



CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS ■ SANTÉ ■ SERVICES SOCIAUX

Le vieillissement de la population met de plus en plus de pression sur les services de soutien à domicile. Les usagers ont besoin de ces services pour être en mesure de demeurer le plus longtemps possible à domicile. Le CISSS de Chaudière-Appalaches est préoccupé par ce besoin grandissant et veut s'assurer que les personnes âgées pourront accéder aux soins requis sans devoir se tourner systématiquement vers l'hôpital.

Dans ce contexte, le Consortium InterS4 a été mandaté pour mener une recension d'écrits permettant de mettre de l'avant les meilleures pratiques pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées tant sur les plans cliniques que logistiques. Une attention particulière a été accordée à la clientèle âgée de 75 ans et plus atteinte de maladies pour lesquelles des soins sont requis.

MEILLEURES PRATIQUES POUR FAVORISER LE MAINTIEN À DOMICILE DES PERSONNES ÂÎNÉES QUI REQUIÈRENT DES SOINS

Isabel Bastille

Une publication de l'Équipe du Consortium InterS4 en collaboration avec le CISSS de Chaudière-Appalaches

19 MARS 2024

Le **Courtage de connaissances** est un outil du transfert de connaissance « qui vise, via un intermédiaire, à favoriser les relations et les interactions entre les différents acteurs en promotion de la santé (chercheurs, acteurs de terrain, décideurs) dans le but de produire et d'utiliser au mieux les connaissances basées sur les preuves. Les actions de cet intermédiaire peuvent être multiples et variées selon le contexte, mais visent toutes à créer du lien et de la communication, à valoriser les connaissances et les compétences de chacun (sans critère de priorisation ou de hiérarchisation) et à améliorer les pratiques. » (Munerol, Cambon and Alla 2013)

Le **Consortium InterS4** regroupe les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, des Îles, de Chaudière-Appalaches et de la Gaspésie, ainsi que le Centre intégré universitaire (CIUSSS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean, en collaboration avec les Universités du Québec à Chicoutimi (UQAC), à Rimouski (UQAR) et en Abitibi-Témiscamingue (UQAT). Il a pour mission de répondre aux besoins spécifiques des établissements en région grâce à un partenariat appuyé sur l'utilisation stratégique des meilleures connaissances. Pour ce faire, les membres du Consortium partagent une plateforme de courtage de connaissances.

Auteurs

Isabel Bastille, B.A.A., M. SC., Responsable de l'offre de services, Consortium InterS4 écrivez à : isabel_bastille@uqar.ca

Demandeur

CISSS de Chaudière-Appalaches, Mme Anne-Marie Goulet (Direction des soins infirmiers), Mme Julie Emond (Direction du continuum soutien à domicile et partenariat communautaire SAPA), Mme Renée Berger (Direction générale adjointe performance soutien et administration) et Mme Pamela Laforest (Direction de la logistique)

Collaboratrice à la révision linguistique des textes et à la mise en page

Monique Bourget, Réd. A., B. Arch., M. A., agente de recherche, Consortium InterS4

Intention de la synthèse des écrits

Le présent ouvrage cherche à répondre aux préoccupations du demandeur sur les meilleures pratiques applicables à son contexte. Il se centre sur des écrits scientifiques et gris récents ainsi que sur des pratiques inspirantes. La présentation s'attache à résumer les sources consultées en vue d'inspirer les membres du comité responsable de la planification du changement. Le demandeur soumettra les connaissances acquises à l'épreuve de la faisabilité et de l'acceptabilité dans son organisation, en fonction de ses priorités.

Niveau de fiabilité

Les connaissances produites en courtage de connaissances doivent être comprises en fonction du mandat des demandeurs et du contexte de réalisation. Le document peut avoir franchi différentes étapes de validation. Le fait de le préciser permet au lecteur d'apprécier la valeur des conclusions.

- ☒ Le présent ouvrage reflète les travaux et l'analyse des auteurs. Il n'engage qu'eux.
- ☐ Le présent ouvrage reflète l'opinion des auteurs et des personnes suivantes qui en ont validé les termes et les contenus
- ☐ Le présent ouvrage est validé par les personnes suivantes, membres du groupe (préciser le nom du groupe et l'organisation)

Citation suggérée

Bastille, I. Meilleures pratiques pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées qui requièrent des soins. Mars 2024, Consortium InterS4, <https://consortiuminters4.uqar.ca/> 37 p.

Vous pouvez utiliser cet ouvrage en tout ou en partie sans l'approbation des auteurs. Nous vous demandons seulement d'en citer la source.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES	IV
1. MESSAGES CLÉS	1
1.1. Des constats sur les programmes de soutien à domicile	1
1.2. Une approche holistique favorable au maintien à domicile	1
1.3. La composition optimale des équipes de travail	2
1.4. Des leviers d’actions pour optimiser la prestation de services en soutien à domicile	2
1.5. Des outils technologiques favorables au soutien à domicile	3
1.6. L’intensification des services de soutien à domicile	4
2. MISE EN CONTEXTE	5
3. MÉTHODE DE RECENSION	6
3.1. Écrits	6
4. RÉSUMÉ DES ÉCRITS COLLIGÉS	7
4.1. Connaissances portant sur les interventions favorables au maintien à domicile des personnes âgées	7
4.2. Connaissances portant sur la logistique	17
4.3. Connaissances portant sur les technologies	19
4.4. Connaissances portant sur la performance des programmes de soutien à domicile	21
4.5. Connaissances portant sur les gestionnaires de cas	23
5. PERSPECTIVES D’UTILISATION DES CONNAISSANCES	27
5.1. Valeurs et limites du document	27
5.2. Recommandations en vue de favoriser une appropriation pérenne des connaissances	27
RÉFÉRENCES	28
ANNEXE A – STRATÉGIE DE RECHERCHE	32

1. MESSAGES CLÉS

Afin de brosser un portrait des pratiques d'intérêt favorisant le maintien à domicile des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de maladies qui requièrent des soins à domicile en milieu rural, une recension des écrits a été réalisée. L'analyse des contenus a permis de faire émerger des tendances fortes dont il convient de tenir compte dans une perspective d'amélioration continue ou de révision des services offerts en soutien à domicile.

1.1. Des constats sur les programmes de soutien à domicile

1. Le niveau actuel de ressources et les modalités d'organisation du travail permettent difficilement d'assurer le maintien à domicile de la majorité de la population de 65 ans et plus en situation de vulnérabilité :
 - a. Selon les données recueillies par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2019-2020, seulement 13,5% des besoins de la clientèle SAPA et DP sont rencontrés, ce qui a un impact sur le maintien à domicile.
2. Différentes contraintes logistiques ou organisationnelles (tâches cléricales, préparation de matériel, coordination, planification des visites, temps de déplacements, etc.) représentent des *grugeurs de temps* et ont pour effet de réduire significativement la proportion d'heures travaillées en services directs aux usagers.
3. Il ne semble pas exister de corrélation entre le niveau de ressources financières investies en soutien à domicile et la performance en matière de pertinence, d'efficacité, d'ajustement aux besoins des usagers ainsi que sur le plan de l'accès.

1.2. Une approche holistique favorable au maintien à domicile

4. Afin de maintenir à domicile les personnes âgées le plus longtemps possible, les services et les soins offerts doivent prendre en compte leurs principaux besoins :
 - a. Se sentir en sécurité;
 - b. Être un humain significatif et inscrit dans sa communauté;
 - c. Maintenir un niveau de contrôle et d'indépendance dans son choix de vivre à domicile.
5. Les soins et services offerts devraient miser sur le renforcement des capacités existantes pour permettre à la personne âgée de demeurer le plus longtemps possible à domicile.
6. Différents types d'interventions peuvent permettre de répondre aux besoins et de retarder le placement uniquement s'il existe un soutien adéquat des personnes proches aidantes. En ce sens, il convient de considérer ces dernières à juste titre dans l'offre de services :
 - a. Augmenter l'accès aux services de répit et de centres de jour.

1.3. La composition optimale des équipes de travail

7. La plupart des modèles efficaces fonctionnent avec un gestionnaire de cas ou un coordonnateur de soins qui assure la liaison avec les différents professionnels concernés/programmes services concernés de façon à assurer la continuité des soins pour la personne âgée à domicile :
 - a. Permettre un accès plus rapide au dépistage et au traitement;
 - b. Augmenter le sentiment de sécurité et la qualité de l'expérience de soins des usagers;
 - c. Permettre une utilisation optimale des ressources;
 - d. Augmenter les compétences d'autogestion et d'adhésion au traitement et diminuer le recours aux services (visites à l'urgence, hospitalisation, réadmission) des grands consommateurs.
8. Le travail en équipe multidisciplinaire devrait être au cœur du travail en soins à domicile :
 - a. Optimiser les rôles de chacun, notamment celui de l'infirmière clinicienne qui devrait être responsable des évaluations;
 - b. Favoriser le développement des compétences des professionnels SAD afin que chacun développe une expertise essentielle au travail à domicile;
 - c. Inclure dans l'équipe un médecin/IPSP qui peut être contacté rapidement pour prise en charge des instabilités
9. Il n'existe pas de composition idéale des équipes multidisciplinaires, car celle-ci peut varier en fonction des besoins des usagers. Toutefois, il est nécessaire de réfléchir à cette composition autrement par l'intégration de différents acteurs :
 - a. Inclure à la fois l'utilisateur, le proche aidant ou la famille;
 - b. Inclure un travailleur social;
 - c. Confier les tâches cléricales à une agente administrative;
 - d. Intégrer différents acteurs de la communauté (entreprises d'économies sociales, organismes communautaires, bénévoles, etc.).
10. Il est pertinent d'avoir une personne-ressource dédiée aux technologies au sein de l'équipe SAD afin de guider les intervenants, les usagers/proches aidants, de leur offrir l'assistance technique requise, l'enseignement et procéder à l'entretien des outils technologiques.
11. La préparation et la formation du personnel sont incontournables pour assurer une prestation de services de qualité aux usagers à domicile qui présentent des profils de plus en plus complexes.

1.4. Des leviers d'actions pour optimiser la prestation de services en soutien à domicile

12. Pour faire face aux enjeux grandissants, la solution ne peut se trouver uniquement dans les innovations technologiques. Il est nécessaire d'innover également dans l'organisation du travail, la répartition des rôles, les mécanismes d'accès pour l'utilisateur, le niveau d'implication du corps médical, etc.
13. Les interventions de prévention offertes aux usagers à domicile démontrent des impacts supérieurs aux autres types d'intervention pour éviter le déclin fonctionnel :
 - a. Miser sur des contacts fréquents;

- b. Intégrer de façon systématique l'enseignement auprès des usagers et de leurs proches pour favoriser l'autogestion et s'assurer qu'ils sont en mesure de bien comprendre la maladie, de savoir quoi faire et de détecter les signes de dégradation de l'état en temps opportun;
 - c. Planifier au préalable les soins avec les usagers avant le déclin pour assurer une meilleure adéquation entre leurs besoins et les services offerts;
 - d. Considérer les besoins sociaux et l'isolement dans la prestation de services.
14. La mise en place d'une équipe de liaison gériatrique associée aux congés précoces semble présenter des résultats prometteurs pour favoriser le maintien à domicile des personnes âgées :
- a. Baser l'équipe à l'hôpital même lorsqu'elle est composée d'intervenants SAD;
 - b. Assurer une collaboration de l'intervenant de liaison avec l'équipe médicale et l'utilisateur/proche(s) afin de déterminer les besoins et services requis favorisant une transition réussie à domicile;
 - c. Privilégier une collaboration de l'intervenant de liaison avec l'équipe SAD en vue d'assurer une continuité des soins.
15. Afin de favoriser le maintien à domicile des aînés le plus longtemps possible, d'éviter les visites à l'urgence et les réadmissions à l'hôpital, il convient d'ajuster les durées d'hospitalisation afin qu'elles soient suffisantes pour optimiser la planification du congé. Parfois, il vaut mieux permettre des transitions *utiles* pour assurer une évaluation plus représentative des risques et ajuster les services en conséquence.
16. L'utilisation de modèles mathématiques semble être une voie incontournable pour soutenir la logistique des soins à domicile. Ces modèles permettent :
- a. D'optimiser l'utilisation des ressources;
 - b. D'augmenter le temps de présence directe auprès des usagers.

1.5. Des outils technologiques favorables au soutien à domicile

17. L'intégration des outils technologiques est une avenue à privilégier pour optimiser la prestation de services :
- a. Mieux cibler les soins et services directs aux usagers;
 - b. Améliorer la communication entre les intervenants;
 - c. Planifier les routes de travail et les horaires.
18. Les outils technologiques permettant de répondre aux besoins des personnes âgées ainsi qu'aux contraintes humaines et logistiques du réseau de la santé et des services sociaux sont nombreux et de plus en plus sophistiqués. Ils permettent notamment :
- a. D'offrir des soins et services à distance : télésurveillance, téléconsultation, téléadaptation;
 - b. De planifier les soins et partager des responsabilités (ex. : optimisation de la trajectoire Qualicode)
 - c. D'aider à soutenir les activités de la vie quotidienne et domestique;
 - d. De favoriser l'autogestion par les usagers;
 - e. De soutenir l'évaluation et le diagnostic (ex. : tensiomètre, balance, saturimètre et thermomètre connectés qui envoient des données chaque jour pour prévenir la dégradation de l'état);
 - f. D'assurer la sécurité des usagers à domicile.

1.6. L'intensification des services de soutien à domicile

19. Il est nécessaire d'intensifier les services de soutien à domicile :

- a. Offrir un accès 24/7 pour toute question/préoccupation;
- b. Inclure dans l'équipe un médecin/IPSPL qui peut être contacté rapidement pour prise en charge des instabilités
- c. Prêter l'équipement technologique nécessaire aux patients (ex : Tablette) pour faciliter les communications régulières avec l'équipe de soins
- d. Développer les ordonnances collectives nécessaires pour optimiser le travail de l'équipe multidisciplinaire
- e. Doter l'infirmière clinicienne qui évalue d'une trousse médicale complète ainsi que le matériel d'évaluation requis
- f. Favoriser les cas stables qui requièrent des soins, qui sont soutenus par des personnes proches aidantes
- g. Réserver la pratique de l'hospitalisation à domicile des cas les plus complexes d'hospitalisation à un rayon assez rapproché d'un centre hospitalier pour permettre des interventions rapides en cas de dégradation de l'état.

20. D'un point de vue purement économique, il est plus avantageux de soigner à domicile les profils Iso-SMAF 8 ou moins pour un niveau de soins égal à celui prodigué à l'hôpital, les profils Iso-SMAF 9-10 en RI-RTF alors que pour les profils 11 et plus, l'option la plus avantageuse est le CHSLD. Il convient toutefois de voir la situation dans son ensemble pour offrir le service le plus approprié aux besoins de l'utilisateur.

2. MISE EN CONTEXTE

Le vieillissement de la population met de plus en plus de pression sur les services de soutien à domicile. Les usagers ont besoin de soins à domicile pour être en mesure d'y demeurer le plus longtemps possible. Préoccupé par ce besoin grandissant, le CISSS de Chaudière-Appalaches veut s'assurer que les personnes âgées pourront accéder aux soins requis par leur condition sans avoir à se tourner systématiquement vers l'hôpital. C'est dans ce contexte que l'établissement a amorcé une réflexion dans le but de cerner les meilleures pratiques permettant de maintenir à domicile les personnes âgées de 75 ans et plus vivant en milieu rural et atteintes de maladies requérant des soins normalement prodigués en milieu hospitalier. Afin de les aider dans cette démarche, le CISSS de Chaudière-Appalaches, par l'intermédiaire des gestionnaires Anne-Marie Goulet, Julie Emond, Paméla Laforest et René Berger, a mandaté le Consortium InterS4 afin de réaliser une recension des écrits sur le sujet.

Les soins à domicile présentent une complexité d'organisation particulière en lien avec les enjeux de main-d'œuvre, de logistique organisationnelle et de transport du matériel. Il a donc été convenu de tenir compte des différents aspects suivants dans le cadre d'une recension d'écrits :

- Pratiques cliniques;
- Organisation du travail;
- Aspects logistiques, dont la planification des routes et la synchronisation des visites;
- Aspects permettant d'éviter ou de retarder la détérioration de l'état des usagers, les visites à l'urgence, les périodes d'hospitalisations ainsi que le placement en milieu de soins de longue durée.

Les contenus livrés ne parviennent pas à répondre de façon précise à l'ensemble de ces éléments. Ce rapport veut plutôt apporter un éclairage complémentaire aux réflexions menées actuellement par le CISSS de Chaudière-Appalaches. Plusieurs facteurs ont influencé la nature et la portée de la recension d'écrits dans le cadre du présent mandat :

- Le système québécois de soutien à domicile est un système unique pour lequel il est difficile de trouver des pratiques d'intérêts facilement comparables et transposables;
- Même au Québec, des disparités régionales importantes existent dans l'organisation des services. Cela s'explique par le fait que chaque région est autonome d'organiser les services selon ce qu'elle juge préférable, le tout en respect des orientations ministérielles existantes. Il est donc difficile, dans l'absolu, de trouver de *meilleures pratiques*;
- Différentes contraintes font en sorte que peu d'études ont été réalisées en milieu rural en ce qui concerne le maintien à domicile des personnes âgées qui requièrent des soins, que ce soit en lien avec la distance avec l'hôpital le plus proche, la fracture numérique qui empêche la mise en place de différents outils technologiques ou les limites de ressources humaines ou matérielles.

3. MÉTHODE DE RECENSION

3.1. Écrits

Afin de dresser un portrait des pratiques d'intérêts permettant de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées de 75 ans et plus atteints de maladies qui requièrent des soins à domicile en milieu rural, une recension d'écrits a été effectuée en tenant compte des balises suivantes :

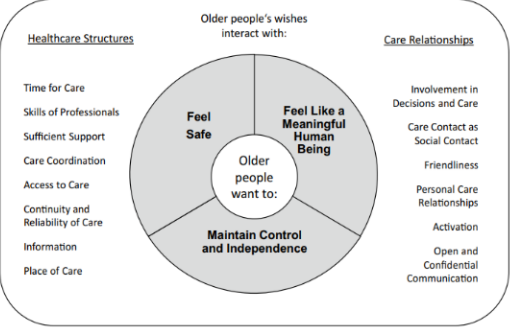
- Des thèmes de recherche relatifs au maintien à domicile des personnes âgées :
 - De hauts niveaux de preuve ou issues d'organisations réputées;
 - De juridictions comparables;
 - S'intéressant aux différents aspects cliniques, technologiques et logistiques;
 - S'attardant aux spécificités des clientèles visées;
 - Tenant compte autant des impacts pour les personnes âgées que ceux visant l'organisation des services.
- Des écrits scientifiques et gris (n=42) publiés entre 2017 et 2023, sauf s'il est manifeste qu'aucune publication plus récente n'existe sur le sujet (par exemple, des orientations gouvernementales) ou que les contenus présentent un caractère intemporel;
- Des publications témoignant d'expériences de juridictions comparables au Québec concernant la mise en œuvre de pratiques jugées idéales ou inspirantes.

Un plan de concept détaillé est disponible à l'annexe A.

4. RÉSUMÉ DES ÉCRITS COLLIGÉS

Tableau 1 – Résumé des écrits colligés (Bastille, 2024)

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
	Principaux constats		Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets		
4.1. Connaissances portant sur les interventions favorables au maintien à domicile des personnes âgées							
Transversal	Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—a Systematic Review of Reviews (Duan-Porter, Ullman et al. 2020)	Revue systématique qui s’intéresse aux interventions pour prévenir ou retarder le placement en maison d’hébergement pour les adultes handicapés	- Interventions évaluées : ○ Soutien aux soignants ○ Soins de répit et programmes de jour ○ Gestion de cas ○ Visites préventives à domicile		- Réussite des interventions de gestion de cas s’appuyant sur la fréquence des contacts qu’on initie le plus tôt possible dans l’évolution des maladies chroniques et qu’on étend sur plusieurs années (continuité) - Nécessité d’un soutien adéquat des soignants pour assurer une réponse adéquate aux besoins par divers types d’interventions existantes	≠ bénéfiques pour retarder le placement → interventions de prévention ont des impacts > sur les interventions auprès de patients ayant des besoins importants sur la trajectoire de déclin	
Transversal	Evidence-based models of rural palliative care: A systematic review (Marshall, Virdun and Phillips 2023)	Revue systématique (n=18) qui cherche à identifier les éléments clés pour optimiser les soins palliatifs pour les gens des communautés rurales	Approche de soins basée sur la population entre les services généraux et spécialisés mis en œuvre dans les offres de services existantes	- Équipe multidisciplinaire (14 /18) comprenant des spécialistes, intégrée dans les services de santé locaux - Clinicien avec une expérience en soins palliatifs qui prodigue ou supervise les soins (11/18) - Infirmière communautaire, médecin de famille ou oncologue qui prodigue les soins (3/18) - Partenaires communautaires : ambulanciers paramédicaux	- Outils technologiques (9/18) pour faciliter la communication avec les spécialistes, l’éducation des patients et des familles, ↗ planification des soins, partage des rôles et responsabilités - Coordination des soins et intégration des services par une approche de soins basées sur la population en collaboration avec des cliniciens pour guider les soins aux patients - Équipes de soins de santé préparées, informées et motivées qui acceptent les rôles et responsabilités désignés	↗ qualité de vie, humeur ↘ recours à l’hôpital - Taux de mortalité dans un lieu de choix ↘ coûts rapportés dans certaines études (domicile par rapport à hôpital)	- Article en accès limité - Lors de l’élaboration du plan de soins pour patient en contexte rural, l’accent doit être mis sur le renforcement des capacités existantes et la résolution de problèmes locaux
Transversal	Technology- and non-technology-based primary healthcare innovations for the elderly: A systematic review (Yunara, Efendi and Makhfudli 2023)	Revue systématique (n=32) qui s’intéresse aux innovations technologiques et non technologiques pour les soins de santé de première ligne offerts aux personnes âgées	- Approches analysées : ○ Télésanté / pratiques basées sur la technologie (appels vidéo, sites Internet, applications, robotique) ○ Approches non technologiques : expansion de la paramédecine en communauté, soins intensifs à domicile, intervention de soutien à domicile en cas de solitude, intervention de santé communautaire auprès des personnes âgées isolées			- Valeur ajoutée d’approches basées sur la technologie permettant de prodiguer des soins, de transmettre des informations, de faire des consultations et de briser les barrières de communication - Approches non technologiques : facilite la sortie de l’hôpital, les soins à domicile, le soutien social et la vie communautaire et évite l’hospitalisation ↗ Qualité des services	- Article en accès limité - Il est nécessaire de développer des innovations conventionnelles (non technologiques) parallèlement au développement d’innovations technologiques dans les services de santé de 1^{re} ligne destinés aux personnes âgées [Auteurs]
Transversal	What matters to people aged 80 and over regarding ambulatory care? A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies	Revue systématique et méta-analyse qui s’intéresse à ce que les personnes de 80 ans et plus pensent des services ambulatoires de	- Analyse d’études qualitatives portant sur la préférence, les souhaits, besoins, attentes et expériences des personnes âgées de 80 ans et plus - Prise en considération des soins médicaux et infirmiers ambulatoires		- Regroupement des souhaits des personnes âgées sous 3 thèmes : ○ Se sentir en sécurité ○ Se sentir comme un humain significatif ○ Maintenir le contrôle et l’indépendance		

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
	(Herrler, Kukla et al. 2022)	santé qui leur sont offerts					
Transversal	Effects of advance care planning on end-of-life decisions among community-dwelling elderly people and their relatives: a systematic review and meta-analysis (Wang, Zhou et al. 2023)	Revue systématique et méta-analyse traitant des effets de la planification préalable des soins sur les décisions des personnes âgées en fin de vie	- Intervention de planification préalable des soins de santé utilisée dans le groupe expérimental et soins de routine appliqués dans le groupe témoin - Critères d’observation : - Soins palliatifs - Réanimation cardiorespiratoire - Traitement de survie - Gavage nasogastrique - Ventilation mécanique - Lieu du décès	- Personnes âgées vivant dans la communauté ET - Ayant accès à une personne proche aidante au sein de la famille	- Meilleure compréhension de la planification préalable par les usagers associée à une plus grande adhésion - Impacts défavorables de la barrière de la littératie en santé générant incompréhensions et méfiance à l’endroit de la planification préalable des soins	- Planification en amont des soins associée à : ↗ des directives anticipées ↘ des mesures de réanimation - Meilleure adéquation entre souhaits des patients et services offerts ↘ fardeau décisionnel pour le proche aidant	- Une étude citée révèle que 70% des personnes vivant dans la communauté et qui approchent la fin de vie ne peuvent pas prendre des décisions personnelles en matière de soins médicaux. Les pratiques multidisciplinaires sont nécessaires pour renforcer l’éducation précoce des patients pour promouvoir la planification préalable des soins de santé.
Transversal	Heath service delivery models for elderly people: a systematic review (Kalantari, Mehrolhassani et al. 2021)	Revue systématique qui porte sur les différents modèles de prestation de services pour aînés à travers le monde	20 modèles évalués mis en place dans les 30 dernières années, la plupart utilisant des méthodes alternatives comme le soutien à domicile auprès des personnes âgées.	Gestionnaire de cas en collaboration avec équipe multidisciplinaire dans la majorité des modèles - Gestionnaire de cas = médecin, infirmière ou travailleur social responsables du suivi et des soins prodigués aux personnes âgées Équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, physiothérapeute, travailleur social, etc.) responsable de la planification, du traitement et de la prise en charge des problèmes de santé	- Utilisation d’un système ou outil d’évaluation pour repérer les personnes âgées à risque - Utilisation des données de l’évaluation + systèmes d’information pour travailler ensemble efficacement et suivre l’amélioration du patient		- Le modèle <i>Integrated Health Care Management System</i> (IHMS) développé en Autriche et en Espagne en 2018 utilise les plus récentes technologies pour personnaliser les services offerts aux patients. Il est nécessaire d’utiliser + modèles communautaires et structure flexible basée sur la gestion de cas [Auteurs]
Québec	Soins « intensifs » infirmiers et médicaux à domicile au sein de l’équipe interprofessionnelle SAD du CLSC (Dechêne 2017)	Présentation du mode de fonctionnement et des retombées de la pratique	- S’adresse aux patients souffrant de conditions médicales sévères instables : - Patients âgés atteints de conditions chroniques avancées avec perte d’autonomie - Patients en fin de vie - Infirmières au cœur de l’équipe interprofessionnelle SAD pour cas médicalement instables de soins intensifs	- Infirmières cliniciennes SAD : - Évaluent seules conditions médicales complexes et instables - Assurent une prise en charge globale du patient (soins infirmiers + coordination de l’équipe interprofessionnelle SAD et de la communauté + support et enseignement aux patients et proches aidants) - Élabore plan d’action avec le médecin traitant - Communique avec médecin au besoin	- Partenariat patient et proches - Dossier à domicile : outil de communication pour intervenants, patient et proches qui contient coordonnées de l’équipe, numéros de garde, notes quotidiennes, liste médication, traitement en cours, etc. - Livret sur la fin de vie pour le patient et ses proches - Plan d’action personnalisé élaboré et partagé avec le patient, puis laissé à domicile - Proches aidant au cœur des soins intensifs à domicile	↘ nombre et durée des hospitalisations ↘ séjours à l’urgence ↘ NSA en hôpital - Soins prodigués dans le milieu de vie pour les patients qui le désirent	Il est important d’avoir des infirmières expérimentées et formées en situation critique à domicile et de rehausser leurs formations (soins palliatifs, soins aigus). - Voir modèles mis en place par UdeM 18 unités UCFI en SAD/CLSC, affiliés aux GMFu; unités favorables au recrutement professionnel des jeunes médecins

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
			• Garde téléphonique (24h) infirmière et médicale expérimentée à domicile • Garde aiguë SAD de jour par médecins • Suivi longitudinal du patient par infirmière pivot et médecin • Visites conjointes infirmière/médecin pour cas complexe et instable • Révision médication (par téléphone) par le pharmacien GMF conjointement avec le pharmacien communautaire • Ordonnances collectives par infirmières GMF associées à l'équipe médicale SAD pour alléger la tâche de l'infirmière pivot • Plan d'action médical infirmier mettant l'accent sur prescriptions anticipées en pharmacie et à domicile • Appel au SAD aigu pour urgence médicale à laquelle tandem médecin/infirmière pivot ne peut répondre • Octroi aide intensive à domicile aux derniers jours de vie (surveillance 24h/24 par ASSS/inf. aux. /groupes communautaires	• Infirmière auxiliaire : rôle technique, support à l'infirmière pivot, rôle important aux patients qui nécessitent des soins techniques quotidiens • IPSPL : prise en charge cas stables avec un médecin partenaire rapidement disponible pour les instabilités • Médecin en pratique intensive à domicile : ○ Visite rapidement les cas urgents (dispo : au moins 5 jours/semaine) ○ Répond rapidement aux appels (patients + garde) ▪ Secrétaires médicales : formées et rapides à répondre aux appels des patients/proches et des autres intervenants ▪ Infirmière dédiée en soins palliatifs	• Préparation des prescriptions anticipées avec des conseils anticipés • Cellulaires pour les infirmières pivots SAD, celles du SAD aigu et celles en soins palliatifs pour faciliter la fluidité des communications • Équipe médicale SAD en visite à domicile au moins 5 jours/7 prise en charge longitudinale des conditions chroniques sévères et terminales		
Québec	La santé au cœur de la relance économique du Québec. En attendant la prochaine vague : Quel rôle pour les soins à domicile? (Thomas Golo, Lacroix 2020) dans (Araj et al. 2020)	Étude descriptive qui présente les effets des soins et services à domicile sur la consommation des services de santé et le placement des personnes âgées de 65 ans et plus	• Constats basés sur une analyse de plus de 70 000 dossiers médicaux par le biais de méthodes économétriques			• Apport de SAD pour importante ↘ de la consommation de services de santé • Apport de chaque heure de service additionnelle : ○ ↘ probabilité de consultation à l'urgence ○ ↘ durée des séjours pour les gens admis à l'urgence ○ Aucun effet sur la durée des séjours d'hospitalisation n'est rapporté • Apport positif de l'aide domestique sur l'amélioration à long terme de la santé des usagers et le report dans le	• « Les résultats empiriques montrent clairement que les services infirmiers à domicile retardent l'admission en CHSLD et diminuent de façon notable le recours à l'urgence et les admissions en milieu hospitalier » [Auteurs]. • « Ces résultats confirment le fait que les soins à domicile réduisent l'évolution naturelle des invalidités fonctionnelles » [Auteurs].

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
						temps du recours aux services hospitaliers ➤ 10 % des soins infirmiers hebdomadaires = ⚡ significative de la probabilité d’admission en CHSLD - Impact des soins infirmiers à domicile sur les usagers de 65 ans et plus : ○ 2,5 h/semaine = 37,2 % de chance d’être admis en CHSLD dans l’année qui suit ○ 12,4 h/semaine = 10,8 % de chance d’être admis en CHSLD dans l’année qui suit	
France	La valeur de coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes (Vinot, Chelle and Riondet 2018)	Étude descriptive qui présente les principes de fonctionnement, la pertinence organisationnelle et les pistes d’amélioration pour gagner en efficience	- Réseau de coordination de maintien à domicile - Réorganisation de l’action autour du patient - Prise en charge de 250 patients, dont 120 nouveaux chaque année sont orientés vers le réseau par des professionnels (assistantes sociales des hôpitaux, sociétés de matériel médical, associations d’aide à domicile, infirmiers libéraux) qui n’ont plus de solutions d’accompagnement classique	- Nécessité de l’intervention d’une tierce pour coordonner les actions 5 permanents de l’association : directrice, assistante administrative, 3 coordonnatrices de formation sociale ou médicale qui centralisent les informations reçues ou collectées dans un logiciel informatique - Soignants à temps partiel pour compléter l’équipe : 0,1 médecin généraliste, 0,5 psychologue clinicienne, 0,4 professionnel vacataires (ex. : kinésithérapeute)	- Personnes dépendantes définies par leur degré de perte d’autonomie et leur condition ainsi que la modalité de perception de l’Allocation personnalisée d’autonomie - Prise en compte des intérêts du patient comme déterminant au schéma de soins permettant de fédérer des acteurs aux intérêts hétérogènes - Personnes maintenues à domicile, selon degré établi par équipe (médecin, TS) et objectivé par indicateur socioéconomique - Organisation très souple dans laquelle les experts travaillent par projet, créant des solutions adaptées à chaque situation - Fluidité de la circulation des données patient - Conciliation des expertises - Mise en place d’une tarification adaptée	Particulièrement bien adapté aux publics âgés, dépendants et polypathologiques	Le maintien à domicile est la solution la moins coûteuse et la plus propice pour répondre aux besoins des personnes âgées vulnérables [Auteurs].
Québec	Suivi médical à domicile des aînés en perte d’autonomie : défis pour la qualité et l’efficience (Demers 2019)	Point de vue d’un médecin sur le suivi médical à domicile des patients en perte d’autonomie		- Médecin - Infirmière : doit idéalement faire l’évaluation du patient en amont de la visite médicale	- Défis organisationnels, logistiques et technologiques : absence d’équipe structurée, ➤ temps déplacement, enjeux de connexion sécurisée Internet, de disponibilité d’outils informatiques et de transport matériel médical - Coordination requise entre GMF, CI(U)SSS et hôpital - Échange d’information, accès électronique - Partage des tâches au sein d’une équipe de proximité stable favorisant les échanges interdisciplinaires directs		
Royaume-Uni	Older people with social care needs and multiple long-term conditions. (Health and Excellence 2015)	Guide de pratique		- Coordonnateur de soins : ○ Porte d’entrée unique vers soins et services ○ Rôle de liaison avec les autres prestataires de services	- Élaboration du plan de soins de façon collaborative pour permettre à la personne âgée de faire des choix éclairés, de façon autonome - Vision holistique dans l’élaboration du plan de soins (besoins médicaux, psychologiques,		- Recommandations ○ Réaliser une évaluation complète de la personne âgée dès qu’un besoin est détecté

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
				Révision régulière (au moins 1x/an) du plan pour y apporter les ajustements requis	émotionnels, sociaux, personnels, sexuels, spirituels, culturels, etc.) Offre de support pour les proches aidants Disponibilité d’un soutien multidisciplinaire communautaire (pharmacien, physiothérapeute, travailleur social, etc.) pour les personnes âgées fragilisées Soutien à l’autogestion - Continuité des soins et des liens avec les services spécialisés (par le biais du coordonnateur) - Prise en considération des besoins sociaux et l’isolement dans l’offre de services		- Planifier les soins avec la personne âgée en fonction des besoins décelés - Discuter des possibilités de télésanté et faire des démonstrations à la personne âgée pour vérifier la faisabilité d’une telle option - Nommer 1 coordonnateur de soins qui sera la porte d’entrée et qui assurera le suivi des besoins et la liaison avec les services de santé et services sociaux requis (incluant le pont avec le milieu communautaire)
Canada	Un Plan national POUR DE MEILLEURS SOINS À DOMICILE AU CANADA (Canadian Home Care Association, Canadian Nurses Association and The College of Family Physicians of Canada 2016)	Document qui expose le Plan des mesures à prendre, des indicateurs mesurables et des conditions particulières dont il convient de tenir compte pour offrir de meilleurs soins à domicile	- Travail qui a mené à l’élaboration du plan national - Définir les priorités et les pratiques exemplaires en matière de soins à domicile - Organiser des consultations des intervenants - Mener un sondage auprès du public et des fournisseurs de services - Harmoniser les principes en matière de soins à domicile		- Soins centrés sur le patient et ses proches - Favoriser autonomie, autosuffisance - Intégrer pratiques de sécurité dans tous les soins aux patients - Tenir compte besoins psychosociaux, culturels et physiques - Considérer patients et aidants comme des partenaires - Soins responsables - Mettre accent sur renforcement des capacités - Assurer la transparence dans les communications - Utiliser des indicateurs de rendement et les résultats pour améliorer la planification et la prestation des soins et services - Favoriser gouvernance et leadership adaptatifs - Soins accessibles - Assurer prestation de soins adaptés et uniformes sur l’ensemble du territoire - Aider patients et aidants à mieux comprendre les besoins et options en matière de soins et les impacts de leurs choix - Personnaliser les soins aux patients et à leurs proches - Soins fondés sur les données probantes - Rassembler et appliquer les données issues de la recherche	- Effets souhaités par le plan : - Adéquation entre soins reçus et besoins, au moment opportun - Collaboration patient-équipe de soins - Accès aux renseignements de santé et aux plans de soins (patients et équipe) - Reconnaissance des aidants en tant que partenaires - Compréhension et respects des volontés communiquées par les personnes concernant les soins de fin de vie	- Pratiques exemplaires de soins intégrés : - Modèle One client, One Team qui comporte une approche centrée sur le client, un rôle SAD élargi dans la coordination des soins et de solides partenariats SAD-soins primaires - Modèles <i>Chez soi avant tout</i> (Ontario), <i>Home Again</i> (Nouvelle-Écosse) et <i>Home is Best</i> (BC) - Initiative <i>Aller de l’avant</i> pour des soins qui intègrent l’approche palliative

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
					○ Utiliser des outils standardisés pour ↗ qualité des services/programmes ○ Instaurer culture innovation, ingéniosité		
Transversal	Home-based primary care: A systematic review of the literature 2010-2020 (Zimbroff, Ornstein and Sheehan 2021)	Revue systématique couvrant la composition des équipes, les retombées des soins à domicile, le rôle de la télésanté et la préparation aux urgences		Composition des équipes : • Majorité d’études reconnaissant valeur travail interdisciplinaire (vision partagée et holistique du patient, communication) • Utilisation équipe interdisciplinaire pour cas + complexe à haut risque d’hospitalisation • Composition idéale de l’équipe interdisciplinaire pas abordée (semble varier en fonction des modalités de prise en charge des patients)	• Télésanté pour faciliter prise en charge des patients atteints de maladies chroniques : monitoring, suivi par messages • Nécessité de prendre en compte le niveau de littératie numérique des usagers	• Approche interdisciplinaire = ↘ 20 % coût selon une étude pour des résultats similaires (soins, satisfaction patient, utilisation de l’hôpital, etc.) • Services de 1^{re} ligne offerts à domicile permettent de dispenser une grande qualité de soins	• Des besoins importants en santé mentale ont été décelés dans toutes les formes d’organisations de services (généraliste/spécialiste).
Québec	Effectiveness of preventive home visits and home-based primary care in reducing hospital admissions for the elderly (Wassef 2018)	Résumé de données scientifiques, contextuelles et expérientielles concernant l’efficacité des visites préventives à domiciles ainsi que des soins primaires à domiciles visant à réduire l'utilisation des services hospitaliers par les personnes âgées vulnérables.	• Visites de prévention à domicile en vue de maintenir la santé et l’autonomie du patient et de retarder son placement • Soins de 1^{re} ligne offerts à domicile : programme plus complet de services de proximité visant à offrir des soins aux usagers ayant des besoins complexes et des handicaps		• Bénéfices accrus des services à domicile chez les patients à haut risque par rapport à la population en général (1 étude) • Coordination des soins et enseignement ainsi qu’un engagement des patients sont des éléments centraux de tous les modèles	• ↘ probable des hospitalisations dans les suites de la mise en œuvre d’un programme de soins de 1^{re} ligne à domicile : preuves prometteuses mais efficacité non établie • Effet + sur l’utilisation des services hospitaliers par les services de proximité • Certains modèles démontrent possible ↘ coût	• Les essais randomisés contrôlés semblent ne pas être l’avenue idéale pour mesurer l’efficacité des visites à domicile considérant les problèmes complexes liés à la comorbidité et de la personnalisation des soins et services offerts.
Québec	Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficaces (Provencher 2017)	Présentation d’une pratique de gestion des risques associés aux transitions dans le cadre d’un forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile	• Interventions avant, pendant et après le congé de l’hôpital : ○ Pour une évaluation + représentative et prédictive des risques ○ ↘ durées d’hospitalisations, les réadmissions, visites à l’urgence et hébergement précoce • Interventions en partenariat avec client/proche afin de : ○ Recommandations pour ↘ risques et validation de leur acceptabilité • Soutien à la satisfaction et à la qualité de vie lors retour à domicile		• Décloisonnement des rôles hôpital-domicile • Approche à l’intensification comme étant profitable à long terme • Réévaluation pour réajuster les services aux besoins • Outils de collaboration pour soutenir le consentement éclairé et tenir compte des valeurs de chacun • Plan de match avec gradation d’actions et de recours A-B-C • Ajout de transitions utiles pour évaluation + représentative des risques • Durées d’hospitalisation suffisantes pour optimiser planification du congé		• Des transitions sont possibles au retour de l’hôpital. • Le retour à domicile pose des risques : 24 % des patients <i>fragiles</i> réhospitalisés et 32 % ont visité l’urgence dans les 30 jours suivant le congé. • Les transitions permettent la réorientation (RPA, RNI, RI, CHSLD), lorsque nécessaire. • Une transition vers un autre milieu de soins peut être nécessaire.

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
Québec	Un parcours de soins et de services fluide : des transitions efficaces (Pagé and Bernier 2017)	Présentation d’une pratique dans le cadre d’un forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile	- Présence d’intervenants SAD à l’hôpital = équipe de liaison gériatrique : - Présence jour/soir 7/7 à l’urgence - Présence jour 5/7 ou 7/7 dans unités de soins - Fluidité des communications et cohérence actions équipe multidisciplinaire CH et intervenants SAD Collaboration avec l’équipe CH en milieu hospitalier = quatuor : Courte rencontre type caucus pour harmoniser vision épisode de soins - Lundi et mercredi 10h30 à 11h - Intensification des services à domicile et poursuite évaluation hors CH : - Surveillance 24/7 - Optimisation recours aux aides techniques - Implication partenariats communauté (EESAD, RPA, autres) - Présence + soutenue intervenants aux dossiers - Suivi récupération/réadaptation à domicile - Poursuite de l’évaluation à domicile (OEMC)	Équipe de liaison gériatrique : professionnels psychosociaux/infirmiers inclus dans structure SAD - Quatuor : médecin, équipe soignantes, professionnels réadaptation, intervenant liaison gériatrique, client/famille (toujours la même équipe qui suit le médecin)	- Orientation ferme décrétant le domicile de l’usager comme première option à envisager lors du congé - Équipe médicale mobilisée - Implication des usagers et des proches à toutes les étapes d’un épisode de soins et services dans l’ensemble des trajectoires - Actions pour prévenir le déclin par la mise en place de l’approche adaptée à la personne âgée	↯ nb de ressources qui interviennent auprès équipe médicale CH, ↗ confiance, ↗ efficacité - Accès à expertise et soutien spécialistes en activités cliniques programme SAD pour dénouer situations complexes ↗ connaissance du patient - Meilleure planification du PI et du congé - Accélération des consultations - Cibler + effacement cas complexes qui doivent être revus en équipe multidisciplinaire - Satisfaction médecin ↗ collaboration et implication de l’usager et ses proches - Respect de l’autonomie fonctionnelle et décisionnelle du patient - Meilleure accessibilité aux services post-hospitalisation	
Québec	État des connaissances : l’hospitalisation à domicile une alternative à l’hospitalisation conventionnelle (Lorthios-Guillement and Dugas 2021)	Synthèse rapide des connaissances portant sur les services d’hospitalisation à domicile (HAD)	- Indications cliniques : tous les patients nécessitant hospitalisation peuvent avoir recours à l’HAD - Décision d’admettre à l’HAD basée sur complexité des soins plutôt que gravité de la condition - HAD majoritairement rattachée à un hôpital avec clinicien de l’hôpital qui admet le patient comme responsable durant l’épisode de soins jusqu’au congé - Approches généralistes recommandées en région rurale - Orientation du patient en général par le service d’urgence ou les unités de soins de l’hôpital pour les patients qui bénéficient d’un congé précoce - Selon les pays, d’autres modalités d’orientation existent par services	- Soins pouvant être offerts à domicile par du personnel hospitalier, du personnel communautaire ou une combinaison des deux - Travail en équipe multidisciplinaire favorisé - Compétences, expérience et formation spécifiques requis pour offrir des soins aigus/sous-aigus de qualité à domicile - Exemples : - France 1 aide médicale / 6 patients, 1 infirmière-chef pour 30 patients et la moitié des ETC=infirmières - Espagne : Équipe composées 1 médecin + 2 infirmières visite ≈8-12 patients/jour; chaque programme HAD dispose d’au moins 2 équipes	- Facteurs favorables : - Sélection judicieuse des patients pour assurer traitement dans un environnement sécuritaire en présence de proches pour collaborer avec équipe soignante et administrer soins de base - Visite à domicile préalable à l’admission d’un patient à l’HAD - HAD rattachée à l’hôpital permettant accès aux outils diagnostiques et aux connaissances/expériences spécialisées - Équipe associée aux congés précoces basée à l’hôpital, responsable de la planification, de la coordination du congé précoce et offre services de réadaptation et de soutien à domicile - Repérage des patients en amont (ex. : urgence, domicile, révision proactive des dossiers patients hospitalisés)	↗capacité des hôpitaux - Option sécuritaire avec résultats équivalents à l’hospitalisation conventionnelle en termes de nombre de complications et d’événements indésirables ↯engorgement à long terme - Permet d’offrir des soins de qualité à une clientèle vieillissante - Éviter dégradation accélérée de la santé du patient ↗accessibilité des soins dans la communauté ↯ coûts du séjour hospitalier - Formule appréciée par les patients	- Certains patients refusent l’HAD par peur de ne pas être en sécurité, pour offrir un répit à l’entourage ou pour des enjeux de confidentialité. - En vue d’une implantation, il est suggéré de : - Réfléchir au modèle d’organisation et d’équipe soignante à prioriser; - Assurer une collaboration entre milieux hospitaliers, centres de réadaptation et soins à domicile; - Appuyer au départ la structure HAD sur certaines structures

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
			communautaires, services ambulanciers, médecin de famille, etc. - Soins et services offerts : - Visites quotidiennes à domicile par une infirmière 1 ou +/jour - Collaboration avec un médecin - Contribution autres professionnels santé selon besoins - Horaire de jour pour activités régulières + dispo 24/7 d'un médecin ou infirmière pour urgence - Coordination des soins - Provision d'équipement médical, médicaments par pharmacie hôpital ou par partenaires externes - Possibilité de transférer le patient à l'hôpital au besoin - Arrimage pour tests diagnostiques nécessitant déplacements ou à domicile		- Coordination équipe multidisciplinaire comme facteur important implantation l'HAD - Disponibilité d'un plan d'action en cas de conditions météorologiques extrêmes pour assurer sécurité/prise en charge du patient - Bonne planification des cycles de travail pour donner marge de manœuvre aux imprévus - Étroite collaboration, bonne coordination, mécanismes communication clairs entre parties prenantes - Ressources informationnelles et communicationnelles disponibles et accessibles - Enjeux : - Absence d'un coordonnateur - Rôles mal définis/délimités - Capacité à repérer patients admissibles - Réticence du personnel hospitalier à référer à l'HAD (- présent chez ceux qui ont une expérience SAD) - Processus d'orientation absents ou peu définis - Lourdeur administrative du processus d'orientation - Barrières géographiques (nécessité d'établir des partenariats avec services ruraux et régionaux pour patients qui résident à l'extérieur de la région desservie par l'HAD / sous-traiter les évaluations médicales aux médecins de famille/organisations de soins à domicile / intégration de la télémédecine et de la surveillance continue à distance)		existantes comme les SAD / soins offerts en RI-RPA; - Restreindre la zone desservie à une région localisée à proximité d'un hôpital, établir des partenariats avec services régionaux ou intégrer la télémédecine et une télésurveillance continue. - Quelques initiatives sont à signaler au Québec : - SIAD-SAD CLSC de Verdun; - Projet pilote Clinique des aînés à Québec (CIUSSS de la Capitale-Nationale).
Québec	Des soins à domicile de grande intensité : pour une réponse adaptée service de SAD aigu (Foy and Gaillardertz 2017)	Présentation d'une pratique dans le cadre d'un forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile	- Service d'évaluation et de suivi à domicile pour clients en épisode soins aigus + perte mobilité importante - Accès lundi au vendredi de 8h à 20h, délai prise en charge < 24h - Couverture médicale 24/7 par cellulaire et visite à domicile - Gestion de la demande par guichet accès SAD - Corridor de service d'imagerie médicale (radiographie simple et échographie Doppler membres inférieurs)	Équipe SAD aigu : - Infirmières TC : - Cellulaire et ordinateur portable - Trousse médicale (inhalateurs, analgésiques, anti-nauséeux, lavement, antibiotiques IV, diurétiques IV, etc.) - Matériel d'évaluation (stéthoscope, sphygmomanomètre, balance électronique, glucomètre, etc.) - Ordonnances collectives (traitement hypoglycémie grave, ouverture d'une veine en situation urgente, initiation d'une analyse et une culture d'urine, etc.)	Infirmière avec expérience dédiée SAD aigu Charge de cas en soins infirmiers adaptée à la condition aiguë de ce type de client - Accès au matériel requis, à la formation avancée (évaluation clinique gériatrique) - Équipe médicale qui fait des visites à domicile en pratique <i>intensive</i> Accès aux ordonnances collectives Corridor de services d'imagerie médicale Support clérical et clinique	- Évitement de visites urgence/réadmission à l'hôpital ↘ coûts transport hospitalier ↘ nombre consultations/investigations pas toujours requises ↘ risque déconditionnement, délirium, infection nosocomiale ↘ coût estimée à 613 607 \$ durant projet, pour 236 visites à l'urgence et 144 hospitalisations évitées	Pratique déployée à Verdun

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
Québec	Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023) Expérimenter la gériatrie sociale pour ajouter de la vie aux années (Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales 2023)	Document qui trace un portrait de 3 ans de projets pilotes en gériatrie sociale : principales composantes, apprentissages et possibilités de développement et d'amélioration	- Basé sur le principe de subsidiarité des soins de santé : vise à renforcer les niveaux les plus proches de la personne âgée pour répondre à ses besoins lorsque possible - Sentinelles présentes auprès des personnes âgées de façon régulière et qui envoient des alertes à la navigatrice lors de détection d'une problématique - Accompagnement de 1^{er} niveau à l'ainé par la navigatrice : effectue une collecte approfondie d'information, analyse les besoins de l'ainé et l'accompagne pour exprimer et reconnaître ses besoins, chercher les causes et trouver des solutions pour améliorer les choses - Lorsque requis, une infirmière de gériatrie sociale intervient directement auprès de l'ainé pour un accompagnement au 2^e niveau	 Sentinelles : être à l'affût des situations nouvelles qui influencent le quotidien, repérer des signes de vieillissement accéléré ou des facteurs de risque pour la santé/sécurité de l'ainé, transmettre l'alerte à l'équipe de gériatrie sociale	- Utilisation de l'outil AÎNÉES AD-PLUS par les sentinelles pour faciliter le repérage - Outil de transmission d'alerte (basé sur AÎNÉES AD-PLUS) développé par l'équipe de gériatrie sociale de Laval - Arrimage optimal de la navigatrice avec le RSSS, pour trouver des solutions et des options temporaires en attente des services du réseau, et pour alimenter les intervenants en information pertinente au sujet de l'ainé, etc. - Soutien de la navigatrice auprès de l'ainé pour le soutenir dans sa démarche d'aide auprès de son entourage (ex. : courses, soutien moral) et mettre en place les services de soutien nécessaire (popote roulante, services d'entretien ménager, etc.) - Arrimage milieu communautaire / RSSS permettant à la fois d'avoir accès à une forte capacité de repérage des éléments AÎNÉES AD-PLUS et d'avoir accès à la connaissance clinique et aux capacités en matière de prestation de soins et services pour offrir réponse adéquate aux besoins - Évaluation / dépistage par la navigatrice non souhaitable - Collecte approfondie d'informations avec l'outil AÎNÉES AD-PLUS	 - Suivis plus rapprochés favorisés et mise en place de solutions temporaires pour éviter vieillissement accéléré des aînés à profil ISO-SMAF 1 à 3 ↗ prise en charge aînés par une collaboration gériatrie sociale – RSSS qui permet de sécuriser le retour à domicile ↗ capacité d'action par rapport à la responsabilité populationnelle auprès des personnes âgées - Économies projetées de 1,7 M\$ par la prévention des chutes à domicile grâce à la présence, la prévention et les actions réalisées par les sentinelles	- La gériatrie sociale permet d'agir pour contrer le vieillissement accéléré des aînés par : - La mobilisation des acteurs de la communauté; - La mise en place d'une structure de repérage élargi; - Un meilleur soutien à domicile; - Une meilleure continuité des soins. - Le groupe d'aînés ciblés par la gériatrie sociale est celui du centre de la pyramide, celui des personnes ayant atteint un certain niveau de fragilité, sans nécessairement être en perte d'autonomie ou qui présente une perte d'autonomie légère. - Document connexe : la gériatrie sociale en communauté
				- Navigatrice : pivot de l'équipe de gériatrie sociale pour : - Former, soutenir et animer réseau local de sentinelles - Travailler collaboration RSSS/communauté - Repérer risques/signes de vieillissement accéléré à domicile - Effectuer actions ciblées pour ↗ santé et favoriser maintien à domicile (prévention des chutes, respect des ordonnances, monitoring des troubles associés à l'alimentation, de la dégradation de maladies chroniques et de la dégradation d'autres composantes de la santé) - Développer et participer à des projets d'innovation			

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
				- Ressources cliniques : majoritairement des infirmières (SAD/PPALV) : - Consacrer entre 1 à 15h/semaine à la gériatrie sociale - Appuyer l'équipe (information, conseils et démarches) - Réaliser des interventions directes auprès d'âinés à domicile (ponctuel) - Réaliser des interventions pour ↗ compétences et capacités d'action des âinés en matière de santé			
Québec	Les soins à domicile (Voyer 2017)	Présentation qui traite de l'importance d'intégrer le modèle de gestion des maladies chroniques pour faire face aux défis actuels du vieillissement	- Intégration du modèle de gestion des maladies chroniques en SAD - Alliance avec l'âiné - Enseignement (maladie et manifestations, prévention des exacerbations, stratégies pour composer avec manifestations, autosoins requis) - Autosurveillance et surveillance clinique infirmière - Traitement infirmier (soins à long terme, soins temporaires pour maladie aiguë) - Mobilisation et soutien du réseau social (enseignement, prévention de l'isolement, surveillance de l'épuisement)		- Maintien des dossiers SAD Ouverture d'un dossier pour le proche aidant (↗ accès aux services des centres de jour et de répit) - Optimisation de l'utilisation des ressources professionnelles (infirmière, infirmière auxiliaire) - Compétences à jour du personnel infirmier (formation 25h, formation Alzheimer) Autonomie du personnel infirmier (ordonnance collective)	↘ 44 % des hospitalisations grâce à la télésanté pour suivi clinique MPOC à distance	- Recommandations : Créer des tandems IPS-PL-MD favorisant un service médical 24/7 du SAD Accroître l'accès aux médecins en temps opportun
Québec	Optimisation du travail infirmier en soutien à domicile selon une approche recherche-action (St-Pierre, Leblanc and Lazzara 2014)	Présentation traitant de la façon de réorganiser et d'optimiser le travail des infirmières afin d'offrir des services de qualité aux patients tout en respectant les compétences de chacun	- Portrait situation initiale - Analyse des types de gaspillage - Émergence de pistes de solutions : - Délégation de tâches à l'agente administrative - Ouverture de postes - Conscientisation à l'entrée des statistiques - Réorganisation du matériel - Gestion des RNI : mesure du RNI par CoaguChek est une option - coûteuse	- Agente administrative temps complet : - Préparation de matériel - Planification des visites - Saisie des données informatiques (requêtes de prélèvements) - Formation d'une autre personne pouvant remplacer l'adjointe administrative	- Lutte au gaspillage de temps: - Surproduction (ouverture de dossier pour prélèvements ponctuels/uniques) - Attente : évaluation par un autre professionnel - Transport/manutentions inutiles : prélèvements sanguins entre visites pour répondre normes laboratoire - Usinages inutiles/mal faits : prélèvements sanguins hémolysés - Stock excédentaire : commande excédentaire de pansements spécifiques pour traitement sous succion - Gestes inutiles : transcription donnée d'un dossier à une fiche transportable pour consultation rapide sur la route - Créativité inexploitée : ne pas impliquer infirmière dans un nouveau projet (soins de plaie, palliatifs, gestion) - Défauts : classification erronée du profil d'intervention		- Situation initiale de la répartition de travail : - Visites (soins directs) 47 % - Coordination 19 % - Administration (notes, références) 25 % - Réunions interdisciplinaires 7 % 5-8 visites/inf/jour - Entre 15-100 km/jour - Situation après la mise en place de solutions : - Libération temps infirmier ↗Fréquence visite clientèle vulnérable ↗durée moyenne d'intervention

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
4.2. Connaissances portant sur la logistique							
	A general model for the home health care routing and scheduling problem with route balancing (Decerle, Grunder et al. 2017)	Proposition d’un modèle général pour planifier les trajets et les soins à domicile	- Modèle mathématique qui prend en compte plusieurs contraintes pour optimiser les tournées : - Temps de travail - Préférence des usagers pour les heures de visite - Charge de travail - Réduction des coûts - Qualité élevée de services - Algorithme de résolution basé sur la programmation linéaire mixte				L’utilisation de modèles mathématiques semble être une voie incontournable pour optimiser l’utilisation des ressources et augmenter le temps de présence directe auprès des usagers. - Il est possible d’utiliser des approches plus simples (ex. : méthodes heuristiques) pour solutionner des problèmes moins complexes. Ces approches semblent donner des résultats satisfaisants et sont plus faciles à mettre en œuvre. Cependant, les modèles plus complexes impliquant plusieurs contraintes peuvent être nécessaires dans le contexte des SAD québécois aux enjeux grandissants. - Peu importe le modèle utilisé, il convient de procéder à certaines étapes pour optimiser la logistique : - Avoir en main l’ensemble des contraintes dont il faut tenir compte (nombre d’usagers, ressources matérielles et humaines disponibles, horaires, actes réservés ou confiés, etc.) - Cibler le modèle qui semble répondre aux besoins de l’organisation et, ensuite, l’algorithme le plus adapté à l’ampleur du problème (la Chaire de recherche du Canada en analytique et logistique des soins de santé regroupe des experts du domaine). - Il existe plusieurs outils qui permettent l’utilisation des modèles mathématiques
	New decomposition method for home care scheduling with predefined visits (Grenouilleau, Lahrichi and Rousseau 2020)	Présentation d’une méthode de décomposition pour la planification des soins à domicile avec des visites prédéfinies	- Méthode de décomposition (heuristique et méthodes de résolution exactes) qui tient compte : - Des visites déjà planifiées - Des visites restantes (à effectuer, mais non prévues)			- Meilleure utilisation des ressources ↗ qualité des soins	
	Home care routing and scheduling problem with teams’ synchronization (de Aguiar, Ramos and Gomes 2023)	Article qui traite du problème de la planification des soins à domicile en tenant compte de la synchronisation des équipes	- Modèle mathématique basé sur la programmation linéaire mixte qui permet de prendre en compte : - Disponibilités de l’équipe - Temps de trajets - Préférences des usagers pour les heures de visite - Objectif de ↘ coût tout en maintenant les équipes synchronisées			- Prise de décision + éclairée quant à la planification - Utilisation plus efficace des ressources - Meilleure qualité de services	
	Home health care delivery with consistency consideration in a stochastic environment (Hosseini, Adulyasak and Rousseau 2023)	Présentation d’un modèle qui tient compte de la cohérence dans un environnement stochastique pour la planification des tournées de soins à domicile	- Modèle basé sur la programmation linéaire et la théorie des files d’attente pour optimiser la planification des tournées de soins - Prise en considération de différentes contraintes dans le but de ↘ les coûts opérationnels et ↗ la qualité des services : - Préférences des usagers pour les heures de visite - Horaire de travail des prestataires de soins - Conditions météorologiques imprévues et embouteillages				
Transversal	Home health care routing and scheduling problems: a literature review	Revue de littérature sur les problèmes de planification des tournées de soins à domicile afin de			- Défis liés à la planification des tournées : - Planification de tournée des soins infirmiers - Planification des soins palliatifs		

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
	(Euchi, Masmoudi and Siarry 2022)	mettre en évidence les défis, les différentes approches de modélisation et les méthodes de résolution proposées			○ Planification des soins infirmiers à domicile avec contraintes de temps de travail. • Approches permettant de relever ces défis : ○ Programmation linéaire ○ Programmation par contraintes ○ Métaheuristique		pour optimiser la planification des soins à domicile. En voici quelques exemples qui sont déjà utilisés dans le RSSS [IB] : ○ Alaya Care; ○ Qualicode.
	Considération de la dimension humaine dans l'optimisation de tournées de soins et services à domicile soumises à des perturbations (Martinez 2020)	Article qui propose un modèle mathématique pour intégrer des critères de la dimension humaine aux critères d’optimisation des coûts	• Modèle mathématique (basé sur des algorithmes génétiques) qui intègre à la fois des contraintes de performance humaines et des contraintes plus typiques : ○ Temps de travail des prestataires ○ Préférences des usagers pour les heures de visites ○ Perturbations imprévues (ex. : urgences médicales) ○ Changements de disponibilités des prestataires ○ Fatigue des prestataires ○ Satisfaction des usagers ○ Optimisation des coûts ○ Distances de déplacement		• Prise en compte facilitée des contraintes humaines et des perturbations possibles dans une planification optimale des tournées de soins à domicile • ↗ satisfaction des usagers • ↘ potentielle des coûts		
	Prise en compte des préférences du décideur pour le problème multiobjectif de tournées de soins à domicile (Musaraganyi 2019)	Article qui présente un modèle mathématique permettant de tenir compte des préférences du décideur en vue d’optimiser les tournées de soins à domicile	• Utilisation de la méthode de problème multiobjectif pour planifier la tournée de soins à domicile qui : ○ Soit la plus efficace possible ○ Tienne compte de diverses contraintes : ↘ coûts, ↘ temps de déplacement, ↗ satisfaction des usagers • Possibilité offerte par la méthode de pondérer les différents objectifs pour tenir compte de l’importance relative selon le décideur			• Obtention de solutions plus adaptées aux besoins • Prise de décision plus éclairée	
	Comparaison de deux méthodes pour la planification des tournées des infirmiers dans une structure d’hospitalisation à domicile (Rym, Alain and Sonia 2010)	Étude qui compare 2 méthodes de planification des tournées afin de déterminer laquelle est la plus efficace	• Modèles permettant de planifier la tournée des soignants en prenant en considération : ○ Plage de temps des disponibilités patients ○ Pausés des soignants ○ Durée des visites ○ Durée des déplacements ○ Visites partagées ○ Horaire de travail des soignants • Programmation linéaire			• Pour les deux modèles, planification dans le respect des contraintes pour des problèmes de petite taille (jusqu’à 5 infirmières pour 20 usagers) • Répartition optimale apparente des charges pour le modèle de planification linéaire	

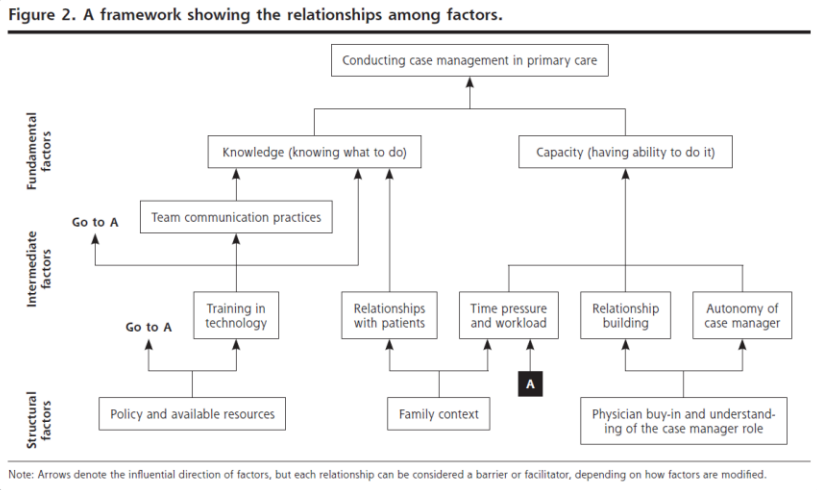
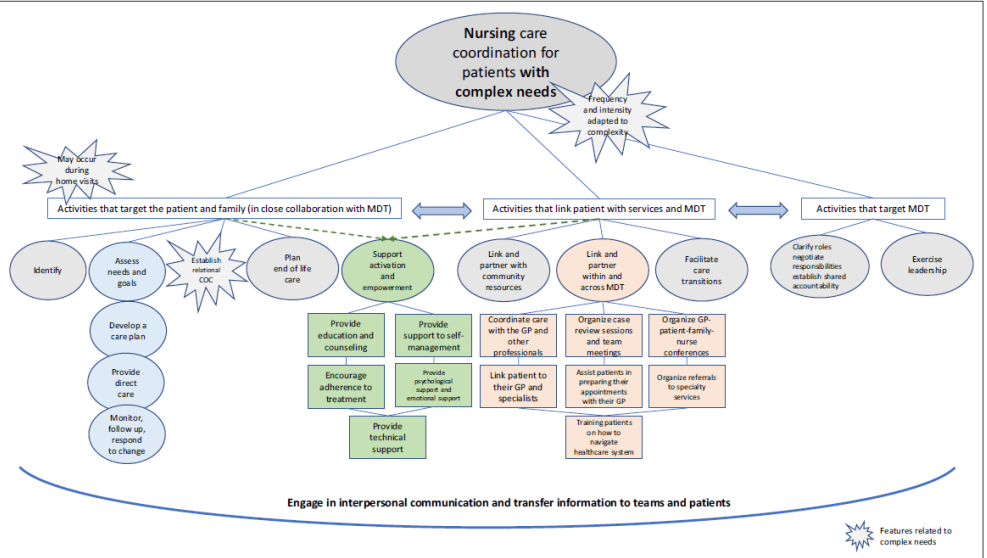
	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
			• Programmation par contraintes			• Modèles en apparence non adaptés pour répondre aux problèmes plus importants	
4.3. Connaissances portant sur les technologies							
Québec	Une unité virtuelle est créée au domicile des patients dans le cadre du projet novateur COVID@DOMICILE (Hôpital général juif 2022)	Article qui traite du projet pilote d'unité virtuelle à domicile du CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	• Utilisation de la technologie numérique de surveillance continue de l'état de santé du patient à distance • Surveillance des signes vitaux et d'autres aspects de la santé à distance par une équipe de soins • Soins complétés par des visites des membres de l'équipe soins à domicile • Projet s'adressant aux patients stables qui ont besoin d'une courte période de suivi (administration d'un faible niveau d'oxygène, médication par voie orale, etc.)	• Collaboration de multiples directions cliniques et de soutien (médecins, soins infirmiers, pharmacie, technologie information, logistique, services professionnels, SAD, service qualité, centre de commandement, santé numérique, ressources humaines) dans la mise en place du projet pilote • Équipe virtuelle composée d'infirmières, de médecins et d'inhalothérapeutes • Participation active des membres de la famille/proches aidants comme condition essentielle à la participation d'un patient à ce programme	• Formation exhaustive offerte au patient et au proche, avant la sortie de l'hôpital, sur l'utilisation de la technologique numérique • Rencontre avec l'infirmière virtuelle, enseignement et explication de la marche à suivre en cas d'urgence • Possibilité de contacter l'infirmière virtuelle 24/24, 7/7 pour toute question ou préoccupation • Prêt de téléphone intelligent aux patients qui n'en possèdent pas • Communication avec patient plusieurs fois par jour par le médecin ou l'infirmière par téléphone ou plateforme virtuelle pour s'assurer de ses progrès	• $\angle$ durée du séjour en hôpital • Offre d'un niveau de soins adéquat dans le confort du foyer du patient	• Certaines technologies sont utilisées pour mesurer régulièrement les signes vitaux et les acheminer automatiquement à l'équipe virtuelle : ○ Dispositif au poignet (semblable à une montre); ○ Patch qui adhère à la poitrine ou sonde de saturation en O₂.
France	Quelles pratiques de télésurveillance de maladies chroniques dans les espaces à dominante rurale peu densément peuplés ? (Voilmy, Romain et al. 2021)	Étude présentant une revue de littérature des pratiques professionnelles qui utilisent les technologies numériques dans le suivi des patients et qui abordent l'utilisation de cette technologie pour le suivi des patients âgés de 65 ans et + souffrant d'une MC en zone rurale	• Projet HIS2R réalisé auprès de 50 patients (insuffisance cardiaque chronique + bronchopathie chronique obstructive) • Dispositifs (tensiomètre, thermomètre, balance, oxymètre de pouls connectés) permettant de recueillir et transmettre les informations de santé et les alertes de manière sécurisée aux soignants de façon quotidienne • Système télévigilance et case manager permettant de réagir en temps réel aux alertes • Objectif de détection des signes précurseurs / dérives qui nécessitent ajustement thérapeutique pour éviter dégradation de l'état	• <i>Case manager</i> avec profil infirmier chargé de suivre chaque patient de façon personnalisée et individualisée et disposant d'un algorithme sécurisé permettant de réagir précocement lors d'écart perçu entre paramètres patients et ceux attendus par le médecin	• Utilisation du téléphone portable pour améliorer l'observance thérapeutique par des SMS de rappel de médication • Télémédecine pour observance thérapeutique et autosurveillance • Patient/famille doivent être des acteurs centraux dans la gestion de l'état de santé (essentiel de tenir compte de leur ressenti, de leurs besoins et attentes)	• Pratique médicale télémédecine $\nearrow$ observance des patients, favorise l'accès aux données par le médecin • Permet mise en place solutions innovantes (ex. : suivi régulier à plus long terme après la phase clinique intensive) • Perception + des patients/famille face à l'utilité d'un télésuivi au domicile	• En France, les programmes PRADO permettent d'anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile après l'hospitalisation et de fluidifier le parcours hôpital-domicile. • En Belgique, un centre de coordination de soins et aides permet de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients, de $\angle$ les durées de séjours à l'hôpital, de renforcer la qualité de prise en charge au domicile et d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation.
Québec	Innovations en soutien à domicile : à la croisée des technologues et de l'humain (Kostovic, Raymond et al. 2023)	Bulletin de l'INESSS documentant les innovations en cours de développement et de déploiement à travers le monde pour $\nearrow$ services offerts en soutien à domicile	• Innovations technologiques en SAD : biocapteurs pour suivre données en temps réels, objets connectés pour accompagner la personne dans la gestion de sa condition (aide au diagnostic, aides techniques ou traitement à domicile), capteurs inertiels, capteurs ambiants, robots • Innovations sociales : nouveaux modes d'habitation axés sur la solidarité, services qui se	• Nouveaux acteurs mis à contribution pour favoriser le maintien à domicile : ○ Intervenants de milieu auprès d'ânés vulnérables ○ Acteurs civils ou paramédicaux (facteurs, ambulanciers, etc.) ○ Employés des commerces du quartier repérant personnes vulnérables ○ Courtière de services au sein équipe SAPA	• Virage vers la santé numérique : ○ Télésurveillance, téléadaptation, téléconsultation ○ Aide pour les AVQ-AVD, autogestion de la condition, promotion de la santé et de l'activité physique ○ Soutien à l'évaluation et au diagnostic ○ Sécurité à domicile • Mise en lien des usagers avec les ressources du milieu, dans une perspective de participation citoyenne et d'entraide communautaire		• Les innovations en SAD visent différents objectifs : répondre aux besoins des usagers, des proches aidants, du personnel, soutenir l'organisation des services.

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
			rapprochent des usagers, rôle accru pour les citoyens Innovations visant à soutenir et améliorer les services : modèles de soins diversifiés, ressources pour soutenir l’hospitalisation à domicile, ↗ place usagers dans gestion des services, solutions logicielles visant à optimiser les processus cliniques et administratifs	Laboratoires vivants et centre d’innovation axés sur le bien vieillir chez soi			
Québec	Technologies de l’information et de la communication pour le maintien à domicile des personnes âgées (Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement 2022)	Portrait de situation et recommandations en ce qui concerne les besoins pour soutenir le maintien à domicile des aînés Présentation de la liste des technologies qui fonctionnent bien, celles qui n'ont pas bien fonctionné, celles que les intervenants aimeraient essayer	- Priorités des besoins pour le maintien à domicile des aînés énoncés parmi les répondants des établissements sondés (n=10) : - Sécurisation du domicile - Aide aux AVQ - Aide en cas d’urgence - Maintien de la mobilité - Aide aux AVD - Soutien moral et affectif/briser l’isolement - Maintien des fonctions cognitives - Surveillance de la santé - Soutien aux difficultés communicationnelles - Aide-mémoire (pilulier, repère temporel, etc.) - Soutien aux activités de loisirs - Exemples de projets en cours : - CIUSSS Centre-Ouest-de-l’Île-de-Montréal : télésoins à domicile pour autogestion des maladies chroniques et prévention de décompensations majeures - CISSS Gaspésie : télémédecine pour soins de plaie; chariot mobile équipé d’un écran, d’un ordinateur et d’une caméra pour tenir des visioconférences - CISSS Montérégie-Ouest : suivi virtuel en milieu de vie (service offert à distance par un professionnel à un usager à domicile ayant pour but d’éduquer, de surveiller, d’assister et d’intervenir selon un objectif de soins poursuivi) - CISSS Abitibi-Témiscamingue : tablettes électroniques pour consultations à distance		- Obstacles* : - Absence d’un cadre de gestion guidant déploiement des technologies - Pression financière en contexte de restriction budgétaire - Sous-estimation des ressources humaines et matérielles nécessaires - Vision unidimensionnelle de la situation - Apparition d’enjeux éthiques - Méconnaissance des technologies utilisables en intervention et compétences technologiques limitées - Capacités techniques des établissements et gestion de la sécurité des actifs informationnels - Transformation des pratiques cliniques - Facteurs favorables - Connaissance des technologies disponibles - Accès à des mises à jour régulières de la formation - Échanges entre les pairs sur les bons coups et les difficultés - Guide de pratique sur les technologies - Accès à des ressources humaines dédiées à l’intégration des technologies - Ouverture et soutien des gestionnaires - Budget pour l’achat de matériel dans chaque CLSC - Dossier électronique accessible à distance - Formation auprès des RPA - Ateliers informatifs/capsules vidéo - Documents explicatifs <i>* Outils développés pour contrer les obstacles : Élaboration d’un modèle d’accompagnement des organisations pour le déploiement et l’innovation technologique, charte pour des technologies inclusives, plan d’action quinquennal pour des</i>	- Collier/pendentif avertisseur de chute qui sécurise usagers dans leurs déplacements - Système de caméras à domicile qui facilite surveillance, messages vocaux - Pilulier intelligent : ↯ erreur/oubli médication - Tapis sensoriel ou tactile qui limite le risque de chute - Prise intelligente pour sécuriser cuisinière - Détecteur/capteur de mouvement qui permet aux aidants de savoir si un usager est sorti de la maison - Calendrier électronique pour ↯ oubli - Dispositif GPS pour sécuriser proches aidants en contexte de risque d’errance - Tapis sonores au lit et au fauteuil ou matelas connecté pour avertir l’aidant lorsque l’aidé se lève - Tablette/ordinateur pour briser l’isolement - Capteurs glycémie ↯ manipulation, favorise suivi à distance - Enceinte connectée pour alarmes verbales/consignes - Application de communication pour loisirs et ↯ isolement - Détecteur de mouvement infrarouge pour prévenir et gérer l’errance	- Recommandations pour les établissements du RSSS : - Organiser un service d’utilisation des TIC dans le maintien à domicile des aînés; - Personnes-ressources expertes pour guider intervenants; - Équipe technique dédiée pour le prêt, l’achat, l’installation, l’enseignement et l’entretien TIC; - Mise en place procédure simple, rapide accessibilité aux TIC; - Intégrer tâches des intervenants du temps de soutien personne aînée/proches aidants; - Inclure dans les tâches du temps pour s’impliquer dans projets de recherches sur l’évaluation et l’implantation des TIC; - Inclure TIC dans guides de pratiques SAD comme outils disponibles de prévention et d’interventions. - Outils de gestion : - CISSS Laurentides, CIUSSS Mauricie-Centre-du-Québec : application Web Qualicode – Suite Maya pour gestion des horaires ASSS et soins infirmiers

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]																																																																																																		
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets																																																																																																			
			- Heures de services fournies attribuées à un faible % d’usagers 4 % des usagers SAD-SAPA = 50 % heures de services (taux réponse besoins 60,6 %) 5,1 % des usagers SAD-DP = 50 % des heures de services (taux réponse besoins 69,8 %) - Risque ↗ admission CHSLD profil ISO-SMAF 10-14 - Enjeux de suffisance de ressources humaines, de conditions de travail et d’encadrement, d’accessibilité, d’arrimage aux besoins, de productivité et d’efficacité - Pas de corrélation entre le niveau de ressources financières investies en SAD et la performance au niveau de la pertinence, l’efficacité, l’ajustement aux besoins et l’accès																																																																																																						
Québec	Le financement du soutien à l’autonomie à la croisée des chemins (Clavet, Décarie et al. 2021)	Cahier de recherche qui vise à estimer les coûts de la réponse aux besoins des personnes âgées en perte d’autonomie en tenant compte du type de services et du niveau de couverture des besoins	- Projection du nombre de personnes ayant besoin de soutien à l’autonomie à domicile et en institution (i.e. au moins 1 limitation concernant les AVQ) : 2020 : 315 568 2035 : 499 825 ↗ annuelle de 3,1 % jusqu’en 2035, puis 1,3 % jusqu’en 2050 ↗ significative du nombre de personnes avec profil Iso-SMAF 11 et + Figure 3 - Projections du nombre de personnes recevant du SAPA par Profil Iso-SMAF Source : calculs des auteurs.	+ Avantageux au chapitre du coût total qu’une personne profil Iso-SMAF 8 ou – recevant des soins SAD plutôt que RI-RTF/CHSLD - Profil 9 + avantageux en RI-RTF - Profil 11 et + avantageux en CHSLD (places existantes seulement) Tableau 15 – Comparaison du coût annuel par personne en \$ selon le milieu de vie et le scénario (référence et pessimiste) <table><tr><th>Année</th><th>CHSLD</th><th>RI-RTF</th><th>SAD</th></tr><tr><th colspan="4">Scénario de référence</th></tr><tr><td>2020</td><td>101 583</td><td>67 117</td><td>10 592</td></tr><tr><td>2025</td><td>112 079</td><td>72 663</td><td>11 425</td></tr><tr><td>2030</td><td>125 079</td><td>78 663</td><td>12 390</td></tr><tr><td>2035</td><td>138 571</td><td>85 160</td><td>13 479</td></tr><tr><td>2040</td><td>151 431</td><td>92 193</td><td>14 679</td></tr><tr><td>2045</td><td>164 382</td><td>99 811</td><td>15 996</td></tr><tr><td>2050</td><td>176 838</td><td>108 053</td><td>17 404</td></tr><tr><th colspan="4">Scénario pessimiste</th></tr><tr><td>2020</td><td>101 583</td><td>67 117</td><td>10 592</td></tr><tr><td>2025</td><td>117 656</td><td>76 310</td><td>11 998</td></tr><tr><td>2030</td><td>137 691</td><td>86 757</td><td>13 665</td></tr><tr><td>2035</td><td>159 871</td><td>98 637</td><td>15 612</td></tr><tr><td>2040</td><td>183 073</td><td>112 143</td><td>17 856</td></tr><tr><td>2045</td><td>208 264</td><td>127 503</td><td>20 434</td></tr><tr><td>2050</td><td>235 048</td><td>144 959</td><td>23 349</td></tr><tr><th colspan="4">Différence</th></tr><tr><td>2020</td><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr><tr><td>2025</td><td>5 577</td><td>3 647</td><td>573</td></tr><tr><td>2030</td><td>12 612</td><td>8 094</td><td>1 275</td></tr><tr><td>2035</td><td>21 300</td><td>13 477</td><td>2 133</td></tr><tr><td>2040</td><td>31 642</td><td>19 950</td><td>3 176</td></tr><tr><td>2045</td><td>43 882</td><td>27 692</td><td>4 438</td></tr><tr><td>2050</td><td>58 210</td><td>36 906</td><td>5 945</td></tr></table> Source : calculs des auteurs.	Année	CHSLD	RI-RTF	SAD	Scénario de référence				2020	101 583	67 117	10 592	2025	112 079	72 663	11 425	2030	125 079	78 663	12 390	2035	138 571	85 160	13 479	2040	151 431	92 193	14 679	2045	164 382	99 811	15 996	2050	176 838	108 053	17 404	Scénario pessimiste				2020	101 583	67 117	10 592	2025	117 656	76 310	11 998	2030	137 691	86 757	13 665	2035	159 871	98 637	15 612	2040	183 073	112 143	17 856	2045	208 264	127 503	20 434	2050	235 048	144 959	23 349	Différence				2020	0	0	0	2025	5 577	3 647	573	2030	12 612	8 094	1 275	2035	21 300	13 477	2 133	2040	31 642	19 950	3 176	2045	43 882	27 692	4 438	2050	58 210	36 906	5 945	- La réponse efficiente aux maladies chroniques passe par des soins de 1^{re} ligne et des soins à domicile performants [Auteurs]. - La comparaison avec SAD a été réalisée avec un niveau de services égal. - Les technologies pourraient modifier la façon dont les services sont dispensés.
Année	CHSLD	RI-RTF	SAD																																																																																																						
Scénario de référence																																																																																																									
2020	101 583	67 117	10 592																																																																																																						
2025	112 079	72 663	11 425																																																																																																						
2030	125 079	78 663	12 390																																																																																																						
2035	138 571	85 160	13 479																																																																																																						
2040	151 431	92 193	14 679																																																																																																						
2045	164 382	99 811	15 996																																																																																																						
2050	176 838	108 053	17 404																																																																																																						
Scénario pessimiste																																																																																																									
2020	101 583	67 117	10 592																																																																																																						
2025	117 656	76 310	11 998																																																																																																						
2030	137 691	86 757	13 665																																																																																																						
2035	159 871	98 637	15 612																																																																																																						
2040	183 073	112 143	17 856																																																																																																						
2045	208 264	127 503	20 434																																																																																																						
2050	235 048	144 959	23 349																																																																																																						
Différence																																																																																																									
2020	0	0	0																																																																																																						
2025	5 577	3 647	573																																																																																																						
2030	12 612	8 094	1 275																																																																																																						
2035	21 300	13 477	2 133																																																																																																						
2040	31 642	19 950	3 176																																																																																																						
2045	43 882	27 692	4 438																																																																																																						
2050	58 210	36 906	5 945																																																																																																						

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
				Figure 4 - Projection de la clientèle SAPA par milieu de vie (scénario de référence) Source : calculs des auteurs.		Figure 11 - Coût annuel par personne (en milliers de dollars) en 2020 selon le Profil Iso-SMAF et le milieu de vie	
4.5. Connaissances portant sur les gestionnaires de cas							
Canada	Relieving the Burden of Navigating Health and Social Services for Older Adults and Caregivers (Canadian Home Care Association, Canadian Nurses Association and The College of Family Physicians of Canada 2016)	Document qui propose une approche en trois volets axés sur le patient : améliorer l’information sur les services, élargir les programmes d’accompagnement des patients et renforcer l’intégration des services destinés aux personnes âgées	- Recommandations sur les modalités à mettre en place : - Reconnaître que les lacunes du système public créent des obstacles majeurs concernant l’accès aux services de soins et de soutien - Améliorer l’information sur les services (option – coûteuse, + accessible à mettre en œuvre) - Étendre les programmes de navigation publique - Améliorer l’intégration des services		- Services/informations offerts par navigateurs bénévoles ou issus d’organisations à but non lucratif plus objectifs que ceux offerts par un navigateur interne qui peut être davantage tiraillé entre les besoins du patient et les enjeux de l’organisation - Temps, autorité et rémunération adéquats requis par les navigateurs pour organiser des services au nom d’un patient - Nécessité de préserver intérêts et perspectives des patients et des proches aidants au premier plan - Collaboration avec organismes communautaires/groupes de soins primaires	- Accès + rapide des patients au dépistage et traitement ↗ qualité de vie et de la satisfaction ↘ obstacles perçus - Meilleure santé ↘ disparités ↗ compétences autogestion - Potentiellement + efficaces pour certains groupes défavorisés ↘ dépression, stress proches aidants	- Il existe des défis de navigation importants à l’intérieur du système de santé. Autant les personnes âgées que les soignants eux-mêmes se sentent dépassés par la situation et ont besoin de soutien. - Ces défis contribuent à ↗ stress et à l’isolement des patients et de leurs proches. - Voici quelques exemples de projets permettant d’augmenter l’accès à l’information : - Ligne téléphonique dédiée (Nouvelle-Écosse, Nouveau-Brunswick, Manitoba); - Ateliers de navigation qui combinent des informations sur les services avec d’autres formes de soutien de groupe; - Guichet unique/centres d’information centralisés qui permettent une interaction avec une personne qui peut répondre aux besoins de navigation.

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
Transversal	The Efficacy and Cost-Effectiveness of Patient Navigation Programs Across the Cancer Continuum: A Systematic Review (Bernardo, Zhang et al. 2019)	Analyse de l’efficacité et de l’efficience financière des programmes de navigation sur l’ensemble du continuum en cancérologie				↗ adhésion aux campagnes de détection ↗ détection précoce et suivi post-détection ↗ adhésion au traitement et suivi post-traitement - Bénéfices financiers pour le système	La publication signale les limites des conclusions imposées par le nombre et la nature des jalons étudiés (détection et diagnostic) et le type de cancer (seuls le cancer du sein et le cancer colorectal ont été considérés).
Transversal	Cost-effectiveness of patient navigation programs for stroke patients—A systematic review (Kass, Dornquast et al. 2021)	Analyse du niveau de preuve associé à l’efficience des coûts de la navigation pour les patients ayant subi un AVC					Lecture abandonnée car la publication ne compte que deux études éligibles à la revue systématique, limitant la portée des conclusions.
Transversal	Characteristics of Case Management in Primary Care Associated With Positive Outcomes for Frequent Users of Health Care: A Systematic Review (Hudon, Chouinard et al. 2019)	Identification des caractéristiques de la gestion de cas qui génèrent des résultats positifs auprès des usagers atteints de maladies chroniques grands utilisateurs des services de 1 ^{re} ligne	- Recommandations pour optimiser cette pratique : - Se concentrer sur les processus de repérage des cas, au cœur de l’efficience de la gestion de cas - Investir dans l’ajout de valeur des interventions à intensité élevée de la gestion de cas et dans le développement de plans de soins multidisciplinaires favorisant l’amélioration des indicateurs des usagers	Aucune précision fournie autre que la collaboration active entre le gestionnaire de cas (profil infirmier) et l’équipe multidisciplinaire	- Facteurs favorables : - Déploiement auprès des usagers les plus vulnérables sans assurances OU à faibles revenus OU jugés vulnérables par un intervenant en santé ET qui sont de grands utilisateurs ET qui ont des besoins complexes (combinaison de besoins physiques, psychiatriques et sociaux; pauvreté; polypharmacie; faible réseau social; jugement altéré) - Pour les gestionnaires de cas, maintien d’un nombre limité de dossiers simultanés, suivis réguliers et rencontres multidisciplinaires - Pour le système, compétence du gestionnaire de cas dans l’élaboration du plan de soins et dans le déploiement d’une offre de services multidisciplinaire efficiente et de qualité	↗ des indicateurs de santé et ↘ de la consommation de l’offre de services par les usagers souffrant de démence faisant l’objet d’une gestion de cas à haute intensité ↘ visites à l’hôpital et à l’urgence lorsqu’un suivi régulier en personne est bien installé auprès de la clientèle cible	- Quelques limites sont à considérer dans la publication : - Traitement non différencié de l’importance des différents indicateurs de santé; - Traitement non différencié de l’ensemble des interventions de gestion de cas sans égard à leur qualité; - Contextualisation inégale des interventions évaluées.
Transversal	Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: a systematic review and thematic synthesis (Teper, Vedel et al. 2020)	Identification des facilitateurs et barrières à l’implantation des programmes de gestion de cas depuis la perspective d’intervenants en santé en 1 ^{re} ligne de différents pays du monde	- Interrelations complexes des facilitateurs et barrières dans la réussite de l’implantation de l’approche par gestion de cas (voir figure ci-dessous) - Aucune prise du gestionnaire de cas sur les facteurs structurels pourtant essentiels à la réussite de l’approche - Malléabilité des facteurs intermédiaires qui dépendent, pour une part, des facteurs structurels - Facteurs fondamentaux de succès ressortissant à la fois à la compétence du gestionnaire de cas et à la juste compréhension des exigences (temps; volume de dossiers; autonomie professionnelle; interdisciplinarité; etc.) de déploiement de l’approche par le système de santé		- Contexte familial - Politiques de santé et ressources associées - Adhésion du médecin de famille au concept et au rôle du gestionnaire de cas - Construction des relations entre les différents intervenants - Pratiques de communication de l’équipe multidisciplinaire - Autonomie des gestionnaires de cas - Maîtrise des technologies - Relation avec l’usager - Pression exercée sur la gestion du temps et du volume de dossiers du gestionnaire de cas		- Les conclusions de cette publication sont congruentes avec la littérature existante sur le sujet. - Elles mettent notamment en relief la valeur ajoutée de la perspective des intervenants.

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
			Figure 2. A framework showing the relationships among factors. 				
Transversal	Nursing Care Coordination for Patients with Complex Needs in Primary Healthcare: A Scoping Review (Karam, Chouinard et al. 2021)	Présentation d’une synthèse d’interventions infirmières en coordination de soins auprès d’usagers aux besoins complexes en 1 ^{re} ligne	Recommandations : - Favoriser le plein exercice des rôles substantiels dévolus aux intervenants en santé de 1^{re} ligne, incluant le travail en équipe multidisciplinaire et le déploiement d’une offre de services intégrée et coordonnée d’une intensité adaptée - Considérer une réflexion complémentaire sur une classification des activités du continuum en lien avec leur valeur ajoutée et les ressources qui y sont consenties	- Coordonnateur de soins : Pas de profil professionnel prescrit pour peu que la personne détienne les habiletés et la vision nécessaires pour exercer son rôle (voir la mise en lumière des rôles infirmiers dans la figure qui suit)  Figure 3 A model of nursing care coordination activities for patients with complex needs. Legend: COC = Continuity of care GP = General practitioner MDT = Multidisciplinary teams (including health and social care professionals). - Valeur ajoutée non négligeable des visites à domicile (qui gagneraient à être intégrée comme composante intrinsèque de l’offre de services) pour les usagers présentant des besoins particuliers ou complexes parce qu’une appréciation des conditions du milieu de vie procure un éclairage pertinent sur la sécurité de l’environnement, le fardeau assumé par les proches, etc.	↗ qualité des soins et des indicateurs cliniques ↘ du besoin d’hospitalisation ↗ qualité de la continuité relationnelle avec l’usager et ses proches, avec ↗ soins préventifs, adhésion au traitement et satisfaction face à l’offre de services		
Québec	Mise en œuvre de l’Approche V1SAGES pour les personnes avec des besoins complexes : opportunités et défis	Présentation des enjeux des usagers présentant des besoins complexes, de l’Approche	- Proposition : - Logigramme intégré de gestion de cas et d’intervention-pivot pour les usagers grands	- Innovation organisationnelle proposée par l’Approche V1SAGES (gestion de cas et intervention-pivot) : - Centrée sur le projet de vie et l’expérience de la personne	- Pour l’usager ↗ sentiment de sécurité et de l’expérience de soins	Le déploiement potentiel de l’approche est limité par des enjeux de communication et de gouvernance, les enjeux de main-d’œuvre, la	

	Référence Niveau de preuve	Intention de la publication Clientèle cible	Faits saillants des résultats observés				Appréciation [Auteurs] ou [Courtier]
			Principaux constats	Personnes impliquées	Facteurs favorables et obstacles	Effets	
	(Hudon 2023)	V1SAGES (gestion de cas) et de ses impacts ainsi que des opportunités et défis associés	consommateurs avec des besoins complexes ○ Illustration du déroulement d’un cas type dans le temps et des gains obtenus grâce à l’approche ● Stratégie de mise à l’échelle nationale et locale		○ Complémentaire aux trajectoires et programme existants ○ Favorable à la collaboration interprofessionnelle et intersectorielle ● Compétences requises : professionnalisme; habiletés de communication, de gestion, de navigation, de collaboration et de défense (<i>advocacy</i>)	○ ↘ détresse psychologique ○ ↗ santé à moyen et long terme ● Pour le système ○ ↗ coordination et satisfaction des intervenants ○ ↗ meilleure utilisation des ressources ○ ↘ coûts de système	disponibilité des ressources financières, les efforts de mobilisation requis pour légitimer les rôles clés du gestionnaire de cas et de l’intervenant-pivot, l’accès aux données, ainsi que la complexité à susciter l’adhésion de la clientèle cible.

5. PERSPECTIVES D'UTILISATION DES CONNAISSANCES

5.1. Valeurs et limites du document

La réalisation d'un produit de courtage de connaissances s'inscrit dans un contexte donné et vise à répondre à un besoin spécifique. Bien que les contenus du document aient pu répondre aux attentes du demandeur, le fait de souligner les valeurs et les limites permet à un éventuel utilisateur de soupeser la pertinence des savoirs rapportés pour son propre projet d'amélioration. Le tableau qui suit énumère les principaux aspects à retenir.

Tableau 2 : Valeurs et limites du document (Bastille, 2024)

Appréciation	Analyse
Valeurs	• Recension d'écrits scientifiques et gris (n=42) • Nombreux écrits de forts niveaux de preuve ou provenant d'organisations réputées • Variété de leviers d'actions possibles exposés en lien avec les grands thèmes couverts
Limites	• Savoirs non exhaustifs, mais jugés suffisants pour répondre aux attentes • Connaissances très théoriques et peu appliquées quant aux meilleures pratiques à privilégier sur le plan de la logistique • Peu de détails permettant de soutenir l'application

5.2. Recommandations en vue de favoriser une appropriation pérenne des connaissances

Les recommandations qui suivent reflètent l'avis de la courtière et s'appuient sur le contexte de réalisation, les connaissances colligées ainsi que les valeurs et limites du présent document.

Les messages clés ayant émergé de la recension d'écrits présentent différents leviers d'action permettant d'optimiser l'efficacité des services de soutien à domicile pour ainsi permettre aux personnes âgées vulnérables de demeurer à domicile le plus longtemps possible. Ils se veulent davantage un éventail de possibilités plutôt que des recommandations formelles.

À la lumière de l'expérience des collègues du CISSS de Chaudière-Appalaches, d'autres régions pourraient profiter des connaissances issues de ce rapport. Dans le cadre d'un processus d'amélioration continue ou de révision de l'offre de services en soutien à domicile, trois étapes apparaissent pertinentes pour favoriser l'appropriation des connaissances issues du présent document.

1. Identifier, parmi les leviers d'action présentés, les pratiques qui sont déjà présentes et que l'établissement souhaite maintenir ou bonifier, au besoin.
2. Cibler, avec les acteurs clés concernés, les leviers d'action qui semblent les plus pertinents et applicables pour le milieu.
3. Prioriser les actions à réaliser parmi les leviers étant ressortis comme les plus pertinents et applicables et établir un plan d'action à court, moyen et long terme en impliquant les acteurs clés concernés.

RÉFÉRENCES

- Araj, M., Bolduc, J., Bolster-Foucault, C., Da Silva, R. B., Forcier, M. B., Brundisini, F., ... & Isabelle, M. (2020). La santé au cœur de la relance économique du Québec (No. 2020pr-01). CIRANO.
- Bernardo, B. M., et al. (2019). "The efficacy and cost-effectiveness of patient navigation programs across the cancer continuum: A systematic review." Cancer **125**(16): 2747-2761.
- Canadian Home Care Association, et al. (2016). Un plan pour de meilleurs soins à domicile au Canada: 28.
- Clavet, N.-J., et al. (2021). Le financement du soutien à l'autonomie des personnes âgées à la croisée des chemins, CIRANO.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2023) Bien vieillir chez soi tome 2: chiffre la performance.
- Comité du RIUSSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement (2022). Technologies de l'information et de la communication pour le maintien à domicile des aînés. Portrait de situation et recommandations.
- de Aguiar, A. R. P., et al. (2023). "Home care routing and scheduling problem with teams' synchronization." Socio-Economic Planning Sciences **86**: 101503.
- Decerle, J., et al. (2017). "A general model for the home health care routing and scheduling problem with route balancing." IFAC-PapersOnLine **50**(1): 14662-14667.
- Dechêne, G. (2017). SOINS « INTENSIFS » INFIRMIERS ET MÉDICAUX À DOMICILE AU SEIN DE L'ÉQUIPE INTERPROFESSIONNELLE SAD DU CLSC. Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Demers, V. (2019). Suivi médical à domicile des aînés en perte d'autonomie - Défis pour la qualité et l'efficience, Le point en santé: 22.
- Duan-Porter, W., et al. (2020). "Interventions to Prevent or Delay Long-Term Nursing Home Placement for Adults with Impairments—a Systematic Review of Reviews." Journal of General Internal Medicine **35**(7): 2118-2129.
- Euchi, J., et al. (2022). "Home health care routing and scheduling problems: a literature review." 4OR **20**(3): 351-389.

- Fondation pour l'avancement de la gériatrie et de la gérontologie sociales (2023). Bilan des projets pilotes en gériatrie sociale (2019-2023) - Expérimenter la gériatrie sociale pour ajouter de la vie aux années. Québec, Fondation AGES Vieillir mieux: 118.
- Foy, A. and E. Gaillardertz (2017). Des soins à domicile de grande intensité: pour une réponse adaptée - Service de SAD aigu. Forum sur les meilleures pratiques de soutien à domicile, Gouvernement du Québec,: 21.
- Grenouilleau, F., et al. (2020). "New decomposition methods for home care scheduling with predefined visits." Computers & Operations Research **115**: 104855.
- Health, N. I. f. and C. Excellence (2015). Older people with social care needs and multiple long-term conditions, NICE London.
- Herrler, A., et al. (2022). "What matters to people aged 80 and over regarding ambulatory care? A systematic review and meta-synthesis of qualitative studies." European Journal of Ageing **19**(3): 325-339.
- Hôpital général juif (2022). "Une unité virtuelle est créée au domicile des patients dans le cadre du projet novateur COVID@DOMICILE." Nouvelles HGJ Le magazine de l'Hôpital général juif.
- Hosseini, S., et al. (2023). "Home health care delivery with consistency consideration in a stochastic environment." Les Cahiers du GERAD ISSN **711**: 2440.
- Hudon, C., et al. (2019). "Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: a systematic review." The Annals of Family Medicine **17**(5): 448-458.
- Hudon, C. e. M.-C. C. (2023). Mise en oeuvre de l'Approche V1SAGES pour les personnes avec des besoins complexes : opportunités et défis. Pôle santé HEC Montréal. U. d. M. Université de Sherbrooke, ministère de la Santé et des services sociaux,: 40.
- Kalantari, A. R., et al. (2021). "Health service delivery models for elderly people: A systematic review." Med J Islam Repub Iran **35**: 21.
- Karam, M., et al. (2021). "Nursing care coordination for patients with complex needs in primary healthcare: A scoping review." International journal of integrated care **21**(1).
- Kass, B., et al. (2021). "Cost-effectiveness of patient navigation programs for stroke patients—A systematic review." Plos one **16**(10): e0258582.
- Kostovic, C., et al. (2023). Bulletin de veille stratégique : Innovations en soutien à domicile : à la croisée des technologies et de l'humain.

- Lorthios-Guilledroit, A. and M. Dugas (2021). L'hospitalisation à domicile: une alternative à l'hospitalisation conventionnelle. Québec, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS): 117.
- Marshall, C., et al. (2023). "Evidence-based models of rural palliative care: A systematic review." Palliative Medicine: 02692163231183994.
- Martinez, C. (2020). Considération de la dimension humaine dans l'optimisation de tournées de soins et services à domicile soumises à des perturbations, Université Grenoble Alpes [2020-....].
- Munero, L., et al. (2013). "Le courtage en connaissances, définition et mise en œuvre : une revue de la littérature." Santé Publique **25**(5): 587-597.
- Musaraganyi, L. (2019). Prise En Compte Des Préférences Du Décideur Pour Le Problème Multi-objectif De Tournées De Soins à Domicile, Ecole Polytechnique, Montreal (Canada).
- Pagé, E. and J. Bernier (2017). Un parcours de soins et de services fluide: des transitions efficaces. Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile. C. d. I. Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Gouvernement du Québec: 17.
- Peres, S., et al. (2023). "La Télésanté : un nouvel outil pour le maintien à domicile des personnes atteintes de maladies chroniques." Médecine des Maladies Métaboliques.
- Provencher, V. (2017). Un parcours de soins et de services fluide: des transitions efficaces. Forum sur les meilleures pratiques en soutien à domicile, Gouvernement du Québec: 34.
- Rym, B. B., et al. (2010). "Comparaison de deux méthodes pour la planification des tournées des infirmiers dans une structure d'hospitalisation à domicile." GISEH Clermont-ferrand.
- St-Pierre, L., et al. (2014). Optimisation du travail infirmier en soutien à domicile selon une approche recherche action, Chaire interdisciplinaire de Recherche et d'Intervention dans les Services de Santé, : 25.
- Teper, M. H., et al. (2020). "Understanding barriers to and facilitators of case management in primary care: a systematic review and thematic synthesis." The Annals of Family Medicine **18**(4): 355-363.
- Vinot, D., et al. (2018). La valeur de la coordination adaptative dans le maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Annales des Mines-Gérer et comprendre, Cairn/Softwin.
- Voilmy, D., et al. (2021). Quelles pratiques de télésurveillance de maladies chroniques dans les espaces à dominante rurale peu densément peuplés ?

- Voyer, P. (2017). Les soins à domicile. Forum sur les meilleures pratiques de soins à domicile. C. d. e. s. l. v. d. Québec, Gouvernement du Québec,: 55.
- Wang, J., et al. (2023). "Effects of advance care planning on end-of-life decisions among community-dwelling elderly people and their relatives: a systematic review and meta-analysis." Annals of palliative medicine **12**(3): 571-583.
- Wassef, M. (2018). Effectiveness of preventive home visits and home-based primary care in reducing hospital admissions for the elderly. Pointe-Claire.
- Yunara, Y., et al. (2023). "Technology- and non-technology-based primary healthcare innovations for the elderly: A systematic review." Enfermería Clínica **33**: S60-S65.
- Zimbroff, R. M., et al. (2021). "Home-based primary care: A systematic review of the literature, 2010–2020." Journal of the American Geriatrics Society **69**(10): 2963-2972.

ANNEXE A – STRATÉGIE DE RECHERCHE

La stratégie de recherche présentée ci-dessous a été établie sur la base de la question préliminaire soulevée par l'énoncé de mandat, à savoir :

Quelles sont les meilleures pratiques favorables au maintien à domicile des personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de maladies qui requièrent des soins ou du soutien à domicile en milieu rural?

Tableau 3 – Stratégie de recherche spécifique au mandat

Type		Bases de données	Termes de recherche					Critères	
			Maintien à domicile	AND OR	Personnes âgées	AND OR	Meilleures pratiques	Inclusions	Exclusions
Recherche générale	Littérature scientifique	- GOOGLE SCHOLAR - GOOGLE - PUBMED - TRIPDATABASE	(maintien à domicile)		(aînés)		(méta-analyse)	Publications de pays comparables	Publications antérieures à 2013
	Littérature grise		OR		OR		OR	Publications récentes 2013-2023 sauf exceptions	
			(hospitalisation à domicile)		(personnes âgées)		(revue systématique)		
			OR		OR		OR		
			(Homme hospitalization)		(geriatric patient)		(guide de pratique)		
			OR		OR		OR		
			(home support)		(elders)		(essai randomisé contrôlé)		
			OR		OR				
			(soutien à domicile)		(elderly)		(meta analysis)		
			OR		OR		OR		
			(nursing care at home)		(elderly people)		(systematic review)		
			OR				OR		
			(hospital-based home care)				(guideline)		
			OR				OR		
			(Virtual care)				(randomised control trial)		



CONSORTIUM INTERRÉGIONAL
SAVOIRS • SANTÉ • SERVICES SOCIAUX