

Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

msss.gouv.qc.ca section **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-89225-0 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Direction des travaux

Vincent Defoy, directeur

Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial (DSAPARIRTF)

Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA)

Coordination des travaux et rédaction

Charlène Joyal, conseillère en services aux aînés

DSAPARIRTF — DGAPA

Nathalie Tremblay, conseillère et adjointe exécutive

DSAPARIRTF — DGAPA

Comité de travail

Anik Audet, conseillère en soutien à domicile

Direction du soutien à domicile (DSAD) — DGAPA

Jean-Sébastien Boucher, conseiller à la promotion des saines habitudes de vie, sécurité et aménagement du territoire

Direction de la promotion des saines habitudes de vie (DPSHV) — Direction générale de la santé publique (DGSP)

Valérie Guillot, conseillère en gérontologie

DSAPARIRTF — DGAPA

Karine Labarre, conseillère experte en soins gériatriques et soins de proximité

Direction nationale des soins et services infirmiers — Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

D^r David Lussier, médecin gériatre

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Directeur du Centre de promotion de la santé AvantÂge

Expert-conseil sur le comité de travail

Michèle Martin, conseillère à la promotion des saines habitudes de vie, nutrition

DPSHV — DGSP

Cindy Miller, conseillère en prévention et contrôle des infections

Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux — Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles

Suzanne Montreuil, évaluatrice ministérielle de la qualité des milieux de vie

Direction de la qualité des milieux de vie — DGAPA

Andrée-Anne Rhéaume, conseillère en soutien à domicile

DSAD — DGAPA

Validation

Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet SAD

Nathalie Bolduc, coordonnatrice des services dans le milieu, zone Est

Direction SAPA

CIUSSS de l'Estrie — Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Mélissa Paradis-Lapointe, directrice adjointe — Volet SAD

Direction des programmes SAPA

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Centre

Nathalie Farley, coordonnatrice en réadaptation, volet santé physique

Responsable du Guichet centralisé en Santé physique

Direction des Services Multidisciplinaires et de la Réadaptation (déficience physique, déficience intellectuelle, trouble du spectre de l'autisme)

CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

Membres du comité sur la prévention du déconditionnement — Volet CHSLD

Amélie Boutin, conseillère-cadre harmonisation, qualité des pratiques et approche milieu de vie à l'hébergement — Axe Sud

Direction du programme SAPA

CISSS de Chaudière-Appalaches

Pascale Bernard, gestionnaire responsable de CHSLD

Direction du programme SAPA

CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Nathalie Beaupré, spécialiste en activités cliniques

Direction du programme SAPA

CISSS de la Montérégie-Ouest

Nous remercions également les différents collaborateurs qui ont lu et commenté ce document.

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 1 |
| Déconditionnement chez les aînés | 2 |
| Objectifs | 3 |
| Profils de la population aînée | 4 |
| Axes d'intervention | 5 |
| Approche préventive populationnelle | 5 |
| Interventions préventives systématiques | 6 |
| Interventions spécifiques | 6 |
| Figure 1. Axes d'intervention selon les profils de la population aînée et les secteurs d'activités | 8 |
| Principes soutenant la mise en œuvre des APD | 8 |
| Actions clés de la mise en œuvre des APD | 9 |
| TABLEAU 1. Actions clés de l'axe de l'approche préventive populationnelle | 9 |
| TABLEAU 2. Actions clés de l'axe des interventions préventives systématiques | 11 |
| TABLEAU 3. Actions clés de l'axe des interventions spécifiques | 13 |
| Structure de déploiement et de suivi | 14 |
| Figure 2. Structures de déploiement provinciale, territoriales et locales | 15 |
| Structure provinciale | 15 |
| Structures territoriales et locales | 16 |
| Indicateurs et reddition de comptes | 17 |
| Conclusion | 18 |
| Bibliographie | 19 |

Introduction

En contexte de pandémie à la COVID-19, les mesures sanitaires mises en place pour limiter la propagation du virus et protéger la population (ex. : distanciation physique, isolement) sont essentielles et permettent de sauver des vies. Cependant, elles modifient grandement les habitudes de vie et ont des effets indésirables sur le niveau d'activité physique, la nutrition et la santé mentale, et ce, particulièrement chez les aînés. En effet, ceux-ci sont plus à risque de ressentir les effets de cette période prolongée d'inactivité physique et d'isolement, et donc de subir les effets délétères du déconditionnement sur les plans physique, mental et social.

Conscient de ces conséquences pour les aînés vivant à domicile ou dans les différents milieux de vie pour aînés (MVA), le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a émis, dès la première vague, des directives ministérielles pour prévenir le déconditionnement des aînés en contexte de pandémie. Ces directives ont servi de levier aux établissements pour leur permettre de réagir rapidement à cette problématique. Également, à l'été 2020, des personnes responsables de la mise en œuvre des actions préventives du déconditionnement (APD) ont été nommées dans les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Avec ces répondants, un comité de travail a été mis en place à l'automne 2020, avec la collaboration d'un médecin gériatre et de conseillers provenant de différentes directions du MSSS, afin d'effectuer le suivi des APD réalisées à domicile ainsi que dans les différents MVA. Il est à noter que ce même exercice a également été réalisé à la Direction des programmes en déficience, trouble du spectre de l'autisme et réadaptation physique au MSSS.

Parmi les diverses actions posées par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour prévenir le déconditionnement des aînés, plusieurs initiatives et innovations ont vu le jour. Afin d'accompagner les établissements dans l'actualisation des APD et l'harmonisation des actions dans l'ensemble du RSSS, nous proposons le présent guide. Celui-ci contribuera à soutenir la mise en œuvre des APD, mais également le traitement des aînés déconditionnés, en plus de préciser les attentes envers les CISSS et les CIUSSS.

Bien que ce guide à portée clinico-administrative serve particulièrement en contexte de pandémie, où l'impact des mesures est majeur sur le déconditionnement des aînés, les principes et les actions qui y sont présentés peuvent se poursuivre au-delà de la pandémie dans une visée de prévention de la perte d'autonomie et du déclin fonctionnel des aînés.

Déconditionnement chez les aînés

Le déconditionnement chez les aînés est un phénomène connu et multifactoriel. Dans la littérature, il est souvent défini comme la perte de mobilité associée aux conséquences de l'inactivité physique. On peut également l'associer à la perte d'autonomie et au déclin fonctionnel qui, particulièrement en contexte de pandémie, sont exacerbés par les mesures de confinement et d'isolement. Ainsi, aux fins de ce document, nous définirons le déconditionnement comme étant :

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.

Les conséquences physiques concernent principalement les sphères de l'autonomie et la mobilité ainsi que la nutrition et l'hydratation. Les conséquences mentales et sociales concernent la santé psychologique et cognitive ainsi que les contacts sociaux.

Une diminution de la pratique d'activités physiques chez les aînés, même pour quelques jours, peut entraîner une diminution de la capacité fonctionnelle, diminuant les possibilités de revenir à une pratique d'activités physiques plus importante ou au niveau d'autonomie habituelle. On peut observer une baisse progressive et généralisée de la masse musculaire, de la force, de l'équilibre et de la mobilité, en plus de répercussions importantes au niveau de la santé mentale (ex. : dépression, anxiété) et des fonctions cognitives (ex. : perte de mémoire, SCPD¹). Ces conséquences peuvent notamment accroître le risque de chutes et la fatigabilité, de même que fragiliser les fonctions cardiaques et respiratoires. La participation sociale peut également en être affectée.

En raison des changements physiologiques liés au vieillissement, les aînés sont particulièrement vulnérables à la dénutrition et à la déshydratation. Ils ont tendance à se sentir rassasiés plus tôt et à avoir moins d'appétit. Leurs sens du goût et de l'odorat peuvent également être altérés, ce qui limite le plaisir apporté par la nourriture. Par conséquent, ils mangent moins. De même, la réduction de la capacité d'absorption de certaines substances nutritives, les problèmes de santé buccodentaire ou de dysphagie, la présence d'une maladie aiguë, la prise de certains médicaments ou une situation de vie particulière, tels l'isolement social ou le deuil, sont autant de facteurs pouvant contribuer à la dénutrition et à la déshydratation. En conséquence, la personne pourra présenter un manque d'énergie, une perte d'autonomie, une augmentation des chutes, des infections et des plaies de pression de même qu'un rétablissement difficile en cas de maladie ou de blessure. La diminution de l'activité physique et de la mobilité a également un impact non négligeable sur la diminution de l'appétit, ce qui constitue également un facteur aggravant de la dénutrition.

¹ Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Ainsi, le cercle vicieux qu'entraîne l'impact d'une condition sur l'autre peut mener à un syndrome de fragilité², voire un déconditionnement important qui pourrait perdurer dans le temps et qui risque d'être difficilement réversible. C'est pourquoi les mesures pour réduire la sédentarité, soutenir la pratique d'activités physiques et la saine alimentation, ainsi que pour maintenir une bonne santé mentale et cognitive sont primordiales chez les aînés, d'autant plus en contexte de pandémie. Ces APD doivent rapidement être mises en place, surtout chez les personnes qui présentent un risque élevé.

La problématique du déconditionnement est présente sur l'ensemble du continuum de soins et services aux aînés. En milieu hospitalier, le cadre de référence de l'Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) élaboré par le MSSS en 2011 donne des balises quant à l'application de différents niveaux d'intervention visant la prévention ou l'atténuation du déclin fonctionnel iatrogène³. Actuellement, un tel cadre n'est pas disponible pour encadrer la prévention du déclin fonctionnel ou du déconditionnement à domicile et dans les différents MVA. Le présent guide vise à répondre à ce besoin en établissant des actions clés pour la mise en œuvre des APD dans ces milieux, mais également pour le traitement du déconditionnement, le tout dans le respect des mesures sanitaires en place, des pratiques de base en prévention et contrôle des infections (PCI) ainsi que des précautions additionnelles, s'il y a lieu. Comme le guide servira d'outil complémentaire au cadre de référence de l'AAPA, les actions spécifiques au milieu hospitalier ne seront donc pas traitées dans le présent document. Cependant, les APD présentées dans ce guide consistent aux mêmes interventions que celles de l'AAPA, mais adaptées au contexte, au lieu et à la condition de santé de l'aîné.

Objectifs

Ce guide d'accompagnement destiné aux établissements a pour objectifs de :

- définir la stratégie d'action auprès de la population aînée selon ses besoins, son milieu de vie, et ce, en fonction de trois axes principaux d'interventions;
- énoncer les principes soutenant la stratégie d'action;
- préciser les actions clés à mettre en place ainsi que les rôles et les responsabilités des différents acteurs pour optimiser la mise en œuvre des APD auprès des aînés à domicile et dans les MVA;
- proposer une structure de déploiement et de suivi de la mise en œuvre des APD;
- préciser les indicateurs de suivi de la mise en œuvre des APD et la reddition de comptes attendue par le MSSS.

En présence ou non d'un contexte de pandémie, le présent guide vise également à assurer une pérennité des APD en mettant l'accent sur l'importance d'intégrer, dans les pratiques et les actions, le maintien des

² Le syndrome de fragilité est un phénomène complexe qui se définit comme une vulnérabilité organique résultant du déclin des réserves physiologiques. Ce déclin provoque une perte de capacité de résistance de la personne aux stressors internes et externes. Il se manifeste par de la faiblesse, la fatigue, la perte de poids, la perte de force musculaire, la diminution de l'activité physique, le ralentissement de la vitesse de marche et le ralentissement moteur (Voyer, 2021).

³ Provoqué involontairement par une intervention médicale visant à soigner ou à protéger la personne d'une maladie.

capacités fonctionnelles des aînés à travers un mode de vie actif, de saines habitudes de vie et une participation sociale optimale, quel que soit leur milieu de vie.

Profils de la population aînée

La stratégie d'action proposée tient compte du profil d'autonomie et des besoins de la population aînée au sein du continuum de soins et services et des différents axes d'intervention pour la prévention du déconditionnement.

La population aînée constitue un groupe hétérogène qu'il est possible de diviser en trois sous-groupes. Il y a d'abord les aînés en bonne santé générale qui sont encore actifs, autonomes et indépendants dans leurs différentes activités de la vie quotidienne et domestique, et ceux en légère perte d'autonomie. Ces personnes présentent habituellement peu de facteurs de risque de déconditionnement. Néanmoins, l'adoption de saines habitudes de vie constitue la clé pour les aider à ralentir le processus du vieillissement, à préserver leur autonomie et ainsi à prévenir le déconditionnement. La plupart de ces personnes vivent dans leur domicile ou en résidence privée pour aînés (RPA). Elles ont habituellement les ressources suffisantes pour répondre à leurs besoins et donc utilisent peu ou pas les services de santé. Cependant, en contexte de pandémie, ces personnes peuvent rapidement se retrouver dans un état de fragilité en raison de l'isolement et de la baisse marquée des contacts sociaux.

D'autres aînés plus vulnérables sont touchés par certaines maladies chroniques qui accélèrent les pertes physiologiques et occasionnent une instabilité dans la condition de santé, et qui peuvent potentiellement entraîner un syndrome de fragilité. Ces personnes ont souvent de multiples pathologies, sont moins actives physiquement et peuvent parfois être atteintes de troubles neurocognitifs. Ces conditions augmentent leur risque de développer des incapacités fonctionnelles ou d'être hospitalisées. Certaines d'entre elles développent des incapacités et des dépendances fonctionnelles légères, d'autres ont des atteintes modérées à sévères. La plupart de ces personnes nécessitent le support d'une personne proche aidante ou différents services afin de pallier leurs incapacités et de répondre à certains de leurs besoins. Certaines sont connues et reçoivent des services de santé, mais une partie est peu ou pas en contact avec le réseau et bénéficieraient de l'être (Raiche, Hébert et Dubois, 2004). On retrouve ces personnes à domicile, en RPA et en ressources intermédiaires et de type familial (RI-RTF).

Enfin, il y a les aînés qui présentent des incapacités et des dépendances fonctionnelles sévères en raison de maladies dégénératives en stade avancé. Ils requièrent une plus grande intensité de soins et services, sont incapables de demeurer à domicile ou en RPA, malgré le soutien des personnes proches aidantes et les différents services qui leur sont offerts. Il s'agit là de la clientèle que l'on retrouve généralement en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou en maisons des aînés (MDA), mais également en RI-RTF.

Il est à noter que peu importe son profil ou son parcours, un aîné peut aussi subir à tout moment un épisode aigu de santé nécessitant le recours aux soins et services offerts en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS).

Axes d'intervention

Dans le but d'appliquer de façon optimale les APD, les interventions doivent être adaptées en fonction des besoins de la population visée sur l'ensemble du continuum de soins et services aux aînés. Trois axes d'intervention sont proposés, soit l'approche préventive populationnelle, les interventions préventives systématiques et les interventions spécifiques. Ces axes d'intervention s'appliquent à différents moments dans le continuum de soins et services aux aînés, que ce soit à domicile ou dans les différents MVA.

Approche préventive populationnelle

L'approche populationnelle constitue une stratégie globale visant à réaliser de manière intégrée des actions ou des interventions sur l'ensemble des facteurs qui déterminent la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent, en partant d'une analyse rigoureuse des besoins exprimés et non exprimés de ce collectif vivant sur un territoire défini (Couturier, Bonin et Belzile, 2016). Elle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné en :

- rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- agissant en amont sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé, les partenaires socioéconomiques, les municipalités et autres représentants de la population agissant sur le territoire local et régional. Ensemble, ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Plus spécifiquement, les CISSS et les CIUSSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir la collaboration et la concertation dans leur territoire. Pour assumer leur responsabilité populationnelle, ils doivent déployer un continuum de soins et services, mettre en place des instances d'échange, réaliser des projets organisationnels et territoriaux et consolider en continu leurs compétences liées à la responsabilité populationnelle (Institut national de santé publique du Québec, 2016).

L'approche populationnelle en prévention du déconditionnement chez les aînés passe par la promotion des saines habitudes de vie, notamment par l'adoption d'un mode de vie actif, l'acquisition d'une saine alimentation, ainsi que par la participation sociale. Pour ce faire, il importe de sensibiliser les aînés, leurs proches ainsi que toute personne qui gravite autour d'eux aux impacts du déconditionnement, de les soutenir dans la reconnaissance des différents facteurs de risque et de faire connaître les APD pouvant être mises en place au quotidien, qu'ils s'agissent d'activités autonomes ou de différents programmes ou d'offre de services dans la communauté. Aux fins du guide, elles visent dans un premier temps le premier sous-groupe d'aînés présenté, c'est-à-dire celui des aînés en bonne santé générale ou en légère perte d'autonomie.

Interventions préventives systématiques

L'axe des interventions préventives systématiques fait référence aux APD qui visent le maintien des capacités physiques et cognitives habituelles de la personne et la prévention du déclin fonctionnel pour toute clientèle aînée à risque de déconditionnement. Il s'agit d'interventions qui ciblent les différents facteurs de risque, par exemple, la mise en place de programmes d'exercices physiques, de stimulation cognitive, de maintien des contacts sociaux et de soutien à la participation sociale ou différentes actions structurées pour prévenir la dénutrition et la déshydratation.

Aux fins du guide, les interventions préventives systématiques visent principalement la clientèle aînée qui reçoit les soins et les services d'un établissement de santé et de services sociaux, donc une clientèle connue, résidant à domicile, en RPA, en RI-RTF ou en hébergement (CHSLD ou MDA). Cela concerne également la clientèle se trouvant dans les zones tampons⁴ communautaires déployées dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Néanmoins, la clientèle non connue, notamment les personnes résidant en RPA, devrait également bénéficier des interventions préventives systématiques en contexte de pandémie, puisqu'elles sont à risque important de déconditionnement en raison des mesures émises en milieu de vie collectif.

Les actions réalisées dans cet axe doivent faire partie intégrante des pratiques quotidiennes des différents intervenants, peu importe leur secteur d'activités. Elles doivent également être enseignées aux non-professionnels, à l'utilisateur et ses proches, ainsi qu'aux bénévoles et aux intervenants des organismes communautaires qui peuvent grandement contribuer à la prévention du déconditionnement avec l'accompagnement requis. Les interventions préventives systématiques doivent aussi faire l'objet d'un suivi régulier dans le but de s'assurer que leur mise en place est suffisante pour éviter le point de rupture, c'est-à-dire le moment où la personne perd ses capacités habituelles malgré la mise en place des interventions préventives systématiques. Comme plusieurs causes peuvent expliquer le déconditionnement (problème de santé aiguë, isolement préventif, événement déstabilisant ou stressant comme un deuil ou la pandémie, etc.), la vigilance de tous est de mise pour repérer de façon précoce les aînés à haut risque de déconditionnement et ensuite procéder à une évaluation clinique plus exhaustive des personnes considérées à haut risque.

Interventions spécifiques

Bien que la stratégie d'action soit principalement orientée sur la prévention du déconditionnement, il requiert d'intervenir auprès des aînés qui sont déconditionnés. L'axe des interventions spécifiques fait référence aux différentes actions à mettre en place en présence d'un déconditionnement, c'est-à-dire lorsque la personne a perdu des capacités fonctionnelles habituelles, tant au niveau physique que cognitif, et ce, malgré les interventions préventives systématiques. Les interventions spécifiques visent à cibler de façon plus pointue les écarts à travailler dans le but de ralentir la progression ou de ramener les capacités

⁴ Une zone tampon peut se situer dans une installation déjà existante dans l'établissement (site traditionnel) ou dans un site non traditionnel hors établissement. Elle peut être de type communautaire, c'est-à-dire offrant gîte, couvert et services, ou avec soins et services. Réf : [Directive sur les zones tampons](#).

habituelles de la personne, et ce, peu importe le niveau auquel se situent ses capacités habituelles antérieures.

Pour ce faire, une évaluation professionnelle est requise au préalable afin de bien identifier la cause du déconditionnement. L'implication médicale est souvent de mise afin de déterminer si le déconditionnement est secondaire à la réduction des activités physiques, cognitives et sociales habituelles, à une diminution des apports nutritionnels, à un problème de santé aiguë tels un delirium ou une maladie infectieuse telle la COVID-19, une dépression reliée à un trouble neurocognitif, etc. Le diagnostic oriente les différentes interventions à mettre en place par l'équipe des soins infirmiers, l'équipe de réadaptation, la nutritionniste ou tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire requis selon les problématiques et les besoins ciblés.

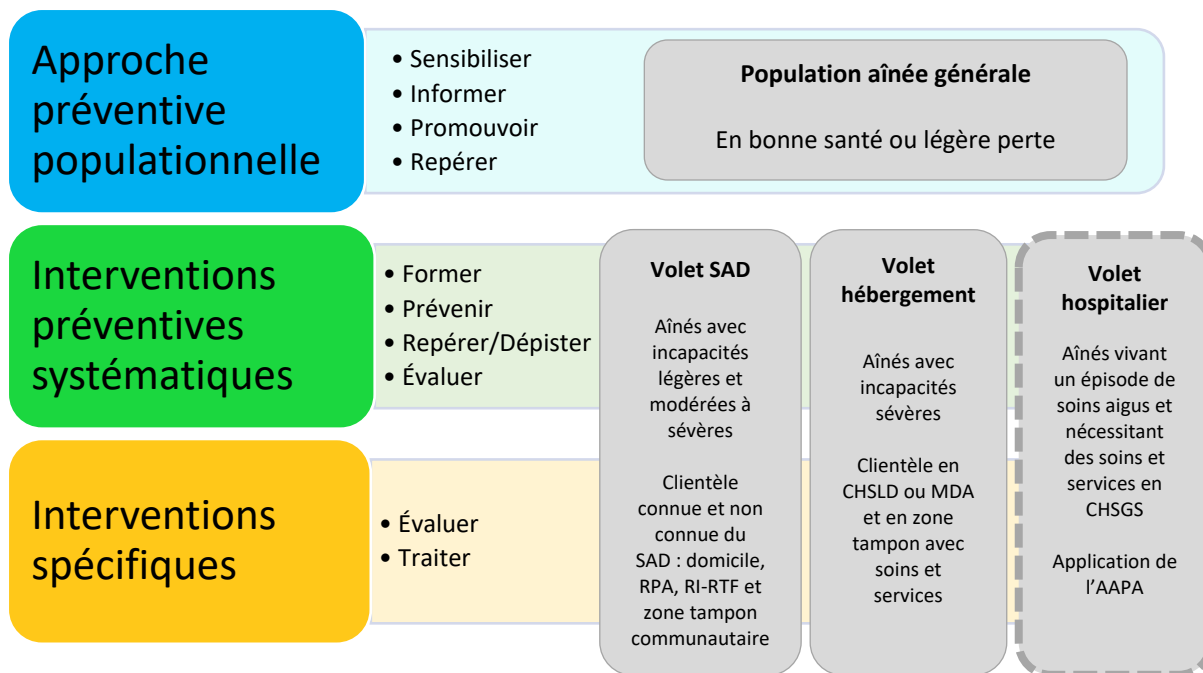
Tout comme pour les interventions préventives systématiques, les interventions spécifiques s'adressent principalement à la clientèle âgée connue, résidant à domicile, en RPA, en RI-RTF, en hébergement (CHSLD ou MDA) ou en zones tampons avec soins et services déployées dans le contexte de la pandémie à la COVID-19. Néanmoins, la clientèle non connue, notamment les personnes résidant en RPA, devraient également bénéficier des interventions spécifiques lorsque requis, puisque plusieurs d'entre elles peuvent présenter un état de déconditionnement résultant d'un confinement prolongé et d'un manque de contacts sociaux et de stimulation liés à la pandémie.

Les interventions spécifiques sont personnalisées et déterminées, autant que possible, en équipe interdisciplinaire. Elles doivent être inscrites au plan d'intervention de l'âgé. Plusieurs de ces interventions requièrent des compétences spécifiques propres aux professionnels de la santé. Néanmoins, la participation des non-professionnels, des usagers et des proches, ainsi que des bénévoles et des partenaires communautaires doit être non seulement sollicitée, mais favorisée pour une approche réellement intégrée.

La figure 1 présente les différents axes d'intervention en fonction des profils de la population âgée, mais également en fonction des secteurs d'activités, pour faciliter la compréhension des actions appartenant au volet soutien à domicile (SAD), volet hébergement et volet hospitalier⁵.

⁵ À noter que le volet hospitalier du continuum de soins et services aux âgés n'est pas traité dans ce guide, puisque les actions de prévention du déconditionnement en milieu hospitalier sont établies dans le cadre de référence de l'AAPA. (MSSS, 2011)

Figure 1. Axes d'intervention selon les profils de la population âgée et les secteurs d'activités



Principes soutenant la mise en œuvre des APD

Les principes suivants doivent faire partie intégrante de la stratégie de mise en œuvre des APD, quel que soit l'axe d'intervention visé :

- la prévention du déconditionnement des aînés est une responsabilité partagée entre tous les acteurs en contact avec des personnes âgées;
- les APD doivent être appliquées sur tout le continuum de soins et services aux aînés;
- l'intervention précoce ainsi que la rapidité d'intervention sont des éléments clés dans la prévention et le traitement du déconditionnement;
- un équilibre entre les mesures pour protéger les aînés et pour prévenir le déconditionnement doit être visé;
- la mise en œuvre des APD doit viser l'autonomisation des aînés, quel que soit leur niveau d'autonomie ou leur condition de santé;
- la mise en œuvre des APD doit faire l'objet d'un suivi périodique et des mesures doivent être prises pour en assurer la pérennité.

Actions clés de la mise en œuvre des APD

La prochaine section présente sous forme de tableaux les différentes actions clés permettant une mise en œuvre optimale des interventions en lien avec la prévention et le traitement du déconditionnement selon les différents axes d'intervention. Pour chacune des actions clés, les rôles et les responsabilités appartenant aux CISSS et CIUSSS sont détaillés et appuyés de quelques exemples de moyens⁶.

TABLEAU 1. Actions clés de l'axe de l'approche préventive populationnelle

| APPROCHE PRÉVENTIVE POPULATIONNELLE | | |
|--|--|---|
| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
| <p>SENSIBILISER</p> <p>Sensibiliser tous les acteurs pouvant contribuer à la prévention du déconditionnement des aînés</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser les aînés et leurs proches aux impacts du confinement, à la gestion du risque et à l'importance de prévenir le déconditionnement • Sensibiliser les partenaires de la communauté à la problématique du déconditionnement chez les aînés (tables de concertation des aînés, organismes communautaires, entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EESAD), etc. | <ul style="list-style-type: none"> • Référence à la page Web Analyser le niveau de risque des aînés en contexte de COVID-19 • Rencontres d'information • Présentations, ateliers virtuels, vidéos • Publications sur les réseaux sociaux, site Web, ou autres médiums • Campagne de sensibilisation, journée ou semaine thématique |
| <p>INFORMER</p> <p>Rendre disponible l'information sur la prévention du déconditionnement aux différents publics cibles</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessible aux aînés et à leurs proches l'information sur le déconditionnement et les façons de le prévenir • Développer des outils adaptés aux différents publics cibles et diffuser l'information par différents médiums | <ul style="list-style-type: none"> • Référence à la page Web Prévenir le déconditionnement chez les aînés en contexte de pandémie • Distribution de feuillets, de brochures, d'outils promotionnels, d'affiches, etc. |

⁶ Liste non exhaustive.

APPROCHE PRÉVENTIVE POPULATIONNELLE

| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
|--|---|---|
| <p>PROMOUVOIR</p> <p>Encourager les aînés à adopter de saines habitudes de vie en promouvant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'activité physique selon leurs capacités; • les bonnes habitudes alimentaires; • le développement et le maintien de la santé cognitive; • le maintien des contacts sociaux et le soutien à leur participation sociale. | <ul style="list-style-type: none"> • Rendre accessibles les contenus des différents programmes ou des types d'activités dédiés aux aînés dans les municipalités de toutes les régions du Québec et favoriser leur déploiement • Améliorer la collaboration entre la Direction régionale de santé publique (DRSP) et la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) • Soutenir les initiatives visant la participation sociale des aînés dans leur communauté • Développer des collaborations avec les partenaires (communautaires, municipalités, entreprises, etc.) dans le développement d'initiatives novatrices • Soutenir les collaborations entre les acteurs de la communauté et les MVA Rendre accessibles aux aînés et à leurs proches les outils de promotion de la santé globale, particulièrement ceux qui informent des impacts du confinement • Soutenir les initiatives visant à rendre les milieux de vie et les environnements sains et sécuritaires pour les aînés, favorables au maintien de l'autonomie et à la participation sociale des aînés | <ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'offre de services des CISSS et des CIUSSS s'adressant aux aînés • Développement de l'offre de services en activité physique tels : programme Viactive, programme intégré d'équilibre dynamique (PIED), Le GO pour bouger, MOVE 50+, Vivre en équilibre, etc. • Promotion de la marche comme mode de déplacement • Utilisation de moyens de communication variés pour offrir différentes activités destinées aux aînés (ex. : diffusion d'une capsule d'exercices physiques à la télé communautaire, activité de chant à la radio communautaire, capsule vidéo sur le site Internet de l'établissement, etc.) • Promotion de l'offre de services des organismes offrant de l'aide alimentaire • Développement de cuisines collectives et culturelles pour les aînés dans la communauté |
| <p>REPÉRER</p> <p>Repérer les aînés vulnérables non connus à risque de déconditionnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Former les partenaires de la communauté et les personnes proches aidantes à reconnaître les facteurs de risque du déconditionnement • Identifier les milieux de vie les plus préoccupants, dont ceux en éclosion ou qui ont vécu une éclosion, ou offrant des services à une clientèle à risque de déclin fonctionnel, en collaboration avec divers partenaires, dont les RPA • Établir des trajectoires de communication efficaces et mettre en place des corridors de services pour assurer une prise en charge rapide des usagers référés par les partenaires | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils de repérage tels le Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie (PRISMA-7) ou AINÉES 75 PLUS • Personnel dédié au repérage des personnes non connues, notamment dans les RPA |

TABLEAU 2. Actions clés de l'axe des interventions préventives systématiques

| INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES | | |
|---|--|---|
| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
| <p>FORMER</p> <p>Soutenir le développement des compétences en lien avec la prévention du déconditionnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Diffuser et veiller au déploiement de la Directive pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie • Former le personnel, les bénévoles et les partenaires à appliquer de façon systématique lors de leurs interventions les APD adaptées aux différents types de clientèle dans les différents secteurs d'activités • Enseigner et conseiller à l'usager et à ses proches les APD à mettre en place au quotidien • Référer aux programmes déjà existants soutenant les bonnes habitudes de vie et la prévention du déconditionnement • Renforcer les compétences des différentes personnes en contact avec les aînés dans les différents secteurs d'activités à repérer ceux à haut risque de déconditionnement (ex. : auxiliaires aux services de santé et sociaux [ASSS], bénévoles, EESAD, personnel des services alimentaires, personnel d'hygiène et salubrité, aides de service, personnes proches aidantes, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de trousse ou de boîtes à outils pour différents publics cibles sur l'intranet ou le site Web de l'établissement • Fiches cliniques de l'AAPA • Diffusion de capsules vidéo • Offre de formation en ligne ou par visioconférence • Coaching et soutien clinique • Ateliers de pratique réflexive |
| <p>PRÉVENIR</p> <p>Assurer la mise en œuvre des APD et effectuer le suivi</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer et mettre en place différents programmes adaptés au contexte de pandémie sur les différents plans : activité physique, nutrition, santé cognitive et psychologique • Assurer la mise en place d'interventions adaptées pour la clientèle ayant des troubles neurocognitifs majeurs et qui présente des SCPD • Impliquer en premier lieu les équipes de soins infirmiers dans l'application précoce et au quotidien des APD auprès des aînés • Collaborer avec l'équipe PCI dans les stratégies de mise en œuvre des APD afin d'assurer la cohérence des interventions et minimiser les impacts sur le | <ul style="list-style-type: none"> • Offre de différents types de programmes d'exercices physiques en fonction du degré d'autonomie • Offre de différents types d'activités de stimulation cognitive en fonction des capacités • Achat de matériel spécifique • Recours au personnel des centres de jour fermés • Implication d'équipes interdisciplinaires dans la prévention du déconditionnement dans les différents secteurs d'activités |

INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES

| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
|--|--|---|
| | <p>déconditionnement, notamment lors d'éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et soutenir le personnel, les bénévoles et les partenaires dans l'application systématique des APD • Recourir à différentes ressources pour assurer la mise en œuvre des APD • S'assurer d'une supervision professionnelle selon le cas • Prioriser les interventions dans les installations où la situation est précaire au niveau des ressources humaines, où la clientèle est plus à risque et où la gradation des mesures est plus stricte en fonction du palier d'alerte • Assurer un suivi et une vigilance soutenue des aînés non connus en RPA • Remettre l'approche milieu de vie au cœur des actions, notamment en CHSLD, dans le respect des mesures PCI • Prévoir un plan spécifique pour un maintien des activités de façon sécuritaire pour la clientèle en zone tampon ou dans les unités en éclosion • Soutenir la mise en place du concept de bulle social, lorsque possible, selon les directives ministérielles • Effectuer le suivi du plan d'intervention pour la clientèle connue à haut risque de déconditionnement selon les facteurs de risques présents dans les différentes sphères • Consulter les différents intervenants au dossier et planifier des rencontres interdisciplinaires au besoin | <ul style="list-style-type: none"> • Ajouts de techniciens en loisir, de kinésilogues, etc. • Recours à des étudiants et stagiaires, etc. • Développement d'ententes de services innovatrices • Accompagnement dans l'organisation de certains services pour minimiser l'impact sur le déconditionnement, notamment en RPA et en RI-RTF (Ex. distribution de plateau-repas à l'appartement ou la chambre, etc.) • Développement d'outils de suivi de l'application des APD par les différents intervenants • Suivi en caucus d'équipe • Cibler des ambassadeurs ou « champions » des APD |
| <p>REPÉRER/DÉPISTER</p> <p>Repérer les aînés vulnérables à haut risque de déconditionnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des questionnaires standardisés de repérage du déconditionnement ou du déclin fonctionnel, ou des outils permettant l'observation des éléments de fragilité • Utiliser des outils spécifiques pour dépister le risque de chute, la dénutrition, la dépression, les troubles cognitifs, etc. • Impliquer tous acteurs gravitant autour des aînés ainsi que les personnes proches | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisations d'outils tels le PRISMA-7, les signes AINÉES ou le SMAF • Procéder à l'appel des usagers en attente de services au SAD • Effectuer une visite systématique et périodique des aînés non connus en RPA, notamment dans les milieux en |

| INTERVENTIONS PRÉVENTIVES SYSTÉMATIQUES | | |
|---|---|---|
| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
| | <p>aidantes dans la prévention et le repérage des aînés à haut risque de déconditionnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec les GMF, les services courants et autres programmes services pour le repérage des aînés à risque de déconditionnement • Optimiser les collaborations et les trajectoires de communication et de référence auprès des différents partenaires • Développer des trajectoires pour une évaluation rapide des usagers identifiés à haut risque de déconditionnement ou déconditionnés | <p>éclosion ou qui ont vécu une éclosion</p> <ul style="list-style-type: none"> • Profiter des différentes activités cliniques pour procéder au repérage : <ul style="list-style-type: none"> ○ soins de base; ○ vaccination; ○ etc. |
| <p>ÉVALUER</p> <p>Évaluer les aînés repérés à haut risque de déconditionnement</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une évaluation rapide dans les différentes sphères et le suivi professionnel requis en fonction des facteurs de risques présents • Solliciter la collaboration de l'utilisateur et des proches dans la mise en œuvre d'interventions préventives individualisées | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils d'évaluation spécifiques à la clientèle aînée • Émettre les directives requises aux non-professionnels ainsi qu'aux usagers et à leurs proches |

TABEAU 3. Actions clés de l'axe des interventions spécifiques

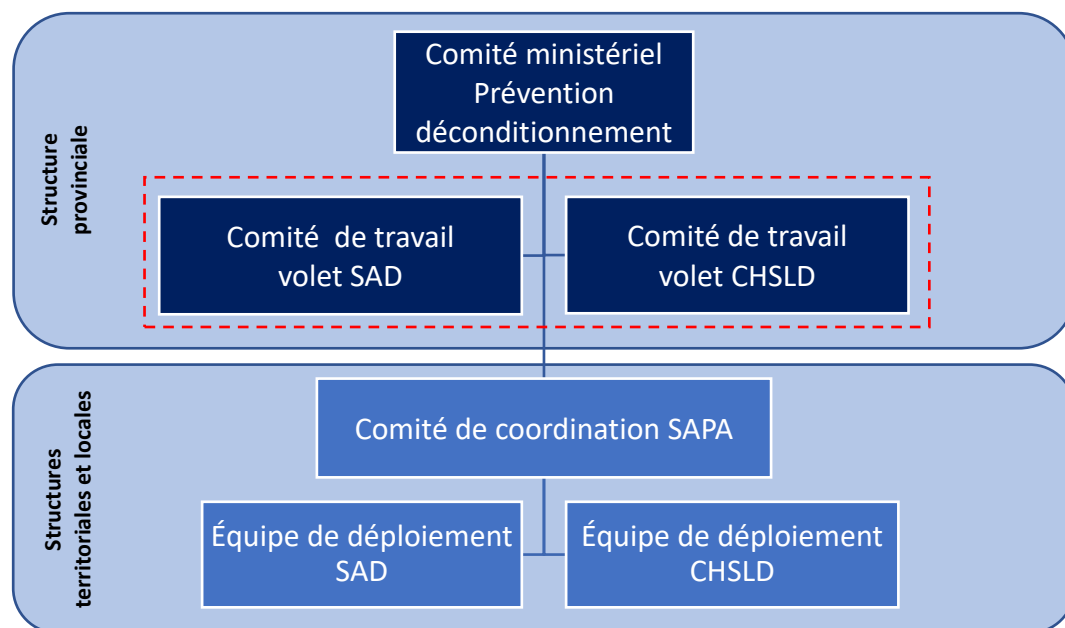
| INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | | |
|---|---|--|
| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
| <p>ÉVALUER</p> <p>Évaluer les besoins spécifiques de la clientèle déconditionnée</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Assurer une évaluation rapide pour déterminer la cause du déconditionnement • Référer aux différents professionnels requis | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'outils d'évaluation spécifiques à la clientèle aînée • Mise à contribution des équipes médicales pour l'évaluation et le diagnostic différentiel de la clientèle, notamment pour la clientèle non connue en RPA |

| INTERVENTIONS SPÉCIFIQUES | | |
|---|---|---|
| Actions clés | Rôles et responsabilités | Exemples de moyens |
| <p>TRAITER</p> <p>Assurer la mise en place d'interventions spécifiques pour traiter le déconditionnement dans les sphères visées</p> | <ul style="list-style-type: none"> Assurer une offre de services permettant la réponse aux besoins des résidents déconditionnés dans les différentes sphères (réadaptation physique, nutrition, stimulation cognitive, suivi psychologique) selon la cause Collaborer avec l'équipe PCI, notamment si présence de précautions additionnelles ou d'éclosion Adapter l'offre de services à la clientèle en post-éclosion COVID-19 Recourir à des ressources supplémentaires pour assurer le traitement du déconditionnement et s'assurer d'une supervision professionnelle selon le cas Effectuer le suivi du plan d'intervention spécifique au traitement du déconditionnement dans les sphères visées Solliciter la collaboration de l'utilisateur et des proches dans la mise en œuvre d'interventions spécifiques | <ul style="list-style-type: none"> Utilisation du personnel des centres de jour fermés pour des interventions spécifiques Implication des équipes interdisciplinaires dans le traitement du déconditionnement, notamment en post-éclosion COVID-19 Développement d'ententes de services novatrices Ajouts de personnel de réadaptation, kinésithérapeutes, techniciens en loisir, etc. Recours à des étudiants et des stagiaires, etc. |

Structure de déploiement et de suivi

Afin d'optimiser la mise en œuvre des ADP et le suivi de leur application dans les différents secteurs d'activités, le MSSS propose la structure de déploiement ci-dessous (figure 2). Celle-ci se veut une suggestion et non pas une obligation dans sa forme. Les structures et les rôles déjà en place dans les CISSS et les CIUSSS doivent être considérés afin d'éviter des doublons.

Figure 2. Structures de déploiement provinciale, territoriales et locales



Structure provinciale

| | Comité ministériel | Comité de travail |
|---------------------------------|--|--|
| <i>Composition</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Direction générale des aînés et des proches aidants : <ul style="list-style-type: none"> o Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en RI-RTF; o Direction de la qualité des milieux de vie; o Direction du SAD. - Direction nationale des soins et services infirmiers - Médecin gériatre - Direction de la prévention et du contrôle des infections dans les milieux de vie, d'hébergement et de réadaptation en santé et services sociaux - Direction générale de la santé publique | <ul style="list-style-type: none"> - Membres du comité ministériel - Responsables de la mise en œuvre des APD dans les CISSS et les CIUSSS. <p>* Pour faciliter les discussions, le comité de travail a été séparé en deux volets : SAD (incluant RPA et RI-RTF) et CHSLD. Les responsables ont nommé des répondants spécifiques aux différents volets pour participer aux rencontres qui se tiennent en alternance.</p> |
| <i>Rôles et responsabilités</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Animer les rencontres avec le comité prévention déconditionnement - Effectuer le suivi des actions réalisées et des enjeux vécus auprès des autorités - Déterminer les orientations et les stratégies pour assurer la mise en œuvre des APD - Accompagner les CISSSS et les CIUSSS dans la mise en œuvre des APD | <ul style="list-style-type: none"> - Effectuer le suivi des actions réalisées - Partager les initiatives et les idées innovatrices - Discuter des enjeux liés à l'application des APD - Partager des pistes de solution pour assurer la pérennité des actions |

Structures territoriales et locales

| | Comité de coordination SAPA | Équipe de déploiement SAD | Équipe de déploiement CHSLD |
|---------------------------------|--|--|---|
| <i>Composition proposée</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Directeur/directeurs adjoints SAPA - Codirecteur médical - Gestionnaires SAD et CHSLD - Responsables de la mise en œuvre des APD - Conseiller-cadre de la Direction des soins infirmiers (DSI) et Direction des services multidisciplinaires (DSM) - Chef du service de PCI - Représentant de la Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique - Représentant de la DRSP - Conseiller de la Direction des ressources humaines, des communications et des affaires juridiques | <p>Le responsable de la mise en œuvre des APD ou son répondant volet SAD coordonne le déploiement dans ce secteur.</p> <p>Pour ce faire, il pourrait s'adjoindre les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - chef de programme SAD - représentant de la DSI et DSM - conseillère en PCI - professionnels de l'équipe interdisciplinaire (nutritionniste, ergothérapeute, physiothérapeute, travailleur social, etc.) et ASSS - répondant-cadre RPA - répondant-cadre RI-RTF - organisateur communautaire - usager-partenaire | <p>Le responsable de la mise en œuvre des APD ou son répondant volet CHSLD coordonne le déploiement dans ce secteur.</p> <p>Pour ce faire, il pourrait s'adjoindre les personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - gestionnaires responsables de CHSLD - cogestionnaire médical - représentant de la DSI et DSM - conseillère en PCI - représentant des équipes de soins et services professionnels (ex. : préposés aux bénéficiaires, technicien en loisir, etc.) - membre du comité des usagers |
| <i>Rôles et responsabilités</i> | <ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies favorisant la mise en œuvre des APD - Soutenir la mise en œuvre des APD dans les différents secteurs d'activités - Effectuer le suivi de l'avancement des travaux des équipes de déploiement - Assurer le suivi auprès du comité de coordination clinique - Effectuer la reddition de comptes au MSSS | <ul style="list-style-type: none"> - Développer des stratégies de mise en œuvre adaptées au secteur d'activité spécifique et à la structure d'organisation de travail - Participer à l'élaboration de programmes, d'outils et de formations - Soutenir les équipes dans le déploiement des APD - Effectuer le suivi des actions réalisées au comité de coordination SAPA (état d'avancement, enjeux, etc.) | |

Indicateurs et reddition de comptes

Afin de s'assurer de la mise en œuvre continue des APD auprès des aînés du Québec et plus particulièrement auprès de ceux ayant subi des impacts de la pandémie, le MSSS veut se doter d'un mécanisme de reddition de comptes simple qui vise les éléments incontournables au déploiement et au suivi l'avancement de la mise en œuvre des APD de façon périodique. Il est souhaité que le processus débute à l'automne 2021.

Basé sur le modèle d'évaluation de la qualité des soins de Donabedian, le suivi s'effectuera dans un premier temps sur la **structure** et les **processus**, donc sur des composantes en lien avec la structure de déploiement et les principales actions clés mises en place selon les différents axes d'intervention pour permettre la réalisation des APD auprès de la clientèle.

À cet effet, la réalisation d'un plan d'action spécifique aux différents secteurs d'activités s'avère un moyen judicieux pour permettre de cibler des objectifs en lien avec les éléments de suivi visés, de déterminer les moyens requis pour y arriver et d'assurer facilement le suivi des actions réalisées. Il s'agit d'un outil simple qui peut faciliter le processus de reddition de comptes.

Au niveau des **résultats**, il est proposé dans un premier temps de sonder la satisfaction quant aux soins et services reçus en lien avec la prévention et le traitement du déconditionnement. D'autres indicateurs seront déterminés à moyen terme et pourront être suivis lorsque la structure et les processus seront bien en place dans les CISSS et les CIUSSS.

Voici les principales composantes qui feront l'objet du suivi de la mise en œuvre des APD :

| Structure | Processus | Résultats |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">✓ Structures territoriales et locales✓ Formation du personnel, des bénévoles, des partenaires et des proches en lien avec les APD✓ Attribution de ressources humaines et matérielles dédiées à la prévention et au traitement du déconditionnement | <p>Axe BLEU</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Réalisation d'actions de sensibilisation, d'information, de promotion et de repérage <p>Axe VERT</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Réalisation d'interventions préventives systématiques concernant :<ul style="list-style-type: none">- autonomie/mobilité;- nutrition/hydratation;- état cognitif/comportemental/psychologique.✓ Mécanisme de repérage de la clientèle à risque✓ Mécanisme de priorisation de la clientèle à haut risque pour une évaluation <p>Axe JAUNE</p> <ul style="list-style-type: none">✓ Évaluation rapide des personnes déconditionnées✓ Réalisation d'interventions spécifiques selon la cause du déconditionnement✓ Interventions spécifiques auprès des personnes en rémission de la COVID-19 | <ul style="list-style-type: none">✓ Satisfaction de la clientèle et des proches face aux soins et services reçus en lien avec la prévention ou le traitement du déconditionnement (facultatif) |

Conclusion

Le MSSS espère que le présent guide répondra aux besoins des CISSS et des CIUSSS quant aux attentes face au déploiement et au suivi de la mise en œuvre des APD, et ce, plus particulièrement dans le contexte actuel de pandémie. Il est également souhaité que la prévention du déconditionnement fasse partie intégrante des pratiques et que les actions mises en œuvre demeurent pérennes, peu importe le contexte, le milieu de vie ou la condition de santé des aînés.

Bibliographie

BLAIN, Hubert, Anne VUILLEMIN, Arielle BLAIN, et Claude JEANDEL. (2000) « Les effets préventifs de l'activité physique chez les personnes âgées », *La Presse médicale*, vol. 29, n° 22, 24 juin 2020, p. 1240-1248. Également disponible en ligne : <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docdeuxannee/0107Aaactphys2004.pdf>

COUTURIER, Yves, Lucie BONIN, et Louise BELZILE. *L'intégration des services en santé. Une approche populationnelle*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2016, 276 pages.

COULONGEAT, Matthieu, Marine PAMBET, Philippe CHASSAGNE, et Jean-Bernard GAUVAIN. « Le concept de fragilité chez la personne âgée : implications pour le rhumatologue », *Revue de Rhumatisme Monographies*, vol. 86, n° 3, juin 2019, p. 164-171. doi : 10.1016/j.monrhu.2019.01.005.

DONABEDIAN, Avedis. « Evaluating the Quality of Medical Care ». *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 44, n° 3, 1966, p. 166-206. doi : 10.2307/3348969

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *COVID-19 : Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2020, 21 p. [<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>]

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. « Saine alimentation et mode de vie actif », [En ligne]. *Veille Scientifique – spécial COVID-19*, vol. 8, n° 2, septembre 2020, p. 1-8. [<https://www.inspq.qc.ca/veille-scientifique-saine-alimentation-mode-vie-actif/septembre-2020>].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *Responsabilité populationnelle*, [En ligne], mis à jour le 14 juillet 2016. [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>] (Consulté le 10 décembre 2020).

LIU, Chiung-ju, et Nancy K. LATHAM. « Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, 8 juillet 2009. doi : 10.1002/14651858.CD002759.pub2

MARÉCHAL, René. « Effet d'un programme d'exercice mixte sur la capacité fonctionnelle et la sédentarité chez les personnes âgées en traitement contre le cancer », Mémoire (M.Sc.), Université de Sherbrooke, 2019, 121 p. [En ligne]. [https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/14663/Marechal_Rene_MSc_2019.pdf] (Consulté le 29 mars 2021).

MARTEL, Dominic. « Comparaison des effets d'un programme d'activité physique à domicile à l'aise d'une gérontechnologie à une intervention de groupe supervisée dans un centre communautaire sur les capacités fonctionnelles des personnes âgées après une blessure mineure », Mémoire (M.Sc.), Université du Québec à Montréal, 2017, 136 p. [En ligne]. [<https://archipel.uqam.ca/10956/1/M15349.pdf>] (Consulté le 29 mars 2021).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Directives pour prévenir le déconditionnement chez la personne âgée en contexte de pandémie*, [En ligne], mis à jour le 10 novembre 2020. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002719/>] (Consulté le 10 décembre 2020).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier. Cadre de référence*, [Fichier PDF], Gouvernement du Québec, 2011, 188 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>]

MORLEY, John. E. (2020). « Dénutrition », dans *Le Manuel Merck version pour le grand public*, [En ligne], mis à jour en janvier 2020. [<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-de-la-nutrition/d%C3%A9nutrition/d%C3%A9nutrition#:~:text=Chez%20les%20personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%2C%20la,aggrav%C3%A9%20chez%20les%20personnes%20d%C3%A9nutries>] (Consulté le 10 décembre 2020).

PATERSON, Donald H., et Darren ER. WARBURTON. « Physical activity and functional limitations in older adults: a systematic review related to Canada's Physical Activity Guidelines », *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, vol. 7, n° 38, mai 2010, p. 1-22. doi : 10.1186/1479-5868-7-38.

RAÏCHE, Michel, Réjean HÉBERT, et Marie-France DUBOIS. « Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave ». Dans HÉBERT, Réjean, André Tourigny, et Maxime Gagnon. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*. Québec, Edisem, 2004, p. 153-175, [En ligne], mis à jour en novembre 2016. [<https://www.expertise-sante.com/outils-cliniques/outils-rsipa/prisma-7/>] (Consulté le 9 mars 2021).

ROLLAND, Yves, et Bruno VELLAS. « La sarcopénie », *La Revue de Médecine Interne*, vol. 30, n° 2, février 2009, p. 150-160. doi : 10.1016/j.revmed.2008.08.013.

SCHUTZER, Karen A., et B Sue GRAVES. « Barriers and motivations to exercise in older adults », *Preventive Medicine*, vol. 39, n° 1, novembre 2004, p. 1056-1061. doi : 10.1016/j.ypmed.2004.04.003.

TIEDEMANN, Anne, Catherine SHERRINGTON, et Stephen R. LORD. « The role of exercise for all prevention in older age », *Moritz : Revista de Educação Física*, vol. 19, no 3, septembre 2013, p. 541-547. doi : 10.1590/S1980-65742013000300002.

VOYER, Philippe. *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie*, 3^e édition, Montréal, Éditions du Nouveau Pédagogique, 2021, 697 p.

VUILLEMIN, Anne. « Bénéfices de l'activité physique sur la santé des personnes âgées », *Science & Sports*. vol. 27, no 4, septembre 2012, p. 249-253. doi : 0.1016/j.scispo.2012.07.006.

