ANNEXES DU RAPPORT

L'autonomisation pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

Mars 2015

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Rédigé par
Annie Tessier

Avec la collaboration de
Marie-Dominique Beaulieu
Renée Latulippe
Carrie Anna McGinn

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
Québec

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....I
ANNEXE A STRATÉGIE DE RECHERCHE D'INFORMATION SCIENTIFIQUE.....1
ANNEXE B DIAGRAMME DE FLUX.....4
ANNEXE C LISTE DES 27 ARTICLES INCLUS.....5
LISTE DES 21 ARTICLES EXCLUS APRÈS LECTURE DU TITRE/RÉSUMÉ.....7
ANNEXE D CARACTÉRISTIQUES DES ARTICLES INCLUS.....9
ANNEXE E PROFIL ISO-SMAF.....20
ANNEXE F RÉSULTATS DU SONDAGE.....21
ANNEXE G GUIDE D'ENTREVUE : GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES USAGERS.....28

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
AMSTAR	*Assessment of Multiple Systematic Reviews*
ASM	*Active Service Model*
AVQ	Activité de la vie quotidienne
AVD	Activité de la vie domestique
CASP	*Critical Appraisal Skills Programme*
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CHSLD	Centres d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
COPM	*Canadian Occupational Performance Measure*
CSPSSS	Comité scientifique permanent en santé et en services sociaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
ECR	Essai clinique randomisé
EÉSAD	Entreprises d'économie sociale et aide à domicile
EQ-5D	*European Quality of Life 5 Dimensions*
GRADE	*Grading of Recommendation, Assessment, Development and Evaluation*
HACC	*Home and Community Care Program (HACC)*
HIP	*Home Independance Program*
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
RI	Ressource intermédiaire
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
SCIE	*Social Care Institute for Excellence*
TRP	Technicien en réadaptation physique

UCDG Unité de courte durée gériatrique

URFI Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

UTRF Unité transitoire de récupération fonctionnelle

RAI-MDS HC *Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set Home Care (RAI-MDS HC v2.0)*

ANNEXE A

Stratégie de recherche d'information scientifique

Bases de données

MEDLINE (PubMed)
Dates de la recherche : 8 novembre et 19 décembre 2013
Limites : 2001-2013; anglais et français
Mise à jour : 1er août 2014

#1 home care services[mh]

#2 home[tiab] OR homecare[tiab] OR home care[tiab]

#3 restorative[tiab] OR re-ablement[tiab] OR reablement[tiab] OR occupational therapy[tiab] OR autonomy[ti] OR independently[ti] OR independence[ti] OR daily life[ti]

#4 frail OR frailty OR seniors OR older OR elder OR elderly OR aged OR aging OR ageing OR "65 +"[tiab]

#5 dental[tiab] OR oral[tiab] OR teeth*[tiab] OR tooth*[tiab]

#6 ((#1 OR #2) AND #3 AND #4) NOT #5

EBM Reviews (OvidSP) : Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Review of Effects, Health Technology Review, NHS Economic Evaluation Database
Date de la recherche : 11 novembre 2013
Limites : 2008-2013; anglais et français
Mise à jour : 1er août 2014

#1 (home OR homecare OR home care).ti,ab

#2 (restorative OR re-ablement OR reablement OR occupational therapy).ti,ab OR (autonomy OR independently OR independence OR daily life).ti

#3 #1 AND #2

PsycINFO (OvidSP)
Date de la recherche : 12 novembre 2013
Limites : 2008-2013; anglais et français; 65 ans et plus
Mise à jour : 1er août 2014

#1 (home OR homecare).ti,ab

#2 (restorative OR reablement OR re-ablement OR occupational therapy).ti,ab. OR (autonomy OR independently OR independence OR daily).ti

#3 #1 AND #2

CINAHL (EBSCO)
Date de la recherche : 12 novembre 2013
Limites : 2008-2013; anglais et français; exclure données MEDLINE; 65 ans et plus
Mise à jour : 1er août 2014

#1 TI (home OR homecare) OR AB (home OR homecare)

#2 TI (restorative OR re-ablement OR reablement OR occupational therapy) OR AB (restorative OR re-ablement OR reablement OR occupational therapy)

#3 TI (autonomy OR independently OR independence OR daily)

#4 TI (dental OR oral OR teeth* OR tooth* OR bleach*) OR AB (dental OR oral OR teeth* OR tooth* OR bleach*)

#5 (#1 AND (#2 OR #3)) NOT #4

Littérature grise

La liste qui suit n'est pas exhaustive mais inclue les principales sources de données concernant l'organisation de l'autonomisation dans les juridictions étudiées.

Évaluation des technologies en santé (ÉTS)

International
- International Network for Agencies for Health Technology Assessment (INAHTA) (http://www.inahta.org)

Canada
- Gouvernement du Nouveau Brunswick (http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr.html)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec (http://www.msss.gouv.qc.ca/)
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario (http://www.health.gov.on.ca/fr/default.aspx)
- Ministry of Health, British Columbia (http://www.gov.bc.ca/health)

Australie et Nouvelle-Zélande
- Ageing Disability and Home Care, Department of Family and Community Services, New South Wales Government (NSW) (www.adhc.nsw.gov.au)
- Department of Health, Australian Government (http://www.health.gov.au)
- Department of Health, Victorian State Government (http://www.health.vic.gov.au)
- New Zealand Ministry of Health (https://www.health.govt.nz)

Royaume-Uni
- Care Services efficiency delivery, Department of Health (http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Socialcarereform/Careservicesefficiencydelivery/index.htm)
- Department of Health (https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health)
- Health and Social Care, Scottish Government (http://www.scotland.gov.uk/Topics/Health)
- NHS National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (http://www.nice.org.uk)
- Social Care Institute of Excellence (SCIE) (http://www.scie.org.uk/)

Sociétés, organisations et associations

- The Benevolent Society (http://www.benevolent.org.au)

Thèses, mémoires et dépôts institutionnels

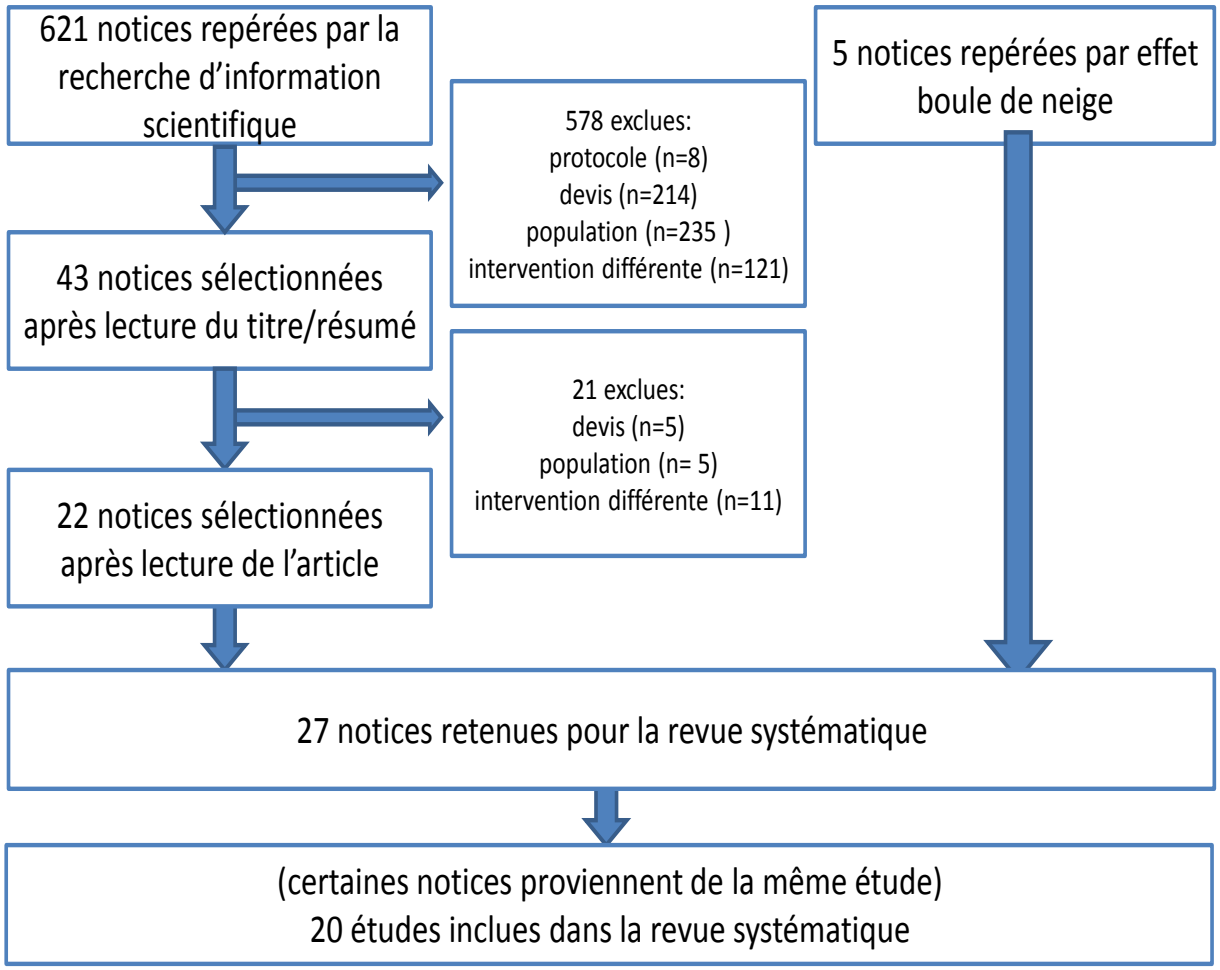
- DART-Europe E-theses Portal (http://www.dart-europe.eu/basic-search.php)
- Thèses Canada (http://www.collectionscanada.gc.ca/thesescanada/index-f.html)

Autres

- Google (http://www.google.ca)
- Google Scholar (http://scholar.google.ca)

ANNEXE B

Diagramme de flux



Note : Les 20 études consistent en: 16 études originales, 4 revues systématiques
Qualité : 7 faibles, 5 moyennes, 8 bonnes

ANNEXE C

Liste des 27 articles inclus

Burton E, Lewin G, Boldy D. Physical Activity Levels of Older Adults Receiving a Home Care Service. Journal of Aging and Physical Activity 2013a;21(2):140-54.

Burton E, Lewin G, Boldy D. Barriers and Motivators to Being Physically Active for Older Home Care Clients. Physical & Occupational Therapy in Geriatrics 2013b;31(1):21-36.

Gitlin LN, Hauck WW, Winter L, Dennis MP, Schulz R. Effect of an in-home occupational and physical therapy intervention on reducing mortality in functionally vulnerable older people: preliminary findings. J Am Geriatr Soc 2006a;54(6):950-5.

Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Corcoran M, Schinfeld S, Hauck WW. A randomized trial of a multicomponent home intervention to reduce functional difficulties in older adults. J Am Geriatr Soc 2006b;54(5):809-16.

Gitlin LN, Winter L, Dennis MP, Hauck WW. Variation in response to a home intervention to support daily function by age, race, sex, and education. The Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2008;63A(7):745-50.

Glendinning C, Jones K, Baxter K, Rabiee P, Curtis LA, Wilde A, et al. Home care re-ablement services: investigating the longer term impacts (propestive longitudinal study). York : Social Policy Research Unit, University of York; 2010. Disponible à : http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/social-work-care-services/spru/135160Reablement10.pdf.

Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. BMJ 2008;336(7636):134-8.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Dekker J, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Effects of community occupational therapy on quality of life, mood and health status in dementia patients and their caregivers: a randomized controlled trial. Journal of Gerontoly Series A Biological sciences and medical sciences 2007;62(9):1002-9.

Graff MJ, Vernooij-Dassen MJ, Thijssen M, Hoefnagels WH, Rikkert MG. Community based occupational therapy for patients with dementia and their care givers: randomised controlled trial. BMJ 2006;333(7580):1196.

King AI, Parsons M, Robinson E. A restorative home care intervention in New Zealand: perceptions of paid caregivers. Health Soc Care Community 2012a;20(1):70-9.

King AI, Parsons M, Robinson E, Jorgensen D. Assessing the impact of a restorative home care service in New Zealand: a cluster randomised controlled trial. Health Soc Care Community 2012b;20(4):365-74.

Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuiman M, Boldy D, Hendrie D. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. Health Soc Care Community 2014;

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

Lewin G et Vandermeulen S. A non-randomised controlled trial of the Home Independence Program (HIP): an Australian restorative programme for older home-care clients. Health Soc Care Community 2010;18(1):91-9.

Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. Clin Interv Aging 2013b;8:1273-81.

McLaren AN, Lamantia MA, Callahan CM. Systematic review of non-pharmacologic interventions to delay functional decline in community-dwelling patients with dementia. Aging Ment Health 2013;17(6):655-66.

Orellano E, Colon WI, Arbesman M. Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review. American Journal of Occupational Therapy 2012;66(3):292-300.

Parsons J, Rouse P, Robinson EM, Sheridan N, Connolly MJ. Goal setting as a feature of homecare services for older people: does it make a difference? Age Ageing 2012;41(1):24-9.

Parsons JG, Sheridan N, Rouse P, Robinson E, Connolly M. A randomized controlled trial to determine the effect of a model of restorative home care on physical function and social support among older people. Arch Phys Med Rehabil 2013;94(6):1015-22.

Ryburn B, Wells Y, Foreman P. Enabling independence: restorative approaches to home care provision for frail older adults. Health Soc Care Community 2009;17(3):225-34.

Senior HE, Parsons M, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Hoorn SV, Anderson CS. Promoting independence in frail older people: a randomised controlled trial of a restorative care service in New Zealand. Age Ageing 2014;43(3):418-24.

Sheffield C, Smith CA, Becker M. Evaluation of an Agency-Based Occupational Therapy Intervention to Facilitate Aging in Place. Gerontologist 2013;53(6)

Steultjens EM, Dekker J, Bouter LM, Jellema S, Bakker EB, van den Ende CH. Occupational therapy for community dwelling elderly people: a systematic review. Age Ageing 2004;33(5):453-60.

Stott DJ, Buttery AK, Bowman A, Agnew R, Burrow K, Mitchell SL, et al. Comprehensive geriatric assessment and home-based rehabilitation for elderly people with a history of recurrent non-elective hospital admissions. Age Ageing 2006;35(5):487-91.

Szanton Sl, Thorpe RJ, Boyd C, Tanner EK, Leff B, Agree E, et al. Community aging in place, advancing better living for elders: a bio-behavioral-environmental intervention to improve function and health-related quality of life in disabled older adults. Journal of the American Geriatrics Society 2011;59(12):2314-20.

Tinetti ME, Baker D, Gallo WT, Nanda A, Charpentier P, O'Leary J. Evaluation of restorative care vs usual care for older adults receiving an acute episode of home care. JAMA 2002;287(16):2098-105.

Voigt-Radloff S, Graff M, Leonhart R, Schornstein K, Jessen F, Bohlken J, et al. A multicentre RCT on community occupational therapy in Alzheimer's disease: 10 sessions are not better than one consultation. BMJ Open 2011;1(1):e000096.

Liste des 21 articles exclus après lecture du titre/résumé

Ameslant P, Barnay D, Boonen O, Gueyraud B, Ravaine N. [Occupational therapy between the city and the hospital]. Soins Gerontol 2004;(48):37-9.

Supplemental Table 1. Summary of Research Articles Regarding Occupational Therapy in U.S. Home Health (2000-2009). American Journal of Occupational Therapy 2012;66:1-3.

Battu C. [Preventing the slipping-away syndrome by maintaining autonomy at home]. Soins Gerontol 2007;(67):37-9.

Beswick A, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim S. Maintaining independence in older people. Reviews in Clinical Gerontology 2010;20(2):128-53.

Bleijenberg N, Drubbel I, ten Dam VH, Numans ME, Schuurmans MJ, de Wit NJ. Proactive and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). Bmc Geriatrics 2012;12

Centre for R et Dissemination. Maintaining independence in the cognitively intact elderly care home population: a systematic review of intervention trials (Structured abstract). Database of Abstracts of Reviews of Effects 2013;(3)

Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C, Nielsen Z. Improved functional ability and independence in activities of daily living for older adults at high risk of hospital readmission: a randomized controlled trial. J Eval Clin Pract 2012;18(1):128-34.

Fisher AG, Atler K, Potts A. Effectiveness of occupational therapy with frail community living older adults. Scand J Occup Ther 2007;14(4):240-9.

Guillard G. [What future for personalized autonomy allocation in the home?]. Soins Gerontol 2003;(39):5-7.

Hansen EB, Christensen VT, Heinesen E. The effect of home care on the ability to perform the activities of daily living and the well-being of older people. European Journal of Ageing 2009;6(1):17-26.

Hibberd J. The home-visiting process for older people in the in-patient intermediate care services. Quality in Ageing 2008;9(1):13-23.

Jones KC et Forder J. The home care re-ablement study. Gerontologist 2011;51:434-.

Lewin G, Haselhurst P, De San Miguel K. Restorative home care programs, effectiveness and targeting. Australasian Journal on Ageing 2009;28:A64-A5.

Low L-F, Yap M, Brodaty H. A systematic review of different models of home and community care services for older persons. Bmc Health Services Research 2011;11

Marrelli TM. Restorative care and home care: new implications for aide and nurse roles? Geriatr Nurs 2003;24(2):128-9.

Nadash P et Feldman PH. The effectiveness of a "restorative" model of care for home care patients. Home Healthc Nurse 2003;21(6):421-3.

Ollonqvist K, Aaltonen T, Karppi SL, Hinkka K, Pontinen S. Network-based rehabilitation increases formal support of frail elderly home-dwelling persons in Finland: randomised controlled trial. Health Soc Care Community 2008;16(2):115-25.

Parsons M, Senior HE, Kerse N, Chen MH, Jacobs S, Vanderhoorn S, et al. The Assessment of Services Promoting Independence and Recovery in Elders Trial (ASPIRE): a pre-planned meta-analysis of three independent randomised controlled trial evaluations of ageing in place initiatives in New Zealand. Age Ageing 2012;41(6):722-8.

Resnick B, Simpson M, Bercovitz A, Galik E, Gruber-Baldini A, Zimmerman S, Magaziner J. Pilot testing of the Restorative Care Intervention: impact on residents. J Gerontol Nurs 2006;32(3):39-47.

Walker MF, Hawkins K, Gladman JR, Lincoln NB. Randomised controlled trial of occupational therapy at home: results at 1 year. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2001;70(2):267.

Yeom HA. 3-month physiotherapy and occupational therapy programme did not improve mobility and independence in older care home residents with limitations in these areas. Evid Based Nurs 2010;13(1):6-7.

ANNEXE D

Caractéristiques des articles inclus

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
Burton, 2013a (Phys. activity), Australie, Enquête	506; âge moyen 82 ans; a utilisé services au moins quatre semaines	Soutien à domicile selon l'approche *restorative:* Home Independance Program, Silver Chain; intensité variable, durée maximale de 12 semaines	Services de soutien à domicile traditionnels	Différences N.S. sur niveau activité physique 1-4 ans après avoir reçu des services	F	égal activité physique
Burton, 2013b (Barriers), Australia, Enquête et entrevues	506 (enquête=506, entrevue=20); âge moyen 82 ans; a utilisé services au moins quatre semaines	Même que Burton 2013a (Phys. act.)	Même que Burton 2013a (Phys. act.)	Il n'y a pas de différences S.S. entre les groupes quant aux motivations et aux barrières à l'activité physique 1-4 ans après avoir reçu des services. Pour les 2 groupes: le bien-être et la santé/condition physique sont les 2 motivations principales pour être actif alors que les maladies chroniques et l'âge sont les 2 barrières principales.	F	égal motivations et barrières à l'activité physique
Glendinning, 2010 , Royaume-Uni, Quasi-expérimental apparié (matched)	1015 (382 au suivi à 12 mois); âge moyen de 80 ans, niveau modéré d'indépendance	*Re-ablement:* services à domicile pour améliorer la confiance et les capacités fonctionnelles, incluant fournir des aides techniques. Intensité variable, durée 6 semaines	Services de soutien à domicile traditionnels	Un an après l'intervention, le groupe d'intervention a une petite amélioration de la qualité de vie liée à la santé (S.S. et cliniquement significative, ampleur de l'effet petit 0.28) alors qu'il n'y a pas de changement chez le groupe de comparaison. Pendant les huit premières semaines, les coûts totaux moyens des services utilisés sont plus élevés chez le groupe d'intervention	F	+ fonction, + qualité de vie, égal coûts

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
				(différences S.S.). Cependant, dans les 10 mois après l'intervention, les coûts sont moins élevés que le groupe de comparaison (différences S.S.). Conséquemment, la différence des coûts totaux moyens entre les 2 groupes est N.S. un an après l'intervention.		
King, 2012a, Nouvelle Zélande, ECR	186; âge moyen 79 ans; reçoivent des services de soutien à domicile	Soutien à domicile selon l'approche *restorative.*Infirmière avec auxiliaires de santé et divers professionnels de la santé consultants. Plan avec objectifs, formation et supervision du personnel. Intensité variable (minimum 1x par 2 semaines). Durée non-précisée.	Services de soutien à domicile traditionnels	Le groupe d'intervention a une petite amélioration de la qualité de vie, 7 mois après le début de l'intervention (différences S.S. mais pas cliniquement significatives, ampleur d'effet très petit de 0,15). Moins de personnes continuent à requérir des services de soutien à domicile (S.S.) (CT) Diminution de 29% des heures-soins dans groupe intervention comparé à 0% gr. témoin (S.S.). Pas d'effet sur des AVD, la mobilité fonctionnelle, le sentiment de contrôle et le réseau de soutien social.	E	égal fonction, + utilisation des services
King, 2012b (perception), Nouvelle Zélande, Étude qualitative	25 intervenants ayant soigné les groupes d'intervention et de comparaison de King 2012a; expérience de travail moyenne de 4 ans avec l'agence de soins	Groupes de discussion auprès des intervenants ayant soigné des participants de l'étude de King 2012a	Intervenants ayant soigné le groupe de comparaison de King 2012a	Les intervenants ayant soigné selon l'approche *restorative* ont rapporté une meilleure satisfaction au travail (expliqué par la formation, l'augmentation du soutien, de la supervision et de la flexibilité) et ce groupe avait moins de roulement de personnel. Les deux groupes d'intervenants (ayant soigné des participants des groupes intervention	F	+ satisfaction au travail

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
	à domicile; âge moyen de 50 ans.			et de comparaison) souhaitent l'amélioration des conditions de travail, par exemple salaire, heures garanties et remboursement pour les déplacements.		
Lewin, 2010, Australie, Essai contrôlé non randomisé	200; âge moyen 82 ans	Soutien à domicile selon l'approche *restorative:*Home Independance Program, Silver Chain; intensité variable, durée maximale de 12 semaines	Services de soutien à domicile traditionnels	Le groupe d'intervention améliore au niveau AVQ, AVD et mobilité à 3 mois (n=165) et a 12 mois (n=140) après l'intervention tandis que le groupe de comparaison de s'améliore pas (différences S.S.). Les deux groupes améliorent leur morale (différences N.S.). Le groupe intervention moins de risque de continuer à requérir des services de soins personnels (S.S., ampleur d'effet très petit, rapport des cotes 0,07 et 0,14 à 3 et 12 mois).	B	+ fonction (AVQ, AVD, mobilité); + utilisation services; égal morale
Lewin, 2013a, Australie, ECR	750 (utilisation des services=750, capacités fonctionnelles et la qualité de vie=300); âge moyen 82 ans	Soutien à domicile selon l'approche *restorative:* Home Independance Program, Silver Chain); intensité variable, durée maximale de 12 semaines	Services de soutien à domicile traditionnels	Le groupe intervention a moins de risque de continuer à requérir des services de soins personnels à 3 mois et à 12 mois après l'intervention (S.S., ampleur d'effet petit, rapport des cotes 0,18 et 0,22 à 3 et à 12 mois). Les 2 groupes améliorent leurs capacités fonctionnelles et leur qualité de vie à 3 et à 12 mois (différences N.S.).	B	égal fonction; égal qualité de vie; + utilisation services
Lewin, 2013b, Australie, Couplage des informations à partir de	10368; âge moyen 78 ans	Soutien à domicile selon l'approche *restorative*, deux programmes: a) Home Independance Program, Silver Chain -	Services de soutien à domicile traditionnels	Le groupe d'intervention (HIP) a moins de risque d'utiliser les services de soins à domicile généraux 3 ans après l'intervention (S.S.) et de requérir des services de soins	E	+ utilisation services et + coûts

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
banques de données		intensité variable, durée maximale de 12 semaines et b) Personal Enablement Program - intensité variable, reablement suite à un hospitalisation, durée maximale de 8 semaines.		personnels jusqu'à 5 ans après l'intervention (S.S.). Le coût médian des 3 premiers mois de reablement (HIP et PEP) est environ la moitié de celui du gr témoin et moins d'un tiers après 5 ans, ce qui correspond à un économie d'environ 7345$ CAN par personne après 3 ans.		
Lewin, 2014, Australie, Même que Lewin 2013a	Même que Lewin 2013a	Même que Lewin 2013a	Même que Lewin 2013a	Le groupe intervention a besoin de moins heures-soin et une plus petite proportion a besoin d'un niveau de soin additionnel 2 ans après l'intervention (S.S.). Tendance pour une diminution de l'hospitalisation (N.S.). Économie moyenne minimale par client de 30% sur 2 ans sur les coûts totaux de soins (S.S. seulement avec l'analyse selon le traitement actuellement reçu mais pas avec l'analyse selon l'intention de traiter-conséquemment l'équivalence entre les groupes répartis par la randomisation peut être perdue).	B	+ utilisation services et + coûts
Parsons, 2012, Nouvelle Zélande, ECR	205, âge moyen ~78 ans; référés pour services de soutien à domicile	Soutien à domicile selon l'approche *restorative.* Intensité variable, durée non-précisée.	Services de soutien à domicile traditionnels	Le groupe intervention a une meilleure qualité de vie, six mois après le début de l'intervention, tandis que le groupe de comparaison de s'améliore pas (différences S.S.)	E	+ qualité de vie
Parsons, 2013, Nouvelle Zélande, Même que Parsons 2012	Même que Parsons 2012	Même que Parsons 2012	Même que Parsons 2012	Le groupe d'intervention a une petite amélioration de la fonction physique (différences S.S. mais pas cliniquement significatif), six mois après le début de l'intervention. Pas	E	égal fonction

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
				de différence dans le plan de services offerts aux deux groupes outre que le groupe d'intervention reçoit davantage d'activités individualisées (différences S.S.). Pas d'effet sur le plan du support social.		
Senior, 2014, Nouvelle Zélande, ECR	105; âge moyen 84 ans	Soutien à domicile selon l'approche restorative: Promoting Independance Programs. Équipe multidisciplinaie (gestionnaire de cas, infirmière, ergothérapeute et physiothérapeute), plan avec objectifs. Intensité 3 à 4 jours par semaine, durée de deux à trois mois.	Services de soutien à domicile tradionnels ou hébergement	Pour le groupe d'intervention, petite réduction N.S. du risque d'hébergement ou de la mortalité, deux ans après la fin de l'intervention. Pas d'effet sur AVQ, AVD, ou fonctionnement social. Pour les aidants des participants: les aidants du groupe d'intervention vivent des pertes physiques plus lentement (S.S.) mais il n'y a pas d'effet sur leur charge de travail.	B	égal fonction
Tinetti, 2002, États-Unis, Quasi-expérimental apparié	1382 (691 pairs), âge moyen 79 ans	Restorative. Intensité variable, moyenne de 13 visites. Durée variable, moyenne de 25 jours.	Services de soutien à domicile traditionnels	Les patients ayant reçu l'intervention augmente le risque de demeurer à domicile (S.S., rapport de cotes=1,99), diminue le risque d'une visite à l'urgence (S.S., rapport de cotes 0,44) et diminue la durée d'épisode de services à domicile (-9,5 jours) (S.S., rapport de côte 0,75). Meilleur gestion du domicile et mobilité (différences S.S.). Différences N.S. soins personnels.	B	+ utilisation services
Principalement de l'ergothérapie						
Gitlin 2006a, États-Unis, ECR	319; âge moyen de 79 ans,	Ergothérapie : 4 visites à domicile de 90 min et 4	Pas d'intervention	Amélioration de peur de tomber et plus grande utilisation de stratégies	E	+ fonction

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
	difficulté modérée avec mobilité et à accomplir les AVQ, AVD.	appels téléphoniques. Physiothérapie: 1 visite de 90 min. Durée de 6 mois, avec une visite à 10 mois pour fermer le dossier.		d'adaptation (différences S.S. à 6 et 12 mois après l'intervention). Amélioration de AVQ, AVD, confiance en soi, moins d'obstacles au domicile (différences S.S. à 6 mois et N.S. à 12 mois). Différences N.S. pour mobilité (à 6 et à 12 mois).		
Gitlin, 2006b, États-Unis, Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	9% réduction absolue du risque de mortalité à 14 mois après l'intervention (S.S.)	E	+ mortalité
Gitlin, 2008, États-Unis, Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	Même que Gitlin 2006a	Les gens bénéficient différemment de l'intervention selon les caractéristiques personnelles. AVQ et mobilité: à 6 mois après le début de l'intervention, amélioration davantage chez les femmes et les personnes de >80 ans alors que, à 12 mois après le début des interventions, seule l'âge fait une différence S.S. AVD: à 12 mois, les blancs rapportant moins de difficultés que les non blancs. Confiance en soi (self-efficacy): à 6 mois, amélioration davantage chez les femmes et à 12 mois amélioration davantage chez les personnes de >80 ans et moins éduqués. Peur de tomber: à 6 mois, les personnes moins éduquées rapportent moins de peur de tomber. Dans tous les cas les différences sont S.S. et sont petites cliniquement.	E	Identification caractéristiques personnelles associées au succès de l'intervention

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
Graff, 2006, Pays Bas, ECR	135 pairs de patients et leur aidant. Patient: âge moyen ~78 ans, avec démence légère à modérée vivant dans la communauté. Aidant: âge moyen ~64 ans.	Ergothérapie axée sur le client, incluant détermination d'objectifs, modification du domicile et de l'environnement, enseignement de techniques compensatoires. Intensité: 10 sessions de 1 heure; durée: 5 semaines.	Pas d'intervention	À 6 et à 12 semaines après le début de l'intervention, différences S.S. entre les groupes pour habiletés motrices, performance AVQ et sentiment de compétence de l'aidant (et cliniquement significatif pour la majorité du groupe intervention). À 12 semaines, une plus grande proportion de personnes dans le groupe d'intervention comparé au groupe témoin a une amélioration cliniquement importante: 66% de plus ont une amélioration des habiletés motrices, 72% performance AVQ et 24% sentiment de compétence de l'aidant.	E	+ fonction
Graff, 2007, Pays Bas	Même que Graff 2006	Même que Graff 2006	Même que Graff 2006	À 12 semaines après le début de l'intervention: amélioration de la qualité de vie du patient et l'aidant (S.S., grande ampleur de l'effet à 1,1 et 1,5 respectivement); amélioration de l'humeur du patient et l'aidant (S.S., grande ampleur de l'effet 0,7 et 1,3); amélioration de la santé générale de la personne âgée et l'aidant (S.S., grande ampleur de l'effet 0,7 et 1,1).	E	+ qualité de vie; + santé générale, + humeur
Graff, 2008, Pays Bas, Même que Graff 2006	Même que Graff 2006	Même que Graff 2006	Même que Graff 2006	Différence de 36% dans la proportion des individus des deux groupes qui ont fait des améliorations cliniquement significatifs sur le plan du fonctionnement et du performance quotidienne (patient) et	E	+ fonction; + coûts

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
				du sentiment de compétence (aidant). Nombre de patients à traiter pour qu'un client s'améliore sur les 3 résultats = 2,8. L'intervention coûte US$1738 (95% CI $1657-$1820) pour chaque client et son aidant pour 3 mois. L'intervention permet une économie de US$2621 en moyenne pour le client et son proche aidant. L'économie est principalement liée à la diminution du nombre d'heures de soins donnés par un proche aidant.		
Sheffield, 2013, États-Unis, ECR	60, âge moyen 82 ans	Ergothérapie restorative (axée sur modification de l'environnement et provision d'aides techniques. Intensité : moyenne de 4 visites (9h d'intervention). Durée non-précisée.	Pas d'intervention	Trois mois après le début des interventions: différences N.S. du statut fonctionnel ou sur le nombre de chutes. Amélioration de la qualité de vie (S.S., ampleur de l'effet petit= 0.35), de la sécurité à domicile (S.S., ampleur de l'effet grand=1.44 SD) et de la peur de tomber (S.S). Réduction de 39% de services recommandés par l'ergothérapeute (2.36 heures par semaine par client). Coût moyen de 1145US $ par client; compte tenu de la réduction de besoins l'intervention permettra des épargnes.	F	égal fonction; + qualité de vie; + coûts
Stott, 2006, Royaume-Uni, Quasi-expérimental apparié	84; âge moyen ~76 ans, ayant eu ≥ 2 hospitalisations non-urgentes	Services usuels plus évaluation gériatrique compréhensive et réadaptation à domicile, comprenant infirmière,	Services de soutien à domicile traditionnels	Changement plus grand (S.S.) dans le groupe intervention comparé au groupe témoin à 3 et à 12 mois pour les résultats suivants: AVQ, AVD, risque de chute, portée fonctionnelle	F	+ fonction; égal utilisation des services

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
	dans les 12 mois précédents	ergothérapeute et physiothérapeute. Intensité : moyenne de 19 visites (19h) en plus des services usuels. Durée non-précisée.		et satisfaction dans la vie. Différences N.S. pour mobilité et le nombre de médications. Différences N.S. du taux de mortalité, des hospitalisations ou l'utilisation d'autres services de santé		
Szanton, 2011, États-Unis, ECR (pilote)	40; âge moyen 78 ans; à faible revenue avec incapacités modérés (1 difficulté dans les AVQ ou 2 difficultés dans les AVD)	Ergothérapeute, infirmière et modification du domicile. Intensité: maximum de six visites avec ergothérapeute, quatre visites avec infirmière. Durée non-précisée.	Même nombre de visites pour des activités sédentaires et non-thérapeutiques au choix	6 mois après le début de l'intervention: amélioration modérée de AVQ et AVD (ampleur de l'effet moyen = 0.63 et 0.62 respectivement). Amélioration modérée confiance en soi par rapport aux chutes (ampleur de l'effet moyen = 0.55). Grande amélioration qualité de vie (ampleur de l'effet grand = 0.89)	F	+ fonction et + qualité de vie
Voigt-Radloff, 2011, Allemagne, ECR	141; âge moyen 78,5 ans; avec une maladie d'Alzheimer légère à modérée, vivant dans la communauté avec un proche aidant.	Sessions d'ergothérapie axée sur la performance des AVQ, aides pour compenser les déficits cognitifs et formation des proches aidants. Intensité : 10 visites à domicile d'une heure; durée: 5 semaines	Une consultation d'une heure par un ergothérapeute (matériel éducatif et discussion individualisée)	10 sessions d'ergothérapie n'est pas plus bénéfique qu'une consultation. Différences N.S. entre les deux groupes pour fonctionnement dans le quotidien à 6, 16, 26 et 52 semaines (pas de différence entre les groupes et pas de différence avant-après l'intervention). Le fonctionnement des participants des 2 groupes demeure stable dans le temps peu importe l'intervention. Pas d'effets indésirables.	E	égal fonction
Revue systématique						
McLaren, 2013, origine diverse, Revue systématique	18 études (7 ECR portant sur l'ergothérapie). Population	Interventions non-pharmaceutiques pour le déclin fonctionnel. Pour les 7 ECR sur		7 ECR indiquent une amélioration des habiletés et de la qualité de vie suite à de l'ergothérapie. L'amélioration est statistiquement	B	+ fonction et + qualité de vie

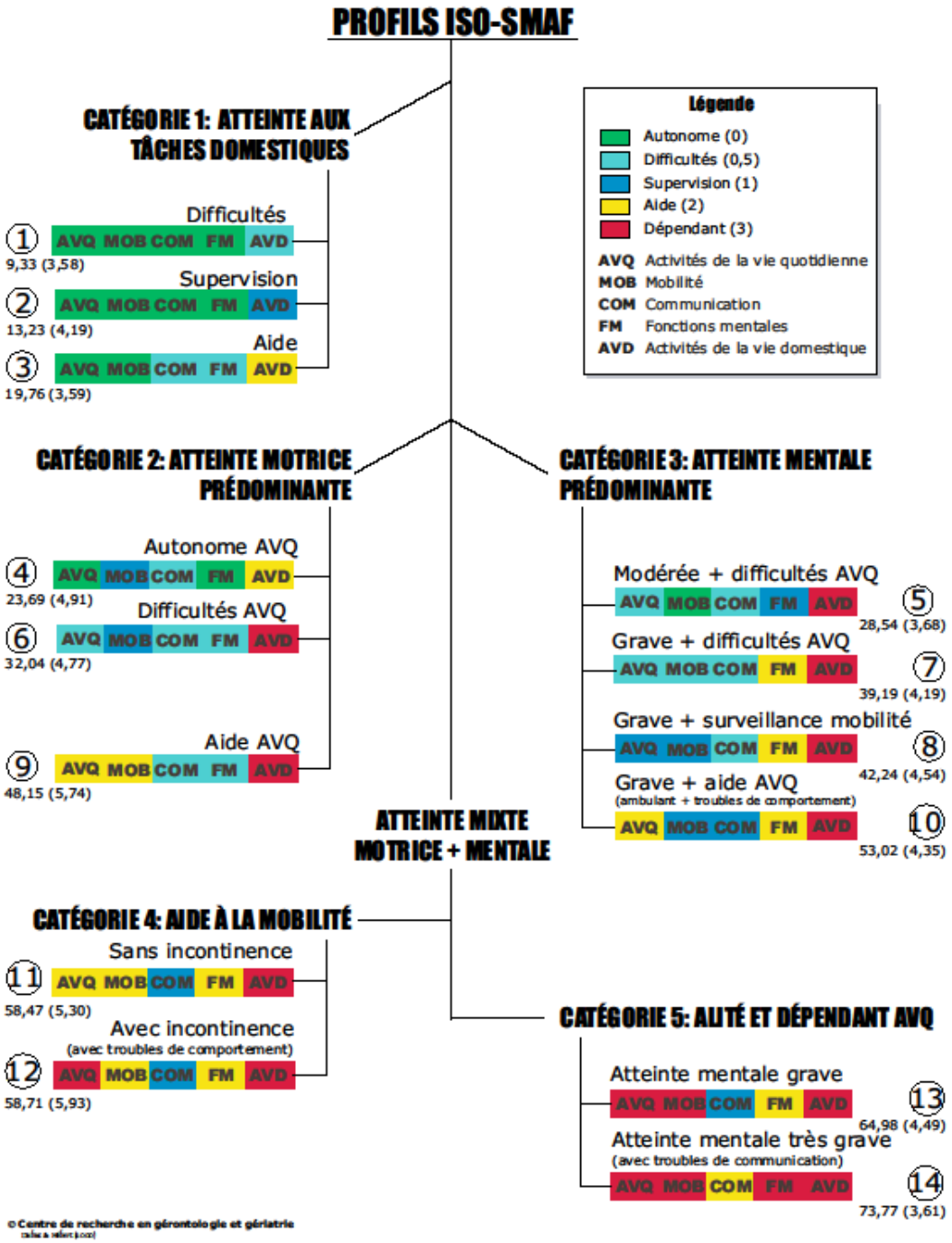
Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
	moyenne de 99 participants (entre 27 et 1131), avec démence et vivant dans la communauté avec un aidant.	ergothérapie, intensité variable et durée de 5 semaines ou moins.		significative dans certaines études.		
Orellano, 2012, origine diverse, Revue systématique	38 études	Intervention axée sur l'ergothérapie (incluant modification du domicile et prévention des chutes) pour l'amélioration des AVD		Quelques études avec des petits échantillons indiquent que l'ergothérapie d'une courte durée améliore les performances aux AVD des personnes âgées fragiles vivant dans la communauté mais certaines études ne sont pas spécifiques au reablement.	E	+ fonction
Ryburn, 2009, origine diverse, Revue systématique	3 ECR (Tinetti 2002, Lewin 2006, Kent 2000)	Programmes multi-composantes de soutien à domicile selon approche *restorative.*		Pas de résultats quantitatifs. Amélioration observée pour AVQ, AVD, mobilité et morale, moins de chutes. Diminution pour besoin de services de soutien à domicile et du risque de visiter le département de l'urgence. Plus probable de rester à domicile. Pas de différences de coûts pour la durée de l'intervention.	F	+ fonction, + qualité de vie, + utilisation services, égal coûts
Steultjens, 2004, origine diverse, Revue systématique	17 études	Intervention axée sur l'ergothérapie auprès des personnes ≥ 60 ans qui vivent dans la communauté		Résultats généraux de l'analyse des 17 études: évidence modérée de l'efficacité de l'ergothérapie sur le fonctionnement; évidence forte de l'efficacité des aides techniques sur le fonctionnement; évidence modérée de l'efficacité de l'entrainement avec évaluation du	E	+ fonction, + qualité de vie,

Auteur, Année, Pays d'origine, Devis	Population (n, caractéristiques)	Intervention (description, intensité, durée)	Comparaison	Résultats détaillés (en faveur du groupe d'intervention)	*Qualité étude	Effet global (-, égal, +)
Intervention d'autonomisation						
				domicile sur le risque de chute; évidence insuffisante sur l'efficacité de l'entrainement du proche aidant d'une personne souffrant de démence pour le maintien des capacités; évidence modérée de l'efficacité de l'ergothérapie sur la qualité de vie et participation sociale. Résultats spécifiques provenant de 3/17 études mesurent les effets de l'entrainement des habiletés combiné avec instruction sur l'utilisation des aides techniques: une étude rapporte effet sur AVQ à 6 et 12 mois (grand effet S.S.) et trois études rapportent effet modéré sur les chutes (S.S., rapport des cotes 0.39, 0.76 et 0.97).		
Total						
27 articles rapportant 20 études dont 16 études originales et 4 RS (McLaren, Orellano, Ryburn et Steultjens)	7 faibles: Burton, Glendinning, King 2012b, Sheffield, Stott, Szanton et Ryburn (Revue syst)	5 bonnes: Lewin 2010, Lewin 2013a, Tinetti, Senior et McLaren (RS)	8 excellentes: King2012a, Lewin 2013b, Parson, Gitlin, Graff, Voigt-Radloff, Orellano (RS) et Steultjens (RS)			

*Qualité de l'étude finale : F= Faible; B= Bonne; E= Excellente)

ANNEXE E

Profil ISO-SMAF



ANNEXE F

Résultats du sondage

SONDAGE: L'approche d'autonomisation en soutien à domicile pour les personnes âgées en perte d'autonomie

DANS QUELLE RÉGION DU QUÉBEC VOTRE ÉTABLISSEMENT D'APPARTENANCE EST-IL SITUÉ?

Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Bas-Saint-Laurent (01)	10,4 %	13
Saguenay–Lac-Saint-Jean (02)	0,0 %	0
Capitale-Nationale (03)	0,0 %	0
Mauricie et Centre-du-Québec (04)	5,6 %	7
Estrie (05)	16,8 %	21
Montréal (06)	32,8 %	41
Outaouais (07)	9,6 %	12
Abitibi-Témiscamingue (08)	0,0 %	0
Côte-Nord (09)	0,0 %	0
Nord-du-Québec (10)	0,0 %	0
Gaspésie—Iles-de-la-Madeleine (11)	13,6 %	17
Chaudière-Appalaches (12)	0,0 %	0
Laval (13)	0,0 %	0
Lanaudière (14)	0,8 %	1
Laurentides (15)	6,4 %	8
Montérégie (16)	4,0 %	5
Total des réponses		125
Questions non répondues		0

QUEL EST VOTRE TITRE D'EMPLOI ACTUEL?

Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Directeur / directeur adjoint	6,4 %	8
Coordonnateur de programme/gestionnaire de programme	13,6 %	17
Intervenant	80,0 %	100
Total des réponses		125
Questions non répondues		0

PRÉCISEZ VOTRE TITRE D'EMPLOI.		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Auxiliaire de santé et services sociaux	7,1 %	7
Ergothérapeute	20,2 %	20
Infirmière Bachelière Assistant(e) supérieur immédiat (ASI).	2,0 %	2
Infirmier(ère) clinicienne assistant(e) supérieur(e) immédiat(e) (ICASI)	2,0 %	2
Infirmière	6,1 %	6
Infirmière-chef d'équipe	0,0 %	0
Infirmière clinicienne	10,1 %	10
Infirmière auxiliaire	0,0 %	0
Inhalothérapeute	2,0 %	2
Médecin	0,0 %	0
Nutritionniste	0,0 %	0
Organisateur communautaire	0,0 %	0
Orthophoniste	0,0 %	0
Physiothérapeute	3,0 %	3
Thérapeute en réadaptation physique	12,1 %	12
Travailleur social	19,2 %	19
Technicien en travail social	10,1 %	10
Autre (veuillez préciser)	6,1 %	6

COMBIEN D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE DE TRAVAIL AVEZ-VOUS EN SOUTIEN À DOMICILE?	
Choix de réponses	Nombre de réponses
Total des réponses	123
Questions non répondues	2
Moyenne d'années	11.28

L'APPROCHE D'AUTONOMISATION RÉPOND À UN BESOIN ACTUEL EN SOUTIEN À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	3	5	8	72	28	4,01	116
Pourquoi ?							75
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

L'APPROCHE D'AUTONOMISATION PEUT RENDRE LES PERSONNES ÂGÉES PLUS AUTONOMES.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	4	1	8	68	35	4,11	116
Pourquoi ?							62
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

AVEC DU SOUTIEN, JE POURRAIS UTILISER CETTE APPROCHE DANS LE CONTEXTE DE MON TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	4	4	17	65	26	3,91	116
Pourquoi ?							57
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

J'AI DÉJÀ L'IMPRESSION D'UTILISER L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE MON TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	4	9	23	62	18	3,70	116
Pourquoi ?							66
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

SI J'EN AVAIS LA POSSIBILITÉ, JE SERAIS INTÉRESSÉ À UTILISER L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE MON TRAVAIL.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	3	3	12	60	38	4,09	116
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

SELON VOUS, QUEL TYPE D'ORGANISATION DEVRAIT DISPENSER LES INTERVENTIONS DE SOUTIEN À DOMICILE SELON L'APPROCHE D'AUTONOMISATION? (PLUSIEURS RÉPONSES POSSIBLES)		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Centres de santé et de services sociaux (CSSS/clsc)	89,7 %	104
Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)	63,8 %	74
Résidences privées pour ainés (RPA)	61,2 %	71
Je ne sais pas	6,0 %	7
Autre ? (veuillez préciser)	32	
Total des réponses	116	
Questions non répondues	9	

CERTAINES PERSONNES POURRAIENT QUAND MÊME CONTINUER D'AVOIR BESOIN DE SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE APRÈS UNE INTERVENTION UTILISANT L'APPROCHE D'AUTONOMISATION. LES INTERVENANTS SERAIENT EN MESURE D'INTERVENIR DE FAÇON À CE QUE LA PERSONNE ÂGÉE MAINTIENNE LES ACQUIS QU'ELLE A FAITS GRÂCE AUX SERVICES D'AUTONOMISATION.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	MOYENNE	Nombre de réponses
	3	3	11	71	28	4,02	116
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

LA CONSULTATION CLINIQUE EST ESSENTIELLE DANS L'APPROCHE D'AUTONOMISATION. IL SERAIT POSSIBLE D'AVOIR ACCÈS FACILEMENT À L'EXPERTISE DE PROFESSIONNELS (PAR EXEMPLE, ERGOTHÉRAPEUTE, INFIRMIÈRE, PHYSIOTHÉRAPEUTE) SI L'APPROCHE D'AUTONOMISATION ÉTAIT IMPLANTÉE DANS LE CONTEXTE DE VOTRE TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE.							
Choix de réponses	Extrêmement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Extrêmement en accord	Moyenne	Nombre de réponses
	8	26	17	39	26	3,42	116
Total des réponses							116
Questions non répondues							9

SELON VOUS, EST-CE QUE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION EST APPROPRIÉE POUR TOUTES LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE ?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Oui. Toutes les personnes âgées devraient avoir accès à l'approche d'autonomisation.	48,3 %	56
Non. Les personnes âgées présentant certaines incapacités ne devraient pas avoir accès à l'approche d'autonomisation.	51,7 %	60
Total des réponses	116	
Questions non répondues	9	

LES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT LES INCAPACITÉS SUIVANTES NE DEVRAIENT PAS AVOIR ACCÈS À L'APPROCHE D'AUTONOMISATION :		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Incapacités légères	1,7 %	1
Incapacités modérées	6,7 %	4
Incapacités sévères	65,0 %	39
Troubles cognitifs modérés	38,3 %	23
Troubles cognitifs sévères	95,0 %	57
Troubles de santé mentale	10,0 %	6
Soins post-hospitaliers	11,7 %	7
Autre (veuillez préciser)		11
Total des réponses		60
Questions non répondues		65

SELON L'APPROCHE D'AUTONOMISATION, LES INTERVENTIONS NÉCESSITENT SOUVENT PLUS DE TEMPS AVEC LES USAGERS (PARTICULIÈREMENT AU DÉBUT DE L'INTERVENTION). SELON VOUS, EST-CE QUE CETTE CARACTÉRISTIQUE REPRÉSENTE UN ÉLÉMENT FACILITANT OU UNE BARRIÈRE À L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE VOTRE TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE ?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Facilitant	14,3 %	16
Barrière	52,7 %	59
Les deux	26,8 %	30
Aucune influence	6,3 %	7
Pourquoi ?		65
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

UNE FORMATION D'APPOINT EST NÉCESSAIRE POUR UTILISER L'APPROCHE D'AUTONOMISATION. SELON VOUS, EST-CE QUE L'OBLIGATION DE DEVOIR SUIVRE UNE TELLE FORMATION SERAIT UN ÉLÉMENT FACILITANT OU UNE BARRIÈRE À L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE VOTRE TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Facilitant	75,9 %	85
Barrière	8,0 %	9
Les deux	10,7 %	12
Aucune influence	5,4 %	6
Pourquoi ?		46
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DEMANDE QU'UN MÊME INTERVENANT ACCOMPAGNE LA PERSONNE ÂGÉE TOUT AU LONG DE L'INTERVENTION. SELON VOUS, CETTE CARACTÉRISTIQUE SERAIT-ELLE UN ÉLÉMENT FACILITANT OU UNE BARRIÈRE À L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE VOTRE TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Facilitant	43,8 %	49
Barrière	25,0 %	28
Les deux	26,8 %	30
Aucune influence	4,5 %	5
Pourquoi ?		60
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

CROYEZ-VOUS QUE L'ORGANISATION DANS VOTRE ÉTABLISSEMENT ENTOURANT L'ACCÈS À L'ÉQUIPEMENT SPÉCIALISÉ (PAR EXEMPLE, UN ENFILE BAS OU UN PANIER POUR LA MARCHETTE) SERAIT UN ÉLÉMENT FACILITANT OU UNE BARRIÈRE À L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CONTEXTE DE VOTRE TRAVAIL EN SOUTIEN À DOMICILE?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Facilitant	58,9 %	66
Barrière	23,2 %	26
Les deux	9,8 %	11
Aucune influence	8,0 %	9
Pourquoi ?		48
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

SELON VOUS, EST-CE QU'IL Y A D'AUTRES FACTEURS QUI POURRAIENT INFLUENCER L'IMPLANTATION DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION DANS LE CADRE DE VOTRE TRAVAIL EN SOINS À DOMICILE?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Non.	42,0 %	47
Oui.	58,0 %	65
Précisez		64
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

SELON VOUS, EST-CE QUE L'OUTIL D'ÉVALUATION MULTICLIENTÈLE (OEMC) PERMETTRAIT D'IDENTIFIER LES BESOINS ET DE DÉTERMINER LES OBJECTIFS À TRAVAILLER EN PARTENARIAT AVEC LA PERSONNE ÂGÉE DANS LE CONTEXTE DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION?		
Choix de réponses	Pourcentage de réponses	Nombre de réponses
Oui	81,3 %	91
Non	6,3 %	7
Je ne sais pas	9,8 %	11
Je ne connais pas cet outil	2,7 %	3
Précisez		48
Total des réponses		112
Questions non répondues		13

AVEZ-VOUS D'AUTRES COMMENTAIRES OU SUGGESTIONS À FORMULER CONCERNANT L'UTILISATION POTENTIELLE DE L'APPROCHE D'AUTONOMISATION EN SOUTIEN À DOMICILE AU QUÉBEC?	
Choix de réponses	Nombre de réponses
	38
Total des réponses	38
Questions non répondues	87

ANNEXE G

Guide d'entrevue : groupe de discussion avec les usagers

L'autonomisation

Guide d'entrevue : groupe de discussion avec les usagers

Introduction (15 minutes)

Acceptation de l'enregistrement sonore et brève présentation de L'INESSS

Description de l'autonomisation

Actuellement dans les services en soutien à domicile on tend à accomplir la tâche à la place de la personne plutôt que de l'accompagner et de la stimuler à être plus autonome. Une approche différente pourrait être adoptée.

Des services qui visent à augmenter les capacités fonctionnelles au lieu de compenser les incapacités. Les services sont donnés à domicile, par une personne rémunérée financièrement qui n'est pas un proche aidant. L'intervention est intense et de courte durée (6 à 12 semaines). L'intervention peut viser les activités de la vie quotidienne (AVQ), les activités domestiques ou civiques et la participation sociale. L'intervention est centrée sur la personne et les proches et promeut leur participation active dans les décisions et les objectifs de soins. Bien que l'intervention soit axée sur les habiletés physiques, elle vise également le soutien psychologique pour bâtir la confiance en soi et répondre aux besoins sociaux.

Prenons un exemple. Mme Roussy s'essouffle et se fatigue rapidement. À chaque semaine, une intervenante vient prendre sa commande et faire l'épicerie pour elle. Mais, Madame Roussy a toujours peur d'oublier quelques choses et elle commande toujours les mêmes choses. Un jour, l'intervenante change d'approche et décide d'amener Mme Roussy avec elle. Elle lui montre qu'il y a des bancs sur son chemin pour se reposer, comment prendre appui sur sa marchette et où est la rampe d'accès. Après quelques visites accompagnées, Mme Roussy connait bien le chemin et a assez confiance pour aller à l'épicerie seule. Elle apprécie ses sorties et en profite pour socialiser un peu avec les employés de l'épicerie.

Animation (1h45hrs)

Q1. Est-ce que vous avez déjà reçu des services à domicile, si oui, lesquels et est-ce que vous avez été satisfait?

Q2. Si vous pouviez choisir la façon que les services de soutien à domicile sont offerts, est-ce que vous préfériez que l'intervenant:

- fasse la tâche pour vous ou ☐
- vous aide à accomplir la tâche par vous-mêr☐

Pourquoi? (vouloir ne pas dépendre des autres, aime pas demander de l'aide, faire les choses à sa propre façon, pas d'intrusion/conserver son intimité, faire confiance aux autres

Est-ce que vous pensez qu'avec de l'aide vous pourriez être plus autonome?

Est-ce que vous avez l'impression que les services vous sont dus, compte tenu que vous avez payé des impôts…

Est-ce que vous percevez cette façon de donner des services comme une façon détournée de diminuer les services?

Q3. Certains d'entre vous reçoivent peut-être de l'aide. Selon vous, comment est-ce que les personnes qui vous aident verraient cette approche?

Q additionnelle. L'importance de la participation sociale, le transport adapté?