

Services de soutien à domicile à l'urgence pour les personnes vulnérables de 75 ans et plus			
Direction(s) responsable(s)	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie	Approuvé	2024-02-01
	Choisissez un élément	Révisé	AAAA-MM-JJ
Personne(s) concernée(s)	Intervenant(e)s réseau de l'urgence des hôpitaux du CISSS de la Montérégie-Ouest		
Outils cliniques associés	CLI-60397 – Évaluation brève par l'intervenant réseau CLI-60664 – Étapes à suivre avant de se rendre à l'urgence		

1. Mise en contexte

Les personnes âgées présentent des changements physiologiques causés par le vieillissement, ce qui les rend à risque d'un déclin fonctionnel rapide, particulièrement lors d'une hospitalisation. En effet, les pertes cognitives et fonctionnelles représentent la majorité des complications associées à l'hospitalisation de ces personnes. Entre 30 à 40 % des personnes âgées hospitalisées voient leurs capacités fonctionnelles diminuées suite à un épisode en milieu hospitalier (Simpson et al., 2019).

Par ailleurs, un grand nombre de personnes âgées de 75 ans et plus sont en bonne santé et vivent dans leur domicile. Toutefois, environ 20 % présentent une perte d'autonomie modérée à grave et plusieurs de ces personnes ne sont pas connues des services de soutien à domicile (SAD) (Raïche et al., 2008). Dans le but de prévenir ou d'atténuer le phénomène de déclin, selon l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ), il est important de dépister et repérer rapidement la clientèle âgée vulnérable, d'intervenir de manière préventive et d'adapter les interventions selon les besoins (ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2011). L'outil PRISMA-7 permet de repérer ces personnes âgées dont l'état d'autonomie n'est pas connu, en vue d'identifier les plus vulnérables, d'anticiper leurs besoins et de leur offrir le soutien à domicile nécessaire (Raïche et al., 2016).

Il est souhaité que le repérage des vulnérabilités sur les plans physique, fonctionnel, psychologique ou socio-environnemental des personnes âgées permette d'éviter une détérioration de leur condition, et par conséquent, une hospitalisation, lorsque possible. Le repérage vise également à prévenir d'autres consultations à l'urgence dans les semaines suivant le congé et à atténuer le phénomène de personnes âgées en attente d'un niveau de soins alternatif (NSA) (MSSS, 2017a). Bien qu'une initiative de repérage soit présente dans la communauté pour identifier la clientèle vulnérable de 75 ans et plus au CISSS de la Montérégie-Ouest, certaines personnes sont repérées une fois dans les urgences. Ces actions s'inscrivent dans une planification précoce et conjointe du congé (PPCC) qui favorise dès que possible le départ de la personne âgée vers son domicile ou un milieu de vie offrant les soins et services appropriés. La PPCC doit s'amorcer dès l'urgence, avec la participation de l'équipe interprofessionnelle¹, la personne âgée et ses proches et les intervenant(e)s de la première ligne afin d'organiser les actions nécessaires pour accompagner la personne âgée et ses proches (MSSS, 2022a).

¹ L'équipe interprofessionnelle inclut le médecin.

2. Clientèle cible

L'implication de l'IR du SAD se fait auprès des personnes de **75 ans et plus***

- Repérées vulnérables (cote ≥ 4 au questionnaire PRISMA-7) et/ou;
- Pour lesquelles il y a des obstacles pour le retour dans le milieu de vie et/ou;
- Qui répondent à la définition de grand consommateur à l'urgence (GCU).

À l'exception des personnes nécessitant

- Des soins infirmiers au congé, par exemple :
 - Soins et suivi de pansements nécessitant une procédure;
 - Soins et suivi de drains;
 - Prise de sang;
 - Antibiothérapie intraveineuse.
- Une relocalisation vers un autre milieu de vie;
- Une place en ressource palliative;
- Ou ayant comme problématique majeure un trouble de santé mentale.

* Le seuil de **75 ans** a été retenu, étant donné la proportion élevée de personnes de 75 ans et plus occupant une civière à l'urgence (56 % en janvier 2023²) et les ressources disponibles. Les personnes de 75 ans et plus sont également souvent les plus démunies face à la connaissance et à l'accessibilité des services et, par conséquent, sont les plus susceptibles de bénéficier des interventions du SAD. Ainsi, ce seuil a été défini dans le but de prioriser les interventions, en cohérence avec l'initiative de repérage Chez moi, c'est mon choix incluant l'outil PRISMA-7 (Raïche et al., 2016) visant à identifier les personnes âgées qui devraient être évaluées en premier.

Lorsqu'un membre de l'équipe interprofessionnelle de l'urgence fait face à un obstacle dans la planification du congé, il est invité à faire une requête³ pour que l'IR puisse s'impliquer pour dénouer l'impasse.

! Dans le cas où la personne âgée ne correspond pas aux critères de la clientèle cible, il n'est pas nécessaire de faire appel à l'IR.

L'IR peut débiter l'évaluation et le suivi de la personne âgée à tout moment, idéalement même avant la prise en charge médicale. Les informations recueillies dans la démarche peuvent être utiles au médecin dans le cadre de son évaluation, de même qu'à l'ensemble de l'équipe interprofessionnelle de l'urgence.

3. Objectifs

Objectif général

La présence de l'IR vise à repérer et évaluer les personnes vulnérables de 75 ans et plus afin de favoriser une planification précoce et conjointe du congé, de répondre efficacement à leurs besoins et d'améliorer la fluidité durant l'épisode de soins à l'urgence.

Objectifs spécifiques

- Favoriser un retour sécuritaire et opportun dans le milieu de vie actuel de la personne âgée;
- Offrir des services adaptés aux besoins et à la situation de la personne âgée, en accord avec sa volonté;
- Privilégier le maintien dans la communauté des personnes âgées en perte d'autonomie;
- Favoriser le maintien de l'autonomie des personnes âgées;

² Selon les données de la liste détaillée des patients à l'urgence de l'Hôpital du Suroît et de l'occupation urgence-observation de l'Hôpital Anna-Laberge

³ Requête papier à l'Hôpital du Suroît et électronique à l'Hôpital Anna-Laberge
Services de soutien à domicile à l'urgence pour les personnes vulnérables de 75 ans et plus

- Prévenir les conséquences associées à une hospitalisation telles le déconditionnement;
- Éviter le recours à l'hospitalisation, lorsque les soins actifs ne sont pas requis;
- Diminuer les visites fréquentes à l'urgence, lorsqu'elles ne sont pas nécessaires (GCU);
- Prévenir une détérioration de la condition, susceptible de mener à un long séjour hospitalier;
- Faire connaître l'offre de service en SAD et dans la communauté;
- Éviter le recours précoce à l'hébergement permanent.

4. Rôles et responsabilités

La démarche de PPCC auprès des personnes de 75 ans et plus est une responsabilité partagée par tous les membres de l'équipe soignante de l'urgence et l'IR.

L'IR exerce ses rôles en collaboration avec la personne âgée et ses proches, l'équipe interprofessionnelle de l'urgence et les partenaires externes.

L'IR :

- Procède à une évaluation brève et identifie les facteurs de vulnérabilité, les éléments déclencheurs de la visite à l'urgence, les besoins, les préoccupations et les obstacles pouvant entraver le congé à partir de l'urgence ou lors de la planification du congé sur l'unité de soins;
- Selon les résultats de son évaluation, en présence d'une situation clinique complexe nécessitant des évaluations complémentaires, effectue des références vers :
 - L'équipe de réadaptation, afin d'évaluer le portrait des capacités physiques et de l'autonomie fonctionnelle de la personne âgée. **Au préalable, la personne âgée doit avoir été évaluée sommairement et mobilisée par le personnel de soins;**
 - L'équipe du service social pour les cas complexes ou présentant des risques qui doivent être traités dès le séjour à l'urgence, car ceux-ci affectent le retour dans le milieu de vie ou la planification des interventions (abus, maltraitance, dynamique sociale inadéquate, précarité, autres préjudices) ou pour les personnes âgées nécessitant une relocalisation à partir de l'hôpital;
 - Un(e) infirmier(ère) de liaison, pour tout cas nécessitant une reprise ou une nouvelle demande de soins de santé au congé ou une demande pour une place en maison de soins palliatifs.
- Travaille en flux tiré et en amont des interventions médicales;
- Fait la promotion de l'AAPÂ auprès de l'équipe soignante;
- Assure le lien avec les personnes clés à l'extérieur du milieu hospitalier, afin de favoriser et coordonner le retour dans le milieu de vie;
- Travaille en collaboration et agit comme personne-ressource avec les partenaires de la première ligne, pour assurer une communication fluide et optimale, notamment à l'aide de demandes de services interétablissements (DSIE);
- Propose des alternatives vers des ressources appropriées à l'état de santé⁴ de la personne âgée afin d'octroyer des soins sécuritaires suivant le congé de l'urgence;
- Oriente la personne âgée et ses proches vers les soins, services et ressources des différents partenaires dans la communauté pouvant répondre à leurs besoins et leur fournit l'information pertinente;
- Maintient un **lien étroit** et une vision concertée avec le médecin pour l'identification du potentiel de retour à domicile;
- Prend part aux discussions cliniques;
- Participe, en collaboration avec son supérieur immédiat, à l'amélioration et à la révision des mécanismes de fluidité et d'arrimage entre les partenaires internes et externes du CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Offre du soutien et de l'enseignement aux commis à l'inscription de l'urgence dans le remplissage des questionnaires PRISMA-7.

⁴ Excluant les demandes de soins post-aigus qui doivent être assumées par l'équipe de réadaptation (sauf lorsque les effectifs en physiothérapie sont inférieurs à 50 % où les IR peuvent les soutenir).

5. Ressources

Ressources humaines

Afin de répondre aux besoins, les IR se partagent le travail et les priorités de la clientèle, en assurant une présence quotidienne.

Profil attendu de l'intervenant(e) réseau

Les rôles et responsabilités de l'IR se rapprochent de ceux de l'infirmier(ère) clinicien(ne) en gériatrie, tels que décrits dans les meilleures pratiques (MSSS, 2022b). Il est souhaitable que la fonction d'IR soit occupée par un(e) infirmier(ère), car cette personne possède les compétences couvrant les domaines de la santé et social ainsi qu'une compréhension des soins d'urgence et du processus de la maladie (Sinha et al., 2011).

- Détient une vision globale de l'offre de service et des ressources sur le territoire lui permettant de déployer rapidement des alternatives à l'hospitalisation;
- Détient une expertise auprès de la clientèle gériatrique;
- Possède une grande capacité d'évaluation, d'analyse et de recherche de solutions.

Ressources matérielles

- Formulaire CLI-60397 - Évaluation brève par l'intervenant réseau⁵;
- Formulaire CLI-60664 - Étapes à suivre avant de se rendre à l'urgence / Before going to the Emergency department;
- Lettre de suivi des Grands consommateurs de l'urgence;
- Outils informatisés;
- Dépliants d'information et formulaires, disponibles sur Intranet ou sur le Web;
- Dépliants pour l'enseignement sur les différentes maladies chroniques.

6. Étapes du processus

La prise en charge d'un dossier ciblé pour l'IR implique de suivre la personne âgée dès l'arrivée à l'urgence jusqu'au moment du congé médical ou du transfert à l'étage. Pendant que la personne âgée se trouve à l'urgence, en attente d'un congé ou d'une hospitalisation, l'IR doit la réévaluer quotidiennement afin de suivre l'évolution de son état de santé et vérifier si un congé de l'urgence est envisageable. Prendre connaissance des notes au dossier et une discussion avec l'infirmier(ère) responsable de la personne âgée aident aux suivis. L'IR accomplit les actions décrites aux étapes suivantes en mode PPCC.

La trajectoire générale de PPCC des personnes vulnérables de 75 ans et plus à l'urgence est présentée à l'Annexe I.

⁵ Ce formulaire sert de note clinique et devra être classé à l'endroit prévu dans le dossier de la personne âgée et transmis au CLSC au moment du congé afin d'assurer une meilleure continuité lors d'une hospitalisation. Il sert aussi à indiquer des actions préventives et hâtives de préparation au congé, dès l'admission, en lien avec les facteurs de risque et les obstacles. Ce formulaire est donc disponible comme complément d'information afin de faciliter le travail des autres membres de l'équipe interprofessionnelle dans la planification du congé.

Services de soutien à domicile à l'urgence pour les personnes vulnérables de 75 ans et plus

Étapes	Actions	Outils
Étape 1	Repérage des personnes âgées vulnérables et à risque	
	Participer à la rencontre inter quart (Hôpital Anna-Laberge seulement). Identifier et prioriser les personnes à rencontrer durant la journée, dans les cas suivants et selon la situation de l'urgence et le jugement clinique : 1) La condition médicale est stable (congé médical) et nécessite une PPCC pour le retour sécuritaire dans le milieu de vie actuel; 2) Le congé est prévu dans les prochaines 24 à 48 heures : ○ L'équipe de l'urgence rencontre un obstacle dans la planification du congé; ○ L'équipe doit entreprendre des démarches avec le milieu de vie ou avec un partenaire; ○ L'équipe doit établir des liens avec la communauté pour favoriser un congé sécuritaire. 3) La situation de la personne âgée est instable et nécessite une hospitalisation. La PPCC débute à l'urgence et les démarches se poursuivent sur l'unité de soins.	Rapport des usagers sur civière (Hôpital Anna-Laberge) Tableau de bord de l'urgence (Hôpital du Suroît)
	Consulter la liste des personnes âgées à l'urgence en début et en milieu de quart de travail, afin de s'informer des nouvelles personnes âgées avec alerte (75 ans et plus PRISMA-7 à réaliser, actifs SAD et GCU) et consigne médicale.	SAIRC
Étape 2	Évaluation des besoins	
	Rencontrer les personnes âgées ayant été repérées grâce au PRISMA-7 et SAIRC et procéder à une évaluation brève. Insérer le formulaire au dossier. Consulter les outils informatisés pour compléter l'évaluation. Avec l'autorisation de la personne âgée⁶, communiquer avec les proches, le milieu de vie ou certains partenaires de la communauté, afin de recueillir de l'information supplémentaire en lien avec la personne et qui est pertinente à la planification du congé. Rapporter l'information à l'équipe interprofessionnelle et l'inscrire à l'endroit indiqué.	Formulaire Évaluation brève de l'intervenant réseau / notes évolutives⁷ Stat-Urge (Hôpital du Suroît) Hélios (Hôpital Anna-Laberge) RSIPA Symo I-CLSC
	Évaluer la capacité de la personne âgée à retourner dans son milieu de vie actuel en collaboration avec la personne âgée et ses proches, l'équipe interprofessionnelle, ainsi que les partenaires de la communauté.	Notes professionnelles respectives, avec concertation
	S'assurer d'informer l'équipe interprofessionnelle que la personne âgée est connue en première ligne et de mettre une copie de la consigne SAIRC au dossier (si pertinent).	SAIRC
Étape 3	Élaboration du plan d'orientation	
	Avec l'autorisation de la personne âgée, procéder à l'actualisation des démarches nécessaires à son orientation vers les services et ressources répondant le mieux à ses besoins, notamment : • Effectuer des références vers les autres membres de l'équipe interprofessionnelle; • Référer aux programmes pertinents, selon les critères d'admissibilité;	Fiche de liaison (Hôpital du Suroît) ou requête électronique (Hôpital Anna-Laberge)

⁶ Lors de toute demande d'autorisation ou de consentement : en cas de refus, noter le refus au dossier et respecter les volontés de la personne âgée.

⁷ Utiliser le formulaire de notes évolutives dans les cas suivants :

- La personne a été évaluée par l'IR à l'urgence lors d'une visite il y a moins de 3 mois (sauf si changement dans la condition de la personne âgée);
- La personne provient d'une RI-RTF, d'un CHSLD ou d'une MDA.

Services de soutien à domicile à l'urgence pour les personnes vulnérables de 75 ans et plus

	- Effectuer des demandes au Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie (GASSA); - Suggérer les ressources existantes dans la communauté et remettre les coordonnées; - Communiquer l'information sur les services et ressources, selon les besoins. Informar l'équipe interprofessionnelle des ressources disponibles dans la communauté pouvant contribuer au plan de soins et services et permettre une transition harmonieuse entre l'hôpital et le milieu de la personne âgée, lors de son congé de l'urgence. Si la personne âgée est à risque NSA, documenter l'information pertinente au dénouement des obstacles pour organiser le congé.	Formulaires spécifiques pour chaque programme DSIE
		Octopus fluidité
Particularités pour les GCU de 75 ans et plus	Effectuer une vigie des GCU à l'aide de la consigne SAIRC.	SAIRC
	Avec l'autorisation de la personne âgée , faire le lien avec l'intervenant(e) pivot (ou l'intervenant(e) au dossier de la personne) afin d'élaborer un plan d'intervention ou une consigne SAIRC ⁸ .	SAIRC
	Envisager avec la personne âgée et ses proches d'autres alternatives à la consultation en milieu hospitalier.	Formulaire Étapes à suivre avant de se rendre à l'urgence
	Identifier les étapes à suivre avant de se présenter à l'urgence si le besoin ne nécessite pas de communiquer avec le 911.	
	Avec l'autorisation de la personne âgée , transmettre les coordonnées de la personne pour l'inscription au Guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), au besoin.	-
	Avec l'autorisation de la personne âgée , transmettre une lettre au médecin de famille pour l'informer que la personne âgée se trouve à l'urgence (nombre de consultations, motifs et date) lors de visites évitables.	Lettre de suivi des Grands consommateurs de l'urgence
Suivre quotidiennement l'évolution de l'état de santé de la personne âgée et des facteurs pouvant influencer son orientation.		
Étape 4	Transition	
	Aviser les parties prenantes du congé (ex. résidence) et les personnes concernées (équipe de l'urgence), afin d'enclencher l'organisation du départ. Lors d'une hospitalisation, transmettre l'information aux membres concernés des équipes interprofessionnelles des étages afin d'assurer la continuité des soins (évaluation brève et information pour la PPCC).	Fiche de liaison (Hôpital du Suroît) ou requête électronique (Hôpital Anna-Laberge)

⁸ La consigne SAIRC est utilisée pour transmettre l'information à jour de la situation de la personne âgée à domicile. Une fois imprimée, la fiche est insérée au dossier et pourra être utilisée par le personnel soignant.

Étape 5	Suivi et identification d'actions préventives	
	Mettre à jour quotidiennement le registre IR, afin de consigner des données sur la clientèle desservie et de suivre les interventions effectuées. Effectuer une vigie des RI et RPA et faire le lien avec l'infirmière qualité du secteur.	Registre IR Urgence ⁹ (1 par urgence)

7. Liste des acronymes

AAPÂ : approche adaptée à la personne âgée
 CHSLD : centre d'hébergement et de soins de longue durée
 CLSC : centre local de services communautaires
 DSIE : demande de service interétablissements
 GAMF : Guichet d'accès à un médecin de famille
 GASSA : Guichet d'accès aux services de soutien à l'autonomie
 GCU : grand consommateur à l'urgence
 IR : intervenant(e) réseau
 MDA : maison des aînés
 MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux
 NSA : niveau de soins alternatif
 PPCC : planification précoce et conjointe du congé
 RI-RTF : ressource intermédiaire et de type familial
 RPA : résidence privée pour aînés
 RSIPA : réseau de soins intégrés aux personnes âgées
 SAD : soutien à domicile
 SAIRC : système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles

8. Lexique

Approche adaptée à la personne âgée : approche globale, centrée sur la personne âgée et ses besoins avec des interventions préventives ou de prise en charge précoce des complications (MSSS, 2011).

Chez moi, c'est mon choix : initiative de repérage de la perte d'autonomie auprès de la clientèle âgée de 75 ans et plus (CISSS de la Montérégie-Ouest, 2021).

Clientèle âgée vulnérable : personnes de 75 ans et plus ayant été repérées en perte d'autonomie, suite à l'obtention d'un résultat positif avec l'outil PRISMA-7, soit une cote de 4 et plus.

Déconditionnement : « L'ensemble des conséquences physiques, mentales et sociales reliées à l'inactivité, à une période de sédentarité ou à la sous-stimulation intellectuelle et sociale (MSSS, 2021). »

Évaluation : « L'évaluation implique de porter un jugement clinique sur la situation d'une personne à partir des informations dont le professionnel dispose et de communiquer les conclusions de ce jugement. Les professionnels procèdent à des évaluations dans le cadre de leur champ d'exercice respectif. Les évaluations qui sont réservées ne peuvent être effectuées que par des professionnels habilités (Office des professions, 2013). »

Grand consommateur à l'urgence : personne s'étant présentée à l'urgence 5 fois et plus durant la dernière année.

⁹ Tableau Excel servant à compiler certaines données des personnes de 75 ans et plus s'étant présentées à l'urgence (âge, provenance, motif de consultation, etc.), à documenter les interventions et les démarches entreprises et la finalité de la prise en charge du dossier.

Partenaires : « organismes privés, publics, communautaires ou autres qui rendent des services dans le réseau territorial de services coordonné par l'établissement, avec lesquels des ententes de services ou de collaboration ont été conclues (entreprises en économie sociale d'aide à domicile (EÉSAD), groupes de médecine de famille (GMF), cliniques médicales, pharmacies communautaires, etc.) (MSSS, 2017b) ».

Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie (PRISMA-7) : outil de repérage de la perte d'autonomie permettant d'identifier les personnes vulnérables et de les orienter vers une évaluation plus approfondie pour identifier leurs besoins (Raïche et al., 2008; Raïche et al., 2016).

Proche : personne significative pour la personne usagère (personne proche aidante, membre de la famille, ami).

Repérage : « détection des individus à risque ou qui présentent des symptômes ou des écarts dans leur développement ou leur niveau d'autonomie en comparaison avec des individus du même âge. Le repérage est ciblé plutôt qu'universel et il se fait lors de contacts avec des services (MSSS, 2017c). »

Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles : outil informatique qui permet de consulter des alertes visant le repérage de la clientèle arrivant à l'urgence et répondant à certains critères (MSSS, 2019).

9. Annexe(s)

Annexe I : Trajectoire de la planification précoce et conjointe du congé des personnes vulnérables de 75 ans et plus à l'urgence

10. Références

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest. (2021). *Repérage: Chez moi, c'est mon choix*. Repéré à <https://santemonteregie.qc.ca/ouest/reperage-chez-moi-cest-mon-choix>

Office des professions du Québec. (2013). *Guide explicatif-le projet de loi 21. Des compétences professionnelles partagées en santé mentale et en relations humaines : la personne au premier plan*. Repéré à https://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017a). *Niveaux de soins alternatifs – Guide de soutien aux établissements pour prévenir et résoudre le phénomène*. Repéré à <https://www.agisq.ca/client/fichiers/File/NSA%20-%20Guide%20de%20soutien%20aux%20%C3%A9tablissements%20pour%20pr%C3%A9venir%20et%20r%C3%A9soudre%20le%20ph%C3%A9nom%C3%A8ne.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017b). *Cadre de référence en soutien à domicile* [document de travail].

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017c). *Vers une meilleure intégration des soins et des services pour les personnes ayant une déficience. Cadre de référence pour l'organisation des services en déficience physique, déficience intellectuelle et trouble du spectre de l'autisme*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-824-04W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Présentation : Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles*, le 28-11-2019 par Carl Dumais (MSSS) et Mélissa Gosselin (DRILL).

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021). *Guide de mise en oeuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-210-40W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022a). *Implanter la planification précoce et conjointe des congés en flux tiré dès l'urgence*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022b). *Vers un service d'urgence adapté pour la personne âgée*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-905-03W.pdf>

Raïche, M., Hébert, R., Dubois, MF. (2008). PRISMA-7: a case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 47(1), 9-18.

Raïche, M., Hébert, R., Dubois, MF. (2016). *Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*. Repéré à [https://www.gerontopolesud.fr/sites/default/files/Guide_utilisation PRISMA-7- -CESS-v26_oct_2016_rev_sept_2019.pdf](https://www.gerontopolesud.fr/sites/default/files/Guide_utilisation_PRISMA-7_-CESS-v26_oct_2016_rev_sept_2019.pdf)

Simpson, M., Macias Tejada, J., Driscoll, A., Singh, M., Klein, M., Malone, M. (2019). The Bundled Hospital Elder Life Program—HELP and HELP in Home Care—and Its Association With Clinical Outcomes Among Older Adults Discharged to Home Healthcare. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(8), 1730–1736.

Sinha, SK., Bessman, ES., Flomenbaum, N., Leff, B. A Systematic Review and Qualitative Analysis to Inform the Development of a New Emergency Department-Based Geriatric Case Management Model. *Annals of Emergency Medicine*, 57(6):672-82.

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Stéphanie Sirard, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2023-01-18
Révisé par	Annie Collin, agente administrative, DSMREU	2023-11-13
Personnes consultées	Christine Rossel, agente de planification, de programmation et de recherche, DSMREU	2023-02-13
	Nathalie Labonté, infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat, DSSADG	2023-02-09
	Karina Lalonde, cheffe réseaux intégrés des services de proximité, DSSADG	2023-03-01
	Dominique Lécuyer, directrice adjointe, DSSADG	2023-02-15
	Martine Parent, cheffe par intérim de l'urgence et de l'UHB, Hôpital du Suroît, DPSCS	2023-04-17
	Sophie Comman, cheffe de programme soutien à domicile, DSSADG	2023-04-18
	Lyne Garand, cheffe de programme soutien à domicile, DSSADG	2023-04-19
	Véronique Cuerrier, cheffe de programme soutien à domicile, DSSADG	2023-05-01
	Karine Cervera, cheffe de service réadaptation, DSMREU	2023-04-21
	Daniel Gingras, assistant-chef physiothérapeute, DSMREU	2023-04-21
	Stéphanie Larivière, cheffe de service des infirmières de liaison, DSMREU	2023-04-21
	Joannie Bergeron, cheffe de l'urgence et UHB, Hôpital Anna-Laberge, DPSCS	2023-05-01
	Mireille Clermont, conseillère cadre spécialisée, DSIEU	2023-04-25
	Karine Girard, conseillère en soins infirmiers, DSIEU	2023-04-25
	Mélissa Haineault, coordonnatrice soutien à l'autonomie des personnes âgées, DSSADG	2023-12-20
	Jennifer Mascitto, directrice adjointe par intérim, DSMREU	2024-02-26

Historique du document		
Approuvé par	Comité exécutif DSSADG	2024-02-01
Commentaires	Inscrire vos commentaires	