



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**LIGNES DIRECTRICES SUR LE REPÉRAGE
DES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE**

Août 2022

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 :

<http://intranetreseau.rtss.qc.ca> ou www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications.**

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-550-88292-3 (version PDF)

Les photographies contenues dans cette publication ne servent qu'à illustrer les différents sujets abordés. Les personnes y apparaissant sont des figurants.

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, 2022

RÉDACTION

Danielle Benoit, Consultante
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Michel Raïche, Directeur scientifique (2017-2021)
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

Myriam Jbabdi, Directrice Services conseils et
scientifiques
Centre d'expertise en santé de Sherbrooke

DIRECTION

Vincent Defoy, Directeur (2017-2021)
Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial

Nathalie Tremblay, Directrice par intérim
Direction des services aux aînés et aux proches aidants

COORDINATION

Valérie Guillot, Conseillère en gérontologie, Coordinatrice provinciale responsable des Réseaux de services intégrés pour
personnes âgées et Pilote d'orientation de l'applicatif RSIPA (2017-2021)
Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familial

Charlène Joyal, Conseillère
Direction des services aux aînés et aux proches aidants

COLLABORATEURS

Isabelle Lefebvre, Directrice adjointe du soutien à
l'autonomie des personnes âgées (SAPA)
CISSS de la Montérégie-Ouest (site pilote)

Katline Primard, coordonnatrice guichet d'accès SAPA -
responsable des mécanismes d'accès
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (établissement
consulté)

Sophie Labrecque, Chargée de projet
CISSS de la Montérégie-Ouest (site pilote)

Virginie Lavoie-Lussier, Technicienne en travail social,
Guichet d'accès - Soutien à domicile
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (établissement
consulté)

Éric Matteau, Directeur SAPA
CISSS de Lanaudière (site pilote)

Anick Audet, Conseillère
Direction du soutien à domicile

Bernard Deschênes, Chargé de projet
CISSS de Lanaudière (site pilote)

Danièle Brassard, Adjointe au directeur SAPA
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (établissement
consulté)

Marilou Dubé-Girard, Conseillère
Direction du soutien à domicile

CONSULTATIONS

Isabelle Langlois, Conseillère (jusqu'à décembre 2021)
Direction du secrétariat aux aînés

Aurore Deligne, Conseillère
Direction de l'accès et de l'organisation des services de
première ligne

Sophie-Émilie Morissette, Conseillère
Direction du secrétariat aux aînés

Caroline Caux, Conseillère
Direction du développement, de l'adaptation et de
l'intégration sociale

Cathy Bérubé, Mandatée au MSSS
Direction des services aux aînés et aux proches aidants et
Direction du secrétariat aux aînés

Léa Laflamme, Conseillère
Direction des saines habitudes de vie

RÉVISION LINGUISTIQUE

Jonathan Aubin, réviseur linguistique

AVANT-PROPOS

Le vieillissement de la population québécoise est un phénomène inéluctable. Selon les dernières projections, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus pourrait atteindre 25 % en 2031, soit une augmentation de 9 % depuis 2011. Le nombre de personnes de 75 ans et plus, quant à lui, devrait doubler durant cette même période pour atteindre 1,2 million de personnes¹.

Préoccupé par le vieillissement démographique et ses effets, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), depuis 2001, prône par ses orientations ministérielles² sur les services offerts aux personnes âgées la mise en œuvre d'un fonctionnement en réseau de services intégrés (RSI). Ce dernier implique la responsabilité complète des soins et des services pour la population âgée d'un territoire ainsi que la collaboration entre les gestionnaires et les professionnels de la santé et des services sociaux, les personnes âgées, les proches et les organismes partenaires exerçant dans divers sites.

Le plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* regroupe 85 mesures engageant 20 ministères et organismes gouvernementaux³. La mesure 39 de ce plan vise à « favoriser le partenariat entre les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les organisations publiques, communautaires et privées afin d'offrir des soins de santé et des services sociaux répondant aux besoins des aînés ».

Le rapport du directeur national de santé publique *Vieillir en santé* publié en 2021 révèle par ailleurs qu'il faut agir davantage sur les déterminants de la santé pour retarder l'apparition des maladies chroniques et le déclin cognitif puisque ces interventions favorisent le maintien de l'autonomie jusqu'à un âge avancé.

Par ailleurs, la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS) mise, entre autres, sur le renforcement des mesures de prévention dans le système de santé et des services sociaux⁴. Le repérage des aînés en perte d'autonomie, pour leur offrir le soutien à domicile nécessaire, est la mesure privilégiée du plan d'action qui en découle⁵.

Les lignes directrices contenues dans ce document résultent des travaux menés par un comité de travail, de consultations d'experts et de l'implication de gestionnaires et d'intervenants du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Une tournée des établissements en 2018 a conduit à la rédaction d'un rapport. Ce dernier comprend une recension des pratiques de repérage des aînés en perte d'autonomie ainsi que des recommandations⁶ desquelles les présentes lignes s'inspirent.

¹ Gouvernement du Québec, *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, 2016.

² *Id.*, *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, 2001 ; *Plan d'action 2005-2010 sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité*, 2005 ; *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, 2010.

³ *Id.*, *Plan d'action Un Québec pour tous les âges – mesure 39*, 2018.

⁴ *Id.*, *Politique gouvernementale de prévention en santé – orientation 4*, 2016.

⁵ *Id.*, *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé – mesure 4.7*, 2018.

⁶ CESS, *Rapport d'étape du projet repérage*, février 2019, document non publié.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
FICHE 1 – APPROCHES ET PRINCIPES DE SANTÉ PUBLIQUE EN LIEN AVEC LE REPÉRAGE.....	2
FICHE 2 – LE REPÉRAGE DES AÎNÉS EN PERTE D’AUTONOMIE	3
FICHE 3 – DÉFINITION, TYPES ET OUTILS DE REPÉRAGE ET DÉPISTAGE	4
FICHE 4 – CONSIGNES MINISTÉRIELLES D’UTILISATION DES OUTILS DE REPÉRAGE PRISMA-7 ET ISAR.....	5
FICHE 5 – MYTHES ET RÉALITÉS : OUTILS PRISMA-7 ET ISAR	6
FICHE 6 – FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONDITIONS GAGNANTES.....	8
FICHE 7 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DE L’ÉQUIPE DE DIRECTION SAPA ET DU PERSONNEL	9
FICHE 8 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DES GESTIONNAIRES ET DU PERSONNEL DES URGENCES, DES CLINIQUES EXTERNES ET DES SERVICES GÉNÉRAUX DU CLSC	10
FICHE 9 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DES GROUPES DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF) ET DES CLINIQUES MÉDICALES	11
FICHE 10 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DES PROPRIÉTAIRES (OU GESTIONNAIRES) AINSI QUE DU PERSONNEL EN RÉSIDENCES PRIVÉES POUR AÎNÉS (RPA)	12
FICHE 11 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS	13
CONCLUSION	14
ANNEXE 1 : NAPPERON DU SCHÉMA CONCEPTUEL DE L’INTÉGRATION DES SERVICES EN SOUTIEN À L’AUTONOMIE DES PERSONNES AGÉES	15
ANNEXE 2 : CHARGÉ DE PROJET – DÉPLOIEMENT DU REPÉRAGE.....	17
BIBLIOGRAPHIE.....	19

LISTE DES SIGLES

AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CESS	Centre d'expertise en santé de Sherbrooke
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
EÉSAD	Entreprise d'économie sociale d'aide à domicile
EQLAV	Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement
GMF	Groupe de médecine familiale
ISAR	Identification systématique des aînés à risque
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OEMC	Outil d'évaluation multiclientèle
PGPS	Politique gouvernementale de prévention en santé
PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
PRISMA-7	Outil de repérage issu de PRISMA
RI	Ressource intermédiaire
RPA	Résidence privée pour aînés
RSI	Réseau de services intégrés
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RSIPA – solution informatique	Réseau de services intégrés pour les personnes adultes
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAIRC	Système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle

INTRODUCTION

Le présent document est destiné aux gestionnaires et au personnel des établissements du RSSS ainsi qu'aux organismes partenaires (publics, privés et communautaires) concernés par le repérage des aînés en perte d'autonomie.

En raison des compréhensions diversifiées dont le repérage fait l'objet actuellement, tant dans le RSSS qu'auprès des organismes partenaires, le MSSS juge essentiel de définir ce concept et d'en circonscrire l'application.

Les présentes lignes directrices ont été élaborées à partir des meilleures pratiques issues de la littérature et de la tournée effectuée auprès des CISSS et des CIUSSS. À cet effet, des éléments significatifs en matière de repérage ont été définis et ont permis d'établir la pratique recherchée⁷. À la suite de la mise à l'essai des lignes directrices dans des sites pilotes, certains ajustements ont été apportés afin de favoriser l'intégration de la pratique de repérage au contexte actuel. Le MSSS reconnaît l'importance de soutenir la pratique recherchée, en s'assurant toutefois de respecter les mécanismes d'accès aux services et l'organisation du travail en place dans le RSSS.

Ces lignes directrices viennent en appui aux CISSS et aux CIUSSS dans leur obligation de mettre en place les meilleures pratiques concernant le repérage des aînés en perte d'autonomie sur l'ensemble de leur territoire. Elles visent également à développer, à harmoniser et à consolider la pratique de repérage dans l'ensemble du Québec.

Les lignes directrices sont présentées sous forme de fiches afin d'en faciliter la lecture, la compréhension et l'application. Certaines sont d'ordre plus général (fiches 1 à 5), les fiches 6 et 7 sont destinées à la direction responsable de la mise en œuvre des lignes directrices, tandis que d'autres ciblent spécifiquement certains secteurs d'activités et les partenaires (fiches 8 à 11) :

1. Approches et principes de santé publique en lien avec le repérage ;
2. Le repérage des aînés en perte d'autonomie ;
3. Définition, types et outils de repérage et de dépistage ;
4. Consignes ministérielles d'utilisation des outils PRISMA-7 et ISAR ;
5. Mythes et réalités : outils PRISMA-7 et ISAR ;
6. Facteurs de réussite et conditions gagnantes ;
7. Direction Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) ;
8. Urgences, cliniques externes et services généraux du CLSC ;
9. Groupes de médecine familiale (GMF) et cliniques médicales ;
10. Résidences privées pour aînés (RPA) ;
11. Partenaires intersectoriels.

Une trousse de déploiement est mise à la disposition des établissements pour soutenir l'implantation du processus du repérage des aînés en perte d'autonomie.

⁷ CESS, Rapport d'étape du projet repérage, février 2019, document non publié.

FICHE 1 – APPROCHES ET PRINCIPES DE SANTÉ PUBLIQUE EN LIEN AVEC LE REPÉRAGE

Cette fiche s'adresse à tous les gestionnaires et au personnel⁸ des CISSS et des CIUSSS ainsi qu'aux responsables et au personnel des organismes partenaires. Elle présente les approches et les principes de santé publique en lien avec la pratique de repérage.

L'approche populationnelle : Inscrite dans la *Loi sur la santé et les services sociaux* (LSSSS) et comptant parmi les principes directeurs de santé publique, l'approche populationnelle renvoie à une responsabilité collective partagée entre les acteurs d'un territoire donné. Cette approche repose sur une connaissance des besoins sociosanitaires des populations, jumelée à une offre de service adaptée, accessible, intégrée, continue et de qualité. Le leadership en matière de responsabilité populationnelle est exercé par les CISSS et les CIUSSS en concertation avec tous ses partenaires. Du point de vue de la santé publique, cette responsabilité représente un important levier pour l'amélioration de l'état de santé de la population⁹. Le repérage des aînés en perte d'autonomie s'avère donc un moyen privilégié pour repérer les personnes ayant potentiellement des besoins de soutien à leur autonomie.

L'approche proactive : L'un des principes fondamentaux en santé publique est d'agir en amont de l'apparition des problèmes. Cela nécessite le développement d'une approche proactive (préventive) plutôt que réactive (curative). Le repérage des aînés en perte d'autonomie s'inscrit dans cette perspective. Intervenir en temps opportun peut contribuer à réduire la survenue d'événements indésirables pouvant entraîner une détérioration des activités de la vie quotidienne et domestique (AVQ et AVD) ou des activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité.

Une responsabilité partagée : Le **repérage** relève d'une responsabilité collective, c'est-à-dire partagée entre les différents partenaires publics, privés et communautaires qui sont directement interpellés par la pratique de repérage des aînés en perte d'autonomie soit : le CISSS ou le CIUSSS avec ses CLSC, ses centres hospitaliers (CH) et ses cliniques externes, les directions de santé publique, les GMF, les cliniques médicales, les entreprises d'économie sociale d'aide à domicile (EÉSAD), les RPA, les organismes communautaires, les partenaires intersectoriels et les organismes porteurs d'initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV).

Un principe de santé publique¹⁰ : Selon les principes de santé publique, lorsqu'un repérage est réalisé et que le résultat qui s'avère positif, une évaluation plus approfondie doit être effectuée. L'application de ce principe au repérage de la perte d'autonomie permet de déterminer les besoins de la personne et de lui offrir le soutien nécessaire pour son autonomie et son bien-être.

⁸ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par le CISSS ou le CIUSSS. Pour les organismes partenaires, le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée.

⁹ Gouvernement du Québec, *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, 2011.

¹⁰ A. Andermann, et autres, « Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years », *Bulletin of World Health Organization*, vol. 86, n° 4, 2008, p. 317-319 ; J.A. Muir Gray, et autres, « Screening and case finding », dans J.A. Muir Gray (dir.), *Prevention of Disease in the Elderly*, New York, Churchill Livingstone, 1985, p. 51-63.

FICHE 2 – LE REPÉRAGE DES ÂÎNÉS EN PERTE D’AUTONOMIE

Cette fiche s’adresse à tous les gestionnaires et au personnel¹¹ des CISSS et des CIUSSS ainsi qu’aux responsables et au personnel des organismes partenaires. Elle présente la raison d’être des lignes directrices ainsi que des objectifs et des effets recherchés.

L’étude de validation de l’outil PRISMA-7 a présenté des résultats sur la prévalence de la perte d’autonomie significative chez les aînés vivant à domicile. Selon cette étude, la prévalence de la perte d’autonomie modérée à grave est de **19,4 %**¹², pour les personnes de 75 ans et plus au Québec. Ces personnes ont besoin d’une aide partielle ou totale pour accomplir certaines AVQ ou AVD.

Malgré leur besoin d’aide, bon nombre de ces aînés demeurent cependant inconnus des services de soutien à domicile (SAD) offerts par les CISSS ou CIUSSS. En effet, des travaux réalisés par le MSSS et le Centre d’expertise en santé de Sherbrooke (CESS)¹³ ont permis d’établir qu’environ 9 % des personnes âgées de 75 ans et plus à domicile reçoivent des services du SAD.

Ces données mettent en évidence les efforts qui devront être consentis pour augmenter le bassin de desserte du SAD. Compte tenu de ce qui précède, l’implantation de la composante « repérage/dépistage » du RSI¹⁴ est essentielle. Elle permet de cibler précocement les personnes vulnérables avant que le processus de perte d’autonomie ne soit trop avancé, de procéder à une évaluation plus approfondie et d’offrir le soutien requis par les besoins de la personne.

Effectuées au début de la perte d’autonomie, les interventions peuvent contribuer à la ralentir. De plus, il est important de souligner que la personne proche aidante est celle qui apporte le plus souvent le soutien lorsque l’usager n’est pas connu du SAD. L’intervention précoce auprès de la personne aidée devrait permettre de mieux soutenir le proche qui accompagne la personne dans la réalisation de ses AVQ ou AVD. Par ailleurs, ce dernier peut, à son tour, présenter des risques de vulnérabilité si aucun service n’est mis en place précocement.

Objectifs ou effets recherchés

- **Pour les personnes** : L’objectif est de déceler rapidement les personnes qui ont besoin d’une aide partielle ou totale pour accomplir certaines AVQ ou AVD et d’offrir des services nécessaires au soutien de leur autonomie ainsi qu’à leurs personnes proches aidantes. L’effet escompté est de permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible dans le domicile de leur choix, et ce, dans des conditions favorables au maintien de leur qualité de vie.
- **Pour l’accessibilité des services** : L’objectif du repérage préventif des aînés en perte d’autonomie est de permettre aux CISSS et aux CIUSSS d’avoir une meilleure connaissance des besoins de la population âgée en fonction de la responsabilité populationnelle qui leur est dévolue. L’effet escompté est de faciliter l’accessibilité aux services par la mise en œuvre d’un processus de repérage planifié et organisé afin d’assurer une adéquation entre les besoins et l’offre de service.
- **Pour l’efficacité et l’efficience du RSSS** : L’objectif est d’assurer l’efficacité et l’efficience de la réponse du RSSS aux besoins de la population âgée sur tout le continuum de soins et de services. Le suivi en continu du processus de repérage des aînés en perte d’autonomie devrait permettre d’en garantir sa pérennité. L’effet escompté est la mise en œuvre d’un repérage préventif et d’une offre de service adaptée et intégrée.

¹¹ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par le CISSS ou le CIUSSS. Pour les organismes partenaires, le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée.

¹² M. Raïche, R. Hébert et M.F. Dubois, « PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 47, 2008, p. 9-18.

¹³ Travaux dans le cadre de l’objet prioritaire SAD.

¹⁴ Schéma conceptuel de l’intégration des services en soutien à l’autonomie des personnes âgées – voir l’annexe 1.

FICHE 3 – DÉFINITION, TYPES ET OUTILS DE REPÉRAGE ET DÉPISTAGE

Cette fiche s'adresse à la direction SAPA, aux gestionnaires et au personnel¹⁵ des CISSS et des CIUSSS ainsi qu'aux responsables et au personnel des organismes partenaires. Elle distingue le repérage du dépistage, présente les types de repérage et décrit les deux outils reconnus par le MSSS : PRISMA-7 et ISAR.

Repérage et dépistage¹⁶

- Le **repérage** consiste à identifier les individus déjà touchés par un problème de santé ou encore en situation de perte d'autonomie (prévalence).
- Le **dépistage**, lui, vise plutôt à identifier les individus susceptibles d'être ultimement touchés par une pathologie ou une condition (incidence).

Types de repérage

- Opportuniste : Profiter d'un contact de la personne âgée avec le RSSS et les partenaires (ex. : urgences, GMF, EÉSAD, travailleurs de milieu¹⁷) pour effectuer le repérage.
- Systématique ou quasi systématique : Effectuer le repérage dans des activités qui touchent une bonne partie de la population âgée (ex. : lors d'une campagne de vaccination annuelle).
- Mixte : Combiner les deux approches (opportuniste et systématique ou quasi systématique).

Outil de repérage PRISMA-7 ^{18,19}	Outil de dépistage ISAR ²⁰
<ul style="list-style-type: none"> • Permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du RSSS. • Utilisation recommandée dans le contexte d'un réseau de services intégrés (RSI) où le maintien à domicile est une priorité. • Composé de sept questions à répondre par « oui » ou par « non ». • Permet le repérage de la perte d'autonomie lors d'un contact entre le RSSS et une personne âgée de 75 ans et plus inconnue des services de soutien à domicile de la direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées. • Outil reconnu à l'échelle internationale à privilégier pour repérer la fragilité chez la personne âgée. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permet « d'identifier la clientèle âgée à risque de perte d'autonomie utilisant les services d'urgence ». • Prédit une « perte d'autonomie dans les six mois suivant la visite à l'urgence, soit une détérioration significative de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne, une institutionnalisation ou un décès ». • Composé de six questions à répondre par « oui » ou « non » qui concernent « des problèmes fréquents observés chez les personnes âgées tels que des incapacités fonctionnelles, des problèmes cognitifs, de la polymédication, des troubles visuels et des hospitalisations fréquentes ». • « Peut être utile au personnel de l'urgence qui désire identifier les personnes âgées à risque élevé de perte d'autonomie qui peuvent bénéficier d'une évaluation plus approfondie de leurs besoins et d'interventions spécifiques ».

¹⁵ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par le CISSS ou le CIUSSS. Pour les organismes partenaires, le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée.

¹⁶ M. Raïche, et autres, « Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : présentation, implantation et utilisation », *La Revue de Gériatrie*, vol. 32, n° 3, 2007, p. 209-218.

¹⁷ Travailleurs de milieu dans le cadre du programme des initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV).

¹⁸ M. Raïche, et autres, *Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*, CESS, 2004, mise à jour 2021.

¹⁹ British Geriatric Society et Royal College of General Practitioners and Age, *Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living with frailty in community and outpatient settings*, 2014.

²⁰ CH de St. Mary, ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence, juin 1998.

FICHE 4 – CONSIGNES MINISTÉRIELLES D’UTILISATION DES OUTILS DE REPÉRAGE PRISMA-7 ET ISAR

Cette fiche s’adresse aux responsables de la direction SAPA ainsi qu’aux gestionnaires et au personnel²¹ des CISSS et des CIUSSS impliqués dans le processus de repérage des aînés en perte d’autonomie. Elle établit les consignes ministérielles à respecter pour l’utilisation des outils.

	PRISMA-7 ²²	ISAR ²³
Clientèle cible	Personne âgée de 75 ans et plus, inconnue ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée)	Personne âgée de 75 ans et plus, inconnue ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée) et qui se présente à l’urgence
Lieux où l’on fait du repérage ²⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Urgences, cliniques externes, soins et services généraux du CLSC • GMF et cliniques médicales • RPA • EÉSAD • Organismes communautaires • Partenaires intersectoriels 	Urgences
Critères d’exclusion	<ul style="list-style-type: none"> • Personne connue du SAD • Personne résidant dans un milieu d’hébergement et de soins de longue durée (ressource intermédiaire [RI], centre d’hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], maison des aînés ou maison alternative) 	<ul style="list-style-type: none"> • Personne connue du SAD • Personne résidant dans un milieu d’hébergement et de soins de longue durée (ressource intermédiaire [RI], centre d’hébergement et de soins de longue durée [CHSLD], maison des aînés ou maison alternative)
Consignes générales d’utilisation	7 questions (répondues de façon autonome ou à l’aide d’un tiers) Un repérage positif (4 oui ou plus) = une évaluation plus approfondie	6 questions (répondues de façon autonome ou à l’aide d’un tiers) Un dépistage positif (2 points ou plus) = une évaluation plus approfondie²⁵
Mode d’utilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la solution informatique RSIPA (seul système détenant les droits d’informatiser le formulaire) • En version papier pour les partenaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Dans les solutions informatiques SIURGE et MEDURGE
Intitulé des questions	Interdiction de modifier le libellé des 7 questions du PRISMA-7 puisque la validation de l’outil a été effectuée avec ces questions	Interdiction de modifier le libellé des 6 questions du questionnaire ISAR puisque la validation de l’outil a été effectuée avec ces questions

²¹ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à tout autre personne désignée par le CISSS ou le CIUSSS.

²² M. Raïche, et autres, *Guide d’utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d’autonomie modérée à grave*, CESS, 2004, mise à jour 2021.

²³ CH de St. Mary, ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d’autonomie se présentant à la salle d’urgence, juin 1998.

²⁴ D’autres lieux, selon le choix de l’établissement, peuvent être ciblés pour implanter la pratique de repérage.

²⁵ Le guide d’utilisation et d’implantation : outil de dépistage des aînés à risque de perte d’autonomie se présentant à la salle d’urgence, CH de St. Mary, juin 1998, fait référence à une évaluation globale sans référence à un outil.

FICHE 5 – MYTHES ET RÉALITÉS : OUTILS PRISMA-7 ET ISAR

Cette fiche s'adresse aux responsables de la direction SAPA ainsi qu'aux gestionnaires et au personnel²⁶ des CISSS et des CIUSSS. Elle présente certains mythes qui circulent à propos de l'utilisation des outils PRISMA-7 et ISAR, et vient rectifier le tir.

MYTHES	RÉALITÉ
Un PRISMA-7 doit être passé à toutes les personnes âgées qui se présentent à l'urgence.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'un acte inefficace auprès des usagers qui sont déjà connus du SAD-SAPA longue durée ou de la santé physique longue durée. • En ciblant mieux les usagers (personnes de 75 ans et plus inconnues ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée)) pour lesquels il est pertinent d'effectuer du repérage, on maximise les efforts. • On évite aussi les repérages à répétition pour les usagers qui se présentent plus souvent à l'urgence.
Lorsque le résultat de l'évaluation plus approfondie à la suite d'un repérage positif donne un profil ISO-SMAF 3, « on a fait ça pour rien ».	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indépendamment du profil ISO-SMAF, une personne peut nécessiter la mise en place de certains services. Le caractère évolutif des besoins de la personne et la présence de facteurs de risque pourraient être pris en considération dans une telle situation. • La personne peut également être dirigée vers un organisme partenaire et faire l'objet d'un suivi.
À la suite d'un repérage, on doit faire un dépistage avant de faire une évaluation.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Même s'il y a des nuances sémantiques quant au fait de trouver des cas existants (prévalents) ou à venir (incidents), la suite est identique : il faut évaluer les cas repérés ou dépistés positifs. Le repérage n'est pas une étape qui précède le dépistage. Un cas repéré positif doit être évalué au même titre que si on avait dit qu'il avait été dépisté positif²⁷.
Lors d'un résultat positif au PRISMA-7 ou ISAR, je dois utiliser un autre outil pour vérifier si je dois vraiment procéder à une évaluation plus approfondie.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser un autre outil pour vérifier si on doit réaliser une évaluation plus approfondie est infructueux. • Toutefois, la trajectoire d'une demande de services par le biais du guichet d'accès désigné doit être respectée.
Les résultats positifs lors d'un PRISMA-7 ou ISAR sont priorisés par rapport aux autres demandes de services.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mise en priorité d'une demande de services se fait en fonction des critères de la grille de priorisation multiclientèle en CLSC en vigueur dans les CISSS et CIUSSS. • Les résultats positifs lors d'un PRISMA-7 ou ISAR doivent être un élément supplémentaire à prendre en considération dans l'analyse des demandes de services.
Un résultat de 7 au PRISMA-7 est plus prioritaire qu'un résultat de 4 au PRISMA-7.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il n'y a pas de gradation dans les scores liés à un résultat positif au PRISMA-7. • Tout PRISMA-7 positif (4 oui ou plus) doit être transmis au guichet d'accès désigné selon la trajectoire déterminée.

²⁶ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agents administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par le CISSS ou le CIUSSS.

²⁷ J.A. Muir Gray, et autres, « Screening and case finding », dans J.A. Muir Gray (dir.), *Prevention of Disease in the Elderly*, New York, Churchill Livingstone, 1985, p. 51-63.

MYTHES	RÉALITÉ
Les résultats du PRISMA-7 permettent de déterminer l'intensité ou la complexité des soins dans le centre hospitalier (CH).	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les résultats d'un PRISMA-7 ne permettent en aucun cas de déterminer l'intensité ou la complexité des soins pour le CH. C'est l'outil « PROFIL AINÉES » qui doit être utilisé pour déterminer l'intensité et la complexité des soins dans le CH^{28,29}.
La réception d'un questionnaire PRISMA-7 ou ISAR en provenance de l'urgence ou d'un médecin pour un usager non connu du SAD = une demande normalisée.	<p>VRAI et FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Peu importe la provenance, la réception d'un questionnaire PRISMA-7 ou ISAR positif pour un usager non connu du SAD constitue automatiquement une demande de services normalisée selon les balises définies dans le cadre normatif I-CLSC³⁰. Cependant, la réception d'un questionnaire PRISMA-7 ou ISAR positif pour un usager connu et suivi dans un autre programme-services que SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée implique d'effectuer une demande de services non normalisée de type « autre », selon les balises définies dans le cadre normatif I-CLSC³¹. La réception d'un questionnaire négatif entraîne aucune ouverture d'une demande.
ISAR n'identifie que des personnes qui vont perdre de l'autonomie au SMAF.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Lorsque le dépistage est positif à ISAR, cela signifie que la personne va dans les 6 prochains mois, soit perdre de l'autonomie aux AVQ, soit être institutionnalisée, soit décéder. Il n'y a pas de correspondance entre le résultat ISAR et celui du SMAF.
Le PRISMA-7 est trop sensible ; il y a des faux positifs.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Tous les tests de repérage ou de dépistage comportent des faux positifs (personne repérée positive au test, mais obtient un résultat négatif selon le « critère diagnostic »). Ainsi, un PRISMA-7 positif et un score plus petit que 15 de la section SMAF de l'évaluation OEMC correspondent à un faux positif. Le PRISMA-7 a été validé scientifiquement, et les résultats indiquent un degré de sensibilité tout à fait adéquat pour ce type d'outil³².
Nous pouvons attribuer un pointage aux réponses (oui ou non) du questionnaire PRISMA-7.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Aucun pointage ne doit être attribué aux réponses (oui ou non). Seules les réponses « oui » doivent être prises en considération. Un résultat de 4 « OUI » ou plus = une évaluation plus approfondie.
Pour la question 6 du PRISMA-7 : « Pouvez-vous compter sur une personne qui vous est proche en cas de besoin? », si la réponse est « oui », cela indique que la personne est plus autonome.	<p>FAUX :</p> <ul style="list-style-type: none"> Le fait d'avoir identifié une personne signifie que le besoin d'aide a été ressenti. La réponse « oui » est bien celle qui signifie qu'il pourrait falloir mener une évaluation plus approfondie.

²⁸ Gouvernement du Québec, *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*, MSSS, 2011.

²⁹ Gouvernement du Québec, *Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec – mise à jour 2017*, 2010.

³⁰ Voir le cadre normatif *Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, MSSS, avril 2009, révisé en janvier 2020, p. 44.

³¹ Voir le cadre normatif *Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)*, MSSS, avril 2009, révisé en janvier 2020, p. 46.

³² Spécificité de 91,02 % et sensibilité de 60,87 % pour un résultat de 4 « oui » ou plus.

FICHE 6 – FACTEURS DE RÉUSSITE ET CONDITIONS GAGNANTES

Cette fiche s’adresse aux responsables de la direction SAPA et à leur personnel. Elle présente les éléments essentiels à prendre en considération pour effectuer une implantation réussie de la pratique de repérage, en assurer son fonctionnement optimal et garantir sa pérennité.

PRÉIMPLANTATION	IMPLANTATION	POSTIMPLANTATION
<ul style="list-style-type: none"> • Nommer un chargé de projet (voir l’annexe 2) • Procéder à une analyse des écarts entre la pratique actuelle et celle recommandée dans les lignes directrices ministérielles • Signer une entente ou convenir de modalités avec les différents partenaires impliqués dans le processus de repérage • Déterminer les trajectoires afin d’assurer la transmission et le suivi des questionnaires PRISMA-7 ou ISAR selon le milieu ciblé • Mettre en place les conditions requises pour que l’outil de repérage soit utilisé systématiquement auprès des aînés de 75 ans et plus inconnus ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée) • Procéder à un déploiement progressif en tenant compte de la capacité des guichets d’accès désignés à traiter les questionnaires PRISMA-7 ou ISAR positifs • Élaborer un plan d’action comprenant : <ul style="list-style-type: none"> ○ un plan de gestion de la transition ○ un plan de communication ○ un plan de pérennisation ○ un plan de déploiement • Développer des indicateurs de suivis • Élaborer un tableau de bord <ul style="list-style-type: none"> ○ pour le monitoring de l’implantation ○ pour la gestion en continu du processus de repérage • Prévoir les ressources humaines nécessaires (réception et traitement des questionnaires de repérage, évaluation et dispensation des services) 	<p>Une personne responsable du processus de la pratique de repérage doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en œuvre le plan de déploiement, notamment : <ul style="list-style-type: none"> ○ les activités à effectuer ○ le rôle et les tâches des personnes impliquées ○ les séances d’information ○ le calendrier de déploiement • Mettre en œuvre le plan de gestion de la transition pour les directions concernées de son CISSS ou CIUSSS • Mettre en œuvre le plan de communication <ul style="list-style-type: none"> ○ pour les directions concernées de son CISSS ou CIUSSS ○ pour les organismes partenaires (publics, privés et communautaires) • Mettre à jour le plan de pérennisation au besoin • Rendre disponibles des outils de déploiement 	<p>Une personne responsable du processus de la pratique de repérage doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Maintenir les conditions requises pour que l’outil de repérage soit utilisé systématiquement auprès des aînés de 75 ans et plus inconnus ou sans dossier actif (SAD-SAPA ou santé physique longue durée) • Offrir un soutien en continu pour la mise en œuvre du plan de pérennisation • Suivre les données du tableau de bord pour la gestion en continu du processus de repérage • S’assurer que la pratique de repérage s’inscrit dans une vision de RSI • Demeurer à l’affût des mises à jour des lignes directrices ministérielles ainsi que des meilleures pratiques associées

FICHE 7 – LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DE L'ÉQUIPE DE DIRECTION SAPA ET DU PERSONNEL

Cette fiche s'adresse à l'équipe de direction SAPA et à son personnel. Elle présente le sens de la pratique de repérage et résume les responsabilités et tâches dans le cadre des activités liées à cette pratique.

Dans le contexte du vieillissement de la population, couplé au taux d'incapacité qui croît avec l'âge, la pratique de repérage permet non seulement d'agir précocement auprès des personnes vulnérables, mais demeure une source d'informations précieuse pour répondre aux besoins diversifiés et évolutifs des personnes âgées du territoire d'un CISSS ou d'un CIUSSS.

Responsabilités de l'équipe de direction

- Maîtriser les lignes directrices ministérielles sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.
- S'assurer que l'ensemble du personnel et de l'équipe de direction (impliqués directement et indirectement) maîtrise les lignes directrices ministérielles sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.
- Déployer progressivement la pratique de repérage en tenant compte de la capacité des guichets d'accès désignés à traiter les questionnaires PRISMA-7 ou ISAR avant de déployer la pratique dans un nouveau milieu.
- Mettre en place les conditions requises pour l'utilisation du système d'alertes informatisées pour le repérage des clientèles (SAIRC)³³.
- Mettre en place l'ensemble des conditions pour une implantation réussie de la pratique de repérage (avant, durant et après l'implantation) afin d'en assurer le bon fonctionnement et d'en garantir sa pérennité (voir la fiche 6 et les outils de déploiement).
- S'assurer de la fluidité du processus de repérage afin d'éviter les goulots d'étranglement.
- Déterminer les ressources adéquates pour réaliser l'ensemble des activités du processus de repérage allant de la réception au traitement des questionnaires PRISMA-7 ou ISAR ainsi qu'au suivi des personnes repérées.
- S'assurer de transmettre au personnel visé et aux partenaires l'information requise sur l'utilisation des outils PRISMA-7 et ISAR (séance d'information).
- S'assurer que les personnes bénévoles ne font aucune tâche clinique sans encadrement par un professionnel (ex. : contacter les personnes âgées afin d'obtenir de l'information supplémentaire sur leurs conditions de santé et décider de les diriger ou non vers des services au SAD).
- Promouvoir le repérage des aînés de 75 ans et plus auprès de la santé publique et convenir avec elle des modalités de collaboration (ex. : mise à contribution de son expertise en matière de repérage) ou de référence aux programmes de prévention-promotion.
- Convenir de modalités de collaboration et de transmission des questionnaires avec les autres secteurs d'activités ainsi que les partenaires de la communauté.
- Informer les partenaires du suivi des demandes (volume transmis, dossiers ouverts, etc.).
- Diffuser les mises à jour des lignes directrices ministérielles ainsi que les meilleures pratiques associées.

Tâches attendues par le personnel³⁴

- Maîtriser les lignes directrices ministérielles sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.
- Avoir suivi la séance d'information sur la pratique de repérage des aînés en perte d'autonomie.
- Respecter les règles d'utilisation de l'outil PRISMA-7 et de l'outil ISAR.
- Procéder selon les règles établies pour l'ensemble des activités de repérage (réception, traitement des questionnaires PRISMA-7 ou ISAR) et le suivi des personnes repérées.

³³ Le SAIRC est un outil informatique permettant de générer des alertes visant à capter la clientèle arrivant à l'urgence et qui répond à certains critères, notamment être âgé de 75 ans et plus et non connu du SAD ou avoir un dossier actif au SAD.

³⁴ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés ou à toute autre personne désignée par la direction SAPA.

FICHE 8 – LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DES GESTIONNAIRES ET DU PERSONNEL DES URGENCES, DES CLINIQUES EXTERNES ET DES SERVICES GÉNÉRAUX DU CLSC

Cette fiche s'adresse aux responsables des urgences, des cliniques externes et des services généraux du CLSC et à leur personnel respectif. Elle présente le sens de la pratique de repérage et résume les responsabilités et les tâches dans le cadre des activités liées à cette pratique.

La pratique de repérage permet d'agir précocement auprès des personnes âgées vulnérables avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé. Intervenir en temps opportun peut contribuer à réduire le risque d'événements indésirables pouvant entraîner une détérioration des AVQ, des AVD ou des activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité.

Le transfert rapide des questionnaires remplis (PRISMA-7 ou ISAR) à la direction SAPA permettra, lorsque le repérage est positif, une prise en charge rapide par le guichet d'accès désigné.

Responsabilités du gestionnaire

- Maîtriser les lignes directrices ministérielles sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.
- Promouvoir le repérage des aînés de 75 ans et plus dans son secteur.
- Nommer une personne responsable du processus de repérage afin d'en assurer le suivi.
- Permettre au personnel ciblé de bénéficier d'une séance d'information sur l'utilisation des outils de repérage PRISMA-7 et ISAR.
- Transmettre rapidement l'ensemble des questionnaires remplis selon les modalités convenues avec la direction SAPA.

Tâches attendues du personnel³⁵

- Avoir suivi la séance d'information sur la pratique de repérage et en saisir le sens et l'importance pour la personne âgée.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire PRISMA-7 selon la procédure prévue à cette fin à toutes les personnes de 75 ans et plus, ambulantes et qui sont inconnues ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée)³⁶.

OU

- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire ISAR selon la procédure prévue à cette fin à toutes les personnes de 75 ans et plus ambulantes qui se présentent à l'urgence et qui sont inconnues ou sans dossier actif au SAD-SAPA longue durée. **Cet énoncé concerne uniquement le personnel œuvrant dans les urgences.**

³⁵ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par les urgences, les cliniques externes et les services généraux du CLSC.

³⁶ Les urgences, les cliniques externes et les services généraux du CLSC doivent vérifier dans la solution informatique RSIPA si la personne est connue ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée). Dans l'affirmative, ne pas remplir le questionnaire de repérage (PRISMA-7 ou ISAR).

FICHE 9 – LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DES GROUPES DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF) ET DES CLINIQUES MÉDICALES

Cette fiche s'adresse aux responsables des GMF et des cliniques médicales ainsi qu'à leur personnel. Elle présente le sens de la pratique de repérage et résume les responsabilités et les tâches dans le cadre des activités liées à cette pratique.

La pratique de repérage permet d'agir précocement auprès des personnes âgées vulnérables avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé. Intervenir en temps opportun peut contribuer à réduire le risque d'événements indésirables pouvant entraîner une détérioration des AVQ, des AVD ou des activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité.

Le transfert rapide des questionnaires PRISMA-7 remplis vers la direction SAPA permettra, lorsque le repérage est positif, une prise en charge rapide par le guichet d'accès désigné.

Responsabilités du GMF ou de la clinique médicale (personne désignée)

- Sensibiliser le personnel à la pratique de repérage de la perte d'autonomie chez les aînés.
- Permettre au personnel ciblé de bénéficier d'une séance d'information sur l'utilisation de l'outil de repérage PRISMA-7.
- Nommer une personne responsable du processus de repérage afin d'en assurer le suivi.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire PRISMA-7 à toute personne âgée de 75 ans et plus, inconnue ou sans dossier actif (SAD-SAPA longue durée ou santé physique longue durée) lors de l'inscription ou lors d'une visite subséquente ; assurer de faire remplir un questionnaire si le personnel constate une détérioration dans les AVQ, les AVD ou les activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité de la personne âgée.
- Transmettre rapidement l'ensemble des questionnaires PRISMA-7 remplis selon les modalités convenues avec la direction SAPA.

Tâches attendues du personnel³⁷

- Avoir suivi la séance d'information sur la pratique de repérage et en saisir le sens et l'importance pour la personne âgée.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire PRISMA-7 selon la procédure prévue à cette fin à toutes les personnes de 75 ans et plus inconnues du SAD.

³⁷ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés ou à toute autre personne désignée par les GMF et les cliniques médicales.

FICHE 10 – LIGNES DIRECTRICES À L’INTENTION DES PROPRIÉTAIRES (OU GESTIONNAIRES) AINSI QUE DU PERSONNEL EN RÉSIDENCES PRIVÉES POUR ÂÎNÉS (RPA)

Cette fiche s’adresse aux responsables de RPA et à leur personnel. Elle présente le sens de la pratique de repérage et résume les responsabilités et les tâches dans le cadre des activités liées à cette pratique.

La majorité des personnes âgées de 75 ans et plus vit en bonne santé et de manière autonome à domicile ou en RPA. Cependant, une partie d’entre elles présente des difficultés qui nécessitent une aide partielle ou totale. Le repérage des aînés de 75 ans et plus en perte d’autonomie permet de cibler précocement les personnes vulnérables avant que le processus de perte d’autonomie ne soit trop avancé. Intervenir en temps opportun peut contribuer à réduire le risque d’événements indésirables pouvant entraîner une détérioration des AVQ, des AVD ou des activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité.

Implanter la pratique de repérage dans les RPA implique une meilleure connaissance de la clientèle, gage de qualité et de sécurité. Le transfert rapide des questionnaires PRISMA-7 remplis à la direction SAPA permettra, lorsque le repérage est positif, une prise en charge rapide par le guichet d’accès désigné.

Responsabilités des propriétaires (ou gestionnaires)

- Sensibiliser le personnel à la pratique de repérage de la perte d’autonomie chez les aînés.
- Permettre au personnel ciblé de bénéficier d’une séance d’information sur l’utilisation de l’outil de repérage PRISMA-7.
- Nommer une personne responsable du processus de repérage afin d’en assurer le suivi.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l’aide d’un tiers) un questionnaire PRISMA-7 à toute personne âgée de 75 ans et plus lors de la signature du bail ou lors du renouvellement de celui-ci si le personnel soupçonne une détérioration dans les AVQ, les AVD ou les activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité de la personne âgée.
- Respecter les règles définies dans le protocole d’entente en vigueur³⁸.
- Transmettre rapidement l’ensemble des questionnaires remplis selon les modalités convenues avec la direction SAPA.

Tâches attendues du personnel³⁹

- Avoir suivi la séance d’information sur la pratique de repérage et en saisir le sens et l’importance pour la personne âgée.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l’aide d’un tiers) un questionnaire PRISMA-7 selon la procédure prévue à cette fin à toutes les personnes de 75 ans et plus.

³⁸ Modèle d’entente de collaboration entre un centre intégré de santé et de services sociaux ou un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux et une résidence privée pour aînés en application de l’article 41 du *Règlement sur la certification des résidences privées pour aînés*, MSSS, juin 2018.

³⁹ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par les RPA.

FICHE 11 – LIGNES DIRECTRICES À L'INTENTION DES PARTENAIRES INTERSECTORIELS⁴⁰

Cette fiche s'adresse aux responsables de l'organisation et à leur personnel. Elle présente le sens de la pratique de repérage et résume les responsabilités et les tâches dans le cadre des activités liées à cette pratique.

La majorité des personnes âgées de 75 ans et plus vit en bonne santé et de manière autonome à domicile ou en RPA. Cependant, une partie d'entre elles présente des difficultés qui nécessitent une aide partielle ou totale. Le repérage des aînés de 75 ans et plus en perte d'autonomie permet de cibler précocement les personnes vulnérables avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé. Intervenir en temps opportun peut contribuer à réduire le risque d'événements indésirables pouvant entraîner une détérioration des AVQ, des AVD ou des activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité.

Implanter la pratique de repérage implique une meilleure connaissance de la clientèle, gage de qualité et de sécurité. Le transfert rapide des questionnaires PRISMA-7 remplis à la direction SAPA permettra, lorsque le repérage est positif, une prise en charge rapide par le guichet d'accès désigné.

Responsabilités de la personne désignée dans l'organisation

- Sensibiliser le personnel à la pratique de repérage de la perte d'autonomie chez les aînés.
- Permettre au personnel ciblé de bénéficier d'une séance d'information sur l'utilisation de l'outil de repérage PRISMA-7.
- Nommer une personne responsable du processus de repérage afin d'en assurer le suivi.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire PRISMA-7 à toute personne âgée de 75 ans et plus lors d'une première visite ou si le personnel soupçonne une détérioration dans les AVQ, les AVD ou les activités liées aux fonctions mentales, à la communication ou à la mobilité de la personne âgée.
- Transmettre rapidement l'ensemble des questionnaires PRISMA-7 remplis selon les modalités convenues avec la direction SAPA.

Tâches attendues du personnel⁴¹

- Avoir suivi la séance d'information sur la pratique de repérage et en saisir le sens et l'importance pour la personne âgée.
- Assurer de faire remplir (de façon autonome ou avec l'aide d'un tiers) un questionnaire PRISMA-7 selon la procédure prévue à cette fin à toutes les personnes de 75 ans et plus.

⁴⁰ Les partenaires intersectoriels sont : les EESAD, les organismes communautaires, les pharmacies communautaires et les travailleurs de milieu dans le cadre du programme des initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) etc.

⁴¹ Le terme *personnel* fait référence aux professionnels, aux techniciens, aux agentes administratives, aux commis, aux employés, aux bénévoles ou à toute autre personne désignée par l'organisation.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population québécoise est un phénomène inéluctable. Le MSSS, par ses différentes orientations et plans d'action, prône un fonctionnement en RSI. Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie est une composante de ce réseau et relève de la responsabilité populationnelle de chaque établissement.

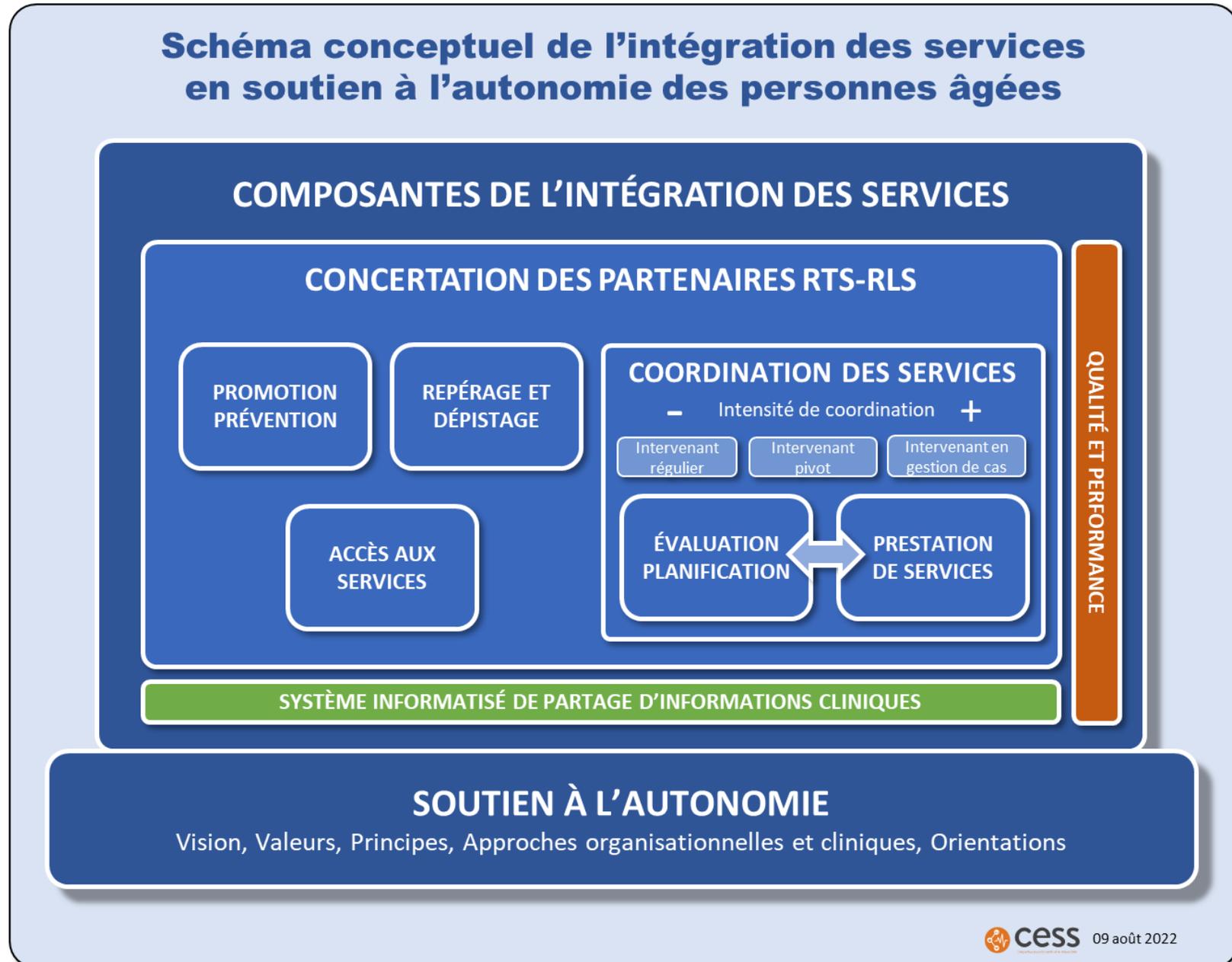
Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie constitue une activité simple, mais importante puisqu'elle permet de capter le plus grand nombre possible d'aînés vulnérables pour qui la prévention et des interventions précoces faciliteraient leur maintien à domicile.

Dans ce contexte, les CISSS et les CIUSSS doivent travailler en étroite collaboration avec les partenaires publics, privés et communautaires de leur territoire pour implanter le repérage de la perte d'autonomie. L'identification du plus grand nombre possible d'aînés vulnérables permettra ainsi, par le biais d'une évaluation plus approfondie, d'agir précocement avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé.

Les présentes lignes directrices visent à répondre aux établissements du RSSS qui se questionnent sur le processus de repérage de la perte d'autonomie des personnes âgées de 75 ans et plus. Elles apportent des précisions quant aux principes de santé publique à appliquer, aux rôles et responsabilités des acteurs qui sont concernés par le repérage des aînés en perte d'autonomie, aux processus à implanter ainsi qu'aux outils à utiliser. Pour ce faire, une trousse de déploiement sera mise à la disposition des établissements et un soutien à l'implantation sera offert aux chargés de projets.

Il est souhaité que ces lignes directrices servent aux établissements dans le déploiement et l'encadrement optimal de cette pratique, tant à l'interne qu'avec leurs différents partenaires, dans le but ultime que les personnes âgées vulnérables bénéficient d'une évaluation plus approfondie et que des interventions adaptées soient mises en place en fonction des besoins déterminés.

ANNEXE 1 : NAPPERON DU SCHÉMA CONCEPTUEL DE L'INTÉGRATION DES SERVICES EN SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES



Description des composantes de l'intégration des services en soutien à l'autonomie des personnes âgées

CONCERTATION DES PARTENAIRES RTS-RLS ▲

Pierre angulaire essentielle au fonctionnement de l'ensemble des composantes d'un RSI, la concertation des partenaires RTS-RLS:

- Réfère au développement d'une relation structurée et durable entre plusieurs acteurs qui conviennent d'harmoniser, lorsque nécessaire, leur vision et leurs actions. Les divers acteurs concernés (publics, privés et communautaires) s'engagent à l'égard d'objectifs communs, malgré leurs intérêts parfois divergents.
 - Réfère à un partage en continu de l'information allant du développement d'une planification stratégique, à la définition d'ententes de collaboration de services, au suivi des actions mises en place, jusqu'à la révision des efforts investis par les diverses parties prenantes, le tout autour d'un objectif commun.
 - S'appuie sur les informations recueillies par les divers milieux (gamme de services, accessibilité développement de services atypiques, etc.).
- C'est la direction SAPA qui a la responsabilité d'initier la concertation en ralliant les autres directions ainsi que les partenaires RTS-RLS impliqués dans l'offre de services pour sa population.

COORDINATION DES SERVICES ▲ ▼

Dans le cadre d'un RSI, la coordination des services s'adresse à une clientèle dont les besoins sont hétérogènes.

- Elle implique des processus organisationnels (Qui? Quand? Quoi? Comment?) construits autour de :
 - La multiplicité des acteurs (publics, privés, communautaires)
 - L'interdépendance entre les acteurs (ex : travail interdisciplinaire)
 - La connaissance précise des rôles et responsabilités de chacun
 - L'échange d'informations
- Elle s'exerce en continu, varie d'intensité selon le parcours de l'utilisateur, la complexité de la situation et les risques de rupture d'équilibre permettant le maintien de la personne à domicile.
- Elle interpelle la fonction d'intervenant pivot et d'intervenant en gestion de cas.
- Elle s'appuie sur l'évaluation des besoins, la planification et la prestation des services.
- Elle fait appel à une offre de service complète, accessible, flexible et réactive.
- Elle se fait en collaboration avec les prestataires de services impliqués auprès de l'utilisateur

Même si c'est la direction SAPA qui a la responsabilité de coordonner les services aux personnes âgées, chaque organisation a sa propre structure et accepte, en respect de sa mission, d'adapter ses opérations, ses ressources et ses processus afin de contribuer à la dispensation des soins et services aux aînés

PROMOTION / PRÉVENTION ▼

Dans le cadre d'un RSI, les activités de promotion et de prévention permettent de soutenir les stratégies visant à accroître les moyens de vieillir en santé. Ces activités permettent d'agir précocement auprès des personnes âgées afin de ralentir ou retarder la perte d'autonomie fonctionnelle. Elles relèvent d'une responsabilité collective, c'est-à-dire partagée entre les différents partenaires publics, privés et communautaires.

Ces activités de promotion et prévention s'inscrivent dans de nombreuses politiques et programmes tels que :

- L'orientation 2 et 3 de la Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec (MSSS, 2018);
- La démarche Municipalité amie des aînés (MADA);
- La Politique relative à la lutte contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité;
- Le cadre de référence « La Prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile » (MSSS, 2019);
- Le cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques en première ligne (MSSS, 2012)
- Le Plan Alzheimer (MSSS, 2017)
- Le programme de vaccination contre la grippe

REPÉRAGE / DÉPISTAGE ▼

Dans le cadre d'un RSI, le repérage permet d'identifier précocement les personnes vulnérables avant que le processus de perte d'autonomie ne soit trop avancé, de procéder à une évaluation globale et d'offrir le soutien requis par les besoins de la personne. Il permet également aux CISSS/CIUSSS d'avoir une meilleure connaissance des besoins de la population âgée de leur territoire en fonction de la responsabilité populationnelle qui leur est dévolue.

Le repérage relève d'une responsabilité collective, c'est-à-dire partagée entre les différents partenaires publics, privés et communautaires qui sont directement interpellés par la pratique de repérage des aînés en perte d'autonomie.

L'outil de repérage PRISMA-7 est utilisé par le MSSS pour le repérage de la perte d'autonomie modérée à grave. D'autres outils (ISAR, Inventaire de dépression de Beck, Chutes, etc.) sont également disponibles pour détecter certaines problématiques.

ACCÈS AUX SERVICES ▼

Dans le cadre d'un RSI, l'accès aux services permet de répondre aux demandes de services des usagers et fait référence aux activités suivantes :

- Procéder à l'analyse sommaire de la demande de services
- Établir l'admissibilité aux services SAPA
- Procéder à l'orientation de la demande de services (ex : vers un service du programme SAD-SAPA, vers d'autres programmes de l'établissement)
- Transmettre les informations sur les ressources disponibles dans la communauté.

Responsabilités : ▲ Directeurs ou coordonnateurs
▼ Intervenants



09 août 2022

ÉVALUATION / PLANIFICATION ▼

Dans le cadre d'un RSI, l'évaluation et la planification des services permet d'évaluer les besoins des usagers et de planifier avec eux et/ou leur proche-aidant la réponse à ceux-ci. Différents outils cliniques sont utilisés.

L'OCCI comprend l'évaluation globale OÉMC (SMAF, SMAF-social, Profils ISO-SMAF) permettant d'identifier les besoins biopsychosociaux. L'OCCI tient également compte des facteurs de risques et de protection ainsi que des attentes de l'utilisateur et de ses proches tout en établissant l'ordre de priorité de réponse aux besoins. De plus, des évaluations disciplinaires, des rapports complémentaires, ainsi que d'autres formulaires (ex : PTI) peuvent être requis. La planification des services, quant à elle, s'effectue à partir des besoins mis en priorité lors de l'évaluation, en mettant l'accent sur les capacités et les ressources de l'utilisateur.

C'est à cette étape que les objectifs, les moyens d'intervention, leur fréquence, leur durée, les services et les ressources sont identifiés afin de répondre aux besoins de l'utilisateur et de ses proches. Le plan d'intervention (PI), le plan d'intervention interdisciplinaire (PII) et le plan de services individualisé (PSI) sont les outils mis à la disposition des intervenants et utilisés en fonction des situations spécifiques à chaque usager.

À cet égard, le suivi des plans nécessite non seulement de s'assurer que les services sont donnés mais également de monitorer en continu les facteurs de risques de ruptures d'équilibre afin d'intervenir en amont.

Outre l'établissement, plusieurs partenaires (publics, privés, communautaires) peuvent être impliqués dans l'offre de services. Cependant, c'est l'établissement qui demeure responsable de l'application des différents plans.

PRESTATION DE SERVICES ▼

Dans le cadre d'un RSI, la prestation de services permet aux professionnels de s'assurer que les soins et services convenus dans les plans (PI, PII, PSI) sont offerts aux usagers et à leurs proches. Plusieurs partenaires (publics, privés, communautaires) sont appelés à contribuer aux services rendus et chaque partenaire a des responsabilités qui lui sont propres.

La prestation de services fait référence :

- À la disponibilité d'une gamme de services complète, adaptée et flexible.
- Aux trajectoires bien définies et connues de l'ensemble des partenaires impliqués dans l'offre de services afin d'assurer l'accès et la continuité des services.
- Aux critères des modalités d'allocation des services bien circonscrits.
- Au suivi des plans et à l'atteinte des objectifs.
- À la mise en place des processus permettant d'identifier rapidement les bris de continuité ou les difficultés d'accès aux services.
- À l'identification des besoins émergents en vue d'en informer les instances concernées

SYSTÈME INFORMATISÉ DE PARTAGE D'INFORMATIONS CLINIQUES

Dans le cadre d'un RSI, le système informatisé de partage d'informations cliniques permet de relier les professionnels et les secteurs entre eux. Il doit également faciliter le travail interdisciplinaire sur toute la trajectoire de soins et services en donnant un accès ciblé aux partenaires publics, privés, communautaires (ex : PRISMA-7).

Une prestation en réseau de services intégrés exige la disponibilité d'informations en temps réel (histoire de la personne, évaluation globale et médicale, plans d'intervention, protocoles, suivis systématiques, etc.) via des compteurs de données permettant d'identifier rapidement les besoins des usagers et d'intervenir précocement auprès des personnes âgées et de leurs proches.

Un système informatisé de partage d'informations cliniques permet également de soutenir les processus administratifs (requête de services, allocation de ressources, etc.).

Le dossier santé numérique (DSN), les systèmes spécialisés tels que RISPA-solution informatique et I-CLSC permettent la saisie d'informations cliniques et administratives ainsi que la production de rapports ou de requêtes de services.

QUALITÉ ET PERFORMANCE

La composante « Qualité et Performance » est un élément majeur dans la prise de décision et concerne l'ensemble des composantes du RSI. Elle comprend notamment les standards de qualité et la validation des bonnes pratiques organisationnelles et cliniques. Elle s'actualise par la mise en place d'un processus d'amélioration continue et vise à évaluer :

- La satisfaction des usagers et de leurs proches ainsi que des partenaires de la concertation RTS-RLS.
- La disponibilité d'une gamme de services complète, adaptée et flexible.
- La conformité des normes de pratiques en vigueur dans la prestation de services.
- Les écarts entre les besoins identifiés, les besoins prioritaires, les services planifiés et les services réalisés.
- Le développement de services en réponse aux besoins émergents.
- L'implantation de l'approche populationnelle (promotion, prévention et repérage).
- La qualité de la saisie des données dans les systèmes informatisés de partage d'informations cliniques.
- La mesure de la performance (équité, efficacité, etc.)

ANNEXE 2 : CHARGÉ DE PROJET – DÉPLOIEMENT DU REPÉRAGE

Rôle du chargé de projet

Le chargé de projet doit établir les liens avec l'ensemble des directions et des organismes partenaires susceptibles d'être impliqués dans le processus de repérage des aînés en perte d'autonomie (ex. : directions de santé publique, urgences, RPA, EÉSAD, etc.).

Responsabilités du chargé de projet

- Agit comme responsable de l'implantation des processus de repérage auprès de son CISSS ou CIUSSS et des partenaires ;
- Maîtrise les lignes directrices ministérielles en matière de repérage des aînés en perte d'autonomie ;
- Met en place les activités de déploiement du repérage des aînés en perte d'autonomie. À ce titre, il est responsable notamment :
 - du processus de planification (objectifs poursuivis, désignation des participants, définition des rôles et des responsabilités, livrables, échéanciers, etc.) ;
 - de la mise en œuvre (coordonne les activités de mise en œuvre auprès de son CISSS ou CIUSSS et des partenaires, s'assure de l'harmonisation des pratiques pour l'ensemble du CISSS ou CIUSSS, rend disponibles les expertises requises, etc.) ;
 - du suivi et du contrôle (évalue le degré d'avancement du déploiement du repérage dans son CISSS ou CIUSSS, détermine les risques, propose des mesures à mettre en place, remplit un tableau de bord, diffuse l'information, etc.) ;
- Soutient les utilisateurs dans la compréhension et l'utilisation des lignes directrices et des outils de déploiement ;
- Agit comme premier répondant auprès des utilisateurs pour les questions organisationnelles et cliniques ;
- Convient des modalités de communication et en assure le suivi :
 - pour les directions concernées de son CISSS ou CIUSSS ;
 - pour les organismes partenaires (publics, privés et communautaires) ;
- Élabore un plan de gestion de la transition et en fait la mise à jour lorsque requis :
 - pour les directions concernées de son CISSS ou CIUSSS ;
 - pour les organismes partenaires (publics, privés et communautaires) ;
- Communique avec les pilotes locaux du RSIPA et de I-CLSC pour planifier l'extraction des données utiles au monitoring du déploiement du repérage dans son CISSS ou CIUSSS ;
- Assure la pérennité de la pratique de repérage dans son CISSS ou CIUSSS ;
- Demeure à l'affût des mises à jour des lignes directrices ministérielles ainsi que des meilleures pratiques associées.

Aptitudes et connaissances requises

- Connaître l'ensemble des composantes du réseau de services intégrés pour les personnes âgées ;
- Présenter des habiletés en gestion de la transition ;
- Résoudre de manière créative des situations complexes ;
- Communiquer efficacement avec les divers partenaires (à l'écrit et à l'oral).

Note : Si le chargé de projet est un consultant externe à l'établissement, alors des liens étroits devraient être établis avec les personnes clés de l'organisation (responsable du guichet d'accès, coordonnateur SAD, responsable de l'extraction des données, etc.).

BIBLIOGRAPHIE

ANDERMANN, A., et autres. « Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: A review of screening criteria over the past 40 years », *Bulletin of World Health Organization*, vol. 86, n° 4, 2008, p. 317-319.

BRITISH GERIATRIC SOCIETY, ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS et AGE UK. *Fit for Frailty: Consensus best practice guidance for the care of older people living in community and outpatient settings*, [En ligne], 2014. [https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/resources/files/2018-05-23/fff_full.pdf].

CENTRE D'EXPERTISE EN SANTÉ DE SHERBROOKE. *Rapport d'étape du projet repérage*, février 2019, document non publié.

CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY. ISAR : outil de dépistage des aînés à risque de perte d'autonomie se présentant à la salle d'urgence, juin 1998.

DENDUKURI, N., J. MCCUSKER et E. BELZILE. « The identification of seniors at risk screening tool: Further evidence of concurrent and predictive validity », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 52, 2004, p. 290-296.

HÉBERT, R., A. TOURIGNY et M. GAGNON. *Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes*, [En ligne], PRISMA, volume II, Québec, Edisem, 2004. [https://www.ciuss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/MissionUniversitaire/CEVQ/cevq_prisma.livre-volume1.pdf].

GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : cadre de référence*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>].

GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Orientations sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-702.pdf>].

GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Plan d'action 2005-2010 sur les services offerts aux aînés en perte d'autonomie : un défi de solidarité*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-830-01.pdf>].

GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Plan stratégique 2010-2015 du ministère de la Santé et des Services sociaux*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010. [https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_10-717-02F_MSSS.pdf].

GOVERNEMENT DU QUEBEC. *Plan d'action interministériel 2017-2021 de la Politique gouvernementale de prévention en santé*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-297-02W.pdf>].

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. *Politique gouvernementale de prévention en santé : un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2016. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2016/16-297-08W.pdf>].

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, [En ligne], Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-04W.pdf>].

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. *Un Québec pour tous les âges : le Plan d'action 2018-2023 – mesure 39*, [En ligne], Ministère de la Famille, 2018. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS-18.pdf>].

GOUVERNEMENT DU QUEBEC. *Vieillir en santé*, [En ligne], Dixième rapport du directeur national de santé publique, Ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec, 2021, 46 p. [<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-228-01W.pdf>].

MCCUSKER, J., et autres. « Screening for geriatric problems in the emergency department: Reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee », *Academic Emergency Medicine*, vol. 5, 1998, p. 883-893.

MCCUSKER, J., et autres. « Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: The ISAR screening tool », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 47, 1999, p. 1229-1237.

MUIR GRAY, J.A., et autres. « Screening and case finding », dans MUIR GRAY, J.A. (dir.). *Prevention of Disease in the Elderly*, New York, Churchill Livingstone, 1985, p. 51-63.

RAÎCHE, M., et autres. « Le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave avec le questionnaire PRISMA-7 : développement, implantation et utilisation », *La Revue de Gériatrie*, vol. 32, n° 3, 2007, p. 209-218.

RAÎCHE, M., R. HÉBERT et M.F. DUBOIS. « PRISMA-7: A case-finding tool to identify older adults with moderate to severe disabilities », *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 47, 2008, p. 9-18.

RAÎCHE, M., R. HÉBERT, M.F. DUBOIS et les partenaires PRISMA. *Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*, CESS, 2004, mise à jour 2021.



msss.gouv.qc.ca

