez-vous, planifie des visites conjointes, des rencontres ou des discussions avec des membres de l'équipe interdisciplinaire							
Au besoin, je communique avec la personne, la famille, les autres professionnels, les partenaires.							
Dispensation des services							
Je note les actions/interventions réalisées selon l'échéancier prévu							
J'évalue les effets des interventions en lien avec les objectifs visés Je modifie les moyens d'intervention qui se sont avérés inéfficaces ou non adaptés à la personne ou à la situation							

UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE/L'ORDINATEUR À DOMICILE							
Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			Commentaires /notes Solutions envisagées
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas dutout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
Avant la visite, je vérifie que l'ordinateur portable, la clé internet et le jeton de sécurité sont fonctionnels (ex. : charge des batteries/fil d'alimentation, souris, etc.) • Je crée ou importe, synchronise la fiche usager • Je créer le formulaire d'évaluation							
Lors de la première visite, j'explique que j'utilise l'ordinateur, qui est un de mes outils de travail, et je ferai ce qu'il faut pour qu'il ne nuise pas à nos échanges							
Je rassure sur la confidentialité et la sécurité des données saisies							
Je la rassure qu'il y aura des pauses ou que je cesserai l'évaluation si elle le demande							
Je me positionne de manière à favoriser la participation de la personne et du proche, et à montrer l'écran au besoin. Ex. : la personne et le proche de chaque côté de moi.							
Je documente les données à la source le plus souvent possible, mais j'utilise un document papier au besoin.							
Il m'arrive de fermer l'ordinateur dans une situation plus émotive pour la personne ou le proche							
Il m'arrive de ne pas être en mesure d'utiliser l'ordinateur car l'environnement est insalubre ou la personne est trop méfiante etc.							
Total des items évalués pour l'utilisation optimales des technologies	**Nb %**	**Nb %**	**Nb %**	**Nb %**	**Nb %**	**Nb %**	

HABILETÉS DE BASE EN INTERVENTIONS POUR LES PERSONNES QUI SOUHAITENT LES REVISITER							
Principaux critères d'évaluation (auto-appréciés dans ma pratique)	Degré d'aisance avec la pratique			Fréquence de réalisation			**Commentaires /notes Solutions envisagées**
	Très à l'aise	Plus ou moins à l'aise	Pas dutout à l'aise	Tout le temps/ la majorité du temps	À l'occasion	Jamais	
Avant la rencontre, je me remémore au besoin les pratiques cliniques et le contenu de l'outil							
Prise de contact avec la personne • Je demande la permission d'entrer, me présente et rappelle pourquoi je suis là (ex. : lui rappelle que j'ai besoin de lui poser plusieurs questions sur sa santé et son bien-être pour bien comprendre ses besoins et que je ne prendrai aucune décision sans en discuter avec elle et ses proches au besoin) • J'utilise un ton de voix, un style, une approche professionnelle et un langage qui favorisent les échanges conviviales • Je prends le temps d'expliquer le processus, d'écouter les préoccupations de la personne et d'offrir des choix qui conduiront à la satisfaction de la personne. ***Note :** Ce contact initial est crucial pour établir un climat de confiance et créer des liens et ainsi favoriser le succès futur de l'évaluation et de la prestation de services.*							
J'affiche une relation de confiance/respect mutuel qui n'exerce pas de pouvoir sur la personne							
J'utilise un langage approprié pour la compréhension de la personne Pas de terminologie ou acronyme non compréhensible par la personne							
Je reformule et aide à clarifier la situation (au besoin)							
Je prends le temps de discuter et d'échanger							
Je permets à la personne d'exprimer ses points de vue							
Je fais preuve d'empathie, d'écoute							
Je reconnais les différences culturelles							