



Considérations liées  
au traitement des risques  
en contexte de soutien  
à l'autonomie de personnes âgées  
à domicile et pistes d'action  
pour soutenir les intervenants

RAPPORT d'ETMI classique

Mars 2024

### **Responsabilité et déclaration de conflits d'intérêts**

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale, de son personnel et des professionnels à l'égard des informations transmises. En conséquence, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les membres de l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (UETMISSS) ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

### **Pour citer ce document**

Godmaire-Duhaime, F., Cummings, J. et St-Jacques, S. Considérations liées au traitement des risques en contexte de soutien à l'autonomie de personnes âgées à domicile et pistes d'action pour soutenir les intervenants – ETMISSS classique, Unité d'ETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 186 p.

### **Remerciements**

Nous tenons à remercier chaleureusement les intervenantes, les conseillères-cadres, les usagers et leurs proches qui ont gracieusement partagé leurs expériences. Nous remercions également Patricia Bouchard, Diane Tuyishimire, Josée Grenier et Jacky Ndjepel pour leur contribution à ce projet. Nous aimerions souligner la précieuse collaboration d'Ève-Line Bussièrès, Ph. D., professeure régulière au département de psychologie à Université du Québec à Trois-Rivières pour la relecture du rapport.

### **Production**

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2024

Dépôt légal, 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-97183-2 (imprimé)

ISBN : 978-2-550-97182-5 (PDF)

### **Auteurs**

Florence Godmaire-Duhaime, travailleuse sociale, Ph. D., professionnelle scientifique, UETMISSS, Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU), Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale

Julie Cummings, M.A., professionnelle scientifique, UETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sylvie St-Jacques, Ph. D., responsable scientifique, UETMISSS, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Gestionnaires du mandat**

Isabelle Beaumier, M. Serv. soc., chef de service ETMISSS et bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Catherine Safiany, chef de service ETMISSS et bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale (jusqu'en décembre 2022)

### **Demandeuses mandatées**

Mélanie Gingras, directrice, Direction du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) volet soutien à domicile (SAD), services gériatriques spécialisés, soins palliatifs et fin de vie, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Line D'Amours, coordonnatrice, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Recherche documentaire**

Marie-Marthe Gagnon, bibliothécaire, Bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Comité de suivi**

Valérie Bilodeau, coordonnatrice clinico-administrative continuum SAD, Secteurs Chutes-Chaudière, Desjardins, Lotbinière et Nouvelle-Beauce, Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches

Amélie Boutin, coordonnatrice clinico-administrative communauté, partenariat et accès aux services, Direction du continuum de SAD et du partenariat communautaire-SAPA, CISSS Chaudière-Appalaches

Isabelle Brouillard, travailleuse sociale en SAD et coordonnatrice clinique, Direction du programme SAPA, CISSS de Chaudière-Appalaches

Marie-France de Caens, conseillère cadre à la gestion des risques, Direction de la qualité, évaluation, performance et éthique (DQÉPÉ), CIUSSS de la Capitale-Nationale

Martine Chapados, infirmière en SAD, Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Line D'Amours, coordonnatrice, CEVQ, Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Isabelle Deaudelin, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), coordonnatrice professionnelle, Service des pratiques de pointe et des mandats nationaux, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Pierre Durand, professeur titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine et chercheur régulier, Centre de recherche sur les soins et les services de première ligne de l'Université Laval, Université Laval

Audrey Ferland, coordonnatrice professionnelle en ergothérapie, Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec – Université Laval

Mélanie Gingras, directrice, Direction du programme SAPA volet SAD, services gériatriques spécialisés, soins palliatifs et fin de vie, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Roxanne Hardy, APPR, Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Sébastien Jalbert, ergothérapeute, Agent de développement des pratiques professionnelles en ergothérapie, Direction des services multidisciplinaires, CHU de Québec

Jean-François Jobin, directeur adjoint du programme SAPA, Volet SAD et administration des soins, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Mélanie Kavanagh, directrice du SAD, ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Jacques Larose, usager partenaire et proche aidant, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Isabelle Neas, coordonnatrice cadre intermédiaire clinique, Direction du programme SAPA, CISSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Eve Pilon, conseillère cadre à la gestion des risques et de la qualité, DQÉPÉ, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Nadia Rochon, chef de programme milieu de vie SAD, Direction du programme SAPA, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Jean St-Pierre, directeur du programme SAPA, CIUSSS de la Gaspésie

Julie Tremblay, chef de service Transfert de connaissance et rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

Jean-Hugo Vigneau, chef de l'administration de programme SAD, CISSS des Îles

### **Conseil scientifique**

Quan Nha Hong, Erg., Ph. D., professeure adjointe, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)

Véronique Provencher, Erg., Ph. D., professeure agrégée, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé et chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke, Université de Sherbrooke

### **Mise en page**

Marie-Josée Pageau, technicienne en administration, Service de l'ETMISSS et bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Révision**

Catherine Germain Perron, agente administrative, Service du transfert des connaissances et du rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Conception graphique**

Karine Binette, technicienne en arts graphiques, Service du transfert des connaissances et du rayonnement, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale

### **Correspondance**

Isabelle Beaumier, chef de service, Service de l'ETMISSS et bibliothèque, DEAU, CIUSSS de la Capitale-Nationale, [isabelle.beaumier.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:isabelle.beaumier.ciussscn@ssss.gouv.qc.ca)



## RÉSUMÉ

### Contexte

L'intensification du soutien à domicile (SAD) est une priorité d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du Réseau universitaire intégré en santé et en services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL). Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été mandaté afin de réaliser une évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux (ETMISSS) en collaboration avec les différents établissements de santé et de services sociaux de l'Est-du-Québec.

### Objectif

Cette ETMISSS vise à mieux comprendre la perspective des intervenants qui travaillent au SAD auprès de personnes âgées en perte d'autonomie sur les aspects organisationnel, éthique, professionnel et juridique à considérer pour les soutenir dans l'incertitude liée au traitement des risques.

### Méthodologie

Pour réaliser cette ETMISSS classique, quatre bases de données bibliographiques ont été interrogées : *CINAHL* (EBSCO), *Embase* (OVID), *Medline* (OVID) et *PsycINFO* (OVID). Dans un premier temps, une revue systématique de littérature qualitative a été réalisée à l'aide d'une approche méta-agrégative. Des 23 569 documents repérés, 31 ont été retenus. Dans un deuxième temps, des intervenants et d'autres sources ont été consultés (données expérientielles et contextuelles) afin d'enrichir les données issues de la revue systématique de la littérature et de les mettre en perspective avec le contexte local.

### Résultats

L'analyse et la triangulation des données a permis de dresser 17 constats relatifs aux éléments considérés en relation avec les dimensions organisationnelle, éthique, professionnelle et juridique. Ces constats concernent notamment l'impact des limites de l'accès aux ressources sur le traitement des risques, l'intérêt du travail d'équipe afin de faire face à l'incertitude, la tension dans la mise en œuvre du partenariat avec les usagers et des proches, et l'intérêt de la formation afin d'outiller les intervenants à l'exercice du traitement des risques.

Sur la base de ces constats, 21 recommandations ont été formulées. Celles-ci sont notamment de renforcer la disponibilité des services et des soins, de renforcer le travail d'équipe, de favoriser le partenariat professionnel-usager, de nourrir la compétence des professionnels et de renforcer la cohérence des cadres à l'intérieur desquels ils travaillent.

## Recommandations relatives à la dimension organisationnelle

Il est recommandé :

- Que les ressources nécessaires soient allouées afin de permettre aux intervenants d'offrir l'accompagnement approprié et en temps opportun aux usagers et à leurs proches (ex. : temps alloué pour les soins, les déplacements, les tâches cléricales, la relation).
- Que la réflexion amorcée sur la capacité du RSSS à offrir les services (ressources humaines, financières et matérielles) soit poursuivie, avec les intervenants.
- Que la planification des activités laisse une marge de manœuvre suffisante afin de s'adapter au rythme et aux particularités de la situation de l'utilisateur au moment de l'intervention.
- Que les initiatives et pratiques informelles prometteuses issues du terrain soient davantage reconnues (ex. : recourir à son réseau de partenaires).
- Que le travail d'équipe soit davantage reconnu (ex. : que le temps investi à construire et à animer des collaborations soit considéré comme partie intégrante des tâches et que les intervenants disposent de la latitude nécessaire afin de pouvoir réaliser ces tâches sur le temps de travail).
- Que les opportunités et la fluidité du travail d'équipe soient renforcées et valorisées, notamment en ce qui a trait à la communication formelle et informelle entre intervenants de :
  - même profession;
  - différentes professions;
  - différentes organisations;
  - différents secteurs.
- Que le partage de responsabilités avec les superviseurs cliniques et les collègues soit renforcé en contexte de risques.
- Que la stabilité des pairages intervenant-usager soit priorisée.
- Que le transfert et la mise à jour de l'information soient renforcés et optimisés, par exemple en :
  - favorisant l'implantation et l'utilisation de dossiers centralisés;
  - développant des outils de communication;
  - favorisant la disponibilité des outils de travail requis tant sur le plan clinique que technique (ex. : téléphones satellites pour les zones sans accès Internet).

## Recommandations relatives à la dimension éthique

Il est recommandé :

- Que le partage de responsabilités avec les usagers et leurs proches soit favorisé en contexte de risques (par exemple : la prise de décision partagée).
- Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment dans le contexte :
  - d'incertitude quant à l'autonomie décisionnelle;
  - de tension entre la prise en considération du consentement de l'utilisateur et de ses proches et la sécurité;
  - de tension entre la standardisation et la personnalisation des services;
  - de tension entre la relation de proximité et la distance professionnelle.
- Que les intervenants œuvrant au SAD soient sensibilisés aux aspects positifs que peut présenter la prise de risque dans le contexte du respect de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée.



## Recommandations relatives à la dimension professionnelle

Il est recommandé :

- Que le partage des expériences acquises concernant le traitement des risques en SAD soit favorisé (ex. : communauté de pratiques, échanges d'histoire de cas, codéveloppement) entre intervenants :
  - expérimentés et juniors;
  - de différentes professions;
  - de différentes régions.
- Que l'accueil des nouveaux intervenants soit bonifié, notamment :
  - en favorisant le pairage entre les intervenants expérimentés et juniors;
  - en favorisant la disponibilité d'outils d'aide à la prise de décision.
- Que le traitement des risques au SAD soit davantage abordé dans l'ensemble des formations offertes aux intervenants qui y œuvrent.
- Que les formations soient davantage accessibles afin que tous les intervenants au SAD soient en mesure d'y participer.
- Que des stratégies permettant au personnel de se sentir en sécurité dans le cadre des interventions soient maintenues, renforcées ou développées.
- Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment par la réflexivité sur :
  - leurs valeurs et limites;
  - l'impact de celles-ci lors du traitement des risques.
- Que les pairages personnalisés entre intervenants et usagers soient favorisés.

## Recommandations relatives à la dimension juridique

Il est recommandé :

- Que soit favorisée la concertation entre les établissements de santé et de services sociaux, les ordres professionnels et le législateur, afin de diminuer les tensions ressenties entre les exigences des établissements et les obligations professionnelles.
- Que soit favorisée l'accessibilité de l'information sur les lois, droits, responsabilités de chaque partie prenante (ex. : notions de consentement et d'aptitude) et la consultation de personnes mandatées et aptes à conseiller leur mise en œuvre sur le terrain pour diminuer l'incertitude quant au traitement des risques.

## Conclusion

Les recommandations issues de la réalisation de cette ETMISSS représentent des pistes qui peuvent être considérées afin de préconiser des stratégies cohérentes avec celles souhaitées ou mises en œuvre par le personnel terrain afin de soutenir la prise de décision en contexte de risque et diminuer l'incertitude liée au traitement des risques au SAD.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. CONTEXTE</b>	<b>17</b>
<b>2. PROBLÉMATIQUE</b>	<b>18</b>
2.1 LE SAD AU QUEBEC	18
2.2 LE TRAITEMENT DES RISQUES AU SAD	19
2.3 DEFIS ASSOCIES AU TRAITEMENT DES RISQUES AU SAD	20
2.4 SOUTENIR LES INTERVENANTS AU SAD	20
<b>3. MÉTHODOLOGIE</b>	<b>21</b>
3.1 QUESTION D'ETMISSS	21
3.2 QUESTIONS D'ÉVALUATION SPECIFIQUES	21
3.3 REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTÉRATURE QUALITATIVE	22
3.3.1 Recherche documentaire	22
3.3.2 Sélection des documents	22
3.3.3 Extraction des données	24
3.3.4 Évaluation de la qualité méthodologique et de la crédibilité des documents	24
3.3.5 Évaluation de la crédibilité des constatations	24
3.3.6 Méta-agrégation	24
3.4 DONNEES EXPERIENTIELLES	25
3.4.1 Recrutement des intervenants et parties prenantes	26
3.4.2 Consultations	26
3.4.3 Préparation et synthèse des données	26
3.5 DONNEES CONTEXTUELLES	26
3.6 TRIANGULATION DE L'ENSEMBLE DES DONNEES	27
3.6.1 Évaluation du niveau de confiance des données de la littérature scientifique	27
3.6.2 Évaluation de la convergence avec les autres sources de données	28
3.6.3 Élaboration des constats et évaluation de leur force	29
3.7 ÉLABORATION DES RECOMMANDATIONS	29
<b>4. RÉSULTATS</b>	<b>30</b>
4.1 REVUE SYSTEMATIQUE DE LA LITTÉRATURE QUALITATIVE	30
4.1.1 Sélection des documents	30
4.1.2 Caractéristiques des documents inclus	30
4.1.3 Données agrégées	35
4.2 DONNEES EXPERIENTIELLES	47
4.2.1 Profil des participants	47
4.2.2 Synthèse des thèmes rapportés	48
4.3 DONNEES CONTEXTUELLES	61
4.3.1 Rapport du Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV, 2022)	61
<b>5. ANALYSES</b>	<b>63</b>
5.1 ÉLÉMENTS LIÉS À LA DIMENSION ORGANISATIONNELLE	63
5.1.1 Accessibilité et flexibilité	65
5.1.2 Travail d'équipe	65
5.1.3 Attribution de tâches et pairages	66
5.1.4 Outils de travail	66

5.1.5 Transfert d'information.....	67
5.1.6 Formulation et traitement des plaintes.....	67
5.2 ÉLÉMENTS LIÉS À LA DIMENSION ÉTHIQUE .....	67
5.2.1 Posture de l'utilisateur et de ses proches .....	69
5.2.2 Autonomie et sécurité.....	69
5.2.3 Relation professionnelle.....	70
5.2.4 Constatations orphelines .....	70
5.3 ÉLÉMENTS LIÉS À LA DIMENSION PROFESSIONNELLE .....	70
5.3.1 Formation et expérience .....	71
5.3.2 Risques et limites (personnels).....	72
5.4 ÉLÉMENTS LIÉS À LA DIMENSION JURIDIQUE .....	72
5.4.1 Lois et obligations .....	73
5.4.2 Droits des usagers.....	74
5.4.3 Politiques sociales.....	74
<b>6. CONSTATS .....</b>	<b>75</b>
<b>7. RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>76</b>
7.1 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DIMENSION ORGANISATIONNELLE .....	76
7.2 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DIMENSION ÉTHIQUE.....	77
7.3 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DIMENSION PROFESSIONNELLE.....	77
7.4 RECOMMANDATIONS RELATIVES À LA DIMENSION JURIDIQUE .....	78
<b>8. DISCUSSION .....</b>	<b>79</b>
8.1 RENFORCER LA DISPONIBILITÉ DES SERVICES ET DES SOINS .....	79
8.2 RENFORCER LE TRAVAIL D'ÉQUIPE.....	79
8.3 FAVORISER LE PARTENARIAT PROFESSIONNEL—USAGER ET PROCHES.....	80
8.4 NOURRIR LA COMPÉTENCE DES PROFESSIONNELS ET LA COHÉRENCE DES CADRES .....	81
<b>9. FORCES ET LIMITES .....</b>	<b>82</b>
<b>10. CONCLUSION .....</b>	<b>83</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>	<b>84</b>
LOIS ET RÉGLEMENTS.....	84
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	84
<b>ANNEXE I : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE POUR LES BASES DE DONNÉES .....</b>	<b>92</b>
<b>ANNEXE II : STRATÉGIE DE RECHERCHE DOCUMENTAIRE POUR LES AUTRES SOURCES .....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE III : CONSTATATIONS EXTRAITES PAR CONSTATATION SYNTHÉTISÉE ET CATÉGORIE .....</b>	<b>144</b>
<b>ANNEXE IV : CALCUL DU SCORE COMBINÉ DE CONFIANCE .....</b>	<b>180</b>
<b>ANNEXE V : CONSTATS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>183</b>



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion .....	23
Tableau 2 : Rôles et établissements ciblés.....	25
Tableau 3 : Définition des critères d'évaluation de la confiance.....	27
Tableau 4 : Caractéristiques des articles scientifiques retenus (n=28) .....	32
Tableau 5 : Caractéristiques des thèses et mémoires retenus (n=3) .....	35
Tableau 6 : Constatations synthétisées .....	36
Tableau 7 : Catégories associées à la dimension organisationnelle .....	37
Tableau 8 : Catégories associées à la dimension éthique.....	42
Tableau 9 : Catégories associées à la dimension professionnelle.....	44
Tableau 10 : Catégories associées à la dimension juridique .....	46
Tableau 11 : Nombre de participantes par établissement .....	47
Tableau 12 : Nombre de participantes par titre d'emploi .....	48
Tableau 13 : Synthèse des données expérientielles par dimension et type de participants .....	49
Tableau 14 : Synthèse du rapport du CNEV (2022) par dimension.....	61
Tableau 15 : Force des résultats relatifs à la dimension organisationnelle .....	64
Tableau 16 : Force des résultats relatifs à la dimension éthique .....	68
Tableau 17 : Force des résultats relatifs à la dimension professionnelle .....	71
Tableau 18 : Force des résultats relatifs à la dimension juridique .....	73

## Liste des figures

Figure 1 : Schéma de sélection PRISMA.....	31
--	----

## LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ASSS	Auxiliaire aux services de santé et sociaux
BMI	Bureau du majeur inapte
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CHU	Centre hospitalier universitaire
CNEV	Comité national d'éthique sur le vieillissement
DEAU	Direction de l'enseignement et des affaires universitaires
ETMISSS	Évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
MF-SA	Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCCI	Outil de cheminement clinique informatisé
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RUISSSUL	Réseau universitaire intégré en santé et en services sociaux de l'Université Laval
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SIMA	Suivi des interventions en maltraitance des aînés
TS	Travailleur social

## GLOSSAIRE

### Approche méta-agrégative

L'approche méta-agrégative est une approche de revue systématique de la littérature qualitative. Cette approche appelle à travailler à partir de constatations, de catégories et de constatations synthétisées. Elle vise à rester le plus près possible des données issues des études primaires (Lockwood *et al.*, 2020).

### Catégorie

« Une catégorie est une description brève d'un concept clé émergent de l'agrégation de deux constatations ou plus, accompagnée d'un énoncé inclusif porteur du sens de l'ensemble d'un groupe de constatations similaires » (Trad. libre, Lockwood *et al.*, 2020, p. 27).

### Constatation

Une constatation est un extrait textuel d'une interprétation analytique présentée dans une source primaire, accompagnée d'une illustration (Lockwood *et al.*, 2020).

### Constatations synthétisées

« Une constatation synthétisée est une description globale d'un groupe de constatations catégorisées » (Trad. libre, Lockwood *et al.*, 2020, p. 27). Elle représente un énoncé indicatif pouvant être utilisé dans le processus de développement de recommandation (Lockwood *et al.*, 2020).

### Données contextuelles

« Données issues de la recherche scientifique ou d'autres sources d'information, telles que des statistiques, des consultations auprès des parties prenantes, des documents administratifs sur les conditions d'applicabilité, de faisabilité et d'accessibilité des pratiques ou des interventions à l'étude, dont les aspects économiques, juridiques et éthiques » (Lobè *et al.*, 2017, p. 8).

### Données expérientielles

Données issues de l'expérience de pratique d'intervenants de la santé et des services sociaux ou de l'expérience du vécu d'utilisateurs ou de proches (Lobè *et al.*, 2017).

### Données scientifiques

Données issues de la littérature scientifique. Elles « constituent la preuve scientifique à la base des recommandations » (Lobè *et al.*, 2017, p. 33). Dans le cadre de ce projet, il s'agit exclusivement de données portant sur l'expérience des professionnels de la santé et des services sociaux.

### Évaluation de la crédibilité des constatations

Évaluation en fonction de la cohérence entre les constatations et leurs illustrations (Lockwood *et al.*, 2020).

### **Évaluation de la convergence**

Évaluation du caractère convergent des données issues de différentes sources. La convergence désigne le fait d'être orienté vers le même but ou résultat ou de présenter des points communs (Définition inspirée de Beauchamp *et al.*, 2018; et Le Robert, s.d.).

### **Évaluation du niveau de confiance**

Évaluation de la confiance pouvant être accordée aux résultats de la méta-agrégation, sur la base d'éléments clés (qualité et crédibilité, cohérence, richesse et pertinence) (Colvin *et al.*, 2018).

### **Évaluation de la force des constats**

Évaluation à partir du niveau de confiance accordé aux résultats de la revue systématique de la littérature et de la convergence de ces résultats avec les données expérientielles et contextuelles (Beauchamp *et al.*, 2018).

### **Littérature grise**

La littérature grise « est ce qui est produit par toutes les instances du gouvernement, de l'enseignement et de la recherche publique, du commerce et de l'industrie, sous un format papier ou numérique, et qui n'est pas contrôlé par l'édition commerciale » (Schöpfe, 2010, traduit et cité dans Schöpfe, 2015, p. 32).

### **Personne aînée**

Le terme « personne aînée » est retenu dans ce rapport afin de désigner la personne âgée. L'utilisation du mot « personne » met de l'avant le fait que la personne ayant un âge avancé est une personne à part entière. Le mot « aîné » pour sa part exprime le respect (définition inspirée du *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées* ; MSSS, 2016).

### **Revue systématique**

« Approche de synthèse des données scientifiques qui sert à repérer, à évaluer et à synthétiser les preuves scientifiques qui permettront de répondre à une question de recherche spécifique de façon systématique et explicite » (INESSS, 2013, p. 6).

### **Soutien à domicile**

L'expression « soutien à domicile » (SAD) est employée dans ce rapport pour désigner les services de santé et les services sociaux déployés à domicile afin de soutenir l'autonomie de personnes aînées. En ce sens, les services de soutien à domicile sont compris d'une manière plus restrictive que dans la politique *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003) encadrant de tels services pour tous les types de populations.

### **Traitement des risques**

L'expression « traitement des risques » est utilisée pour désigner les étapes de l'identification et de l'examen des options, ainsi que de la prise de décision éclairée, telles que définies par Cortin *et al.* (2016) dans le cadre de la gestion de risques.

### **Triangulation des données**

La triangulation désigne le processus d'examen des données issues de la littérature scientifique à la lumière de données issues de sources expérientielles et contextuelles. Ce type de triangulation est inspiré de Beauchamp *et al.* (2018).

### **Usagers**

« Personne qui a recours à un service public ou qui utilise un bien du domaine public » (Office québécois de la langue française, 2023, p. 1).



## 1. CONTEXTE

---

En 2018, l'intensification du soutien à domicile (SAD) est inscrite dans les priorités du plan d'action *Un Québec pour tous les âges* du Secrétariat aux aînés du ministère de la Famille, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MF-SA et MSSS; 2018) et du Réseau universitaire intégré en santé et en services sociaux de l'Université Laval (RUISSSUL). La même année, le colloque *Intensifier les services en SAD : entre besoins et capacités, comment résoudre l'équation ?* est organisé par le CIUSSS de la Capitale-Nationale et le RUISSSUL, en cohérence avec ces priorités d'action.

Lors de cet événement qui réunissait des employés et des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de différentes régions, la gestion des risques est ressortie comme un enjeu majeur de l'intensification du SAD.

En continuité avec les priorités ressorties lors de cet événement, un plan d'action élaboré par le CIUSSS de la Capitale-Nationale, en lien avec le RUISSSUL, a intégré la réalisation de projets d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et en services sociaux (ETMISSS), notamment sur les pratiques de traitement des risques en SAD. L'unité d'ETMISSS du CIUSSS de la Capitale-Nationale a été mandatée en 2019 pour réaliser ce projet, en partenariat avec l'ensemble des établissements du RUISSSUL.

Toutefois, ce projet d'ETMISSS a été suspendu en 2020 en raison de la pandémie de la COVID-19. Cette crise sanitaire a fortement mobilisé l'ensemble du RSSS, notamment au sein du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA). Celui-ci a été relancé en 2022.

## 2. PROBLÉMATIQUE

---

Ce projet d'ETMISSS vise à contribuer à l'appui des intervenants impliqués dans l'intervention directe auprès des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile<sup>1</sup>. Cette section met de l'avant le contexte sociopolitique dans lequel s'inscrit le projet, en définissant le traitement des risques, des incertitudes pouvant y être rattachées, ainsi que des défis rencontrés par les intervenants sur le terrain.

### 2.1 Le SAD au Québec

La population du Québec est vieillissante (Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de la Famille, 2018). La grande majorité des personnes âgées au Québec vit à domicile (MF-SA et MSSS, 2018). La politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (MSSS, 2012), a été déployée il y a une dizaine d'années afin de faire face au vieillissement de la population. Inspirée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2002), elle met de l'avant une vision du vieillissement actif et en bonne santé. Le plan d'action 2018-2023 *Un Québec pour tous les âges* (MF-SA et MSSS, 2018) est le second plan d'action associé à cette politique. Celui-ci a pour objectif :

*« d'encourager la participation sociale des aînés et de valoriser leur contribution, d'améliorer leurs conditions de vie, en particulier pour les plus vulnérables d'entre eux, ainsi que de permettre à ceux qui le souhaitent de demeurer chez eux le plus longtemps possible (MF-SA et MSSS, 2018, p. 19) ».*

Pour ce faire, ce plan d'action définit différentes orientations et priorités d'intervention. L'une de ces priorités concerne directement les services de SAD. Cette priorité d'intervention consiste en l'augmentation du nombre de personnes recevant des services de SAD et l'intensification des services pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées.

C'est la politique de SAD *Chez soi : le premier choix* (MSSS, 2003) qui définit actuellement la vision, les orientations et les leviers du SAD. Cette politique encadre le SAD offert à tous les types de populations. Elle soutient une vision dans laquelle le domicile représente toujours la première option à considérer; la priorité est donnée aux choix des individus; le statut des proches aidants est reconnu; les services sont volontaires et conditionnels à l'évaluation professionnelle des besoins; et « le choix du lieu pour soutenir une personne doit être neutre financièrement » (MSSS, 2003, p. 9).

---

<sup>1</sup> Le terme « personne âgée » est retenu dans ce rapport afin de désigner la personne âgée. L'utilisation du mot « personne » met de l'avant le fait que la personne ayant un âge avancé est une personne à part entière. Le mot aîné pour sa part exprime le respect. Cette définition est inspirée par celle présentée par le MSSS (2016) dans le *Guide de référence - Pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*.

Les orientations définies par la politique sont la personnalisation des services et le soutien adapté, la gestion efficace et le travail collectif. Les leviers mis de l'avant sont le suivi de l'évolution des services à l'aide d'indicateurs, le soutien à l'innovation et la planification de la mise en œuvre de la politique.

Cette politique participe à répondre à l'objectif de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* qui est :

*« le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie (S-4.2 LSSSS, art.1) ».*

Les services de SAD se distinguent par le lieu particulier de la prestation de services, principalement offerts au domicile des personnes qui en font l'usage. Les services de SAD offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie au Québec incluent certains services spécialisés, comme les soins palliatifs et de fin de vie à domicile, les soins intensifs, post-opératoires ou les suivis de courte durée à domicile. Ceux-ci, souvent offerts par des équipes interdisciplinaires, ont des objectifs spécifiques et sont porteurs d'idéologie de soins distincts. Par conséquent, ce type de soins et de services ne fait pas partie de ce projet d'ETMISSS.

## 2.2 Le traitement des risques au SAD

Un risque est un « danger éventuel, plus ou moins prévisible, inhérent à une situation ou à une activité » ou l'« éventualité d'un préjudice à la santé ou aux biens de quelqu'un » (Usito, 2023). Les risques évalués dans le contexte du SAD sont notamment les risques associés à l'état de santé (ex. : risques de chute), aux habitudes de vie (ex. : risque de dénutrition), à l'autonomie fonctionnelle (ex. : risque d'isolement), à la situation psychosociale (ex. : risque d'abus), aux conditions économiques (ex. : risque d'expulsion de logement) et à l'environnement physique (ex. : risque de fugue) (Centre d'expertise en santé de Sherbrooke et MSSS, 2017; Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, 2010). L'évaluation du risque de déconditionnement est également préconisée à domicile (MSSS, 2021).

La gestion du risque est un concept large. Il peut être associé à divers objectifs, comme identifier, évaluer et diminuer les risques (Office québécois de la langue française, 2018). L'équipe de recherche *Vivre avec les risques* (2022) associe la gestion du risque à un processus impliquant une visée de réduction des préoccupations qui concernent les situations à risques. Cette association permet de laisser entrevoir le caractère subjectif de la perception du risque.

La gestion des risques peut se décliner en plusieurs phases, par exemple : (1) la définition du problème et de son contexte; (2) l'évaluation des risques; (3) l'identification et l'examen des options de gestion des risques; (4) la prise de décision éclairée; (5) la mise en œuvre des interventions et (6) l'évaluation du processus et des interventions (Cortin *et al.*, 2016). Le présent projet porte spécifiquement sur les troisième et quatrième étapes de cette définition de la gestion des risques : l'identification et l'examen des options, ainsi que la prise de décision éclairée. Pour désigner ces étapes, le vocable « traitement des risques » est utilisé dans ce rapport.

### 2.3 Défis associés au traitement des risques au SAD

Il existe peu de processus formels en matière de traitement des risques dans les établissements de santé et de services sociaux au Québec (Gélinas, 2013). Le traitement des risques est fréquemment associé à différents défis. Par exemple, l'accès et la répartition équitable des ressources et des services peuvent être problématiques (Association canadienne de soins et services à domicile, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, 2016; Gélinas, 2013; Gervais, 2018; Protecteur du citoyen, 2012).

Il peut être difficile de trouver un équilibre entre le respect de l'autonomie et la sécurité de l'utilisateur dans l'intervention (De Bono et Henry, 2016). Le bagage de connaissances professionnelles et personnelles de l'intervenant influence la prise de décision (Légaré, 2009). Les droits des personnes âgées et les droits des personnes de leur entourage peuvent être en jeu (Baker *et al.*, 2007; *National Advisory Council on Aging*, 1997). Ces défis mettent en évidence l'importance des aspects organisationnel, éthique, professionnel et juridique dans le traitement des risques concernant le SAD.

### 2.4 Soutenir les intervenants au SAD

L'incertitude dans le traitement des risques peut notamment induire des conflits décisionnels (Légaré, 2009) et des dilemmes (Grenier et Chénard, 2013; Sims-Gould et Martin-Mathews, 2010). Ceux-ci peuvent être source de préoccupations (Corvol *et al.*, 2014; Stacey, 2005; Vik *et al.*, 2012), de stress (Choe *et al.*, 2015; Jarling *et al.*, 2020), de déséquilibre (Mulhi, 2010), d'insatisfaction (Jarling *et al.*, 2020), de frustration (Choe *et al.*, 2015; Jarling *et al.*, 2020; Stacey, 2005) et d'épuisement (Vik et Eide, 2012) pour les intervenants du SAD. L'incertitude liée au traitement des risques est décrite comme étant un fardeau (Bollig *et al.*, 2015).

Par conséquent, ce projet vise à documenter le vécu et les éléments considérés par les intervenants en contexte de SAD auprès de personnes âgées en perte d'autonomie dans le cadre du traitement des risques. Les éléments relevés permettront de mieux comprendre leur perspective et ainsi nourrir le développement d'initiatives pour les soutenir.

### 3. MÉTHODOLOGIE

---

#### 3.1 Question d'ETMISSS

La question d'ETMISSS est la suivante :

Selon la perspective des intervenants qui travaillent au SAD auprès de personnes âgées en perte d'autonomie, quels sont les aspects organisationnels, éthiques, professionnels et juridiques pour les soutenir dans l'incertitude liée au traitement des risques ?

#### 3.2 Questions d'évaluation spécifiques

Afin de faciliter la recherche et l'analyse des résultats, la question d'ETMISSS a été scindée en quatre questions d'évaluation spécifiques. Selon les perceptions des intervenants travaillant auprès de personnes âgées en perte d'autonomie :

- Quels sont les éléments liés à la dimension organisationnelle à considérer lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD ?
- Quels sont les éléments liés à la dimension éthique à considérer lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD ?
- Quels sont les éléments liés à la dimension professionnelle à considérer lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD ?
- Quels sont les éléments liés à la dimension juridique à considérer lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD ?

La dimension organisationnelle s'intéresse à la manière dont les ressources sont utilisées et ses conséquences (EUnetHTA, 2016). La dimension éthique aborde notamment l'autonomie, le respect pour les personnes et l'équité (EUnetHTA, 2016). La dimension professionnelle réfère aux exigences en matière de formation, de qualification et de satisfaction au travail (Busse *et al.*, 2002). La dimension juridique se penche sur les règles et règlements devant être pris en considération (EUnetHTA, 2016).

La question d'ETMISSS et les questions d'évaluation spécifiques ont été développées à partir de l'outil SPIDER (*Sample, Phenomenon of Interest, Design, Evaluation, Research type*; Cooke *et al.*, 2012). Cet outil invite à définir l'échantillon, le phénomène d'intérêt, le devis, l'évaluation et le type de recherche. Cet outil est également utilisé dans ce projet pour formuler les critères d'inclusion et d'exclusion (voir **tableau 1** dans la section 3.3.2).

### 3.3 Revue systématique de la littérature qualitative

Pour répondre aux questions d'évaluation spécifiques, une ETMISSS classique a été réalisée. Celle-ci comprend une revue systématique de la littérature ainsi qu'une collecte de données expérientielles et contextuelles. Une synthèse de l'ensemble de ces données a aussi été effectuée et des recommandations en ont été tirées.

Une revue systématique de la littérature qualitative réunit les constats d'études qualitatives primaires de manière systématique (Flemming et Noyes, 2021) et s'applique aux projets qui s'intéressent aux besoins, valeurs, attitudes, perceptions, préférences et expériences des personnes (Flemming *et al.*, 2019).

#### 3.3.1 Recherche documentaire

Les bases de données bibliographiques *CINAHL (EBSCO)*, *Embase (OVID)*, *Medline (OVID)* et *PsycINFO (OVID)* ont été interrogées à l'aide de stratégies de recherche permettant d'identifier les publications potentiellement pertinentes le 16 septembre 2022 et le 22 mars 2023. Le moteur de recherche *Google* ainsi que des sites d'institutions gouvernementales, de formation et du domaine de la santé et des services sociaux reconnus ont été interrogés entre le 7 février 2023 et le 22 mars 2023<sup>2</sup>. Ils ont permis d'identifier la littérature grise sur le sujet. Les stratégies de recherche ont été élaborées par une bibliothécaire, spécialisée dans les revues systématiques, à partir d'un plan de concepts.

#### 3.3.2 Sélection des documents

Les critères d'inclusion et d'exclusion, définis à l'aide du *SPIDER* (Cooke *et al.*, 2012) présentés dans le **tableau 1**, ont été utilisés pour la sélection des documents. Des données qualitatives issues d'études descriptives ont été ciblées, puisque ce type de données et de devis ont été jugés les plus susceptibles de produire des informations détaillées sur l'expérience et la perspective d'intervenants. Quelques spécifications supplémentaires ont été ajoutées afin de circonscrire davantage la recherche documentaire. Seules les publications en langue française et anglaise, et provenant des pays membres de l'Organisation de coopération et de développement économiques, ont été retenues. Puisqu'il s'agit d'une ETMISSS classique, les bases de données et les autres sources ont été interrogées sans restriction de date de publication.

---

<sup>2</sup> L'ensemble des informations relatives à la recherche documentaire sont contenues dans un rapport détaillé disponible sur demande.

**Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion**

CRITERE	INCLUSION	EXCLUSION
Échantillon	Intervenants qui travaillent au SAD auprès de personnes âgées en perte d'autonomie (ex. : préposés aux bénéficiaires, auxiliaires aux services de santé et sociaux [ASSS], travailleurs sociaux [TS], infirmiers, ergothérapeutes, médecins, physiothérapeutes)	Usagers, proches et gestionnaires du SAD Échantillons mixtes lorsqu'il est impossible de distinguer la perspective des intervenants au SAD auprès de personnes âgées en perte d'autonomie
Phénomène d'intérêt	Perspective de ces intervenants sur les dimensions organisationnelle, éthique, professionnelle et juridique du traitement des risques auprès des personnes âgées en perte d'autonomie	Toutes pratiques « prescrites », efficacité des interventions Prise de décision par rapport à la transition hôpital/domicile ou vers un autre type d'hébergement Soins palliatifs Prise de décision partagée Autres étapes de la gestion des risques (identification, analyse, mise en œuvre d'intervention, évaluation du risque résiduel) Spécificités du traitement des risques en contexte de COVID-19
Devis	Devis descriptif <sup>3</sup>	Devis explicatifs ou prédictifs
Évaluation	Expérience des intervenants au SAD auprès des personnes âgées en perte d'autonomie	Toutes pratiques « prescrites » du traitement des risques
Type de recherche	Qualitative ou mixte (seules les données qualitatives sont retenues)	Quantitative
Type de publication	Articles scientifiques Rapports de recherche Mémoires de maîtrise/thèses de doctorat	Résumés de conférences Livres ou chapitres de livres Lettres Notes Actes de congrès Éditoriaux Revue systématiques Rapports d'ETMISSS Guides de pratique clinique

<sup>3</sup> La typologie retenue pour les devis est celle de Mayer *et al.* (2000).

La sélection des documents s'est déroulée en deux étapes : (1) une première sélection à la lecture des titres et résumés; (2) une évaluation de l'éligibilité à la lecture complète des documents retenus à la première phase. Les références bibliographiques de chaque étude retenue ont également été consultées. Lorsque nécessaire, des auteurs ont été contactés pour apporter des éclaircissements. Les raisons d'exclusion ont été documentées.

### 3.3.3 Extraction des données

Une grille spécifiquement développée pour ce projet a permis de ressortir les informations pertinentes pour répondre aux questions d'évaluation. L'extraction des données a été réalisée en deux étapes : (1) les informations sur le devis, les objectifs de l'étude, l'échantillon, la méthode de collecte de données, la méthode d'analyse et les résultats d'intérêt; (2) l'extraction des constatations présentées dans chacun des documents. Les constatations reflètent l'interprétation analytique des auteurs présentés dans les documents retenus, accompagnée d'une illustration, lorsque possible (Lockwood *et al.*, 2020; Weaver *et al.*, 2023).

### 3.3.4 Évaluation de la qualité méthodologique et de la crédibilité des documents

La qualité méthodologique des études primaires retenues a été établie à l'aide de l'outil *QualSyst* (Kmet *et al.*, 2004). La crédibilité des documents de la littérature grise a été appréciée à l'aide de l'outil *AACODS* (*Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date and Significance*) adopté par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS, 2016).

### 3.3.5 Évaluation de la crédibilité des constatations

Le niveau de crédibilité de chaque constatation a été évalué en fonction de la cohérence entre les constatations et les illustrations telles que perçues par les évaluatrices indépendantes. Le niveau de crédibilité a été défini sur la base d'une échelle à trois paliers : « sans-équivoque » (S), « probable » (P) et « incertain » (I). L'avis d'une troisième évaluatrice a été sollicité lors de désaccords afin de parvenir à un consensus.

### 3.3.6 Méta-agrégation

L'approche méta-agrégative a été retenue afin de synthétiser les données recueillies. Cette méta-agrégation est inspirée d'un modèle présenté dans le manuel méthodologique de *l'Institut Joanna Briggs* par Lockwood *et al.* (2020). Vu l'organisation des données dans les documents retenus, le processus de méta-agrégation permettait de rassembler de manière plus synthétique l'ensemble des informations sur un même thème.



Les constatations sans-équivoques (S) et probables (P) ont été regroupées par catégories, selon les éléments clés de leur contenu. Ces catégories ont elles-mêmes été regroupées en constatations synthétisées selon les dimensions ciblées par cette ETMISSS.

Les étapes présentées dans les sections 3.3.2 à 3.3.6 ont été réalisées par deux évaluatrices (DT, FGD, IB, JC) de manière indépendante. Les résultats obtenus par chaque évaluatrice à chacune des étapes ont été comparés, analysés et discutés afin d'arriver à un consensus. L'avis d'une troisième évaluatrice (IB, SSJ) a été sollicité lors de désaccords afin de parvenir à un consensus.

### 3.4 Données expérientielles

Des intervenants du SAD ont été ciblés afin de témoigner de leur expérience. Les intervenants ciblés étaient des membres du personnel d'établissements de santé et de services sociaux exerçant différentes professions ainsi que des médecins œuvrant au SAD auprès des personnes âgées. La diversité des rôles et des établissements a été ciblée par le comité de suivi de manière à capter un large éventail d'enjeux et à assurer une représentation régionale (**tableau 2**). Ces données expérientielles permettent d'enrichir les données issues de la revue systématique de la littérature qualitative.

**Tableau 2 : Rôles et établissements ciblés**

ROLES	ÉTABLISSEMENTS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Préposés aux bénéficiaires</li> <li>• Ergothérapeutes</li> <li>• Infirmières</li> <li>• Médecins</li> <li>• Physiothérapeutes</li> <li>• TS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIUSSS de la Capitale-Nationale</li> <li>• CISSS du Bas-St-Laurent</li> <li>• CISSS de Chaudière-Appalaches</li> <li>• CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean</li> <li>• CISSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine</li> <li>• CISSS de la Côte-Nord</li> <li>• CHU de Québec</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usagers et proches</li> <li>• Soutien-conseil</li> </ul>	

Différentes parties prenantes ont également été ciblées pour la collecte de données expérientielles, afin d'enrichir l'analyse des données portant sur l'expérience des intervenants et de replacer ces dernières dans un contexte plus large. Les parties prenantes incluait des usagers, des proches aidants et des membres du personnel du RSSS ayant un rôle de soutien-conseil (en gestion des risques, aux pratiques professionnelles, à l'éthique et au Bureau du majeur inapte).

### 3.4.1 Recrutement des intervenants et parties prenantes

Le recrutement des intervenants au SAD, initié par l'équipe projet, en collaboration avec les membres du comité de suivi, s'est déroulé entre juin et septembre 2022. Quant aux parties prenantes, leur recrutement s'est déroulé entre novembre et mai 2022, au sein de trois établissements de l'Est-du-Québec via des coordonnatrices cliniques, des comités d'usagers et la sollicitation directe.

### 3.4.2 Consultations

Pour chacun des rôles cibles, des groupes de discussion ont été réalisés en ligne par deux professionnelles. Les groupes de discussion ont été menés à l'aide d'un guide d'entrevue. Ce guide comportait quatre thèmes : (a) les expériences en lien avec le traitement des risques; (b) les éléments pris en considération dans l'analyse des options et la prise de décision; (c) les perspectives par rapport au traitement des risques; (d) le soutien disponible et souhaité pour le traitement des risques. Lorsqu'il n'était pas possible d'avoir recours aux groupes de discussion, des entrevues individuelles ont été réalisées<sup>4</sup>.

Le guide d'entrevue utilisé pour les groupes d'intervenants a été élaboré avec l'aide du comité de suivi. Le guide utilisé avec les membres du personnel ayant un rôle de soutien-conseil a été élaboré par l'équipe projet. Quant au guide à l'intention du groupe composé d'usagers et de proches, celui-ci a été développé avec le soutien d'un usager partenaire membre du comité de suivi.

### 3.4.3 Préparation et synthèse des données

Le contenu des groupes de discussion a été transcrit et les thèmes en lien avec les questions d'évaluation ont été repérés. Une synthèse thématique a ensuite été réalisée par deux professionnelles. Par le biais d'un processus itératif, l'analyse des données expérientielles a été utilisée afin d'enrichir les données de la littérature et de documenter de nouveaux éléments qui n'auraient pas été repérés dans la littérature. Les étapes 3.4.2 et 3.4.3 ont été réalisées par deux évaluatrices (FGD, JC).

## 3.5 Données contextuelles

Différents rapports produits au Québec ont également été recherchés et identifiés. Une sélection a été effectuée en fonction de la pertinence pour répondre aux questions d'évaluation. Les données pertinentes aux questions d'évaluation ont été extraites de ces documents. Elles ont fait l'objet d'une analyse thématique soutenue par les catégories et les constatations synthétisées issues des autres types de données recueillies.

---

<sup>4</sup> Les guides d'entrevue sont disponibles sur demande.

### 3.6 Triangulation de l'ensemble des données

Les données recueillies ont été triangulées à l'aide d'une méthode en trois étapes. En premier, la confiance pouvant être attribuée aux données issues de la revue systématique de littérature a été évaluée. Ensuite, la convergence des données expérientielles et contextuelles par rapport aux données scientifiques a été établie. Enfin, la force des constats a été évaluée. Cette section détaille chacune de ces étapes.

#### 3.6.1 Évaluation du niveau de confiance des données de la littérature scientifique

Le niveau de confiance des catégories et constatations synthétisées, issues de l'agrégation de la littérature scientifique, a été évalué. Inspirée de la méthode GRADE-CerQual (Colvin *et al.*, 2018; Lewin *et al.*, 2018), cette évaluation a pris en compte quatre éléments : (1) la qualité méthodologique des études scientifiques et la crédibilité des documents de littérature grise; (2) la cohérence des constatations retenues entre elles et leur illustration respective; (3) la richesse et la quantité de constatations; (4) la pertinence en lien avec les questions d'évaluation. Les critères d'évaluation de la confiance sont présentés dans le **tableau 3**.

**Tableau 3 : Définition des critères d'évaluation de la confiance**

	ÉLEVÉE (4)	MODÉRÉE (3)	FAIBLE (2)
Qualité méthodologique	≥80 %	60 %-80 %	≤60 %
Cohérence constatation-illustration	Sans-équivoque seulement	Sans-équivoque et probable	Probable seulement
Nombre de constatations	≥ 25	11-24	≤10
Pertinence aux questions d'évaluation (SPIDER)	Directe (caractéristiques d'intervention similaires)	Indirecte (caractéristiques d'intervention partielles ou connexes)	Incertaine (caractéristiques d'intervention manquantes ou différentes)

Pour débiter, la qualité méthodologique a été mesurée pour chaque catégorie et constatation synthétisée. Pour ce faire, la moyenne des scores obtenus à l'aide des *QualSyst* et *AACODS* a été calculée. Par la suite, en cohérence avec l'approche méta-agrégative (Lockwood *et al.*, 2020; Munn *et al.*, 2014), l'évaluation de la cohérence entre les constatations et les illustrations qui les soutiennent a été prise en considération. Lorsque la cohérence était jugée sans-équivoque pour l'ensemble des constatations associées à une catégorie, la cohérence était jugée élevée. Lorsqu'une catégorie rassemblait à la fois des constatations sans-équivoques et probables, la cohérence était jugée modérée. Lorsque l'ensemble des constatations étaient jugées probables, la cohérence était jugée faible.

Ensuite, la richesse et la quantité des données recueillies ont été évaluées en fonction du nombre relatif de constatations. Les catégories comprenant un nombre moyen de constatations (entre 11 et 24) se sont vues attribuer une cote de cohérence modérée. Les catégories comprenant plus de constatations se sont vues attribuer une cote élevée et celles comprenant moins de constatations se sont vues attribuer une cote faible.

Enfin, la pertinence de chaque étude contribuant aux catégories et aux constatations synthétisées a été mise en correspondance avec le contexte des quatre questions d'évaluation spécifiques. L'évaluation de la pertinence indique dans quelle mesure la question de recherche d'une étude retenue est similaire à une des questions spécifiques de cette ETMISSS. Pour ce faire, une échelle à trois paliers a été développée, inspirée de la classification développée par Colvin *et al.* (2018).

Les questions de recherche qui regroupaient le plus de caractéristiques similaires à la question d'ETMISSS détenaient une pertinence directe (4), celle regroupant des caractéristiques partielles ou connexes détenait une pertinence indirecte (3) et finalement, celle présentant peu ou pas de caractéristiques était évaluée avec une pertinence incertaine (2). La moyenne de l'ensemble des études contribuant à chacune des catégories et dimensions a été réalisée afin de statuer sur une cote pour chacune de celles-ci.

### 3.6.2 Évaluation de la convergence avec les autres sources de données

Les données issues de la littérature scientifique ont été analysées à la lumière des données expérientielles et contextuelles. Cela a permis d'en faire ressortir les éléments communs et les différences. Les données expérientielles et contextuelles ont été réparties en deux groupes pour l'évaluation de la convergence.

Un premier groupe rassemble les données dites « expérientielles directes », c'est-à-dire celles qui se trouvent en lien direct avec la question d'ETMISSS en portant le point de vue d'intervenants terrain de l'Est-du-Québec. Elles sont traitées en un bloc pour l'évaluation de la convergence.

Un deuxième groupe de données dites « expérientielles et contextuelles indirectes » est constitué de données expérientielles reflétant le point de vue de membres du personnel-conseil, d'usagers et de proches aidants, ainsi que les données contextuelles. Ces données sont réputées soutenir la réponse à la question d'ETMISSS de manière plus indirecte, puisqu'elles ne portent pas la perspective d'intervenants terrain. La convergence de chacune de ces sources (membres du personnel-conseil, d'usagers, de proches aidants ainsi que les données contextuelles) a d'abord été évaluée de façon distincte, compte tenu de leur nature différente. Ensuite, l'importance relative de ces sources de données dans le calcul de la force a été pondérée en ramenant leurs scores individuels sur un score global pour le groupe.

Pour chacun des deux groupes, la convergence a été évaluée sur une échelle à quatre paliers (3=très; 2=généralement; 1=parfois; 0=rarement), en cohérence avec la proposition méthodologique de Beauchamp *et al.* (2018). Cette échelle débute à un nombre inférieur à celui de l'échelle de confiance attribuée aux données scientifiques afin que le poids relatif des autres groupes de données n'excède pas celui des données scientifiques lors de la triangulation (Beauchamp *et al.*, 2018).

### 3.6.3 Élaboration des constats et évaluation de leur force

La mise en dialogue des données a permis de faire émerger des constats relatifs à chacune des catégories. Les données sur la confiance relative aux résultats de la littérature et les scores de convergence ont été additionnés afin d'établir la force pour chaque catégorie. Conformément à la cotation développée par Beauchamp *et al.* (2018) un score de 9 est défini comme étant très élevé; un score de 8 est défini comme étant élevé; un score de 7 est décrit comme modéré; et un score inférieur est défini comme faible. Ce score a été utilisé pour la hiérarchisation des groupes de constats pour chacune des questions d'évaluation.

### 3.7 Élaboration des recommandations

Des recommandations préliminaires ont été élaborées à partir des constats, puis ont été discutées en comité de suivi selon un processus de consensus informel : par des échanges virtuels entre tous les membres formant le comité. Ce procédé a été utilisé afin de raffiner les recommandations, de contribuer à renforcer leur applicabilité dans le contexte actuel et leur transférabilité à d'autres établissements (Beauchamp *et al.*, 2018). Les recommandations finales ont ensuite été rédigées par l'équipe projet, puis validées par courriel auprès des membres du comité de suivi (Lobè *et al.*, 2017).

## 4. RÉSULTATS

---

Dans cette section, les résultats de la revue systématique de la littérature qualitative sont d'abord exposés. Ensuite, ceux relatifs aux données expérientielles et contextuelles sont présentés.

### 4.1 Revue systématique de la littérature qualitative

Cette section présente d'abord les résultats du processus de sélection des documents. Ensuite, les caractéristiques des documents retenus et les résultats des extractions; ainsi que les résultats de la méta-agrégation effectuée sont présentés.

#### 4.1.1 Sélection des documents

La recherche documentaire a permis de répertorier 23 569 publications (voir **annexe I et II**). Après le retrait des doublons et des études à la lecture des titres et résumés, 303 documents ont été sélectionnés. À la suite de la lecture de ces documents dans leur intégralité, 31 documents ont été conservés<sup>5</sup>. Le taux d'accord d'éligibilité entre les évaluatrices était de 86 %. La **figure 1** présente le diagramme de flux *PRISMA* (Page et al., 2021).

#### 4.1.2 Caractéristiques des documents inclus

Les 31 documents incluent 28 articles scientifiques, deux thèses et un mémoire. Les 28 études ont été publiées entre 1994 et 2022 et proviennent majoritairement des États-Unis (6), du Canada (5), de la Suède (4) et de la Norvège (4). Les autres études proviennent de la Hongrie (2), des Pays-Bas (2), de la Belgique (1), de la France (1), de l'Irlande (1), du Royaume-Uni (1) et de la République de Corée (1).

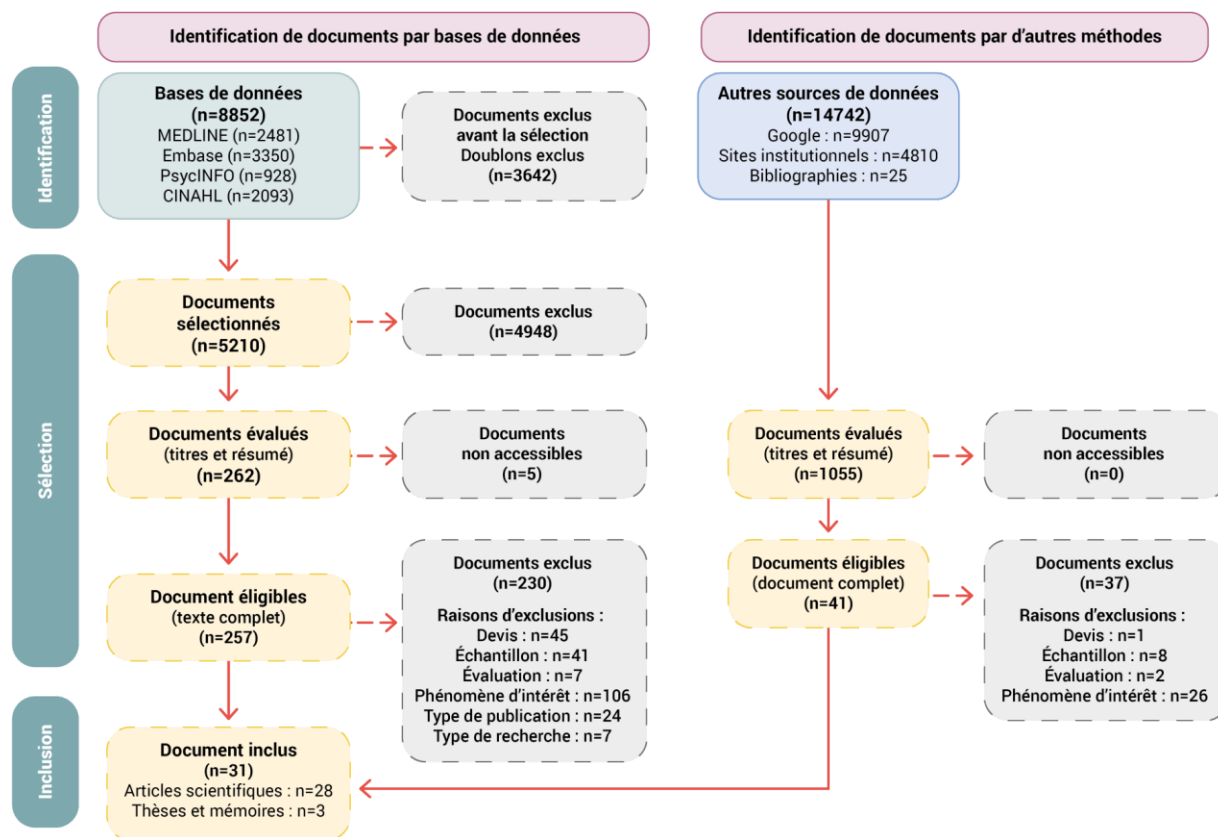
Ces études rapportent le point de vue de gestionnaires de cas (2); de membres du personnel infirmier (11); d'intervenants en travail social (3); d'intervenants offrant des soins de base (5); et de divers professionnels du SAD (7).

---

<sup>5</sup> Le tableau contenant la liste des documents exclus à cette étape est disponible sur demande.

Ces études qualitatives mentionnent utiliser les devis suivants : ethnographique (4), étude de cas (3), exploratoire (4), générique (1), naturaliste (1), phénoménographiques (2) phénoménologiques (2) ou de théorisation ancrée (3). Plusieurs études ne définissent pas le devis utilisé (8). Les données présentées dans les études ont été colligées par le biais d'entrevues individuelles (19), de groupes de discussion (11), parfois jumelés à de l'observation (5). Pour ce qui est de leur qualité méthodologique : 13 études sont de qualité élevée (score supérieur à 80 %); 13 sont de qualité modérée (score entre 60 % et 80 %); et deux sont de faible qualité (score inférieur à 60 %). Les caractéristiques des articles retenus sont présentées dans le **tableau 4**.

**Figure 2 : Schéma de sélection PRISMA**



**Tableau 4 : Caractéristiques des articles scientifiques retenus (n=28)**

1 <sup>ER</sup> AUTEUR	ANNEE	PAYS	DEVIS QUALITATIF	ÉCHANTILLON D'INTERET	COLLECTE DE DONNEES	QUALITE
Berland <i>et al.</i>	2012	Norvège	Exploratoire	20 membres du personnel infirmier	Groupes de discussion	83 %
Choe <i>et al.</i>	2015	République de Corée	Phénoménologique	13 membres du personnel infirmier	Entrevues individuelles, en dyade et en groupe	65 %
Corvol <i>et al.</i>	2014	France	Non précisé	18 questionnaires de cas	Groupes de discussion	78 %
Craftman <i>et al.</i>	2018	Hongrie	Non précisé	19 personnes offrant des soins de base	Groupes de discussion	85 %
Csikai et Patyán	2021	Hongrie	Non précisé	28 personnes offrant des soins de base	Groupes de discussion	85 %
Eilertsen et Kiik	2016	Norvège	Phénoménologique	11 membres du personnel infirmier	Entrevues individuelles	70 %
Gilmour <i>et al.</i>	2003	Irlande du Nord	Étude de cas	25 membres du personnel de SAD	Entrevues individuelles	85 %
Healy	2003	États-Unis	Non précisé	17 personnes œuvrant dans le champ du travail social	Entrevues individuelles, en dyade et en groupe	70 %
Healy	2005	États-Unis	Non précisé	17 personnes œuvrant dans le champ du travail social	Entrevues individuelles, en dyade et en groupe	70 %
Higuchi <i>et al.</i>	2002	Canada	Ethnographique	16 membres du personnel infirmier	Entrevues individuelles Observation	80 %
Jacobs	2019	Pays-Bas	Étude de cas	8 membres du personnel infirmier	Observation participante de cercles d'apprentissage	85 %



1 <sup>ER</sup> AUTEUR	ANNEE	PAYS	DEVIS QUALITATIF	ÉCHANTILLON D'INTERET	COLLECTE DE DONNEES	QUALITE
Janssen <i>et al.</i>	2014	Pays-Bas	Étude de cas multiples	13 membres du personnel de SAD	Observation participante	78 %
Jarling <i>et al.</i>	2020	Suède	Phénoméno-graphique	14 membres du personnel de SAD	Entrevues individuelles	80 %
Johnson	2015	États-Unis	Naturaliste	16 membres du personnel infirmier	Entrevues individuelles	50 %
Kane <i>et al.</i>	1994	États-Unis	Non précisé	251 questionnaires de cas	Entrevues individuelles	75 %
Lundberg	2018	Norvège	Ethnographique	14 membres du personnel de SAD	Entrevues individuelles	53 %
McDonald <i>et al.</i>	2022	Irlande	Théorisation ancrée	9 membres du personnel infirmier	Groupe de discussion	80 %
Muhli	2010	Suède	Non précisé	11 personnes œuvrant dans le champ du travail social	Entrevues individuelles	75 %
Rasoal <i>et al.</i>	2018	Suède	Ethnographique	12 membres du personnel infirmier	Observation Mémos Entrevues individuelles	85 %
Saillant <i>et al.</i>	1994	Canada	Exploratoire	6 membres du personnel infirmier	Groupes de discussion	60 %
Scheepmans <i>et al.</i>	2014	Belgique	Exploratoire	14 membres du personnel infirmier	Entrevues individuelles	75 %
Silverglow <i>et al.</i>	2021	Suède	Phénoméno-graphique	30 membres du personnel de SAD	Entrevues individuelles	83 %
Sims-Gould et Martin-Matthew	2010	Canada	Non précisé	118 personnes offrant des soins de base	Entrevues individuelles	90 %

1 <sup>ER</sup> AUTEUR	ANNEE	PAYS	DEVIS QUALITATIF	ÉCHANTILLON D'INTERET	COLLECTE DE DONNEES	QUALITE
Sims-Gould <i>et al.</i>	2013	Canada	Générique	118 personnes offrant des soins de base	Entrevues individuelles	83 %
Stacey	2005	États-Unis	Théorisation ancrée	33 personnes offrant des soins de base	Entrevues individuelles, observations directes	68 %
Stevens <i>et al.</i>	2022	États-Unis	Ethnographique	11 membres du personnel infirmier	Observation et entrevues individuelles	75 %
Vik et Eide	2012	Norvège	Théorisation ancrée	30 membres du personnel de SAD	Groupes de discussion	70 %
Webber <i>et al.</i>	2022	Canada	Exploratoire	18 membres du personnel de SAD	Entrevues individuelles	93 %

Les documents de la littérature grise retenus sont deux thèses et un mémoire, publiés en 2012 (2) et 2021 (1). Ils proviennent du Canada (2) et du Royaume-Uni (1). De ces trois études, deux portent sur le point de vue d'intervenants qui offrent des soins de base alors que la dernière rapporte l'opinion d'intervenants en travail social. Les documents présentent ces devis qualitatifs : ethnographique (1), interprétatif (1) ou phénoménographique (1). Les données ont été colligées par le biais d'entrevues individuelles (3), parfois jumelées à de l'observation (1). La crédibilité de la thèse est élevée, alors que celle des mémoires est modérée. Les caractéristiques des thèses et mémoires retenus sont présentées dans le **tableau 5**.

**Tableau 5 : Caractéristiques des thèses et mémoires retenus (n=3)**

1 <sup>ER</sup> AUTEUR	ANNEE	PAYS	DEVIS QUALITATIF	ÉCHANTILLON D'INTERET	COLLECTE DE DONNEES	CREDIBILITE
Leverton	2021	Royaume-Uni	Ethnographique	19 personnes offrant des soins de base	Observation participante Entrevues individuelles	Élevée
Ouellet	2012	Canada	Interprétatif	8 personnes offrant des soins de base	Entrevues individuelles	Modérée
Roy	2012	Canada	Phénoménologique	7 personnes œuvrant dans le champ du travail social	Entrevues individuelles	Modérée

#### 4.1.3 Données agrégées

L'extraction des résultats des documents retenus a permis de ressortir 291 constatations<sup>6</sup>. L'analyse des 144 constatations sans-équivoques (S) et 86 probables (P) a permis de faire émerger 15 catégories<sup>7</sup>. Ces catégories ont été agrégées et ont donné lieu à quatre constatations synthétisées. Chacune de ces constatations synthétisées répond à une question d'évaluation spécifique. Le tableau 6 présente chacune des constatations synthétisées et la dimension concernée. Le détail des constatations par catégories et constatations synthétisées est présenté à l'**annexe III**.

<sup>6</sup> Le tableau présentant les constatations extraites par article est disponible sur demande.

<sup>7</sup> L'exclusion des constatations incertaines a eu pour conséquence qu'aucune des constatations de Kane *et al.* (1994) n'a été retenue.

**Tableau 6 : Constatations synthétisées**

DIMENSIONS	CONSTATATIONS SYNTHETISEES	NOMBRE DE CONSTATATIONS
Organisationnelle	L'accessibilité (éligibilité, ressources, temps, flexibilité), le travail d'équipe, les attributions de tâches et les pairages, les outils de travail, le transfert d'information et la formulation et le traitement des plaintes sont pris en considération dans le traitement des risques.	108 (69S; 39P)
Éthique	La posture de l'utilisateur et de ses proches, la préoccupation pour sa sécurité, ainsi que la valorisation de la relation de proximité et la personnalisation des services et les tensions associées sont prises en considération dans le traitement des risques.	89 (55S; 34P)
Professionnelle	La formation et l'expérience de l'intervenant influencent sa prise de décision; les risques pour sa personne et ses limites personnelles sont considérés dans le traitement des risques.	20 (9S; 11P)
Juridique	Les lois et obligations professionnelles, les droits des usagers des services et les politiques sociales pertinentes sont pris en considération dans le traitement des risques.	15 (13S, 2P)

#### 4.1.3.1. Dimension organisationnelle

La première constatation synthétisée vise à identifier les éléments à considérer lors du traitement des risques, dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD en lien avec la dimension organisationnelle. Elle est la plus importante en raison de son nombre de constatations (108 : 69S; 39P) et regroupe six catégories.

Les trois premières catégories concernent l'accessibilité des soins et services (éligibilité, ressources, temps, flexibilité), le travail d'équipe et les attributions de tâches et les pairages. Ces catégories sont composées de la majorité des constatations. Les constatations relatives aux trois autres catégories sont moins abondantes dans la littérature.

Elles portent respectivement sur les outils de travail, la transmission de l'information et la formulation et le traitement des plaintes. L'ensemble des catégories associées à la dimension organisationnelle ainsi que le nombre de constatations identifiées en lien avec celles-ci sont présentés dans le **tableau 7**.

**Tableau 7 : Catégories associées à la dimension organisationnelle**

DIMENSION	CATEGORIES	DEFINITIONS	NOMBRE DE CONSTATATIONS
Organisationnelle	Accessibilité	Les limites de l'éligibilité, le manque de ressources et d'accès aux ressources en temps opportun (manque de ressources humaines et financières, lacunes dans l'offre de services et d'alternatives), la pression et la flexibilité sont considérés dans le traitement des risques.	40 (27S; 13P)
	Travail d'équipe	Le contexte solitaire et les difficultés relatives au travail d'équipe, ainsi que différentes sources de soutien à la prise de décision (ex. : équipe, superviseurs cliniques, gestionnaires, services spécialisés) sont considérés dans le traitement des risques.	31 (22S; 9P)
	Attributions de tâches et pairages	Des enjeux sont soulevés en relation avec la délégation et le transfert de tâches, la sollicitation pour la réalisation de tâche hors mandat et l'instabilité dans les pairages intervenants-usagers.	19 (9S; 10P)
	Outils de travail	Des défis sont associés à la disponibilité et à la validité des outils de travail et à l'utilisation de ceux-ci dans le cadre du traitement des risques.	9 (7S; 2P)
	Transfert d'information	Les lacunes dans la transmission de l'information et la prise de responsabilité par rapport à celle-ci sont considérées dans le traitement des risques.	6 (3S; 3P)
	Plaintes	Les processus de formulation et de traitement des plaintes sont considérés dans le traitement des risques.	3 (1S; 2P)

### Catégorie 1 : Accessibilité

L'éligibilité est un sujet de préoccupations en matière de traitement des risques. Les critères d'éligibilité aux services sont considérés inadéquats en regard de certaines situations de vulnérabilité (Choe *et al.*, 2015). Le manque de validité des outils utilisés afin d'évaluer l'éligibilité aux services est également rapporté (McDonald *et al.*, 2022).

Le manque de ressources humaines et financières (Mulhi, 2010 ; Roy, 2012 ; Webber *et al.*, 2022), les lacunes d'offre de services et d'alternatives (Gilmour *et al.*, 2003; Higushi *et al.*, 2002; Johnson, 2015) et les difficultés à accéder aux ressources en temps opportun sont également pris en considération dans le traitement des risques. Le manque de ressources influencerait la prise de décision éthique (Mulhi, 2010 ; Roy, 2012 ; Webber *et al.*, 2022).

McDonald *et al.* (2022) rapportent un inconfort chez le personnel infirmier en lien avec le fait que les organisations de soins prennent plus que ce qu'elles sont capables d'assumer. Un impact sur la qualité des services et sur la capacité à les obtenir en temps opportun est rapporté au sein d'équipes multidisciplinaires (Webber *et al.*, 2022). Le manque d'alternatives pourrait motiver l'acceptation de certains risques (Gilmour *et al.*, 2003).

La pression est également prise en considération par les intervenants au SAD. L'évaluation quantitative de la performance et les pratiques axées sur la complétion de la tâche apparaissent en conflit avec la qualité des soins infirmiers (Choe *et al.*, 2015; Eilertsen et Kiik, 2016) et des soins de base (Stacey, 2005).

Le volume de travail (Roy, 2012) et l'inflexibilité du temps imparti pour exécuter les tâches limiteraient la prise en compte et l'adaptation possible à la variabilité des besoins (Jarling *et al.*, 2020; Silverglow *et al.*, 2021; Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010; Vik et Eide, 2012). Le manque de temps et celui de continuité dans les services seraient défavorables au développement de la relation avec l'utilisateur et ses proches (Vik et Eide, 2012) ainsi que la considération des aspects relationnels de la dignité dans les soins (Stevens *et al.*, 2022). Cela rejoint les enjeux éthiques relatifs à la relation professionnelle (voir dimension éthique, catégorie 3).

Pour pallier les difficultés d'accès, le personnel infirmier recherche des moyens créatifs permettant aux usagers d'avoir accès aux services lorsque le personnel n'est pas autorisé à les offrir (Jacobs, 2019). La flexibilité dans l'exercice de la responsabilité professionnelle (Jarling *et al.*, 2020) et l'autonomie dans la pratique (Stacey, 2005) sont vues favorablement par des intervenants d'équipes multidisciplinaires et par des intervenants offrant des soins de base.

Cette autonomie permet aux intervenants du SAD d'allouer le temps qu'ils jugent nécessaire pour accomplir les tâches attribuées (Stacey, 2005). Le personnel peut, par exemple, utiliser du temps dégagé par l'exécution plus rapide d'une tâche afin d'accomplir des tâches supplémentaires répondant au besoin de l'utilisateur (Eilertsen et Kiik, 2016; Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010).

La remise à plus tard de certains soins constitue une stratégie pour s'adapter à la pression du temps (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010). Les résultats de certaines études indiquent que le personnel travaille pour éviter les crises (Sims-Gould *et al.*, 2013) et s'implique dans du temps supplémentaire non rémunéré et des tâches supplémentaires non reconnues (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010; Stacey, 2005) afin de pallier ce type de limites. Cela peut aller de la réalisation de tâches ménagères non inscrites au plan de soins (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010), à l'implication personnelle dans le paiement des dépenses essentielles des usagers (loyer, médication) et à l'accueil de l'utilisateur chez soi (Stacey, 2005).

## Catégorie 2 : Travail d'équipe

Le contexte de travail solitaire est associé à des opportunités limitées de consultation des collègues (Higushi *et al.*, 2002; Jarling *et al.*, 2020 ; Silverglow *et al.*, 2021) et à la nécessité de résoudre de façon autonome les enjeux qui se présentent (Craftman *et al.*, 2018; Jarling *et al.*, 2020).

Plusieurs difficultés en relation avec le travail d'équipe en contexte de SAD sont soulevées : le manque de continuité dans les soins et services (McDonald *et al.*, 2022; Silverglow *et al.*, 2021), le temps imparti à la coordination (Jarling *et al.*, 2020), le retard dans la réception et le traitement de références (Webber *et al.*, 2022) ainsi que les obstacles à l'identification et à la prise de contact avec les personnes-ressources (Silverglow *et al.*, 2021). Les difficultés concernent également la méconnaissance et la non-reconnaissance de certains groupes professionnels (Csikai et Patyán, 2021; Stacey, 2005) et la préséance donnée à l'avis médical plutôt qu'à l'avis des intervenants en travail social (Roy, 2012) ou en soins infirmiers (Scheepmans *et al.*, 2014). Les opinions professionnelles divergentes (Healy, 2003; Roy, 2012) et un malaise à partager sur certains sujets avec les collègues (Roy, 2012) sont aussi identifiés comme étant sources de tensions.

Les réunions d'équipe et les consultations informelles sont vues positivement afin d'éclairer la prise de décision (Higushi *et al.*, 2002; Roy, 2012). Les réunions d'équipe sont perçues comme améliorant la compréhension mutuelle, le transfert d'information, augmentant la confiance, améliorant la délégation et le travail en prévention (Silverglow, 2021). Selon l'étude de Rasoal *et al.* (2018), l'espace de bureau peut être considéré comme un lieu d'échanges sur les moyens de prodiguer des soins de qualité.

Le soutien complémentaire apporté par les superviseurs cliniques et les gestionnaires d'équipe est vu favorablement (Roy, 2012). L'apport positif de la supervision au sein de l'équipe est rapporté dans Roy (2012) et Leverton (2021). La joignabilité et la disponibilité des personnes-ressources sont considérées comme essentielles (Leverton, 2010). Le soutien par d'autres services au sein de l'organisation représente un élément possible d'aide à la prise de décision. La consultation de juristes ou de membres du comité d'éthique a été mentionnée. La consultation de services spécialisés comme l'équipe de psychogériatrie ou le Curateur public sont aussi nommés comme ressources pour l'évaluation et la prise de décision (Roy, 2012).

## Catégorie 3 : Attribution de tâches et pairages

La délégation et la supervision sont perçues comme des tâches délicates. En effet, ces activités impliquent la responsabilité professionnelle de la personne qui délègue (Jarling *et al.*, 2020). De plus, il apparaît difficile de juger de l'adéquation entre les compétences de la personne et les tâches déléguées (Jarling *et al.*, 2020). La délégation est perçue comme particulièrement difficile en contexte d'incertitude clinique (Silverglow *et al.*, 2021).

Des critiques sont soulevées en ce qui a trait à la pratique organisationnelle de transférer des tâches réservées au personnel infirmier à des intervenants offrant des soins de base (Berland *et al.*, 2012; Craftman *et al.*, 2018; Stacey, 2005). Contrairement au contexte de délégation, le transfert de tâche n'implique pas la réalisation d'une tâche sous supervision d'une personne en assumant la responsabilité professionnelle. Cette responsabilité professionnelle incombe directement à la personne à qui la tâche a été transférée. Craftman *et al.* (2018) identifient un manque de structure et de transparence avec ce type de transfert. Cette pratique serait associée à des préoccupations économiques, à la pénurie de personnel et au manque de clarté dans la définition des responsabilités réservées au personnel infirmier (Berland *et al.*, 2012). Ceci pourrait impacter la sécurité des usagers (Berland *et al.*, 2012; MacDonald, 2022).

Un article rapporte qu'il arrive que des usagers sollicitent des membres du personnel afin que ces derniers réalisent des tâches hors de leur mandat (Csikai et Patyán, 2021). Selon Stacey (2005), les organisations (ex. : les agences) qui transigent directement avec les usagers apparaissent plus diligentes afin de rappeler aux intervenants offrant des soins de base de ne pas prodiguer de soins médicaux. Certains intervenants offrant des soins de base établissent des limites claires quant à leur champ d'exercice et refusent de réaliser des tâches pour lesquelles ils ne sont pas qualifiés. Un dernier enjeu concerne l'instabilité des pairages entre intervenant et usagers, qui est en tension avec le développement d'une relation de confiance puisque celle-ci nécessite du temps (Higushi *et al.*, 2002). Les changements fréquents de pairage limitent la possibilité de construire et de maintenir des relations positives avec les usagers (Choe *et al.*, 2015) alors que le pairage personnalisé entre l'intervenant au SAD et l'utilisateur faciliterait le développement d'une relation positive (Leverton, 2021).

#### **Catégorie 4 : Outils de travail**

Les constatations en lien avec les outils de travail portent sur les lignes directrices, les procédures, les routines et les plans de soins. Il est question de lignes directrices qui sont absentes (Jarling *et al.*, 2020) ou obsolètes (Berland *et al.*, 2012), de procédures inappropriées ou contre-intuitives (Sims-Gould *et al.*, 2013) et de défis liés à la mise à jour des plans de soins (Higushi *et al.*, 2002).

Par ailleurs, le respect des politiques, procédures et protocoles est une stratégie de traitement des risques utilisée par des intervenants offrant des soins de base (Sims-Gould *et al.*, 2013). Cette stratégie est perçue comme un élément protecteur en regard de leur responsabilité professionnelle (Leverton, 2021). En contexte de crise ou pour répondre aux attentes des usagers, certains intervenants offrant des soins de base rapportent toutefois modifier le plan de soins ou enfreindre les règles (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010).

La prise en charge de l'élaboration et de l'implantation d'outils de travail à jour est appréciée par des membres du personnel infirmier (Berland *et al.*, 2012).



## Catégorie 5 : Transfert d'information

Des lacunes dans le transfert d'information entre collègues (Berland *et al.*, 2012), dans la prise de responsabilité individuelle en relation avec le transfert d'information (Berland *et al.*, 2012) et la difficulté d'accès aux dossiers (Higushi *et al.*, 2002) sont mentionnées. En l'absence d'accès aux données pertinentes par le biais des professionnels impliqués, le personnel se fie à l'usager ou à sa famille alors que leur compréhension des paramètres cliniques de la situation peut être lacunaire (Higushi *et al.*, 2002). Cela peut avoir pour effet une prise de décision sur la base de données incomplètes par le personnel (Higushi *et al.*, 2002). Le déficit dans la communication de l'information aux usagers a également un impact négatif sur la capacité décisionnelle de ces derniers (Csikai et Patyán, 2021).

Afin de faire face à cet enjeu, Silverglow *et al.* (2021) soulignent l'importance pour le personnel de connaître et d'exécuter leur responsabilité par rapport à la consultation et au maintien à jour de la communication. La mise en place de solutions qui favorisent la communication et le suivi en contexte de délégation est également évoquée favorablement (MacDonald, 2022).

## Catégorie 6 : Formulation et traitement des plaintes

Des préoccupations relatives à la formulation et au traitement des plaintes sont soulevées. Le processus de traitement des plaintes géré par les superviseurs cliniques est décrit comme porteur d'avantages et d'inconvénients. La lenteur avec laquelle les usagers formulent les plaintes constitue aussi une source de préoccupation (MacDonald, 2022).

### 4.1.3.2. Dimension éthique

La deuxième constatation synthétisée répond à la deuxième question d'évaluation. Cette question vise à identifier les éléments liés à la dimension éthique à considérer lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services au SAD, selon les intervenants. Il s'agit de la deuxième constatation synthétisée en importance en ce qui a trait au nombre de constatations (89 constatations : 55S, 34P) et de catégories qui la composent.

Cette constatation synthétisée rassemble quatre catégories, composées de constatations sur le respect du point de vue de l'usager et de ses proches, l'autonomie et la sécurité, et la relation professionnelle. Deux constatations orphelines y sont également rapportées. Les catégories sont définies dans le **tableau 8**.

**Tableau 8 : Catégories associées à la dimension éthique**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	NOMBRE DE CONSTATATIONS
Éthique	Posture de l'utilisateur et celle de ses proches	La volonté, les intérêts, les souhaits et les besoins de l'utilisateur et ceux de ses proches sont pris en considération dans le traitement des risques.	32 (18S; 14P)
	Autonomie et sécurité	La valorisation du respect du point de vue de l'utilisateur ou celui de ses proches et les préoccupations du personnel terrain pour la sécurité se trouvent souvent en tension.	34 (22S; 12P)
	Relation professionnelle	La relation de proximité et la réponse individualisée aux besoins sont valorisées et soulèvent des enjeux en relation avec la distance professionnelle appropriée et la mise en œuvre des pratiques standardisées.	28 (21S; 7P)
	Constatations orphelines	La volonté de maintien à domicile et de bienveillance est décrite comme soutenant la prise de décision.	2 (1S; 1P)

### Catégorie 1 : Posture de l'utilisateur et de ses proches

L'importance de l'utilisateur dans la prise de décision est évoquée dans plusieurs articles rapportant le point de vue du personnel infirmier (Jacobs, 2019; Saillant *et al.*, 1994), d'intervenants offrant des soins de base (Leverton, 2021) et de membres des équipes multidisciplinaires (Vik et Eide, 2012). Un article portant sur le point de vue de gestionnaires de cas stipule que le respect des choix de la personne s'impose, même en cas de trouble cognitif.

Pour des intervenants sociaux, des enjeux relatifs au traitement des risques ressortent lorsqu'il est difficile de prévoir le résultat des interventions, comme dans le contexte d'une faible capacité décisionnelle de l'utilisateur et lorsque l'étiologie de cette faible capacité décisionnelle est incertaine (Healy, 2003). Plusieurs constatations rapportent par ailleurs des enjeux identifiés par différents professionnels dans le cadre de ce processus, notamment des valeurs et des croyances différentes (Saillant *et al.*, 1994; Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010); des *a priori* (Jacobs, 2019); ainsi qu'une opposition ou une résistance aux soins (Jacobs, 2019; Rasool *et al.*, 2018; Webber *et al.*, 2022).

La famille et les proches jouent un rôle important dans le processus de prise de décision (Csikai et Patyán, 2021) et dans le traitement du risque (Gilmour *et al.*, 2003), bien que cela ne soit pas toujours synonyme de succès (Gilmour *et al.*, 2003; Jacobs, 2019). Les intérêts (Janssen *et al.*, 2014; Scheepmans *et al.*, 1994), les demandes (Csikai et Patyán, 2021; Rasoal *et al.*, 2018), et les comportements des proches (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010) ne sont pas toujours alignés avec le meilleur intérêt de la personne aînée. Les visions peuvent également différer entre les proches et les intervenants du SAD (Higushi *et al.*, 2002; Jacobs, 2019).

## **Catégorie 2 : Autonomie et sécurité**

Des gestionnaires de cas (Corvol *et al.*, 2014), des intervenants offrant des soins de base (Sims-Gould *et al.*, 2013) et des membres d'équipes multidisciplinaires (Gilmour *et al.*, 2003; Janssen *et al.*, 2014) rapportent qu'une partie de leur rôle est d'assurer la sécurité des personnes aînées à domicile. Des tensions sont rapportées quant à la prise en considération du point de vue d'usagers et de celui de leurs proches, versus la responsabilité professionnelle en matière de soins et de services sécuritaires et de qualité (Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010; Rasoal *et al.*, 2018; Webber *et al.*, 2022).

Plusieurs constatations, associées à l'opinion de différents professionnels, relèvent des tensions entre les choix de la personne et sa sécurité (Janssen *et al.*, 2014; Johnson, 2015; Leverton, 2021), et la responsabilité professionnelle perçue en lien avec cette dernière (Roy, 2012; Silverglow *et al.*, 2021). L'acceptabilité du risque est évoquée comme piste de solution face à ces tensions (Corvol *et al.*, 2014; Gilmour *et al.*, 2003; Higushi *et al.*, 2002).

Par ailleurs, les décisions qui permettent aux personnes aînées qui utilisent les services de vivre avec des risques peuvent être considérées comme très difficiles (Higushi *et al.*, 2002). Différentes postures d'intervention par rapport au risque sont décrites dans la littérature, allant de la défense des choix de la personne (Corvol *et al.*, 2014) à la coercition (Lundberg, 2018; Rasoal *et al.*, 2018). Le niveau de directivité de l'intervention apparaît influencé par divers facteurs : le temps; la sécurité; l'évaluation de la capacité décisionnelle; le degré d'accord; et le partage de la responsabilité morale (Healy, 2005).

## **Catégorie 3 : Relation professionnelle**

Des constatations mettent de l'avant l'importance du travail relationnel (Mulhi, 2010) et de la relation de proximité (Silverglow *et al.*, 2021; Stacey, 2005; Stevens *et al.*, 2022) au SAD. La connaissance de l'utilisateur est décrite comme importante (Lundberg, 2018; Saillant *et al.*, 1994); un standard de pratique (Mulhi, 2010; Vik et Eide, 2012), un synonyme de soins de qualité (Jacobs, 2019) et un élément déterminant de la réussite de l'intervention (Saillant *et al.*, 1994).

Les enjeux soulevés en lien avec la personnalisation concernent la tension entre la relation de proximité et la distance professionnelle appropriée (Csikai et Patyán, 2021; Jacobs, 2019; Mulhi, 2010; Silverglow *et al.*, 2021; Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010). La tension entre la réponse aux souhaits et aux attentes des usagers, et la mise en œuvre de pratiques standardisées est aussi mentionnée (Jacobs, 2019; Janssen *et al.*, 2014; Mulhi, 2010) ou prédéfinie (Vik et Eide, 2012).

#### Catégorie 4 : Constatations orphelines

Une constatation indiquant que la volonté de maintenir la personne à domicile peut justifier l'usage de contention à la maison (Scheepmans *et al.*, 1994). À noter que la visée au Québec est de diminuer, voire d'éliminer, l'usage des mesures de contrôle comme la contention en établissement et à domicile (MSSS, 2015).

Cette orientation est motivée par les effets néfastes graves que ces mesures peuvent avoir sur la santé physique et psychologique des personnes (MSSS, 2015). L'autre mentionne que la prestation de soins présuppose une boussole morale axée sur la volonté de prendre soin des autres et de bien le faire (Jarling *et al.*, 2020).

#### 4.1.3.3. Dimension professionnelle

La troisième constatation synthétisée apporte une réponse à la troisième question d'évaluation. Celle-ci vise l'identification des éléments se rapportant à la dimension professionnelle pris en considération dans le traitement des risques. Les constatations et catégories associées à cette constatation synthétisée sont moins nombreuses : 20 constatations (9S, 11P), réparties dans deux catégories : la formation et l'expérience ainsi que les risques pour les intervenants et leurs limites personnelles. Les catégories sont définies dans le **tableau 9**.

**Tableau 9 : Catégories associées à la dimension professionnelle**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	NOMBRE DE CONSTATATIONS
Professionnelle	Formation et expérience	La formation et l'expérience acquise au travail sont mobilisées pour le traitement des risques, et présentent des limites.	11 (6S; 5P)
	Risques et limites (personnel)	Les risques pour la santé physique et psychologique, et les limites du personnel sont considérés dans le traitement des risques.	9 (3S; 6P)

### Catégorie 1 : Formation et expérience acquise au travail

Les manques de formation et de bagage de connaissances formelles (Roy, 2012; Higuchi *et al.*, 2010), ainsi que la perte de compétence liée au roulement de personnel (Silverglow *et al.*, 2021) sont décrits comme étant des enjeux importants. La formation continue est vue comme essentielle afin de faire face aux risques (Leverton, 2021). Elle est décrite comme permettant de mieux comprendre les situations et de mieux justifier les orientations cliniques (Ouellet, 2012). Certaines formations sont identifiées comme particulièrement nécessaires et aidantes pour la pratique du travail social dans le mémoire de Roy (2012). Celles-ci portent sur le processus de prise de décision, notamment en lien avec les aspects juridiques des régimes de protection (Roy, 2012).

L'expérience de travail est vue comme un atout pour le développement professionnel des membres d'équipes multidisciplinaires (Gilmour *et al.*, 2003) et d'intervenants offrant des soins de base (Leverton, 2021; Stacey, 2005). L'expérience professionnelle est décrite comme permettant de se sentir mieux équipé pour prendre des décisions, mettre des limites et maintenir une attitude professionnelle (Jarling *et al.*, 2020).

### Catégorie 2 : Risques et limites du personnel

Des risques pour la santé physique et psychologique du personnel dans l'exercice de leurs fonctions sont soulevés (Gilmour *et al.*, 2003; Jarling *et al.*, 2020; Stacey, 2005). Des enjeux liés à leurs limites personnelles, notamment en contexte de comportements vus comme provocateurs (Eilertsen et Kiik, 2016) ou non conformes aux conventions sociales (Choe *et al.*, 2015; Johnson, 2015, Rasoal *et al.*, 2018), sont également relevés.

Sims-Gould et Martin-Matthew (2010) rapportent certaines stratégies utilisées par des intervenants offrant des soins de base en présence de comportements dérangeants : ne pas commenter le comportement; travailler vite et en silence; ne pas poser de questions; et être attentifs aux indices dans l'environnement.

#### 4.1.3.4 Dimension juridique

La quatrième constatation synthétisée apporte une réponse à la quatrième question d'évaluation, qui porte sur la dimension juridique. Les constatations associées à cette constatation synthétisée sont au nombre de 13 (11S, 2P), elles apparaissent donc peu représentées. Elles sont réparties en trois catégories : les lois et obligations professionnelles, les droits des usagers et les préoccupations liées aux politiques sociales prises en considération dans le traitement des risques. Les catégories sont définies dans le **tableau 10**.

**Tableau 10 : Catégories associées à la dimension juridique**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	NOMBRE DE CONSTATATIONS
Juridique	Lois et obligations	Tension ressentie en lien avec la mise en œuvre des responsabilités professionnelles découlant du cadre juridique	3 (1S; 2P)
	Droits des usagers	Le droit à prendre des décisions, à recevoir des soins et services, et à demeurer à domicile est pris en considération dans le traitement des risques.	4 (4S)
	Politiques sociales	Des politiques sociales axées sur l'autonomie et marquées de considérations économiques affectent le traitement des risques.	6 (6S)

### Catégorie 1 : Lois et obligations professionnelles

Une constatation, émergeant d'un article sur la voix du personnel infirmier, évoque une grande pression ressentie et une difficulté à remplir les obligations professionnelles associées à leur code de déontologie en matière de soins de qualité, sécuritaires, équitables et individualisés (Rasoal *et al.*, 2018). Une constatation émergeant d'une recherche menée auprès d'intervenants en travail social identifie une lourdeur de la responsabilité professionnelle qui leur incombe, notamment dans le cadre de l'exécution d'un acte réservé (Roy, 2012). Une étude, sur la perspective d'agentes d'aide sociale en charge d'effectuer l'évaluation et la mise en place des services de SAD, rapporte une tension en lien avec l'obligation légale d'intervenir à l'intérieur d'un cadre économique (Mulhi, 2010).

### Catégorie 2 : Droit des usagers

Les constatations qui se rapportent aux droits des usagers traitent (1) du droit de la personne aînée à prendre des décisions (Lundberg, 2018; Roy, 2012); (2) du droit aux soins et services (Mulhi, 2010); (3) du droit de demeurer à domicile (Mulhi, 2010), en tension avec d'autres éléments. En effet, le droit de la personne aînée à prendre des décisions se présente comme en tension avec les inquiétudes de la famille (Roy, 2012) ou les propositions du personnel du SAD (Lundberg, 2018). Le droit aux soins et services et le droit de demeurer à domicile sont présentés comme en tension avec la réponse aux besoins de l'utilisateur (Mulhi, 2010).

### Catégorie 3 : Politiques sociales

Une politique sociale de SAD axée sur l'autonomie est réprouvée dans un article (Jacobs, 2019). Des membres du personnel infirmier affirment que cette politique ne répond pas aux besoins de leurs usagers. En effet, son orientation en regard de l'autonomie se serait paradoxalement traduite en rétention de soins de manière générale (Jacobs, 2019).

Trois constatations issues d'un autre article critiquent une politique sociale marquée de la lunette économique. Cette lunette affecte la prise de décision, entraîne des tensions entre les droits des usagers et la réponse offerte, et limite la flexibilité de la réponse (Mulhi, 2010). Une dernière constatation relève un écart entre les politiques gouvernementales de maintien à domicile et la perception qu'en ont les usagers (Saillant, 1994).

## 4.2 Données expérientielles

Différentes personnes ont été sollicitées afin de partager leur expérience au SAD. Dans la section qui suit, le profil des participants est décrit, puis la synthèse thématique des propos recueillis est présentée par dimension à l'étude. Pour chacune de ces dimensions, la perspective d'intervenantes sur le terrain, puis celle de professionnelles-conseil, ainsi que celle d'usagers et de proches est rapportée.

### 4.2.1 Profil des participants

Ce sont sept des huit établissements ciblés qui ont accepté de participer au recrutement d'intervenantes terrain. Les démarches de recrutement ont permis d'identifier un grand nombre de volontaires dans différents établissements. Au total, 15 intervenantes au SAD ont participé aux groupes de discussion. Elles provenaient de six établissements et exerçaient dans six champs professionnels différents (**tableaux 11 et 12**). Le groupe de préposés aux bénéficiaires a été remplacé par un groupe d'ASSS en raison d'enjeux liés au recrutement.

**Tableau 11 : Nombre de participantes par établissement**

ÉTABLISSEMENT	NOMBRE DE PARTICIPANTES
CIUSSS de la Capitale-Nationale	2
CISSS du Bas-St-Laurent	3
CISSS de Chaudière-Appalaches	2
CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean	3
CISSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	3
CHU de Québec-Université Laval	2

**Tableau 12 : Nombre de participantes par titre d'emploi**

PROFIL PROFESSIONNEL	NOMBRE DE PARTICIPANTES
ASSS	3
Ergothérapeute	2
Infirmière	3
Médecin	2
Physiothérapeute	2
TS	3

Un seul établissement a été approché pour le recrutement du personnel-conseil. Une entrevue de groupe et une entrevue individuelle ont été réalisées. Les propos de trois des participantes ont été retenus pour analyse : une conseillère cadre en gestion des risques, une professionnelle-conseil aux pratiques professionnelles et une conseillère à l'éthique.

Trois établissements ont été ciblés afin de recruter des usagers et des proches aidants de l'Est-du-Québec. Deux d'entre eux participaient aux services du SAD dans le cadre de leur suivi individuel et le troisième participait aux services dans le cadre de suivi de ses proches. Pour ce groupe, les témoignages ont été recueillis en personne afin de favoriser l'accès à la participation.

#### 4.2.2 Synthèse des thèmes rapportés

Dans cette section, les éléments considérés en relation avec chaque dimension et catégorie sont présentés successivement selon le point de vue des intervenantes, des professionnelles-conseil, et des usagers et de leurs proches rencontrés. La synthèse de ces données est présentée dans le **tableau 13**.



**Tableau 13 : Synthèse des données expérientielles par dimension et type de participants**

DIMENSION	INTERVENANTS	PERSONNEL-CONSEIL	USAGERS + PROCHES
Organisationnelle	<p>Les limites de la disponibilité des ressources (incluant la pression de la charge de travail) sont considérées dans le traitement des risques.</p> <p>La flexibilité est utilisée à la fois par les professionnels et par les organisations pour faire face aux limites de l'accessibilité.</p> <p>Le soutien entre les pairs, le soutien professionnel, le travail interdisciplinaire, interorganisationnel et intersectoriel sont mis à l'œuvre et peuvent être renforcés en contexte d'incertitude.</p> <p>Certains outils de travail assortis d'indications relatives à la manière de traiter le risque sont utilisés et le jugement clinique demeure essentiel.</p>	<p>L'accessibilité des soins et services, le travail d'équipe et le soutien mobilisable, les outils de travail et le transfert d'information sont considérés dans l'accompagnement du traitement des risques.</p>	<p>La complémentarité des différents services de santé et services sociaux et le travail de collaboration sont rapportés.</p> <p>La diminution de l'accessibilité des soins et services et des mouvements fréquents de personnel sont constatés.</p>
Éthique	<p>La posture de l'utilisateur est au cœur des éléments considérés dans le traitement des risques.</p> <p>Le rôle d'assurer la sécurité, la bienveillance et la tolérance aux risques peuvent être en tension.</p> <p>La connaissance et le respect de l'utilisateur et de son milieu sont valorisés.</p>	<p>Le point de vue de l'utilisateur et celui de ses proches, la sécurité, la bienveillance et la non-malfaisance sont pris en considération dans l'accompagnement du traitement des risques.</p>	<p>L'autodétermination est prise en considération de façon variable par les intervenants.</p> <p>La perception de la sécurité par l'intervenant et la relation de proximité influencent le traitement des risques.</p>
Professionnelle	<p>Les formations initiales sont perçues comme étant peu axées sur le traitement des risques. La formation continue est perçue positivement pour se développer à cette activité. Les expériences positives et négatives ont un impact sur le traitement des risques.</p> <p>Les risques pour les intervenants en SAD sont considérés dans le traitement des risques.</p>	<p>La formation et l'expérience influencent le traitement des risques.</p>	<p>Non abordé</p>
Juridique	<p>Le droit au consentement, le droit d'être représenté et le droit d'être protégé en contexte de maltraitance sont mentionnés.</p> <p>La responsabilité professionnelle est perçue comme étant lourde. La Loi 90 offre un encadrement adéquat et nécessaire de la délégation.</p>	<p>Les lois et règlements encadrant la protection des personnes en situation de vulnérabilité et la pratique professionnelle sont pris en considération dans l'accompagnement du traitement des risques.</p>	<p>Non abordé</p>

#### 4.2.2.1 Dimension organisationnelle

Les données issues des entrevues avec des intervenantes et d'autres parties prenantes touchent principalement trois thèmes en lien avec la dimension organisationnelle : l'accessibilité et la flexibilité, le travail d'équipe et les outils de travail.

##### Accessibilité et flexibilité

Plusieurs intervenantes affirment prendre en considération la disponibilité des ressources lorsqu'elles traitent les risques. Les limites de la disponibilité des services en temps opportun; le manque de ressources humaines, matérielles et financières; la lourdeur de la charge de travail et la priorisation envisagée; ainsi que les lacunes dans l'offre de services alternatifs ou complémentaires sont cités, comme ici :

*La disponibilité des services rentre en ligne de compte et va venir influencer notre décision, parce qu'on a bien beau vouloir mettre plusieurs services à domicile, s'il n'y a rien de disponible ou on n'a pas l'offre de service pour ça, ça apporte des risques supplémentaires. – TS 1*

Pour compenser les limites d'accessibilité, plusieurs stratégies sont mises en œuvre. La demande de modification d'horaire, l'entraide entre collègues, l'omission ou la compression de certaines tâches (comme la saisie de statistiques), la clarification du cadre avec l'utilisateur en sont des exemples. La stratégie la plus souvent mentionnée est celle de faire plus d'heures que ce qui est défini dans le titre d'emploi, sans que celles-ci ne soient toujours reconnues ni rémunérées :

*Je gruge sur mon temps de repas, on n'a pas de pause, on finit après, mais on ne le dit pas. Quand mon horaire est trop chargé, je commence avant et je ne le déclare pas. Mes remplaçantes n'aiment pas mon horaire. – Infirmière 2*

Le travail supplémentaire est également une stratégie retenue par l'organisation pour faire face aux défis qu'elle rencontre. Par exemple, une ASSS travaillant habituellement sur un horaire régulier de jour de semaine rapporte devoir travailler depuis un an les fins de semaine en rotation avec ses collègues afin de couvrir tous les quarts requis. Le travail avec des horaires atypiques et irréguliers et les heures supplémentaires, rémunérées ou non, apparaissent usants, comme en témoigne cet exemple :

*Physiquement et moralement, le personnel devient écaeuré de faire du temps supplémentaire. – ASSS 4*

D'autres stratégies mises en place par les organisations sont rapportées : planifier les routes en tenant compte de la proximité géographique, prévoir davantage de temps pour une première rencontre, sous-traiter certaines tâches et embaucher du nouveau personnel.

Une professionnelle évoque également le fait que pour pallier le manque de physiothérapeutes, des technologues en physiothérapie ont progressivement été formées afin de pouvoir assumer un rôle plus large auprès des usagers.

Du point de vue du personnel-conseil, la pénurie de main-d'œuvre, l'augmentation du volume de demandes et des délais de mise en place de l'accompagnement ainsi que le manque de continuité dans les soins et services sont décrits comme influençant le traitement des risques. Une tension est évoquée entre ce que les intervenants jugent nécessaire, ce que les usagers estiment qu'ils devraient recevoir et ce que l'établissement peut offrir :

*Le délai de prise en charge au SAD en contexte de pénurie est plus long, donc on doit gérer le risque [...] des fois on va élargir un peu le professionnel, tout en respectant son champ d'exercice – Conseillère cadre en gestion des risques*

Des stratégies de compensation comme l'élargissement du rôle professionnel pour compenser la non-disponibilité des membres de l'équipe (ex. : prolonger le suivi, réaliser des soins et services normalement réalisés par des collègues) et l'investissement personnel pour compenser le manque de ressources financières et matérielles (ex. : payer les comptes de l'utilisateur ou le transporter dans son véhicule personnel) sont rapportées par deux des professionnels-conseil. L'une d'entre elles évoque appeler à la vigilance les intervenants qui s'impliquent personnellement afin de compenser le manque de ressources et les recentrer sur leur imputabilité face à ces démarches.

Le manque de ressources spécialisées est également un enjeu évoqué par des professionnelles-conseil (ex. : en santé mentale, pour les situations atypiques et pour les personnes qui ont des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence). Des enjeux sont également soulevés dans le contexte de points de vue différents entre différents professionnels impliqués. Du côté des usagers et des proches, la diminution de l'accessibilité de certains soins et services est constatée.

### **Travail d'équipe**

Le travail interdisciplinaire est décrit comme bénéfique dans l'ensemble des groupes d'intervenantes terrain. Celui-ci est perçu comme permettant d'avoir une vision plus large des situations, de traiter les risques de manière complémentaire et de se soutenir mutuellement, notamment pour la prise de décision.

Selon plusieurs intervenantes, le travail d'équipe, de concertation et de soutien clinique est essentiel dans les situations complexes. Le travail interdisciplinaire permet aussi à chaque professionnel de demeurer dans son champ d'expertise.

*J'ai une infirmière avec qui je travaille, chaque fois qu'elle fait une visite, elle m'envoie sa note d'évolution. Chaque fois que je fais un changement de médication, je lui envoie un petit courriel. Ça devrait être la norme, de se tenir au courant de ce qui se passe.*  
– Médecin 1

Pour faire face à l'incertitude en contexte de traitement des risques, certaines intervenantes rencontrées ont fait appel à des services spécialisés. Le soutien ou le mentorat offert par des services de deuxième ligne sont vus comme aidants lorsqu'accessibles et disponibles.

Plusieurs ressources supplémentaires sont également évoquées pour soutenir la prise de décision en contexte de risque, par exemple : les coordonnateurs régionaux à la maltraitance; la plateforme *Suivi des interventions en maltraitance des aînés* (SIMA); les comités d'éthique; les services juridiques et les services d'urgence.

Les ordres professionnels ne sont pas décrits spontanément comme étant une ressource pour le traitement des risques par les intervenantes terrain au SAD rencontrées.

Des difficultés existent dans le processus de recherche de soutien auprès de collègues, d'intervenants chargés d'offrir du soutien clinique, de services spécialisés ou d'autres ressources. Ces difficultés concernent le contexte solitaire du SAD, l'identification et le maintien du contact avec les personnes-ressources, les lacunes dans la coordination des services et les divergences d'opinion professionnelle.

Afin d'améliorer le traitement des risques et le soutien perçu en contexte d'incertitude par rapport au risque, plusieurs souhaits sont formulés par les intervenantes rencontrées. Différentes formes de soutien par les pairs sont évoquées (pairage entre professionnels novices et expérimentés, rencontres conjointes, implication dans des comités de pairs et participation à des groupes de codéveloppement). L'identification d'une personne-ressource et la facilitation de l'accès à celle-ci sont souhaitées :

*J'aimerais avoir une personne-ressource à qui me référer quand on a vraiment besoin.  
Une personne attirée qui pourrait nous aider, nous donner des conseils,  
savoir comment gérer la situation. – ASSS 3*

La bonne connaissance mutuelle et l'usage d'outils technologiques (lorsqu'ils sont accessibles) font partie des éléments pouvant favoriser la collaboration.

La clarification des corridors de services est également mentionnée comme piste pouvant favoriser la fluidité des collaborations :

*Une personne-ressource capable d'entendre les problématiques vécues à domicile et  
qui pourrait m'aiguiller sur qui serait la bonne personne [...] capable de mobiliser [...] rapidement de l'aide. – Médecin 2*

Le développement de l'offre des services en gérontopsychiatrie à domicile est également souhaité, afin de prévenir les hospitalisations, particulièrement dans les cas de symptômes comportementaux et psychologiques de la démence.

Pour ce qui est du groupe de professionnelles-conseil, la concertation au sein de l'équipe est perçue favorablement, tout comme la recherche de soutien auprès d'équipes complémentaire à l'interne (ex. : comité d'éthique, direction juridique) et à l'externe (ex. : comité régional d'intervenants pivots experts, ordre professionnel). Le partage des responsabilités avec une personne en position d'autorité ou l'équipe peut augmenter la tolérance aux risques selon l'une des professionnelles-conseil.

Le travail d'équipe entre des intervenants internes et externes à l'organisation est également vu positivement par un membre du groupe d'usagers et de proches aidants. Un témoignage met toutefois de l'avant un enjeu de changement fréquent de personnel :

*Il en a eu tellement que là... je ne trouve pas [le nom de l'intervenante] pour faire exprès.  
– Proche 1*

Cet extrait témoigne de similitudes dans les défis vécus par les usagers et les proches, ainsi que les intervenants dans le travail d'équipe au sein de ce type d'organisation.

### **Outils de travail**

Plusieurs intervenantes rencontrées affirment avoir à leur disposition divers outils de travail pour évaluer les risques et prendre des décisions en relation avec ceux-ci. Tout d'abord, l'utilisation d'outils communs entre les membres du personnel issus de différents établissements afin d'évaluer les risques est citée comme favorisant l'usage d'un langage commun et la prise de décisions équitables. Elle apparaît donc favorable au travail d'équipe.

Par ailleurs, les opinions émises par rapport à ces outils sont variées. Diverses intervenantes rapportent utiliser des outils ou se référer à des programmes assortis de critères préétablis pour soutenir leur jugement clinique, afin de prendre les décisions équitables en relation avec la priorisation pour l'accès aux soins et services. Des guides et des balises provinciaux sont également évoqués pour soutenir la prise de décision en matière d'attribution de soins et services :

*On a des programmes de prévention des chutes, de prévention des plaies;  
ça aide à faire la priorisation. – Infirmière 2*

Pour les ASSS rencontrées, les protocoles et plan de travail assortis d'indications claires sur la manière d'évaluer et de traiter les risques (ex. : risque de chute, risque suicidaire) sont rapportés comme offrant un bon encadrement. Par ailleurs, la mise en œuvre des actions préconisées n'arrive pas toujours à prévenir la survenue de conséquences associées aux risques ciblés.

En outre, une grande partie des outils disponibles (ex. : outil de cheminement clinique informatisé [OCCI]) n'est pas assortie d'indications claires quant à la manière de traiter les risques identifiés, renvoyant à l'importance du jugement clinique :

*Je trouve qu'il n'y a rien en lien avec le risque. Oui, on sait tous comment  
évaluer l'équilibre, on a des tests fonctionnels, mais il n'y a personne  
qui nous a dit « s'il arrive ça, tu fais ça ». Mais ça, c'est un jugement clinique.  
– Physiothérapeute 1*

Deux types d'outils de travail sont évoqués par des professionnelles-conseil. D'une part, des outils soutenant la gestion des risques dans l'intervention sont mentionnés. Il est question d'outils utilisés par les intervenants (ex. : grilles obligatoires d'évaluation des risques, arbres décisionnels) et qui doivent être accompagnés d'une analyse approfondie des risques afin de prendre une décision éclairée. D'autre part, des outils soutenant la gestion des risques de l'intervention sont cités. La politique de gestion des risques et les outils utilisés afin de déclarer les incidents et accidents, les processus de divulgation des risques et de suivi, ainsi que les indicateurs suivis en la matière sont évoqués.

Selon une professionnelle-conseil, dans le contexte du virage actuel en faveur du maintien à domicile, le traitement des risques s'est intensifié. Une appropriation et un tri entre les différents outils disponibles pour accompagner le traitement des risques sont en cours afin de bien en planifier la diffusion. La formation *Vivre avec le risque de l'équipe* du même nom à l'Université de Sherbrooke est citée.

#### **4.2.2.2. Dimension éthique**

Des éléments de la dimension éthique pris en considération dans le traitement des risques ont également été rapportés : la posture de l'utilisateur et de ses proches, l'autonomie et la sécurité, et la relation professionnelle. Ceux-ci sont présentés dans cette section.

#### **Posture de l'utilisateur et de ses proches**

La volonté, les intérêts, les souhaits et les besoins des usagers sont au cœur de la prise de décision par rapport aux risques selon le témoignage de plusieurs intervenantes. Des travailleurs sociaux et une infirmière proposent toutefois une nuance :

*L'utilisateur est toujours au centre des décisions, quand il est apte,  
c'est toujours lui qui décide. – Travailleur social 1*

Le partage de la responsabilité décisionnelle avec les usagers en contexte de risque est décrit comme étant important par différentes intervenantes interviewées. Le manque de collaboration et d'autocritique, de même que des visions différentes par rapport aux risques et aux interventions requises, représentent des enjeux pour plusieurs d'entre elles.

Certaines intervenantes décrivent également les proches comme ayant des rôles importants dans le traitement des risques (ex. : dans le cadre du consentement substitué). La collaboration dans l'élaboration du filet de sécurité et le partage de la responsabilité par rapport au risque constituent des éléments importants dans le traitement des risques.

La collaboration entre intervenants et proches serait également empreinte de certaines difficultés. Des intervenantes disent parfois sentir de la pression exercée par des proches afin de prendre des décisions concernant des interventions qui ne correspondent pas aux aspirations de l'utilisateur :

*Je dirais la pression familiale des fois... Ce que la personne veut c'est une chose, ce que la famille veut c'est autre chose, c'est notre désir d'entendre tout le monde, pis de mettre le patient au centre de tout ça. En même temps sans les proches, s'ils disent moi je m'en vais, le patient est mal pris. – Médecin 2*

Selon différentes intervenantes, les proches peuvent vivre des incompréhensions, avoir des limites, des besoins non comblés et des croyances qui peuvent complexifier le traitement des risques. Certaines intervenantes décrivent des défis posés par des situations de maltraitance, de négligence et d'abus de la part des proches, et des situations où les valeurs des proches et celles de l'intervenant ne sont pas alignées.

La prise en considération du point de vue de l'utilisateur et de celui de ses proches ou le respect de l'autonomie décisionnelle est également une valeur mentionnée par une professionnelle-conseil. L'une d'entre elles décrit la place centrale de l'utilisateur et de ses proches dans la prise de décision :

*Nous on accompagne beaucoup les équipes dans la gestion du risque.  
On met l'utilisateur au cœur de tout ça... – Conseillère cadre*

Celle-ci rapporte de plus participer à la promotion de la prise de décision partagée. Une autre professionnelle-conseil affirme que le partage des responsabilités est un élément important. Celle-ci soulève des enjeux relatifs au partage de responsabilité dans le traitement des risques dans le contexte où il existe une zone grise entre l'aptitude et l'inaptitude, et dans le contexte de points de vue différents entre l'intervenant et l'utilisateur et ses proches.

Les différents témoignages recueillis auprès d'utilisateurs et de proches mettent en lumière différentes façons de faire relative à la prise en considération de leur point de vue dans le traitement des risques. Un utilisateur témoigne de sa prise en considération :

*[Pour prendre la décision] on en parle, de ce que je vois, de ce qu'elle voit. C'est comme une consultation entre les deux [... Elle] voit la plaie à tous les jours, elle en a discuté avec la chef de service, qui vient voir l'évolution. [...] La décision est prise à la lumière de la progression. – Utilisateur 2*

Deux autres témoignages laissent voir une prise de décision sans consulter l'utilisateur et des enjeux liés au fait qu'il y a parfois une absence de relation entre l'utilisateur et les intervenants responsables de prendre des décisions qui affectent directement les services qui lui sont offerts.

## Autonomie et sécurité

La sécurité de l'utilisateur est au cœur des préoccupations de plusieurs des professionnelles rencontrées. Deux travailleuses sociales mentionnent qu'une partie de leur rôle professionnel est d'assurer la sécurité des personnes auprès de qui elles interviennent. Des tensions peuvent exister entre les préoccupations du personnel pour la sécurité et les souhaits de l'utilisateur.

Les travailleuses sociales rencontrées mettent de l'avant le fait qu'elles peuvent parfois imposer leur vision ou user de « manipulation bienveillante » en intervention :

*C'est à l'utilisateur de faire le compromis : vous voulez demeurer à domicile, vous devez accepter tel service. Un petit peu de chantage émotif, mais je dirais que, on n'a pas le choix parce que sinon on n'arriverait jamais à nos fins. – Travailleuse sociale 2*

Mettant de l'avant une position opposée sur le continuum de la directivité, une médecin souligne l'importance du respect de l'autonomie et de l'humilité par rapport aux perceptions et à la volonté de bienveillance. Dans le même ordre d'idées, des membres des différents groupes professionnels relèvent l'importance de la tolérance au risque dans leur travail :

*La priorisation dépend aussi de la tolérance au risque. – Ergothérapeute 1*

L'impact de la tolérance au risque sur la prise de décision est également évoqué par quelques intervenantes. La protection est également mentionnée comme étant une valeur importante par une professionnelle-conseil. Celle-ci mentionne une « tolérance zéro à l'inaction devant le risque » au sein de son établissement.

Deux des participantes de ce groupe évoquent des situations d'hébergement « un peu forcé » dans le contexte de compromission de la sécurité. Des valeurs telles que la bienveillance et la non-malfaisance sont également mentionnées.

Du côté des usagers et des proches consultés, des enjeux sont également soulevés en lien avec des perceptions différentes entre l'utilisateur et l'établissement qui le dessert :

*Le CLSC venait ici [pour une perfusion]. Ils m'ont dit « on ne peut plus aller chez vous, c'est pas safe ». [...] Je comprends pas. – Usager 2*

Dans cet exemple, l'utilisateur évoque que la sécurité est citée par l'intervenante pour justifier une décision qui a été prise par l'organisation qu'il ne comprend pas et qui va à l'encontre de sa volonté vu les impacts importants pour lui.



## Relation professionnelle

Le traitement des risques est décrit comme un processus continu par un travailleur social :

*Ça vient à partir des risques, s'il y a beaucoup de risques... Fait que oui c'est continu, c'est un peu pour ça qu'on est là, évaluer ces risques. – Travailleur social 1*

La connaissance de l'usager et de son milieu, la création de lien avec lui et le respect de son rythme, ainsi que la longévité du travail en collaboration sont décrits comme favorisant le processus de traitement des risques par différentes intervenantes.

La relation entre l'usager et le professionnel impliqué dans le traitement des risques apparaît également importante pour les usagers et les proches aidants rencontrés. Dans les trois témoignages recueillis, la relation de proximité avec des intervenants est très appréciée. La gentillesse, la disponibilité, la joignabilité, le dévouement et la politesse du personnel sont cités avec estime. Par ailleurs, comme évoqué plus tôt, la distance entre les personnes responsables de prendre les décisions et les personnes qui vivent avec celles-ci est décriée dans certains cas.

### 4.2.2.3. Dimension professionnelle

Les intervenantes ont identifié des éléments considérés dans le traitement des risques pouvant se rapporter à la dimension professionnelle : la formation et l'expérience, les risques pour les professionnelles et leurs limites individuelles. Ces catégories sont décrites et synthétisées.

#### Formation et expérience

Plusieurs intervenantes affirment ne pas avoir obtenu de formation spécifique en lien avec le traitement des risques au SAD, dans le cadre de leur formation initiale. Cette compétence s'acquerrait au fil du temps :

*En bon français, on apprend sur le tas. – Ergothérapeute 1*

Plusieurs intervenantes citent des stratégies utilisées afin de développer la compétence nécessaire au traitement judicieux des risques : des activités de formation continue régulières ou ponctuelles, volontaires ou obligatoires, planifiées par l'organisme employeur ou d'initiative personnelle.

Ces formations peuvent porter sur des risques spécifiques (ex. : risque de plaie), sur les meilleures pratiques (ex. : principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires) ou sur la sensibilisation du personnel à des réalités particulières (ex. : aux réalités autochtones). Aucune autre formation n'a été évoquée comme portant spécifiquement sur le traitement des risques et l'incertitude qui peut s'y rattacher.

Les formations supplémentaires souhaitées pour faciliter le traitement des risques sont diversifiées. Des ASSS souhaitent obtenir une large base de connaissances afin de bien identifier à quel moment référer :

*C'est surtout des formations hors de mes fonctions, on aurait besoin d'être mieux appuyées, pour se sentir plus fortes et de savoir quelles questions poser et à quel moment on peut lever le drapeau rouge, car il y a un risque. – ASSS 4*

En lien avec la manière d'agir avec des usagers ayant des difficultés cognitives, des formations sur le risque suicidaire, le risque d'abus et le risque de fugue sont également souhaitées; notamment lorsque ces difficultés sont associées à des symptômes comportementaux et psychologiques.

Plusieurs intervenantes mettent de l'avant le développement de leurs compétences grâce à leur expérience professionnelle. En majorité, elles affirment qu'avec l'expérience, elles ont développé une plus grande tolérance et une acceptation du risque :

*Avant, je travaillais plus en amont. Maintenant, j'attends que ça vienne parce que tout est tellement imprévisible. Beaucoup plus de tolérance au risque...  
– Travailleuse sociale 3*

D'autres intervenantes affirment que l'expérience peut rendre plus sensible au risque et plus habile à les détecter et à les prévenir. De plus, l'expérience d'événements graves est décrite comme pouvant diminuer la tolérance à certains risques :

*Quand il arrive des événements graves, qui sont souvent médiatisés, la tolérance au risque est moins grande. Il y a des choses qui ne pardonnent pas. – Ergothérapeute 2*

L'expérience permettrait d'avoir des points de repère, des exemples concrets à présenter aux usagers afin de soutenir le processus de prise de décision partagée. L'expérience conférerait aussi de l'assurance et soutiendrait les connaissances et le savoir-faire. Pour le groupe d'infirmières rencontrées, l'expérience permet aussi de poser un regard critique sur l'offre de service, qui s'est beaucoup transformée au fil des années.

Toutes les professionnelles-conseil rencontrées affirment que l'expérience peut mieux outiller les intervenants pour le traitement des risques. Elles affirment également que de jeunes professionnels peuvent également être très solides dans la démarche de traitement des risques :

*Plus tu as de l'expérience, plus tu es capable de le gérer le risque. Quand tu sors de l'école, tu n'es pas habitué, tu es un peu insécure [...]. L'inverse est aussi vrai... Ça dépend des individus, il y a des individus qui gèrent très bien le risque, ça dépend...  
– Conseillère en gestion des risques*

Deux de ces professionnelles rapportent être impliquées dans la formation, soit pour l'actualisation d'un plan d'action impliquant la formation des intervenants, soit par la référence de ceux-ci aux ordres professionnels en lien avec la formation, la documentation et des informations sur les obligations déontologiques.

## Risques pour le personnel

Quelques intervenantes ont évoqué des risques auxquels elles sont exposées dans le contexte du SAD. C'est le cas notamment lorsqu'elles sont la cible de comportements agressifs de la part des usagers ou de leurs proches. C'est également le cas en lien avec les hautes exigences liées au travail au SAD :

*Ça dépend du risque, différents risques, des petits et des gros. Si on prend le risque relié à la sécurité des gens parce que problèmes cognitifs, il peut y avoir le risque de mettre le feu, de fugue, même envers les intervenants (patients en phase agressive).*

– ASSS 4

### 4.2.2.4. Dimension juridique

Des intervenantes ont évoqué se référer à quelques lois affirmant les droits des usagers et encadrant la protection des personnes en situation de vulnérabilité ou encadrant la pratique professionnelle. La synthèse de leurs propos est rapportée dans cette section.

#### Droit des usagers

Le droit des usagers à consentir aux soins et services est évoqué. La possibilité, pour l'utilisateur, d'être représenté afin que sa protection et la protection de ses biens soient assurées est également mentionnée. Des lois encadrant les régimes de protection du majeur, comme le Code civil du Québec (CCQ-1991) et la *Loi sur le curateur public* (c-81) sont cités comme sources pour orienter la prise de décision par un travailleur social. La *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (p 38.001) est également mentionnée par une infirmière dans le contexte d'une réflexion sur le traitement de risques.

La *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L-6.3) en encadrant l'obligation de dénonciation des situations de maltraitance semble avoir apporté un changement important dans la pratique pour deux travailleurs sociaux.

#### Lois et règlements encadrant la pratique professionnelle

La responsabilité professionnelle est évoquée comme étant prise en considération dans le cadre du traitement des risques par les travailleurs sociaux rencontrés. Cette responsabilité est décrite comme étant un fardeau dans le contexte où les exigences et la pression exercée par l'organisation peuvent placer le professionnel en conflit avec ses obligations professionnelles, comme ici :

*Le TS est imputable, il a une responsabilité professionnelle, son ordre embarque là-dedans. Ce n'est pas vrai qu'à ce nombre-là on peut donner un bon service et qu'on peut tout voir au niveau des risques. C'est de le documenter, de l'écrire dans une note.*

– Travailleur social 1

Dans le même ordre d'idée, la responsabilité est décrite comme lourde et une certaine confusion semble exister en lien avec celle-ci : dans le contexte où la responsabilité est pleinement attribuée au professionnel par l'organisation, dans le cadre d'un traitement des risques pourtant effectué dans le respect de l'autonomie décisionnelle de l'utilisateur :

*Je trouve qu'on étend pas mal l'imputabilité. Mon coordo me disait « si elle se lève et qu'elle tombe, c'est de ta faute ». – Travailleur social 3*

Une autre loi associée au Code des professions est également évoquée par une ASSS. Il s'agit de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (LQ 2002, c. 33), communément appelée « Loi 90 ». Selon cette ASSS, cette loi décrit les interventions qui peuvent leur être déléguées et celle-ci est décrite comme étant respectée :

*On fonctionne avec la Loi 90, toutes les interventions qu'on est en droit de faire sont écrites dedans. Les infirmières ne nous demandent pas de pratiquer des choses qu'on n'a pas le droit de faire. – ASSS 2*

Une autre ASSS mentionne par contre que des interventions sur ce sujet ont eu lieu en rencontre d'équipe afin de clarifier le cadre de la délégation.

Les médecins rencontrés évoquent un règlement de la RAMQ qui rend la pratique à domicile peu attrayante selon elles :

*Ça n'a aucun bon sens comment c'est amené par la RAMQ, il n'y a aucun incitatif à aller faire ça. – Médecin 2*

Elles orientent vers un changement de règlement afin d'attirer davantage de médecins dans ce type de pratique.

Le groupe de professionnelles-conseil cite pour sa part trois lois encadrant le traitement des risques : la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (S-4.2-LSSS); la *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes* (LQ 2020, c.11), communément appelée « Loi 18 »; et la *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L-6.3).

Une préoccupation et un besoin d'information relative à la responsabilité professionnelle apparaissent être un enjeu important :

*Les gens sont très préoccupés par leur responsabilité légale. Ça les freine beaucoup.  
« C'est quoi ma responsabilité si je prends une telle décision ? [...] J'ai tu des chances de me faire poursuivre, de perdre mon permis ? » Ça, c'est très très préoccupant pour les gens, quand on parle de gestion du risque, ça revient constamment.  
– Conseillère à l'éthique*

Les exigences contradictoires de l'établissement, du ministère et des ordres professionnels peuvent également être un sujet de préoccupation selon une participante. Des démarches de concertation supplémentaires sont alors nécessaires.

### 4.3 Données contextuelles

Différentes sources de données supplémentaires ont tenté d'être mobilisées afin d'enrichir l'analyse des résultats de la revue systématique de la littérature pour les quatre questions d'évaluation. En effet, l'avis de commissaires aux plaintes, de comités d'éthique et de directions des affaires juridiques ont été sollicités sans succès. Les rapports des commissaires aux plaintes et du protecteur du citoyen pour les cinq dernières années ont également été étudiés, mais n'ont pas été retenus, car il n'était pas possible d'y isoler les informations spécifiques ayant trait au soutien à domicile de personnes âgées. À l'issue de ces démarches, seul un rapport du Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV) a été retenu et analysé.

#### 4.3.1 Rapport du Comité national d'éthique sur le vieillissement (CNEV, 2022)

Le rapport du Comité national d'éthique sur le vieillissement intitulé *Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile* a été publié en 2022. Ce rapport a été produit dans le cadre de travaux sur l'implantation de la *Politique pour les personnes proches aidantes* et sur la *Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes* (LQ 2020, c.11). Ce rapport décrit différents éléments qui doivent être pris en considération dans le traitement des risques (**tableau 14**).

**Tableau 14 : Synthèse du rapport du CNEV (2022) par dimension**

DIMENSION	SYNTHESE
Organisationnelle	Le manque de temps et de ressources ouvre la porte à la maltraitance. Nécessité du soutien et de l'allocation de ressources suffisantes.
Éthique	Primauté du respect de l'autonomie décisionnelle. Enjeux éthiques liés à des perceptions différentes, à la volonté de protéger et au sentiment de responsabilité à l'égard de la sécurité.
Professionnelle	Importance de l'expérience et de l'expertise pertinente. Nécessité de formations ciblées pour favoriser la réalisation du respect de l'autonomie.
Juridique	<i>Loi concernant les soins de fin de vie</i> (S-32.0001) et le Code civil (CCQ-1991, art.12) peuvent orienter la prise de décision.

En relation avec la dimension organisationnelle, le CNEV (2022) identifie un enjeu éthique, soit le manque de temps et de ressources dans le RSSS et le fait qu'il peut être associé à la primauté de la sécurité de la personne aînée au détriment de son autonomie. Le comité recommande de soutenir les intervenants en facilitant un accès à l'accompagnement et de permettre à ceux-ci d'offrir l'accompagnement nécessaire par l'allocation de ressources suffisantes.

En relation avec la dimension éthique, il identifie des enjeux en lien avec les points de vue et perceptions différentes des personnes impliquées, et la volonté et le sentiment de responsabilité en lien avec la sécurité de la personne. Le Comité national d'éthique sur le vieillissement (2022) recommande de respecter l'autonomie décisionnelle des personnes aînées.

Le CNEV (2022) met également de l'avant des éléments pouvant être liés à la dimension professionnelle, c'est-à-dire l'expérience et l'expertise requises pour effectuer l'accompagnement dans la prise de décision. Il recommande les activités de sensibilisation et de formation permettant de favoriser le développement de la conscience, du savoir-être et du savoir-faire permettant la réalisation du respect de l'autonomie des personnes aînées.

Finalement, le CNEV (2022) rapporte différents outils juridiques qui peuvent contribuer à orienter ou baliser la prise de décision, soit la *Loi concernant les soins de fin de vie* (S-32.0001) et le Code civil (CCQ-1991, art.12).

## 5. ANALYSES

---

L'objectif de cette ETMISSS était de documenter quels sont, selon les intervenants du SAD, les éléments liés aux dimensions organisationnelle, éthique, professionnelle et juridique considérés lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services à domicile.

La revue systématique de la littérature qualitative a permis de ressortir quatre constatations synthétisées en lien avec chacune des dimensions. Des données expérientielles directes couplées à des données expérientielles et contextuelles indirectes ont également été mobilisées afin d'apporter un autre éclairage aux questions d'évaluation spécifiques. La triangulation de ces données permet d'identifier la force des éléments considérés dans le traitement des risques, ainsi que certaines pistes d'action pouvant permettre de soutenir les intervenants travaillant au SAD dans le traitement des risques, selon leur point de vue.

Dans cette section, cette force est présentée pour chaque catégorie. Cette présentation est accompagnée des faits saillants relatifs à la cote de confiance, lorsqu'il y a lieu (**annexe IV**, à noter que le résultat de l'évaluation de la cote de confiance s'est avéré modéré dans tous les cas). Elle est également accompagnée de la mise en évidence des points de convergence entre les données de la littérature scientifique et les données expérientielles directes, et les données expérientielles et contextuelles indirectes.

### 5.1 Éléments liés à la dimension organisationnelle

La première constatation synthétisée traite des éléments organisationnels et rassemble six catégories. Celles-ci sont l'accessibilité, le travail d'équipe, les attributions de tâches et les pairages, les outils de travail, le transfert d'information et la formulation, et le traitement des plaintes. La force des résultats obtenus pour cette dimension est présentée dans le **tableau 15**.

**Tableau 15 : Force des résultats relatifs à la dimension organisationnelle**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	CONFIANCE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE DIRECTE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE ET CONTEXTUELLE INDIRECTE	FORCE <sup>8</sup>
Organisationnelle	Accessibilité	Les limites de l'éligibilité, le manque de ressources et d'accès aux ressources, la pression et la flexibilité sont considérés dans le traitement des risques.	3	2	3	Élevée
	Travail d'équipe	Le contexte solitaire et les difficultés relatives au travail d'équipe, ainsi que différentes sources de soutien à la prise de décision (ex. : équipe, superviseurs cliniques, gestionnaires, services spécialisés) sont considérés dans le traitement des risques.	3	2	2	Modérée
	Attribution de tâches et pairages	Des enjeux sont soulevés en relation avec la délégation et le transfert de tâches, la sollicitation pour la réalisation de tâche hors mandat, et l'instabilité dans le pairage entre intervenant et usager.	3	0	2	Faible
	Outils de travail	Des défis sont associés à l'utilisation des outils de travail dans le cadre du traitement des risques.	3	1	2	Faible
	Transfert d'information	Les lacunes dans la transmission de l'information et la prise de responsabilité par rapport à celle-ci sont considérées dans le traitement des risques.	3	1	1	Faible
	Formulation et traitement des plaintes	Les processus de formulation et de traitement des plaintes sont considérés dans le traitement des risques.	3	0	0	Faible

<sup>8</sup> Le score de confiance et les scores de convergence ont été additionnés afin d'établir la force. Un score de 9 est défini comme représentant une force très élevée; un score de 8 est qualifié de force élevée; un score de 7 décrit une force modérée; et un score inférieur est défini comme étant faible.



### 5.1.1 Accessibilité et flexibilité

La force de cette catégorie est de niveau élevé. La confiance pour cette catégorie est influencée par le grand nombre de constatations issues de la littérature retenue à ce sujet et par leur cohérence. Les données expérientielles directes sont généralement convergentes avec cette littérature. En effet, les limites de la disponibilité des services en temps opportun; le manque de temps, de ressources humaines, matérielles et financières; les lacunes dans l'offre de services alternatifs; et la flexibilité dans l'exercice de l'autonomie professionnelle sont pris en considération en contexte de risque. Toutefois, les données expérientielles directes laissent voir davantage de nuances et de variabilité que la littérature scientifique notamment avec les solutions organisationnelles et de gestion favorisant la disponibilité des ressources requises (ex. : ajout de personnel) et l'aménagement de l'espace nécessaire pour exercer cette autonomie professionnelle (ex. : aménagement des routes et des charges de travail).

Les données expérientielles et contextuelles indirectes rejoignent également la littérature en relevant des limites relatives à la disponibilité des services. Par ailleurs, elles mettent en évidence la prudence nécessaire dans l'exercice de l'autonomie professionnelle. Par exemple, le CNEV (2022) met en garde contre les effets du manque de temps et de ressources qui, dans un contexte empreint de discrimination à l'égard de personnes jugées « fragiles », peuvent ouvrir la porte à la maltraitance (ex. : justifier le déni ou l'omission de soins ou de services dans le contexte où ces soins et services sont vus comme plus essentiels ou bénéfiques pour une autre personne jugée moins fragile). Ceci apparaît en cohérence avec l'impact des enjeux d'accessibilité des soins et services, la qualité des soins, la dignité et l'acceptation des risques, tel que mentionné dans la littérature scientifique.

### 5.1.2 Travail d'équipe

Cette deuxième catégorie présente une force de niveau modéré. Selon les données analysées, le travail d'équipe veut que le contexte solitaire, les difficultés relatives au travail d'équipe et les différentes sources de soutien à la prise de décision (ex. : équipe, superviseurs cliniques, gestionnaires, services spécialisés) soient considérés dans le traitement des risques. Cette catégorie se démarque par la richesse des constatations et a identifié des préoccupations en relation avec le travail d'équipe (manque d'opportunités et de temps pour la consultation et la concertation; manque de continuité dans les soins et services; méconnaissance et non-reconnaissance de certains groupes professionnels; opinions professionnelles divergentes; tabous au sein des équipes). Par ailleurs, les réunions d'équipe, les consultations informelles et le soutien des superviseurs cliniques, des gestionnaires et des services spécialisés représentent une clé importante face à l'incertitude dans le traitement des risques.

Les données expérientielles directes couplées aux données expérientielles et contextuelles indirectes convergent avec la littérature. L'analyse des données expérientielles directes révèle plusieurs limites au travail de collaboration et de concertation dans le traitement des risques. L'amélioration de la fluidité et le renforcement du travail collaboratif et du soutien clinique sont souhaités en contexte de traitement des risques. L'intérêt pour des collaborations intersectorielles dans le cadre du traitement des risques est également mentionné. Les données expérientielles et contextuelles indirectes mettent aussi en évidence l'intérêt et l'importance du travail intersectoriel afin de faire face à certains risques, particulièrement en contexte de maltraitance.

### **5.1.3 Attribution de tâches et pairages**

De force faible, la troisième catégorie indique que des enjeux sont soulevés en relation avec la délégation et le transfert de tâches, la sollicitation pour la réalisation de tâches hors mandat et l'instabilité relative au pairage intervenant-usager.

Les données expérientielles directes sont rarement convergentes avec la littérature. En effet, les problèmes d'attribution des tâches ne sont pas ressortis dans les groupes de discussion. Lorsque questionnées spécifiquement sur les attributions de tâches hors mandats, les participantes ont abordé la formation offerte aux intervenants à qui sont déléguées ces tâches et de l'appui tiré du cadre juridique de la *Loi 90*, érigant les limites du champ d'exercice des ASSS.

Les données expérientielles et contextuelles indirectes pour leur part sont jugées généralement convergentes avec la littérature. Celles-ci soulignent que le personnel est parfois appelé à dépasser son rôle professionnel, et dénotent des enjeux relatifs aux changements fréquents de pairage.

### **5.1.4 Outils de travail**

Aussi de force faible, la quatrième catégorie veut qu'il y ait des défis associés à l'utilisation des outils de travail dans le cadre du traitement des risques (outils absents, obsolètes; proposant des procédures inappropriées ou contre-intuitives). Les outils de travail sont compris au sens large et incluent les lignes directrices, les procédures et les plans de travail. Malgré les défis identifiés en relation avec ces outils, certains d'entre eux sont décrits comme protecteurs.

Les données expérientielles directes sont parfois convergentes avec cette littérature. Elles témoignent des défis liés à l'utilisation d'outils de travail. Il ressort davantage de points positifs liés aux outils assortis d'indications claires quant aux options à considérer dans le cadre de la prise de décision par rapport à un risque identifié.

Les données expérientielles et contextuelles indirectes sont généralement convergentes avec la littérature. Comme les deux autres sources de données (littérature et expérientielles directes), elles mettent de l'avant l'importance du jugement professionnel dans l'utilisation des outils de travail. Il est intéressant de noter que le personnel-conseil rencontré déclare avoir un rôle dans l'identification et l'implantation d'outils de travail.

### 5.1.5 Transfert d'information

La cinquième catégorie possède une force faible. Elle relève des lacunes dans la transmission de l'information et la prise de responsabilité par rapport à celle-ci. L'identification de ces lacunes a permis de constater qu'elles nuisent à la prise de décision éclairée.

Le sujet est peu présent dans les sources de données expérientielles directes; celles expérientielles et contextuelles indirectes consultées; et la convergence est jugée rare. Une seule source expérientielle directe met en évidence une difficulté liée spécifiquement au transfert d'information, discutant de l'absence de dossiers communs. De même, une seule de ces sources expérientielles indirectes met de l'avant la transmission incomplète d'information, alors qu'une autre met de l'avant son appréciation positive de la transmission complète des informations.

### 5.1.6 Formulation et traitement des plaintes

Dans la sixième catégorie, les processus de formulation et de traitement des plaintes sont considérés dans le traitement des risques. La convergence avec les données expérientielles directes et celles expérientielles et contextuelles indirectes est nulle, le sujet n'étant abordé par aucune autre source. Ces données n'ont pas été considérées pour l'élaboration de constats.

## 5.2 Éléments liés à la dimension éthique

La deuxième constatation synthétisée s'intéresse aux éléments liés à la dimension éthique. Cette constatation réunit quatre catégories qui concernent la prise en considération de la posture de l'utilisateur et celle de ses proches, la préoccupation pour sa sécurité, ainsi que la valorisation de la relation de proximité et de la personnalisation des services et les tensions y étant associées. La force des résultats issus de l'analyse des données est présentée dans le **tableau 16**.

**Tableau 16 : Force des résultats relatifs à la dimension éthique**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	CONFIANCE	CONVERGENCE - EXPERIENTIELLE DIRECTE	CONVERGENCE - EXPERIENTIELLE ET CONTEXTUELLE INDIRECTE	FORCE
Éthique	Posture de l'utilisateur et celle de ses proches	La posture de l'utilisateur et celle de ses proches est prise en considération dans le traitement des risques.	3	3	2	Élevée
	Autonomie et sécurité	La valorisation du respect du point de vue de l'utilisateur ou de celui de ses proches et les préoccupations des intervenants pour la sécurité se trouvent souvent en tension.	3	2	2	Modérée
	Relation professionnelle	La relation de proximité et la réponse individualisée aux besoins sont valorisées, et soulèvent des enjeux en relation avec la distance professionnelle appropriée et la mise en œuvre des pratiques standardisées.	3	0	0	Faible
	Orphelins	La volonté de maintien à domicile et de bienveillance est également décrite comme soutenant la prise de décision.	3	2	0	Faible

### 5.2.1 Posture de l'utilisateur et de ses proches

Le score de la force de cette catégorie est élevé. La richesse des données est parmi les plus élevées. Dans cette catégorie, l'importance du point de vue de l'utilisateur et celui de ses proches dans la prise de décision est ressortie.

Elle trace également les contours de contextes pouvant amenuiser l'importance accordée à ce point de vue dans la prise de décision des intervenants par rapport au risque. Une incertitude en lien avec la capacité décisionnelle ou des lacunes relatives à celle-ci; des valeurs, croyances, intérêts et positions différents sont autant de contextes propices à l'émergence de tensions éthiques dans le traitement des risques.

Les données expérientielles directes ainsi que les données expérientielles et contextuelles indirectes convergent avec les données scientifiques. Elles mettent de l'avant le caractère central de la prise en considération de la perspective de l'utilisateur et de ses proches dans la prise de décision. Différents enjeux pouvant entrer en conflit avec ce principe fondamental sont également identifiés, ce qui peut être associé à une certaine variabilité dans la prise en considération de ce point de vue dans la pratique.

### 5.2.2 Autonomie et sécurité

Un des éléments pouvant être en tension avec le respect du point de vue de l'utilisateur ou de ses proches reste dans les préoccupations des intervenants pour la sécurité de ces personnes. La revue de la littérature suggère que les intervenants du SAD peuvent percevoir qu'il fait partie de leur rôle ou de leur responsabilité professionnelle d'assurer la sécurité de la personne âgée auprès de qui ils interviennent à domicile, qu'ils sont imputables de celle-ci. Il apparaît difficile d'accepter les risques dans ces contextes. Cette tension peut mener l'intervenant à user de différents niveaux de directivité. Cette catégorie est de force modérée.

Encore une fois, les données expérientielles directes ainsi que les données expérientielles et contextuelles indirectes sont généralement convergentes avec les données scientifiques. Elles mettent de l'avant cette tension entre le respect de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée et la responsabilité professionnelle perçue. Les données expérientielles directes apportent un enrichissement aux données de la littérature, en ce sens qu'elles associent ce désir de protection à des intentions bienveillantes, et posent un regard critique sur cette « bienveillance ».

Les données expérientielles et contextuelles indirectes identifient des pistes considérées en contexte de traitement des risques, comme l'acceptabilité du risque et la réflexion sur la directivité des interventions, de même que le droit au consentement. Le CNEV (2022) affirme que l'autonomie décisionnelle de toutes les personnes âgées doit être respectée et privilégie l'accompagnement de l'introspection dans le contexte de la prise de décision par rapport au risque. Les données expérientielles directes et celles expérientielles et contextuelles indirectes mettent également l'accent sur l'intérêt du partage des responsabilités.

### 5.2.3 Relation professionnelle

La troisième catégorie, de force faible, est à savoir que la relation de proximité et la réponse individualisée aux besoins sont valorisées, et soulève des enjeux en relation avec la distance professionnelle appropriée et la mise en œuvre des pratiques standardisées. Selon la littérature, les soins et services de qualité sont perçus par les intervenants du SAD comme étant associés à une relation de proximité et à la personnalisation des services.

Par ailleurs, ceci peut se retrouver en tension avec les exigences de l'organisation en matière de standardisation des services et le maintien d'une distance professionnelle à la fois respectueuse et thérapeutique.

Il y a peu d'écho pour ces propos dans les données expérientielles directes et les données expérientielles et contextuelles indirectes. Les données expérientielles issues des entrevues avec des usagers et des proches identifient à la fois l'importance de la relation de proximité et le fait que, nonobstant cette relation, l'intervenant en charge de prendre la décision par rapport au risque n'est pas toujours celui qui intervient au domicile.

### 5.2.4 Constatations orphelines

Une dernière catégorie, qui n'est pas considérée pour l'élaboration de constats, rassemble des éléments orphelins.

## 5.3 Éléments liés à la dimension professionnelle

La troisième constatation synthétisée porte sur la dimension professionnelle. Elle indique que la formation et l'expérience de l'intervenant influencent sa prise de décision. En outre, les risques pour celui-ci et ses limites personnelles sont considérés dans le traitement des risques. Elle contient deux catégories. Leur force, à la lumière des données expérientielles directes et celles expérientielles et contextuelles indirectes, est présentée dans le **tableau 17**.

**Tableau 17 : Force des résultats relatifs à la dimension professionnelle**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	CONFIANCE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE DIRECTE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE ET CONTEXTUELLE INDIRECTE	FORCE
Professionnelle	Formation et expérience	La formation et l'expérience acquise au travail sont mobilisées pour le traitement des risques et présentent des limites.	3	3	2	Élevée
	Risques et limites (personnel)	Les risques pour la santé physique et psychologique et les limites du personnel sont considérés dans le traitement des risques.	3	3	0	Faible

### 5.3.1 Formation et expérience

La première catégorie, de force élevée, indique que la formation et l'expérience acquise au travail sont mobilisées pour le traitement des risques et présentent des limites. L'expérience favorise la confiance, l'assurance et l'habileté à positionner des limites claires. Les lacunes identifiées concernent le manque de connaissances formelles sur différents sujets (ex. : le SAD, l'intervention auprès d'usagers présentant des profils atypiques et le traitement des risques) et les écueils liés à la transposition de connaissances.

Les données expérientielles directes sont très convergentes avec ces données. Les expériences professionnelles sont perçues comme ayant une influence sur la tolérance aux risques et la manière de traiter le risque. Plusieurs intervenantes rencontrées affirment ne pas avoir reçu de formation spécifique sur le traitement des risques. Toutefois, des formations sur des sujets diversifiés sont perçues comme favorables au développement de l'habileté à traiter les risques.

Les données expérientielles et contextuelles indirectes sont généralement convergentes avec les données scientifiques. En effet, une professionnelle-conseil affirme que la formation et l'expérience peuvent jouer un rôle dans le processus de traitement des risques. L'expérience et l'expertise requises pour effectuer l'accompagnement dans la prise de décision sont également mises de l'avant par le CNEV (2022).

En relation avec les enjeux identifiés entre autonomie et sécurité dans le traitement des risques, ce dernier recommande d'encourager les activités de sensibilisation et de formation permettant de favoriser le développement de la conscience, du savoir-être et du savoir-faire conduisant à la réalisation du respect de l'autonomie des personnes âgées.

### 5.3.2 Risques et limites (personnels)

La deuxième catégorie concerne le fait que les risques pour la santé physique et psychologique de l'intervenant au SAD et ses limites personnelles sont considérés dans le traitement des risques. Elle est de force faible.

Les données expérientielles directes recueillies sont très convergentes avec les données scientifiques, en identifiant notamment des risques auxquels est exposé le personnel dans le contexte de comportements agressifs de la part d'usagers ou ceux de proches, et dans le contexte des hautes exigences du travail au SAD. Les données expérientielles et contextuelles indirectes n'abordent pas ce sujet.

### 5.4 Éléments liés à la dimension juridique

La quatrième constatation synthétisée porte sur la dimension juridique et rassemble trois catégories. Cette constatation montre que les lois et obligations professionnelles, les droits des usagers et les politiques sociales pertinentes sont prises en considération dans le traitement des risques. Leur force, à la lumière des données expérientielles directes, ainsi que les données expérientielles et contextuelles indirectes, sont présentées dans le **tableau 18**.



**Tableau 18 : Force des résultats relatifs à la dimension juridique**

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	CONFIANCE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE DIRECTE	CONVERGENCE - EXPÉRIENTIELLE ET CONTEXTUELLE INDIRECTE	FORCE
Juridique	Lois et obligations	Tension ressentie en lien avec la mise en œuvre des responsabilités professionnelles découlant du cadre juridique	3	1	2	Faible
	Droits des usagers	Le droit au consentement, à recevoir des soins et services, et à demeurer à domicile sont pris en considération dans le traitement des risques.	3	1	1	Faible
	Politiques sociales	Des politiques sociales axées sur l'autonomie et marquées de considérations économiques affectent le traitement des risques.	3	0	0	Faible

### 5.4.1 Lois et obligations

La première catégorie porte sur les tensions ressenties concernant la mise en œuvre des responsabilités professionnelles découlant du cadre juridique. Elle se démarque par la cohérence modérée entre les données qui y sont présentées et la faible richesse des constatations y étant associées. On retrouve une force faible.

Les données expérientielles directes sont parfois convergentes avec les données de la littérature. En effet, la responsabilité professionnelle est parfois décrite comme étant un fardeau, surtout en contexte d'inadéquation entre responsabilité professionnelle et posture organisationnelle.

Les données expérientielles et contextuelles indirectes sont généralement convergentes avec des données issues de la littérature. Des membres du personnel-conseil affirment que les lois et règlements encadrant la pratique professionnelle peuvent avoir une grande importance dans certains aspects de la pratique de l'accompagnement pour le traitement des risques. Il en va de même pour le CNEV (2022) qui identifie différents outils juridiques pouvant contribuer à orienter ou baliser la prise de décision dans le contexte de la pratique professionnelle en matière de traitement des risques.

#### **5.4.2 Droits des usagers**

Une deuxième catégorie concerne le droit des usagers au consentement, à recevoir des soins et services, et à demeurer à domicile. Sa force est faible. Les données expérientielles directes, et les données expérientielles et contextuelles indirectes sont parfois convergentes avec ces données. En effet, elles identifient aussi le droit des usagers à consentir (ou à refuser) les soins et services. Par ailleurs, elles mentionnent d'autres droits, non considérés dans la littérature retenue. Ces droits sont : d'être représenté et d'être protégé dans certaines circonstances. Les données expérientielles et contextuelles indirectes abordent plus largement les lois et règlements encadrant la protection des personnes en situation de vulnérabilité et l'importance de les considérer dans le traitement des risques.

#### **5.4.3 Politiques sociales**

Également de force faible, cette troisième et dernière catégorie a trait aux politiques sociales. Selon les données scientifiques, leur focalisation sur l'autonomie et les considérations économiques affectent le traitement des risques. Il est possible de percevoir cette catégorie comme devant se positionner à l'extérieur du cadre de la dimension juridique. En effet, elle mobilise des informations de nature sociopolitique. Il a été choisi d'en discuter afin de refléter avec fidélité le contenu des textes de référence. Toutefois, l'inclusion de ces éléments dépasse le mandat de cette ETMISSS. En conséquence, aucune donnée expérientielle directe ou donnée expérientielle et contextuelle indirecte n'a été colligée à ce sujet. Ces données n'ont pas été considérées pour l'élaboration des constats.

## 6. CONSTATS

---

L'analyse et la triangulation des données a permis de dresser les constats suivants.

### Éléments considérés en relation avec la dimension organisationnelle :

- Le manque de ressources et d'accès aux ressources existantes est considéré dans le traitement des risques;
- La pression liée au temps et à la charge de travail exercée sur les intervenants par les organisations est considérée dans le traitement des risques;
- Différentes stratégies faisant appel à la flexibilité individuelle et organisationnelle sont déployées par les intervenants afin de pallier le manque de disponibilité des ressources;
- Les échanges formels et informels entre les membres des équipes, ainsi que le soutien clinique intra et extra-organisationnel, aident à soutenir la prise de décision en contexte de risque;
- Plusieurs difficultés limitent les collaborations et peuvent affecter le traitement des risques (ex. : manque de continuité; d'opportunité de concertation, de reconnaissance et d'ouverture);
- Il y a des défis associés à l'utilisation des différents outils de travail (ex. : validité et adéquation);
- Certains outils peuvent favoriser la prise de décision en contexte de risque;
- Il existe des lacunes dans le transfert d'information qui nuisent à la prise de décision éclairée.

### Éléments considérés en relation avec la dimension éthique :

- La place centrale accordée en principe au point de vue de l'utilisateur et de ses proches est en tension avec la considération d'autres éléments dans la prise de décision par rapport au risque (ex. : capacité décisionnelle, valeurs, croyances et intérêts contradictoires);
- Le rôle perçu de protéger l'utilisateur peut se retrouver en forte tension avec la place centrale accordée au respect du point de vue de celui-ci dans la prise de décision;
- La tolérance aux risques est difficile et dépendante de chaque individu, des situations et des relations;
- Il y a des tensions entre la valorisation de la personnalisation des services et de la relation de proximité; et la standardisation des services et la distance professionnelle appropriée.

### Éléments considérés en relation avec la dimension professionnelle :

- L'expérience de l'intervention directe au SAD peut soutenir la prise de décision par rapport aux risques;
- La formation initiale et continue présente actuellement des lacunes;
- La formation est importante, voire essentielle, pour soutenir la prise de décision en contexte de risque;
- Les risques physiques et psychologiques pour les intervenants sont considérés;
- Les limites des intervenants (ex. : préjugés, jugements a priori) peuvent influencer le traitement des risques.

### Éléments considérés en relation avec la dimension juridique :

- Les intervenants au SAD sont préoccupés par leurs responsabilités professionnelles et peuvent référer au respect des droits des usagers dans leur pratique.

## 7. RECOMMANDATIONS

Différents constats ont été émis sur la base de la revue systématique de la littérature et des données expérientielles et contextuelles. Ces constats portent à la fois sur des éléments considérés et sur des pistes d'action préconisées par les intervenants œuvrant au soutien à l'autonomie de personnes âgées à domicile afin de faire face à l'incertitude dans le cadre du traitement des risques. C'est à partir de ces constats que les recommandations suivantes ont été formulées (voir **annexe V**).

### 7.1 Recommandations relatives à la dimension organisationnelle :

Il est recommandé :

- Que les ressources nécessaires soient allouées afin de permettre aux intervenants d'offrir l'accompagnement approprié et en temps opportun aux usagers et à leurs proches (ex. : temps alloué pour les soins, les déplacements, les tâches cléricales, la relation).
- Que la réflexion amorcée sur la capacité du RSSS à offrir les services (ressources humaines, financières et matérielles) soit poursuivie, avec les intervenants.
- Que la planification des activités laisse une marge de manœuvre suffisante afin de s'adapter au rythme et aux particularités de la situation de l'utilisateur au moment de l'intervention.
- Que les initiatives et pratiques informelles prometteuses issues du terrain soient davantage reconnues (ex. : recourir à son réseau de partenaires).
- Que le travail d'équipe soit davantage reconnu (ex. : que le temps investi à construire et à animer des collaborations soit considéré comme partie intégrante des tâches et que les intervenants disposent de la latitude nécessaire afin de pouvoir réaliser ces tâches sur le temps de travail).
- Que les opportunités et la fluidité du travail d'équipe soient renforcées et valorisées, notamment en ce qui a trait à la communication formelle et informelle entre intervenants de :
  - même profession;
  - différentes professions;
  - différentes organisations;
  - différents secteurs.
- Que le partage de responsabilités avec les superviseurs cliniques et les collègues soit renforcé en contexte de risques.
- Que la stabilité des pairages intervenant-utilisateur soit priorisée.
- Que le transfert et la mise à jour de l'information soient renforcés et optimisés, par exemple en :
  - favorisant l'implantation et l'utilisation de dossiers centralisés;
  - développant des outils de communication;
  - favorisant la disponibilité des outils de travail requis tant sur le plan clinique que technique (ex. : téléphones satellites pour les zones sans accès Internet).

## 7.2 Recommandations relatives à la dimension éthique

Il est recommandé :

- Que le partage de responsabilités avec les usagers et leurs proches soit favorisé en contexte de risques (par exemple : la prise de décision partagée).
- Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment dans le contexte :
  - d'incertitude quant à l'autonomie décisionnelle;
  - de tension entre la prise en considération du consentement de l'utilisateur et de ses proches et la sécurité;
  - de tension entre la standardisation et la personnalisation des services;
  - de tension entre la relation de proximité et la distance professionnelle.
- Que les intervenants œuvrant au SAD soient sensibilisés aux aspects positifs que peut présenter la prise de risque dans le contexte du respect de l'autonomie décisionnelle de la personne âgée.

## 7.3 Recommandations relatives à la dimension professionnelle

Il est recommandé :

- Que le partage des expériences acquises concernant le traitement des risques en SAD soit favorisé (ex. : communauté de pratiques, échanges d'histoire de cas, codéveloppement) entre intervenants :
  - expérimentés et juniors;
  - de différentes professions;
  - de différentes régions.
- Que l'accueil des nouveaux intervenants soit bonifié, notamment en :
  - favorisant le pairage entre les intervenants expérimentés et juniors;
  - favorisant la disponibilité d'outils d'aide à la prise de décision.
- Que le traitement des risques au SAD soit davantage abordé dans l'ensemble des formations offertes aux intervenants qui y œuvrent.
- Que les formations soient davantage accessibles afin que tous les intervenants au SAD soient en mesure d'y participer.
- Que des stratégies permettant au personnel de se sentir en sécurité dans le cadre des interventions soient maintenues, renforcées ou développées.
- Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment par la réflexivité sur :
  - leurs valeurs et limites;
  - l'impact de celles-ci lors du traitement des risques.
- Que les pairages personnalisés entre intervenants et usagers soient favorisés.

## 7.4 Recommandations relatives à la dimension juridique

Il est recommandé :

- Que soit favorisée la concertation entre les établissements de santé et de services sociaux, les ordres professionnels et le législateur, afin de diminuer les tensions ressenties entre les exigences des établissements et les obligations professionnelles.
- Que soit favorisée l'accessibilité de l'information sur les lois, les droits, les responsabilités de chaque partie prenante (ex. : notions de consentement et d'aptitude) et la consultation de personnes mandatées et aptes à conseiller leur mise en œuvre sur le terrain pour diminuer l'incertitude quant au traitement des risques.

## 8. DISCUSSION

---

Ce projet visait à documenter les éléments considérés lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services à domicile à partir du point de vue d'intervenants. Les dimensions organisationnelle, éthique, professionnelle et juridique ont été examinées, reflétant les incertitudes vécues par les intervenants et le caractère subjectif de la perception du risque. Les prochains paragraphes dressent des liens entre les constats et les recommandations issus de cette ETMISSS. Ils proposent également de replacer ces constats et recommandations dans leur contexte plus large en effectuant des rapprochements avec des contenus produits par différentes organisations non gouvernementales et gouvernementales québécoises.

### 8.1 Renforcer la disponibilité des services et des soins

D'abord, cette ETMISSS révèle que les intervenants peuvent percevoir un manque de ressources humaines, matérielles, financières. Ils peuvent également identifier des lacunes dans l'offre de services ainsi que des difficultés d'accès aux ressources en temps opportun. Des intervenants se sentent sous pression dans ce contexte et soulignent l'importance de la flexibilité pour faire face à la pression. En somme, il apparaît important d'allouer des ressources nécessaires afin d'offrir un accompagnement approprié en temps opportun et d'envisager une planification souple des activités.

La flexibilité qui est mobilisée pour faire face aux transformations dans les situations de risque pose également des défis. Par exemple, le temps supplémentaire passé avec un usager peut laisser moins de temps pour desservir un autre usager. De plus, des professionnels trouvent insuffisante la flexibilité dont ils disposent dans certaines circonstances. C'est pourquoi l'allocation des ressources nécessaires à une planification assouplie apparaît importante.

### 8.2 Renforcer le travail d'équipe

Malgré différents obstacles, le travail d'équipe avec des collaborateurs internes et externes est privilégié pour faire face à l'incertitude en contexte de risque. Différentes pratiques sont mises de l'avant par les intervenants pour renforcer le travail d'équipe. Par exemple, la reconnaissance du travail d'équipe comme partie intégrante de la charge de travail; le renforcement des opportunités de travail d'équipe; l'augmentation de la fluidité de la communication et le partage des responsabilités. Cela semble cohérent avec les efforts consentis au Québec ces dernières années afin de favoriser les collaborations, notamment dans les situations de maltraitance envers les personnes âgées (MF-SA, 2017, MSSS, 2022). Le dernier plan d'action du MSSS en la matière (2022) met d'ailleurs l'accent sur l'importance des actions concertées et des collaborations intersectorielles dans ces contextes.

Renforcer le travail d'équipe permet également d'agir sur certains déterminants de la tolérance au risque. Selon Chauvin (2014) le partage de la responsabilité et de l'imputabilité par rapport au risque; ainsi que l'expertise et l'expérience du risque font partie de ces déterminants.

Cette piste d'action apparaît donc particulièrement prometteuse. Le développement et le renforcement des collaborations présentent le potentiel de favoriser l'accessibilité des soins et services en privilégiant la circulation des informations sur les alternatives existantes dans un contexte en constante transformation.

Le recours au travail d'équipe dans un réseau en constante transformation, et l'intégration des nouveaux membres du personnel à ce type de travail pourrait éclairer leur analyse des options de gestion du risque.

Plusieurs sens sont donnés au terme « équipe » par différents acteurs. Dans le présent rapport, le terme se rapporte de manière large aux personnes rémunérées pour leur implication dans le SAD. Des propos recueillis auprès d'usagers et de proches aidants dans le cadre de ce projet appellent à changer cette vision. Ils invitent à mettre l'accent sur l'implication de la personne afin que les personnes aînées qui se prévalent de services ainsi que leurs proches aidants soient inclus dans la conception de l'équipe. Ces propos semblent s'inscrire en cohérence avec une perspective partenariale entre professionnels, usagers et proches aidants mise de l'avant dans différentes politiques et lois québécoises. Par exemple, celle mise de l'avant dans la *Politique nationale pour les personnes proches aidantes* (MSSS, 2020) et la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes* (R1.1).

### 8.3 Favoriser le partenariat professionnel–usager et proches

Certains constats relatifs à la dimension éthique montrent que des valeurs centrales à la prise de décision, comme l'autonomie et la sécurité pourraient être en conflit en contexte de risque. Conséquemment, il est recommandé de favoriser le partage des responsabilités avec les usagers, le développement de l'aisance dans la prise de décision éthique et la sensibilisation aux aspects potentiellement positifs de la prise de risque.

Les recommandations formulées apparaissent en cohérence avec le mouvement vers la reconnaissance de l'expertise des usagers et celle des proches, mise de l'avant par différentes approches cliniques, comme l'approche partenariale de la dispensation directe des soins et services (Pomey *et al.* 2015); l'approche centrée sur le patient et la prise de décision partagée (Barry et Edgman-Levitan, 2012) ou l'approche axée sur la prise de risque positive (Équipe de recherche *Vivre avec les risques*, 2022; Ibrahim et Davis, 2013; Marsh et Kelly, 2018). Ces approches sont toutes cohérentes avec une perspective axée sur le respect de l'autonomie décisionnelle de l'utilisateur en contexte de limitations cognitives. Elles peuvent fournir des pistes afin d'orienter la recherche d'ententes ou de compromis acceptables dans le contexte de tels enjeux. *Vivre avec les risques* (2022) présente notamment des outils en ce sens pour l'aide à la communication entre membres du personnel, usagers et familles.

Un autre élément de conflit éthique documenté dans cette ETMISSS se rapporte à la distance professionnelle par rapport à la relation de proximité. Des défis importants affectant la relation professionnel–usager ont été documentés. Parmi ces défis se trouve l'instabilité des pairages intervenant-usager.



C'est pourquoi l'une des recommandations est à l'effet de favoriser des pairages stables et personnalisés. Ce défi survient dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre. La personnalisation versus la standardisation des services représente par ailleurs une autre source de conflit éthique.

#### **8.4 Nourrir la compétence des professionnels et la cohérence des cadres**

Les résultats de cette ETMISSS ont permis de constater des lacunes dans la formation initiale et continue du personnel. En raison d'une opinion favorable en lien avec la formation continue, il est recommandé de favoriser l'accessibilité à une formation continue et la disponibilité d'informations sur le traitement des risques par ce biais. Le SAD représente un contexte de travail qui exige par sa nature une grande autonomie dans la prise de décision (Craftman *et al.*, 2018; Jarling *et al.*, 2020). L'accessibilité de la formation y apparaît donc particulièrement importante (Ouellet 2012).

Le jugement professionnel est mis de l'avant en contexte d'utilisation d'outils d'aide à la décision. Il pourrait être intéressant de considérer interpellier des professionnels-conseil afin de soutenir les intervenants lors d'incertitudes en relation avec de tels enjeux, compte tenu de leur rôle en soutien au développement et à l'appropriation des outils de travail.

La présente ETMISSS a permis de documenter la présence de jugements a priori défavorables dans certaines situations et leurs répercussions sur le traitement des risques. Les croyances étant un des déterminants de la perception du risque (Chauvin, 2014), la disponibilité et l'accessibilité de l'information et de la formation afin de contribuer à déconstruire les préjugés et transformer cette attitude apparaissent importantes.

Cette ETMISSS a également permis de mettre en évidence des préoccupations d'intervenants par rapport à leur responsabilité professionnelle. Les opportunités d'apprentissages et d'acquisition de connaissances sur les lois, les droits et les responsabilités de chaque partie prenante pour diminuer l'incertitude quant au traitement des risques, devraient être favorisées. Certaines données laissent voir une perception large des responsabilités professionnelles et de l'imputabilité. Cela peut se traduire en pression ressentie à agir en faveur de la sécurité et peut également augmenter l'incertitude en contexte de risques.

Les responsabilités professionnelles et l'imputabilité sont balisées notamment par le Code des professions (C-26) et les codes de déontologie. Il en va de même pour les devoirs des établissements qui sont balisés par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (S-4.2) et plusieurs droits des usagers définis dans le Code civil du Québec (CCQ 1991). Une bonne compréhension du cadre juridique pourrait ainsi soutenir la pratique professionnelle en éclairant des zones d'ombre relatives aux obligations et aux droits relatifs à une situation. Par ailleurs, cette bonification des connaissances est insuffisante en contexte d'incohérences entre les différents cadres. C'est pourquoi la concertation entre les établissements de santé et de services sociaux, les ordres professionnels et le législateur, afin de diminuer les tensions ressenties entre les exigences des établissements et les obligations professionnelles, est recommandée.

## 9. FORCES ET LIMITES

---

Cette ETMISSS classique présente des forces et des limites. D'abord, elle repose sur la réalisation d'une revue systématique qualitative. Les étapes de sélection, d'extraction et d'agrégation des données issues de la littérature ont été réalisées par deux évaluatrices indépendantes suivies d'un consensus. La quantité et la diversité de littérature repérée auront permis de faire un tour d'horizon complet sur le sujet d'intérêt. Ensuite, la cueillette de données expérientielles auprès de différents types de professionnels provenant de plusieurs établissements du RUISSSUL est à souligner. Leur synthèse et leur analyse auront permis d'apprécier plusieurs points de vue sur le traitement des risques en contexte de SAD. Enfin, la triangulation des données de différentes sources (scientifiques, expérientielles et contextuelles) a montré une convergence qui confirme la pertinence des résultats de l'ETMISSS dans le contexte de l'Est-du-Québec.

Cette ETMISSS comporte également certaines limites. Certains choix méthodologiques ont été faits en regard des contraintes et des délais rencontrés. Un de ces choix concerne les restrictions quant aux documents inclus. Par exemple, l'exclusion de la prise de décision partagée alors que celle-ci représente une approche qui répond à certaines préoccupations associées au traitement des risques. Aussi, les documents portant spécifiquement sur la prise en charge des risques par les intervenants au SAD, soit l'étape après le traitement des risques, ont été exclus, ce sujet étant considéré comme à part entière et dépassant la visée de cette ETMISSS. Dans le même ordre d'idée, les documents portant sur le traitement des risques au SAD en contexte de COVID-19 ont été exclus, ce qui peut avoir eu pour conséquence la non prise en compte de certaines transformations récentes des pratiques.

D'autres limites concernent les données expérientielles. Il est possible d'envisager l'incidence d'un biais de sélection dans le recrutement des participantes. En effet, il est possible que les volontaires ayant fourni des données expérientielles soient des personnes particulièrement sensibles en regard du traitement des risques. En outre, certains groupes de personnes œuvrant au SAD ne sont pas ou sont peu représentés (ex. : hommes, personnes travaillant de soir). En raison du recrutement par le biais des établissements de santé et de services sociaux publics, aucun membre du personnel d'agences, qui joue également un rôle important dans la prestation de soins et de services à domicile dans plusieurs établissements, n'a été inclus dans les groupes de discussion.

Par ailleurs, la recherche de données contextuelles est limitée. L'avis de commissaires aux plaintes, de comités d'éthique et de directions des affaires juridiques a été sollicité sans succès. Les rapports des commissaires aux plaintes et du protecteur du citoyen pour les cinq dernières années ont également été étudiés, mais n'ont pas été retenus, car il n'était pas possible d'y isoler les informations spécifiques ayant trait au soutien à domicile de personnes âgées. À l'issue de ces démarches, seul un rapport du CNEV (2022) a été retenu et analysé.

## 10. CONCLUSION

---

En conclusion, cette ETMISSS classique visait à documenter les éléments considérés lors du traitement des risques dans le cadre de la prestation de soins et de services à domicile selon la perspective d'intervenants. Les dimensions organisationnelle, éthique, professionnelle et juridique ont été abordées. Les incertitudes vécues par les intervenants reflètent le caractère subjectif de la perception du risque et certains enjeux critiques qui s'y rattachent. Ce rapport offre une meilleure compréhension des éléments considérés par les intervenants dans le traitement des risques. Il met également en lumière certaines pistes d'action pour contribuer à soutenir ces intervenants.

L'analyse méta-agrégative des données issues de la revue systématique de la littérature et leur mise en dialogue avec des données expérientielles fournies par 15 intervenants, trois professionnelles-conseil et trois usagers et proches, ainsi qu'un rapport du CNEV sur l'équilibre fragile entre le respect de l'autonomie et la sécurité dans le parcours de vie à domicile, ont permis d'établir différents constats dont la force a été évaluée. Ces constats concernent les éléments considérés en relation avec les différentes dimensions à l'étude. Ceux-ci laissent également transparaître certaines pistes préconisées par les intervenants afin d'être soutenus en contexte d'incertitude par rapport aux risques.

Ce sont 21 recommandations qui présentent des pistes pouvant être considérées pour agir sur les éléments considérés par les intervenants dans le cadre du traitement des risques au SAD afin de soutenir ces derniers. Ces recommandations visent à renforcer la disponibilité des services et des soins, à renforcer le travail d'équipe, à favoriser le partenariat professionnel-usager, à nourrir la compétence des professionnels et à renforcer la cohérence des cadres à l'intérieur desquels les intervenants travaillent.

Afin de poursuivre le travail réalisé dans le cadre de cette ETMISSS, l'étude de stratégies de mise en œuvre des recommandations pourrait être effectuée par le biais de projets pilotes dans différents établissements. Il apparaît également fondamental d'explorer les préoccupations des personnes âgées qui vivent à domicile avec le soutien de ces services, afin que leur point de vue soit pleinement considéré dans l'élaboration et la mise en place de stratégies de soutien au traitement des risques adaptées à leurs réalités, et que les solutions d'intensification des activités de SAD envisagées correspondent à leurs besoins.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

### Lois et règlements

Code civil du Québec (CCQ-1991).

Code des professions (C-26).

Loi concernant les soins de fin de vie (s-32.0001).

*Loi modifiant le Code civil, le Code de procédure civile, la Loi sur le curateur public et diverses dispositions en matière de protection des personnes* (LQ 2020, c.11).

*Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (LQ 2002, c 33).

*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (p-38.001).

*Loi sur le curateur public* (c-81).

*Loi sur les services de santé et les services sociaux* (S-4.2-LSSS).

*Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les personnes âgées et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité* (L-6.3).

*Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes* (R1.1).

### Références bibliographiques

Association canadienne de soins et services à domicile, Association des infirmières et infirmiers du Canada, Collège des médecins de famille du Canada (2016). *Better home care in Canada: A national action plan*. Better-Home-Care-Report-web-EN.pdf (cdnhomecare.ca).

Baker, K., Campton, T., Gillis, M., Kristjansson, J., Scott, C. (2007). Whose Life is it, Anyway? Supporting Clients to Live at Risk. *Perspectives*, 31(4), 19-24.

Barry, M. J. et Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making—The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>.

Beauchamp, S., Drapeau, M. et Dionne, C. (2018). Assess, triangulate, converge, and recommend (ATCR): A process for developing recommendations for practice in the social sector using scientific, contextual and experiential data. *International journal of hospital-based health technology assessment*, 1, 3-14.

Beaumier, I., Bouchard, P. et St-Jacques, S. (2022). L'incertitude liée au traitement des risques : Comment soutenir les intervenants en contexte de soutien à domicile auprès de personnes âgées en perte d'autonomie. Plan de réalisation – ETMISSS classique, UNITÉ D'ETMISSS, CIUSSS de la Capitale-Nationale, 52 p.

Berland, A., Holm, A. L., Gundersen, D. et Bentsen, S. B. (2012). Patient safety culture in home care: experiences of home-care nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(6), 794-801.

Bossé, P.-L., Morin, P. et Dallaire, N. (2006). La délibération éthique : de l'étude de cas à la citoyenneté responsable, *Santé mentale au Québec*, 31 (1), 47-63.

- Bollig, G., Schmidt, G., Rosland, J.H. et Heller, A. (2015). Ethical challenges in nursing homes-staff's opinions and experiences with systematic ethics meetings with participation of residents' relatives. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(4), 810-823. Doi : 10.1111/scs.12213.
- Busse, R., Orvain, J., Velasco, M. *et al.* (2002). Best practice in undertaking and reporting health technology assessments: Working Group 4 report. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 18(2), 361-422. ISSN 0266 – 4623.
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke (2010). Identification des facteurs de risques pour la clientèle vulnérable.
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke et MSSS (octobre 2017). *Formation OCCI*.
- Centre de santé et de services sociaux du Bas-St-Laurent (2022). Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2021-2022. [ciss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/rapportannuelplaintes\\_2021-2022.pdf](https://ciss-bsl.gouv.qc.ca/sites/default/files/fichier/rapportannuelplaintes_2021-2022.pdf).
- Centre de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2022). Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2021-2022. CPQS\_RAPPORT\_annuel\_CPQS\_2021-2022.pdf (cissca.com).
- Centre de santé et de services sociaux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine (2022). Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes, la satisfaction des usagers et le respect de leurs droits 2021-2022. Microsoft Word - Rapport annuel (gouv.qc.ca).
- Centre de santé et de services sociaux de la Côte-Nord (2022). *Rapport annuel. Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2021-2022*. Rapport\_annuel\_-\_Application\_procedure\_examen\_des\_plaintes\_-\_2021-2022\_-\_Cote-Nord.pdf (gouv.qc.ca).
- Centre hospitalier universitaire de Québec (2022). *Bureau du commissaire aux plaintes et à la qualité des services, rapport annuel 2021-2022*. Rapport (chudequebec.ca).
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale (2022). Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2021-2022. Rapport-annuel-CPQS-2021-2022.pdf (gouv.qc.ca).
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Saguenay-Lac-Saint-Jean (2022). Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 2021-2022. Rapport-annuel-2021-2022.pdf (gouv.qc.ca).
- Chauvin, B. (2014). Chapitre 4. Déterminants proximaux de la perception des risques. Dans : B. Chauvin, *La perception des risques : Apports de la psychologie à l'identification des déterminants du risque perçu* (pp. 111-177). Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.chauv.2014.01.011>.
- Choe, K., Kim, K. et Lee, K. S. (2015). Ethical concerns of visiting nurses caring for older people in the community. *Nursing ethics*, 22(6), 700-710.
- Colvin, C.J., Garside, R., Wainwright, M. *et al.* (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 4: how to assess coherence. *Implementation science*, 13 (Suppl 1), <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0691-8>.

- Comité national d'éthique sur le vieillissement (2022). *Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile dans le parcours de vie à domicile*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Publication no : 22-830-31W *Entre le respect de l'autonomie et la sécurité des personnes les plus âgées à domicile : un équilibre fragile dans le parcours de vie à domicile* - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca).
- Cooke, A., Smith, D. et Booth, A. (2012). Beyond PICO : The SPIDER Tool for Qualitative Evidence Synthesis. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1435-1443. Doi : 10.1177/1049732312452938.
- Cortin, V., Laplante, L., Dionne, M., Filiatrault, F., Laliberté, C., Lessard, P., Savard, M., Désilets, J. et Pouliot, B. (2016). *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence*. Institut national de santé publique du Québec. *La gestion des risques en santé publique au Québec : cadre de référence* | INSPQ.
- Corvol, A., Balard, F., Moutel, G. et Somme, D. (2014). Refus de soins opposés aux gestionnaires de cas par des personnes âgées en situation médico-sociale complexe : regards croisés. *La Revue de médecine interne*, 35 (2014), 16-20.
- Craftman, A. G., Grundberg, A. et Westerbotn, M. (2018). Experiences of home care assistants providing social care to older people: A context in transition. *International journal of older people nursing*, 13(4), e12207. Doi : <http://dx.doi.org/10.1111/opn.12207>.
- Csikai, E. L. et Patyan, L. (2021). Hungarian social caregivers' challenges in providing home care to older adults with cancer. *Journal of aging et social policy*, 34(6), 955-975. Doi : <http://dx.doi.org/10.1080/08959420.2021.1926210>.
- De Bono, E. C. et Henry, B. (2016). A positive risk approach when clients choose to live at risk: a palliative case discussion. *Current Opinion Supportive Palliative Care*, 10(3), 214-220. Doi : 10.1097/SPC.0000000000000223.
- Direction de la recherche, de l'évaluation et de la statistique, ministère de la Famille (2018). *Les aînés du Québec : Quelques données récentes*. Deuxième édition. *Les aînés du Québec - Quelques données récentes* (2e édition) (gouv.qc.ca).
- Eilertsen, I. et Kiik, R. (2016). Nurses' emotional challenges in providing home care in Norway. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 82-87. Doi : 10.1177/2057158515623406.
- Équipe de recherche *Vivre avec les risques* (2022). *Vivre avec les risques : Une démarche d'aide à la décision*. Guide d'utilisation à l'intention des cliniciens œuvrant auprès des personnes âgées. Guides-Factors-Risque\_Avril.pdf (usherbrooke.ca).
- EUnetHTA (2016). EUnetHTA Joint Action 2, Work Package 8. HTA Core Model version 3.0 for the full assessment of Diagnostic Technologies, Medical and Surgical Interventions, Pharmaceuticals and Screening Technologies. [www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx](http://www.htacoremodel.info/BrowseModel.aspx).
- Farmer, T., Robinson, K., Elliott, S.J. et Eyles, J. (2006). Developing and implementing a triangulation protocol for qualitative health research. *Qualitative Health Research*, 16(3), 377-94. Doi : 10.1177/1049732305285708.
- Flemming, K., Booth, A., Garside, R., Tunçalp, Ö. et Noyes, J. (2019). Qualitative evidence synthesis for complex interventions and guideline development: clarification of the purpose, designs and relevant methods. *BMJ Global Health*, 25(4), 1-9. Doi : 10.1136/bmjgh-2018-000882.
- Flemming, K., et Noyes, J. (2021). Qualitative Evidence Synthesis: Where Are We at? *International Journal of Qualitative Methods*, 201 (Janvier-Décembre), 1-20. <https://doi.org/10.1177/1609406921993276>.



- Gervais, P. (2018). Les soins et services à domicile au Québec : Pour mieux vous orienter dans le réseau de la santé et des services sociaux. Association des retraités de l'éducation du Québec. Dossier-Les-soins-et-services-à-domicile-au-Québec-Été-2018.pdf (lacsq.org).
- Gélinas, M. -C. (2013). *Soins et services à domicile de longue durée – Volet 3 : Consultation d'experts*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. 57159v3.pdf (santecom.qc.ca).
- Gilmour, H., Gibson, F. et Campbell, J. (2003). Living alone with dementia: A case study approach to understanding risk. *Dementia (14713012)*, 2(3), 403-420. Doi : 10.1177/14713012030023008.
- Grenier, J. et Chénard, J. (2013). Complexité et intervention sociale : réflexion éthique et processus délibératifs individuels et de groupe dans une situation litigieuse. *Intervention*, 138(2013.1), 56-71.
- Healy, T. C. (2003). Ethical decision making: Pressure and uncertainty as complicating factors. *Health et social work*, 28(4), 293-301.
- Healy, T. C. (2005). Levels of directiveness: A contextual analysis. *Social Work in Health Care*, 40(1), 71-91. Doi : [http://dx.doi.org/10.1300/J010v40n01\\_05](http://dx.doi.org/10.1300/J010v40n01_05).
- Higuchi, S., Christensen, K.A. et Terpstra, J. (2002). Challenges in home care practice: a decision-making perspective. *Journal of community health nursing*, 19(4), 225-236.
- Ibrahim, J.E., et Davis, M.C. (2013). Policy and practices updates: Impediments to applying the 'dignity of risk' principle in residential aged care services. *Australasian Journal on Ageing*, 32(3), 188-193.
- INESSS (2013). *Les normes de production des revues systématiques. Guide méthodologique*. Montréal. INESSS\_Normes\_production\_revues\_systematiques.pdf.
- INESSS. (2016). Liste d'évaluation et d'appréciation critique de la littérature grise « Authority, Accuracy, Coverage, Objectivity, Date et Significance » (AACODS).
- Jacobs, G. (2019). Patient autonomy in home care: Nurses' relational practices of responsibility. *Nursing Ethics*, 26(6), 1638-1653. Doi : 10.1177/0969733018772070.
- Janssen, B., Abma, T. A. et Van Regenmortel, T. (2014). Paradoxes in the care of older people in the community: walking a tightrope. *Ethics and Social Welfare*, 8(1), 39-56.
- Jarling, A., Rydstrom, I., Ernsth Bravell, M., Nystrom, M. et Dalheim-Englund, A. C. (2020). Perceptions of professional responsibility when caring for older people in home care in Sweden. *Journal of community health nursing*, 37(3), 141-152. Doi : <https://dx.doi.org/10.1080/07370016.2020.1780044>.
- Johnson, Y. O. (2015). Home care nurses' experiences with and perceptions of elder self-neglect. *Home healthcare now*, 33(1), 31-37. Doi : <http://dx.doi.org/10.1097/NHH.000000000000169>.
- Kane, R. A., Penrod, J. D. et Kivnick, H. Q. (1994). Case managers discuss ethics: Dilemmas of an emerging occupation in long-term care in the united states. *Journal of Case Management*, 3 (1), 3-12.
- Kmet, L. M., Lee, R. C. et Cook, L. S. (2004). *Standard Quality Assessment Criteria for Evaluating Primary Research Papers from a Variety of Fields (no HTA Initiative #13)*. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. <https://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1471-2393-14-52-s2.pdf>.
- Légaré, F. (2009). Le partage des décisions en santé entre patients et médecins. *Recherches sociographiques*, 50(2), 283-299. <https://doi.org/10.7202/037958ar>.
- Le Robert (s.d.). *Convergence*. Dans Dico en ligne. Consulté le 2 octobre 2023 sur <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/convergence>.

- Leverton, M. (2021). *Exploring homecare for people living with dementia using an ethnographic approach*. (Thèse de doctorat, University college London). <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10136703/>.
- Lewin, S., Booth, A., Glenton, C., Munthe-Kaas, H., Rashidian, A., Wainwright, M., et Noyes, J. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. *Implementation Science*, 13 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0688-3>.
- Lobè, C., Renaud, J., Brassard, J., Fournier, M., (2017). *Élaboration et adaptation des guides de pratique*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. INESSS\_Elaboration\_adaptation\_guides\_de\_pratique.pdf.
- Lockwood, C., Porrit, K., Munn, Z., Rittenmeyer, L., Salmond, S., Bjerrum, M., Loveday, H., Carrier, J. et Stannard, D. (2020). Chapter 2: Systematic reviews of qualitative evidence. Dans E. Aromataris et Z. Munn (Dirs.). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-03>.
- Lundberg, K. (2018). Dementia care work situated between professional and regulatory codes of ethics. *Ethics and Social Welfare*, 12(2), 133-146. Doi : <https://dx.doi.org/10.1080/17496535.2017.1321679>.
- McDonald, A., Frazer, K. et Warters, A. (2022). Irish Public Health Nursing Services and Home Support Services: governance of older persons' home care. *Public Health Nursing*, 39(1), 96-102.
- Marsh, P. et Kelly, L. (2018). Dignity of risk in the community: a review of and reflections on the literature. *Health, Risk et Society*, 20(5-6), 297-311.
- Mayer, R., Ouellet, F., Saint-Jacques, M.-C. et Turcotte, D. (2000). *Méthodes de recherche en intervention sociale*. Éditeur Gaëtan Morin.
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînées (2017). *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées, 2017-2022*. Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2017-2022.
- Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînées; ministère de la Santé et des Services sociaux Québec (2018). *Un Québec pour tous les âges : Le Plan d'action 2018-2023*. (Publication n° : F-5234-MSSS-18). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002204/>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec (2003). *Pour faire les bons choix. Chez soi : le premier choix. La politique de SAD* (Publication n° : 02-704-01). Pour faire les bons choix - Chez soi : le premier choix - La politique de SAD (gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* (Publication n° : F-5234-MSSS). Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble - Chez soi, dans sa communauté, au Québec (gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle*. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle - Édition révisée - Mars 2015 (gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. 2<sup>e</sup> édition* (Publication n° : 13-830-10F). Guide de référence pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées (gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2020). Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement. Politique nationale pour les personnes proches aidantes - Reconnaître et soutenir dans le respect des volontés et des capacités d'engagement - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca).



- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2021). *Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés*. Guide de mise en œuvre des actions préventives et de traitement du déconditionnement auprès des aînés (gouv.qc.ca).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2022). *Reconnaître et agir ensemble - Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027*. Reconnaître et agir ensemble - Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027 - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Muhli, U. H. (2010). Accounts of professional and institutional tension in the context of Swedish elderly care. *Journal of Aging Studies*, 24(1), 47-56. Doi : <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaging.2008.06.001>.
- Munn, Z., Porritt, K., Lockwood, C., Aromataris, E. et Pearson, A. (2014). Establishing confidence in the output of qualitative research synthesis: the ConQual approach. *BMC medical research methodology*, 14(1), 1-7.
- National Advisory Council on Aging (1997). Rights and Limits to Risk. *Expression*, 9(2), 9 p.
- Noyes, J., Booth, A., Lewin, S. et al. (2018). Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings—paper 6: how to assess relevance of the data. *Implementation Sciences* 13 (Suppl 1), 51-61. <https://doi.org/10.1186/s13012-017-0693-6>.
- Office québécois de la langue française (2018). Gestion du risque. *Le grand dictionnaire terminologique*. Gestion des risques | GDT (gouv.qc.ca).
- Office québécois de la langue française (2023). Usager. *Vocabulaire de la prestation de services*. [oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie\\_pds/fiches/usager.html](http://oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/dictionnaires/terminologie_pds/fiches/usager.html).
- Organisation mondiale de la Santé (2002). *Vieillir en restant actif, cadre d'orientation*. Bibliothèque de l'Organisation mondiale de la Santé. AGE-handsfinal-fre (who.int).
- Ouellet, J. (2012). *Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile*. (Mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke). Le rapport à la formation infirmière continue chez des infirmières en soutien à domicile (usherbrooke.ca).
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., et Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International journal of surgery*, 88(2021), 105906.
- Pomey, M., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M. et Jouet, E. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, 1(2015), 41-50. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0041>.
- Protecteur du citoyen (2012). Rapport d'enquête du protecteur du citoyen chez soi : toujours le premier choix ? L'accessibilité aux services de SAD pour les personnes présentant une incapacité significative et persistante. Direction des communications. Direction des communications (protecteurducitoyen.qc.ca).
- Protecteur du citoyen (2017). *Rapport annuel d'activité 2016-2017*. Rapport annuel 2016-2017 | Protecteur du citoyen.
- Protecteur du citoyen (2018). *Rapport annuel d'activité 2017-2018*. Rapport annuel 2017-2018 | Protecteur du citoyen.
- Protecteur du citoyen (2019). *Rapport annuel d'activité 2018-2019*. Rapport annuel 2018-2019 | Protecteur du citoyen.
- Protecteur du citoyen (2020). *Rapport annuel d'activité 2019-2020*. Rapport annuel 2019-2020 | Protecteur du citoyen.

- Protecteur du citoyen (2021). *Rapport annuel d'activité 2020-2021*. Rapport annuel 2020-2021 | Protecteur du citoyen.
- Protecteur du citoyen (2022). *Rapport annuel d'activité 2021-2022*. Rapport annuel 2021-2022 | Protecteur du citoyen.
- Rasoal, D., Kihlgren, A. et Skovdahl, K. (2018). Balancing different expectations in ethically difficult situations while providing community home health care services: a focused ethnographic approach. *BMC geriatrics*, 18(2018), 1-10.
- Roy, P. (2012). *Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur*. (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Le processus de positionnement éthique du travailleur social dans la détermination de l'inaptitude d'une personne âgée, dans le cadre des régimes de protection du majeur (umontreal.ca).
- Saillant, F., Hagan, L. et Boucher-Dancause, G. (1994). Contenu, contexte et enjeux sociaux de la pratique des soins infirmiers à domicile. *Service social*, 43 (1), 105-126.
- Scheepmans, K., Dierckx de Casterlé, B., Paquay, L., Van Gansbeke, H., Boonen, S. et Milisen, K. (2014). Restraint use in home care: A qualitative study from a nursing perspective. *BMC Geriatrics*, 14(1), 17-17. Doi : 10.1186/1471-2318-14-17.
- Schöpfe, J. (2015). Comprendre la littérature grise. *A.B.D.S. I2D – Information, données et documents*, 1 (52), 30-32. <https://www.cairn.info/revue-i2d-information-donnees-etdocuments-2015-1-page-30.htm>.
- Silverglow, A., Johansson, L., Liden, E., et Wijk, H. (2021). Perceptions of providing safe care for frail older people at home: A qualitative study based on focus group interviews with home care staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(3), 852-862. Doi : <https://dx.doi.org/10.1111/scs.13027>.
- Sims-Gould, J., Byrne, K., Beck, C. et Martin-Matthews, A. (2013). Workers' experiences of crises in the delivery of home support services to older clients: A qualitative study. *Journal of Applied Gerontology*, 32(1), 31-50. Doi : 10.1177/0733464811402198.
- Sims-Gould, J., et Martin-Matthews, A. (2010). Strategies used by home support workers in the delivery of care to elderly clients. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement*, 29 (1), 97-107.
- Stacey, C. L. (2005). Finding dignity in dirty work: The constraints and rewards of low-wage home care labour. *Sociology of Health et Illness*, 27(6), 831-854. Doi : 10.1111/j.1467-9566.2005.00476.x.
- Stevens, E., Price, L. et Walker, L. (2022). "Just because people are old, just because they're ill..." Dignity matters in district nursing. *Journal of Adult Protection*, 24(1), 3-14. Doi : 10.1108/JAP-07-2021-0024.
- Usito (2023). Risques. Dans *Usito, le dictionnaire*. Consulté le 15 septembre 2023 sur Dictionnaire Usito (usherbrooke.ca).
- Vik, K. et Eide, A. H. (2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), 528-536. Doi : 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x.
- Weaver, S.H., de Cordova, P.B., Vitale, T. R., Hargwood, P. et Salmond, S. (2023) Experiences and perceptions of nurses working night shift: a qualitative systematic review. *JBI Evidence Synthesis*, 21(1), 33-97. Doi : 10.11124/JBIES-21-00472.
- Webber, J., Trothen, T. J., Finlayson, M. et Norman, K. E. (2022). Moral distress experienced by community service providers of home health and social care in Ontario, Canada. *Health et Social Care in the Community*, 30(5), e1662-e1670. Doi : 10.1111/hsc.13592.
- Wong, L. P. (2008). Focus group discussion: a tool for health and medical research. *Singapore Medical Journal*, 49(3), 256-60.

## Annexe I : Stratégie de recherche documentaire pour les bases de données

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
<b>ÉTHIQUE</b>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw,kf. 1276940</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old). ti, ab, kw, kf. 679490</p> <p>3 aged/ or frail elderly/ or very elderly/ 3325407</p> <p>4 1 or 2 or 3 4411775</p>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw. 889904</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder? or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw. 497310</p> <p>3 aged/ or "aged, 80 and over"/or centenarians/ or nonagenarians/ or octogenarians/ or frail elderly/ 3379560</p> <p>4 1 or 2 or 3 4140961 Homebound Persons/ or Independent Living/ 56475</p>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)). ti, ab, id. 213767</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old). ti, ab, id. 135929</p> <p>3 older adulthood/ 9357</p> <p>4 1 or 2 or 3 308887</p>	<p>S1 TI ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)) OR AB ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n))</p> <p>S2 TI ([ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) ) OR AB ( (ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior?</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>5 exp home care/ 81310</p> <p>6 elderly care/ or geriatric care/ or geriatric nursing/ or geriatrics/ or long term care/ 229180</p> <p>7 home environment/ 5828</p> <p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))).ti,ab,kw,kf. 89462</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8 138701</p>	<p>5 home care services/ or hemodialysis, home/ or home health nursing/ or home infusion therapy/ or home nursing/ or homemaker services/ or parenteral nutrition, home/ or Homebound Persons/ or Independent Living/ 56475</p> <p>6 Long term care/ or geriatrics/ 57969</p> <p>7 home environment/ 156</p> <p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))).ti,ab,kw. 66428</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8103247</p>	<p>5 aging in place/ or home care/ or home visiting programs/ or homebound/ or living alone/ 9819</p> <p>6 elder care/ or geriatric assessment/ or geriatrics/ or Geriatric patients/ or gerontology/ or long term care/ 44711</p> <p>7 home environment/ 10569</p> <p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))). ti, ab, id. 29564</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 832529</p>	
	<p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or</p>	<p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or</p>	<p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or</p>	<p>W1 (care or caring or support* or service* or visit*)) OR AB (((((age or ag#ing or life or live or living) N1</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*). ti,ab,kw,kf. 2198256</p> <p>11 health personnel attitude/or audiologist attitude/or dental assistant attitude/or dentist attitude/or dietitian attitude/or nurse attitude/or occupational therapist attitude/or pharmacist attitude/or physician assistant attitude/ or physician attitude/ or physiotherapist attitude/ or protocol compliance/ or psychotherapist attitude/ or exp nurse/ or nursing care/ or exp physician/ or exp paramedical personnel/ 1458316</p>	<p>providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*). ti,ab,kw. 1649016</p> <p>11 advanced practice nursing/or exp community health nursing/ or family nursing/ or geriatric nursing/ or occupational health nursing/ or orthopedic nursing/ or psychiatric nursing/ or public health nursing/ or rehabilitation nursing/ or health personnel/ or audiologists/ or nurses/ or nurse practitioners/ or family nurse practitioners/ or nurses, community health/ or nurses, male/ or nutritionists/ or occupational therapists/ or optometrists/ or pharmacists/ or physical therapists/ or physicians/ or allergists/ or</p>	<p>providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*). ti, ab, id. 578641</p> <p>11 allied health personnel/ or home care personnel/ or occupational therapists/ or physical therapists/ or speech therapists/ or clinical psychologists/ or clinicians/ or physicians/ or medical personnel/ or family physicians/ or general practitioners/ or health personnel/ or exp Health Personnel Attitudes/ or mental health personnel/ or nurses/ or optometrists/ or pharmacists/ or psychiatric nurses/ or social workers/ or psychiatric social workers/ or psychiatrists/ or exp psychotherapist attitudes/ or</p>	<p>(alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support* or service* or visit*))</p> <p>S10 S5 OR S8 OR S9</p> <p>S11 [MH "Nurses+"] OR [MH "Nursing as a Profession+"]</p> <p>S12 (MH "Allied Health Personnel+") OR (MH "Pharmacists") OR (MH "Physicians+") OR (MH "Allied Health Professions+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Home Health Aides")</p> <p>S13 TI [((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#1* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist*</p>



ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>12 10 or 11 2845038</p> <p>13 ((age adj2 (discrimin* or prejudic*)) or age ism or ageism or accountable or accountability or ethic* or bioethic* or conscience or dilemma or dilemma* or hono#r or honorable or moral or morality or morally or oath?).ti,ab,kw,kf. 320715</p> <p>14 ageism/ or ethics/ or applied ethics/ or bioethics/ or casuistry/ or complicity/ or consequentialism/ or moral hazard/ or virtue ethics/ or social responsibility/ or morality/ or ethical dilemma/ or moral reasoning/ or moral status/ or whistleblowing/ 131692</p> <p>15 13 or 14 374400</p> <p>16 (french or english). lg. 33199761</p> <p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 781</p>	<p>general practitioners/ or geriatricians/ or ophthalmologists/ or physicians, family/ or physicians, primary care/ or physicians, women/ or social workers/ or Occupational Health Physicians/ or Psychotherapists/ or Rural Nursing/ or allied health personnel/ or community health workers/ or home health aides/ or licensed practical nurses/ or exp nursing assistants/ or physical therapist assistants/ or physician assistants/ 356002</p> <p>12 10 or 11 1777952</p> <p>13 ((age adj2 (discrimin* or prejudic*)) or age ism or ageism or accountable or accountability or ethic* or bioethic* or conscience or dilemma* or hono#r* or moral or morals or morality or morally or oath?).ti,ab,kw. 235313</p> <p>14 Ageism/ or morals/ or conscience/ or ethics/ or bioethical issues/ or exp bioethics/ or ethical analysis/ or casuistry/ or exp "ethical review"/ or moral status/ or moral development/ or social responsibility/ or moral obligations/ or exp Ethics, Clinical/ or Social Values/ or Whistleblowing/ 132297</p>	<p>psychotherapists/ or therapists/ 168274</p> <p>12 10 or 11 613819</p> <p>13 ((age adj2 (discrimin* or prejudic*)) or age ism or ageism or accountable or accountability or ethic* or bioethic* or conscience or dilemma or dilemma* or hono#r or honorable or moral or morality or morally or oath?). ti, ab, id. 173643</p> <p>14 "aged (attitudes toward)/or ageism/ or age discrimination/ or bioethics/ or duty to protect/ or duty to warn/ or ethics/ or social responsibility/ or values/ or morality/ or personal values/ or social values/ 75184</p> <p>15 13 or 14 201191</p> <p>16 (french or english). lg. 4817291</p> <p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 252</p>	<p>or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) OR AB (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*)</p> <p>S14 S11 OR S12 OR S13</p> <p>S15 (MH "Ethics") OR (MH "Bioethics") OR (MH "Altruism") OR (MH "Decision Making, Ethical") OR (MH "Medical Futility") OR (MH "Ageism")</p> <p>Treat") OR (MH "Whistle Blowing") OR (MH "Social Values")</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
		15 13 or 14 302472 16 (french or english). lg. 29760428 17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 598		S16 (MH "Morals") OR (MH "Conscience") OR (MH "Social Responsibility") OR (MH "Accountability") OR (MH "Patient Abandonment") OR (MH "Refusal to Treat") OR (MH "Whistle Blowing") OR (MH "Social Values")  S17 TI ((age N1 (discrimin* or prejudic*)) or age ism or ageism or accountable or accountability or ethic* or bioethic* or conscience or dilemma* or hono#r* or moral or morals or morality or morally or oath?) OR AB ((age N1 (discrimin* or prejudic*)) or age ism or ageism or accountable or accountability or ethic* or bioethic* or conscience or dilemma* or hono#r* or moral or morals or morality or morally or oath?)  S18 S15 OR S16 OR S17 S19 LA french OR LA english S20 S4 AND S10 AND S14 AND S18 AND S19 483
<b>JURIDIQUE</b>	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male?	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or	S1 TI ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw,kf. 1277477	person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw. 890178	person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)). ti, ab, id. 213767	population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n))
<b>JURIDIQUE</b>	<p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw,kf. 679706</p> <p>3 aged/ or frail elderly/ or very elderly/ 3325876</p> <p>4 1 or 2 or 3 4412669</p> <p>5 exp home care/ 81329</p> <p>6 elderly care/ or geriatric care/ or geriatric nursing/ or geriatrics/ or long term care/ 229193</p> <p>7 home environment/ 5830</p>	<p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder? or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw. 497440</p> <p>3 aged/ or "aged, 80 and over"/or centenarians/ or nonagenarians/ or octogenarians/ or frail elderly/ 3380253</p> <p>4 1 or 2 or 3 4141802</p> <p>5 home care services/ or hemodialysis, home/ or home health nursing/ or home infusion therapy/ or home nursing/ or homemaker services/ or parenteral nutrition, home/ or Homebound Persons/ or Independent Living/ 56495</p> <p>6 Long term care/ or geriatrics/ 57975</p> <p>7 home environment/ 158</p>	<p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old). ti, ab, id. 135929</p> <p>3 older adulthood/ 9357</p> <p>4 1 or 2 or 3 308887</p> <p>5 aging in place/ or home care/ or home visiting programs/ or homebound/ or living alone/ 9819</p> <p>6 elder care/ or geriatric assessment/ or geriatrics/ or gerontology/ or long term care/ or geriatric patients/ 44711</p> <p>7 home environment/ 10569</p>	<p>OR AB ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n))</p> <p>S2 T1 ([ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) ) OR AB ( (ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) )</p> <p>S3 (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over+") OR (MH "Frail Elderly")</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS



ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))).ti,ab,kw,kf. 89500</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8 138747</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or</p>	<p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))).ti,ab,kw. 66445</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8103276</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*).ti,ab,kw. 1649371</p>	<p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))). ti, ab, id. 29564</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 832529</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*). ti, ab, id. 578641</p>	<p>S4 S1 OR S2 OR S3</p> <p>S5 (MH "Home Health Care") OR (MH "Home Dialysis") OR (MH "Home Apnea Monitoring") OR (MH "Home Intravenous Therapy") OR (MH "Home Nutritional Support") OR (MH "Home Rehabilitation+") OR (MH "Home Respiratory Care+") OR (MH "Home Visits") OR (MH "Homemaker Services") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Home Health Agencies")</p> <p>S6 (MH "Gerontologic Care") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Geriatrics")</p> <p>S7 (MH "Home Environment")</p> <p>S8 S6 AND S7</p> <p>S9 TI [((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*))</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	technician* or technologist* or therapist*).ti,ab,kw,kf. 2198981			
<b>JURIDIQUE</b>	<p>11 health personnel attitude/or audiologist attitude/or dental assistant attitude/or dentist attitude/or dietitian attitude/or nurse attitude/or occupational therapist attitude/or pharmacist attitude/or physician assistant attitude/ or physician attitude/ or physiotherapist attitude/ or protocol compliance/ or psychotherapist attitude/ or exp nurse/ or nursing care/ or exp physician/ or exp paramedical personnel/ 1458932</p> <p>12 10 or 11 2845933</p> <p>13 [Deontolog* or ((compliant* or standard or standards) adj2 (professional* or association* or associative)) or ((administrat* or care or health or healthcare or internal or institutional or organi?ation*) adj2 (policy or policies))).ti,ab,kw,kf. 73176</p> <p>14 deontology/ or professional ethics/ or organizational policy/ 3026</p> <p>15 13 or 14 75104</p>	<p>11 advanced practice nursing/or exp community health nursing/ or family nursing/ or geriatric nursing/ or occupational health nursing/ or orthopedic nursing/ or psychiatric nursing/ or public health nursing/ or rehabilitation nursing/ or health personnel/ or audiologists/ or nurses/ or nurse practitioners/ or family nurse practitioners/ or nurses, community health/ or nurses, male/ or nutritionists/ or occupational therapists/ or optometrists/ or pharmacists/ or physical therapists/ or physicians/ or allergists/ or general practitioners/ or geriatricians/ or ophthalmologists/ or physicians, family/ or physicians, primary care/ or physicians, women/ or social workers/ or Occupational Health Physicians/ or Psychotherapists/ or Rural Nursing/ or allied health personnel/ or community health workers/ or home health aides/ or licensed practical nurses/ or exp nursing assistants/ or physical</p>	<p>11 allied health personnel/ or home care personnel/ or occupational therapists/ or physical therapists/ or speech therapists/ or clinical psychologists/ or clinicians/ or physicians/ or medical personnel/ or family physicians/ or general practitioners/ or health personnel/ or exp Health Personnel Attitudes/ or mental health personnel/ or nurses/ or optometrists/ or pharmacists/ or psychiatric nurses/ or social workers/ or psychiatric social workers/ or psychiatrists/ or exp psychotherapist attitudes/ or psychotherapists/ or therapists/ 168274</p> <p>12 10 or 11 613819</p> <p>13 (Deontolog* or ((compliant* or standard?) adj2 (professional* or association* or associative)) or ((administrat* or care or health or healthcare or internal or organi?ation*) adj2 (policy or policies))). ti, ab, id. 23659</p> <p>14 professional standards/ or Professional Ethics/ 25906</p>	<p>or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support* or service* or visit*)) OR AB (((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support* or service* or visit*))</p> <p>S10 S5 OR S8 OR S9</p> <p>S11 (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing as a Profession+")</p> <p>S12 (MH "Allied Health Personnel+") OR (MH "Pharmacists") OR (MH "Physicians+") OR (MH "Allied Health Professions+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Home Health Aides")</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	16 (french or english). lg. 33207513	therapist assistants/ or physician assistants/ 356084	15 13 or 14 47779	S13 TI (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) OR AB (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*)
	17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 420	12 10 or 11 1778310	16 (french or english). lg. 4817291	
		13 [Deontolog* or ((compliant* or standard or standards) adj2 (professional* or association* or associative))] or [(administrat* or care or health or healthcare or internal or institutional OR organi?ation*) adj2 (policy or policies))] .ti,ab,kw. 55328	17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 148	
		14 ethics, professional/ or "codes of ethics"/or professionalism/ 11592		
		15 13 or 14 66669		
		16 (french or english). lg. 29765343		
		17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 364		
				S15 LA french OR LA english

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
<b>ORGANISATION</b>	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male?	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or	1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or	S16 TI (Deontolog* or ((complan* or standard?) n1 (profession#l* or association* or associative)) or ((administrat* or care or health or healthcare or internal or institutional OR organi#ation*) n1 (policy or policies))) OR AB (Deontolog* or ((complan* or standard?) n1 (profession#l* or association* or associative)) or ((administrat* or care or health or healthcare or internal or institutional OR organi#ation*) n1 (policy or policies))) S17 (MH "Organizational Compliance") S18 (MH "Professional Compliance") S19 (MH "Guideline Adherence") S20 S16 OR S17 OR S18 OR S19 S21 S4 AND S10 AND S14 AND S15 AND S20 316  S1 TI ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw,kf. 1277477</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw,kf. 679706</p> <p>3 aged/ or frail elderly/ or very elderly/ 3325876</p> <p>4 1 or 2 or 3 4412669</p> <p>5 exp home care/ 81329</p> <p>6 elderly care/ or geriatric care/ or geriatric nursing/ or geriatrics/ or long term care/ 229193</p> <p>7 home environment/ 5830</p> <p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or</p>	<p>person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw. 890178</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder? or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw. 497440</p> <p>3 aged/ or "aged, 80 and over"/or centenarians/ or nonagenarians/ or octogenarians/ or frail elderly/ 3380253</p> <p>4 1 or 2 or 3 4141802</p> <p>5 home care services/ or hemodialysis, home/ or home health nursing/ or home infusion therapy/ or home nursing/ or homemaker services/ or parenteral nutrition, home/ or Homebound Persons/ or Independent Living/ 56495</p> <p>6 Long term care/ or geriatrics/ 57975</p> <p>7 home environment/ 158</p>	<p>person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)). ti, ab, id. 213767</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old). ti, ab, id. 135929</p> <p>3 older adulthood/ 9357</p> <p>4 1 or 2 or 3 308887</p> <p>5 aging in place/ or home care/ or home visiting programs/ or homebound/ or living alone/ 9819</p> <p>6 elder care/ or geriatric assessment/ or geriatrics/ or gerontology/ or long term care/ or geriatric patients/ 44711</p> <p>7 home environment/ 10569</p> <p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or</p>	<p>population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)) OR AB ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n))</p> <p>S2 TI ([ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) ) OR AB ( (ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) )</p> <p>S3 (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over+") OR (MH "Frail Elderly")</p> <p>S4 S1 OR S2 OR S3</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))) .ti,ab,kw,kf. 89500</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8 138747</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) .ti,ab,kw,kf. 2198981</p>	<p>8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))) .ti,ab,kw. 66445</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 8103276</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) .ti,ab,kw. 1649371</p>	<p>dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support* or service* or visit*))) . ti, ab, id. 29564</p> <p>9 5 or (6 and 7) or 832529</p> <p>10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) . ti, ab, id. 578641</p> <p>11 allied health personnel/ or home care personnel/ or occupational therapists/ or</p>	<p>S5 (MH "Home Health Care") OR (MH "Home Dialysis") OR (MH "Home Apnea Monitoring") OR (MH "Home Intravenous Therapy") OR (MH "Home Nutritional Support") OR (MH "Home Rehabilitation+") OR (MH "Home Respiratory Care+") OR (MH "Home Visits") OR (MH "Homemaker Services") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Home Health Agencies")</p> <p>S6 (MH "Gerontologic Care") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Geriatrics")</p> <p>S7 (MH "Home Environment")</p> <p>S8 S6 AND S7</p> <p>S9 TI (((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support* or service* or visit*))) OR AB (((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or</p>



ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>11 health personnel attitude/or audiologist attitude/or dental assistant attitude/or dentist attitude/or dietitian attitude/or nurse attitude/or occupational therapist attitude/or pharmacist attitude/or physician assistant attitude/ or physician attitude/ or physiotherapist attitude/ or protocol compliance/ or psychotherapist attitude/ or exp nurse/ or nursing care/ or exp physician/ or exp paramedical personnel/ 1458932</p> <p>12 10 or 11 2845933</p> <p>13 (Crime or crimes or (criminal* adj2 responsable) or law or laws or legal or legally or liabilit* or liable or malpractice* or negligence or neglect* or regulat* or respons#bilit* or ((protect* or safeguard*) adj2 right?)). ti, ab, kw, kf. 3002495</p> <p>14 legal aspect/ or legal liability/ or mandatory program/ or mandatory reporting/ or medical liability/ or health legislation/ or legal procedure/ or law suit/ 236899</p> <p>15 13 or 14 3162840</p>	<p>11 advanced practice nursing/or exp community health nursing/ or family nursing/ or geriatric nursing/ or occupational health nursing/ or orthopedic nursing/ or psychiatric nursing/ or public health nursing/ or rehabilitation nursing/ or health personnel/ or audiologists/ or nurses/ or nurse practitioners/ or family nurse practitioners/ or nurses, community health/ or nurses, male/ or nutritionists/ or occupational therapists/ or optometrists/ or pharmacists/ or physical therapists/ or physicians/ or allergists/ or geriatricians/ or ophthalmologists/ or physicians, family/ or physicians, primary care/ or physicians, women/ or social workers/ or Occupational Health Physicians/ or Psychotherapists/ or Rural Nursing/ or allied health personnel/ or community health workers/ or home health aides/ or licensed practical nurses/ or exp nursing assistants/ or physical therapist assistants/ or physician assistants/ 356084</p> <p>12 10 or 11 1778310</p>	<p>physical therapists/ or speech therapists/ or clinical psychologists/ or clinicians/ or physicians/ or medical personnel/ or family physicians/ or general practitioners/ or health personnel/ or exp Health Personnel Attitudes/ or mental health personnel/ or nurses/ or optometrists/ or pharmacists/ or psychiatric nurses/ or social workers/ or psychiatric social workers/ or psychiatrists/ or exp psychotherapist attitudes/ or psychotherapists/ or therapists/ 168274</p> <p>12 10 or 11 613819</p> <p>13 (Crime or crimes or (criminal* adj2 responsable) or law or laws or legal or legally or liabilit* or liable or malpractice* or negligence or neglect* or regulat* or respons#bilit* or ((protect* or safeguard*) adj2 right?)). ti, ab, id. 444335</p> <p>14 legal processes/ or litigation/ or professional liability/ 18139</p> <p>15 13 or 14 447738</p> <p>16 (french or english). lg. 4817291</p>	<p>community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home* or private home*) and (assess* or care or evaluat* or health care or intervention* or rehabilitat* or support* or service*) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support* or service* or visit*)))</p> <p>S10 S5 OR S8 OR S9</p> <p>S11 (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing as a Profession+")</p> <p>S12 (MH "Allied Health Personnel+") OR (MH "Pharmacists") OR (MH "Physicians+") OR (MH "Allied Health Professions+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Home Health Aides")</p> <p>S13 TI (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
	<p>16 (french or english). lg. 33207513</p> <p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 1413</p>	<p>13 (Crime or crimes or (criminal* adj2 responsible) or law or laws or legal or legally or liability* or liable or malpractice* or negligence or neglect* or regulat* or respons#bilit* or ((protect* or safeguard*) adj2 right?)).ti,ab,kw. 2436441</p> <p>14 liability, legal/ or malpractice/ or mandatory reporting/ or jurisprudence/ or mandatory programs/ 71339</p> <p>15 13 or 14 2477589</p> <p>16 (french or english). lg. 29765343</p> <p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 1037</p>	<p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 387</p>	<p>orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) OR AB (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*)</p> <p>S14 S11 OR S12 OR S13</p> <p>S15 LA french OR LA english</p> <p>S16 TI (Crime or crimes or (criminal* n1 responsible) or law or laws or legal or legally or liability* or liable or malpractice* or negligence or neglect* or regulat* or respons#bilit* or ((protect* or safeguard*) n1 right?)) OR AB (Crime or crimes or (criminal* n1</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS



ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
				<p>responsible) or law or laws or legal or legally or liability* or liable or malpractice* or negligence or neglect* or regulat* or respons#bilit* or ((protect* or safeguard*) n1 right?))</p> <p>S17 (MH "Criminal Justice") OR (MH "Evidence, Legal") OR (MH "Legal Procedure") OR (MH "Liability, Legal") OR (MH "Malpractice") OR (MH "Negligence")</p> <p>S18 (MH "Legislation") OR (MH "Legislation, Medical") OR (MH "Legislation, Nursing+") OR (MH "Practice Acts+") OR (MH "Legislation, Labor") OR (MH "Legislation, Hospital") OR (MH "Mandatory Reporting") OR (MH "Professional Discipline")</p> <p>S19 S16 OR S17 OR S18</p> <p>S20 S4 AND S10 AND S14 AND S15 AND S19 857</p>

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
<p><b>AUTO-DÉTERMINATION</b></p>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw,kf. 1277477</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw,kf. 679706</p>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)).ti,ab,kw. 890178</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder? or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old).ti,ab,kw. 497440</p>	<p>1 ((old or older or oldest) adj2 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual or individuals or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)). ti, ab, id. 213767</p> <p>2 (ag#ing or centenarian* or centarian* or elder or elders or elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old or overaged or retiree* or retired or supercentenarian* or senium or senior or seniors or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old). ti, ab, id. 135929</p>	<p>S1 TI ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n)) OR AB ((old or older or oldest) N1 (adult? or age or citizen* or client* or female? or individual? or m#n or male? or person? or people or population* or patient? or outpatient? or subject? or wom#n))</p> <p>S2 TI ([ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) ) OR AB ( (ag#ing or centenarian* or centarian* OR elder OR elders OR elderly or eldest or frailty or frail or geriatr* or gerontolog* or nonagenarian* or octogenarian* or oldest old OR overaged OR retiree* OR retired OR supercentenarian* or senium or senior? or senescen* or sexagenarian* or septuagenarian* or very old) )</p>

3 aged/ or frail elderly/ or very elderly/ 3325876

4 1 or 2 or 3 4412669

5 exp home care/ 81329

6 elderly care/ or geriatric care/ or geriatric nursing/ or geriatrics/ or long term care/ 229193

7 home environment/ 5830

8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home\* or private home\*) and (assess\* or care or evaluat\* or health care or intervention\* or rehabilitat\* or support\* or service\*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support\* or service\* or visit\*))).ti,ab,kw,kf. 89500

9 5 or (6 and 7) or 8 138747

10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!\* or provider or providers or staff\* or team\* or worker\*)) or audiologist\* or cardiologist\* or dietitian\* or

3 aged/ or "aged, 80 and over"/or centenarians/ or nonagenarians/ or octogenarians/ or frail elderly/ 3380253

4 1 or 2 or 3 4141802

5 home care services/ or hemodialysis, home/ or home health nursing/ or home infusion therapy/ or home nursing/ or homemaker services/ or parenteral nutrition, home/ or Homebound Persons/ or Independent Living/ 56495

6 Long term care/ or geriatrics/ 57975

7 home environment/ 158

8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home\* or private home\*) and (assess\* or care or evaluat\* or health care or intervention\* or rehabilitat\* or support\* or service\*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support\* or service\* or visit\*))).ti,ab,kw. 66445

9 5 or (6 and 7) or 8103276

3 older adulthood/ 9357

4 1 or 2 or 3 308887

5 aging in place/ or home care/ or home visiting programs/ or homebound/ or living alone/ 9819

6 elder care/ or geriatric assessment/ or geriatrics/ or gerontology/ or long term care/ or geriatric patients/ 44711

7 home environment/ 10569

8 (((((age or ag?ing or life or live or living) adj2 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home\* or private home\*) and (assess\* or care or evaluat\* or health care or intervention\* or rehabilitat\* or support\* or service\*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) adj2 (care or caring or support\* or service\* or visit\*))). ti, ab, id. 29564

9 5 or (6 and 7) or 832529

10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?!\* or provider or providers or staff\* or team\* or worker\*)) or audiologist\* or cardiologist\* or dietitian\* or nurse

S3 (MH "Aged") OR (MH "Aged, 80 and Over+") OR (MH "Frail Elderly")

S4 S1 OR S2 OR S3

S5 (MH "Home Health Care") OR (MH "Home Dialysis") OR (MH "Home Apnea Monitoring") OR (MH "Home Intravenous Therapy") OR (MH "Home Nutritional Support") OR (MH "Home Rehabilitation+") OR (MH "Home Respiratory Care+") OR (MH "Home Visits") OR (MH "Homemaker Services") OR (MH "Home Nursing, Professional") OR (MH "Home Health Agencies")

S6 (MH "Gerontologic Care") OR (MH "Long Term Care") OR (MH "Geriatrics")

S7 (MH "Home Environment")

S8 S6 AND S7

S9 TI (((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home\* or private home\*) and (assess\* or care or evaluat\* or health care or intervention\* or rehabilitat\* or support\* or service\*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support\* or service\* or

nurse or nursing or nurses or nutritionist\* or occupational or ophthalmologist\* or optometrist\* or orthopedic or pathologist\* or pharmacist\* or physician\* or physiotherap\* or psychologist\* or physical therap\* or practitioner\* or radiologist\* or radiology or social work or social worker\* or technician\* or technologist\* or therapist\*). ti,ab,kw,kf.

2198981

11 health personnel attitude/or audiologist attitude/or dental assistant attitude/or dentist attitude/or dietitian attitude/or nurse attitude/or occupational therapist attitude/or pharmacist attitude/or physician assistant attitude/ or physician attitude/ or physiotherapist attitude/ or protocol compliance/ or psychotherapist attitude/ or exp nurse/ or nursing care/ or exp physician/ or exp paramedical personnel/ 1458932

12 10 or 11 2845933

13 (((Autonomy or autonomous) adj4 (Adult or adults or desire or independen\* or individual# or patient# or person# or right or support)) or "self-esteem" or "self determin\*" or "self directed"). ti, ab, kw, kf. 51873

10 (((Health or healthcare or care) adj2 (personnel or profession?l\* or provider or providers or staff\* or team\* or worker\*)) or audiologist\* or cardiologist\* or dietitian\* or nurse or nursing or nurses or nutritionist\* or occupational or ophthalmologist\* or optometrist\* or orthopedic or pathologist\* or pharmacist\* or physician\* or physiotherap\* or psychologist\* or physical therap\* or practitioner\* or radiologist\* or radiology or social work or social worker\* or technician\* or technologist\* or therapist\*). ti,ab,kw. 1649371

11 advanced practice nursing/or exp community health nursing/ or family nursing/ or geriatric nursing/ or occupational health nursing/ or orthopedic nursing/ or psychiatric nursing/ or public health nursing/ or rehabilitation nursing/ or health personnel/ or audiologists/ or nurses/ or nurse practitioners/ or family nurse practitioners/ or nurses, community health/ or nurses, male/ or nutritionists/ or occupational therapists/ or optometrists/ or pharmacists/ or physical therapists/ or physicians/ or allergists/ or general practitioners/ or geriatricians/ or ophthalmologists/ or physicians, family/ or physicians, primary

or nursing or nurses or nutritionist\* or occupational or ophthalmologist\* or optometrist\* or orthopedic or pathologist\* or pharmacist\* or physician\* or physiotherap\* or psychologist\* or physical therap\* or practitioner\* or radiologist\* or radiology or social work or social worker\* or technician\* or technologist\* or therapist\*). ti, ab, id. 578641

11 allied health personnel/ or home care personnel/ or occupational therapists/ or physical therapists/ or speech therapists/ or clinical psychologists/ or clinicians/ or physicians/ or medical personnel/ or family physicians/ or general practitioners/ or health personnel/ or exp Health Personnel Attitudes/ or mental health personnel/ or nurses/ or optometrists/ or pharmacists/ or psychiatric nurses/ or social workers/ or psychiatric social workers/ or psychiatrists/ or exp psychotherapist attitudes/ or psychotherapists/ or therapists/ 168274

12 10 or 11 613819

13 (((Autonomy or autonomous) adj4 (Adult or adults or desire or independen\* or individual# or patient# or person# or right or support)) or "self-

visit\*))) OR AB (((((age or ag#ing or life or live or living) N1 (alone or community or domiciliary or dwelling or home or place or residence)) or house bound or housebound or home bound or homebound or home setting? or own home\* or private home\*) and (assess\* or care or evaluat\* or health care or intervention\* or rehabilitat\* or support\* or service\*)) or care at home or homecare or ((domiciliary or "home" or house) W1 (care or caring or support\* or service\* or visit\*)))

S10 S5 OR S8 OR S9

S11 (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing as a Profession+")

S12 (MH "Allied Health Personnel+") OR (MH "Pharmacists") OR (MH "Physicians+") OR (MH "Allied Health Professions+") OR (MH "Attitude of Health Personnel+") OR (MH "Home Health Aides")

S13 TI (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#l\* or provider or providers or staff\* or team\* or worker\*)) or audiologist\* or cardiologist\* or dietitian\* or nurse or nursing or nurses or nutritionist\* or occupational or ophthalmologist\* or optometrist\* or orthopedic or pathologist\* or pharmacist\* or physician\* or

<p>14 self concept/ or exp self esteem/ or respect/ 121013</p>	<p>care/ or physicians, women/ or social workers/ or Occupational Health Physicians/ or Psychotherapists/ or Rural Nursing/ or allied health personnel/ or community health workers/ or home health aides/ or licensed practical nurses/ or exp nursing assistants/ or physical therapist assistants/ or physician assistants/ 356084</p>	<p>esteem" or "self determin*" or "self directed"). ti, ab, id. 70251</p>	<p>physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*) OR AB (((Health or healthcare or care) N1 (personnel or profession#I* or provider or providers or staff* or team* or worker*)) or audiologist* or cardiologist* or dietitian* or nurse or nursing or nurses or nutritionist* or occupational or ophthalmologist* or optometrist* or orthopedic or pathologist* or pharmacist* or physician* or physiotherap* or psychologist* or physical therap* or practitioner* or radiologist* or radiology or social work or social worker* or technician* or technologist* or therapist*)</p>
<p>15 13 or 14 149225</p>	<p>12 10 or 11 1778310</p>	<p>14 self-concept/or self-confidence/ or self-esteem/ or self-regard/ or self-worth/ or Self-Esteem/ or respect/ 75088</p>	<p>S14 S11 OR S12 OR S13</p>
<p>16 (french or english). lg. 33207513</p>	<p>13 (((Autonomy or autonomous) adj4 (Adult or adults or desire or independen* or individual# or patient# or person# or right or support)) or "self-esteem" or "self determin*" or "self directed").ti,ab,kw. 41014</p>	<p>15 13 or 14 118910</p>	<p>S15 LA french OR LA english</p>
<p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 537</p>	<p>14 personal autonomy/ or Self Concept/ or respect/ 77613</p>	<p>16 (french or english). lg. 4817291</p>	<p>S16 (MH "Self Concept") OR (MH "Confidence")</p>
	<p>15 13 or 14 103711</p>	<p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 111</p>	<p>S17 (MH "Human Dignity")</p>
	<p>16 (french or english). lg. 29765343</p>		
	<p>17 4 and 9 and 12 and 15 and 16 365</p>		

ASPECT	EMBASE	MEDLINE	PSYCHINFO	CINAHL
			<p>S18 TI (((Autonomy or autonomous) N3 (Adult or adults or desire or independen* or individual# or patient# or person# or right or support)) or "self-esteem" or "self determin*" or "self directed") OR AB (((Autonomy or autonomous) N3 (Adult or adults or desire or independen* or individual# or patient# or person# or right or support)) or "self-esteem" or "self determin*" or "self directed")</p> <p>S19 S16 OR S17 OR S18</p> <p>S20 S4 AND S10 AND S14 AND S15 AND S19 319</p>	

## Annexe II : Stratégie de recherche documentaire pour les autres sources

Google (<https://www.google.com>) Total : 9907

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
1	"physicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	11700
2	"practitioners" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	19900
3	"doctors" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13500
4	"educators" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	11300
5	"case managers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1990
6	"care workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	7230
7	"healthcare workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1830
8	"health workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4010
9	"clinicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	12400



#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
10	"care staff" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	3470
11	"care professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	8020
12	"professional caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1360
13	"health professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	11400
14	"healthcare professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	5640
15	"care assistants" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1060
16	"home support workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	574
17	"formal caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	672
18	"social services workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	356
19	"health providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	3430
20	"care providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	10500



#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
21	"healthcare providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4780
22	"welfare officers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	135
23	"occupational therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2600
24	"physical therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1310
25	"physiotherapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2280
26	nurse AND dilemma AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND (risk OR safety) AND filetype:pdf	02-nov-22	16800
27	"social workers" AND dilemma AND ("ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place") AND frail AND (risk OR safety) AND filetype:pdf	02-nov-22	7090

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
1	"physicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	15700
2	"practitioners" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	18200
3	"doctors" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	16600
4	"educators" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	8020
5	"case managers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2780
6	"care workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	8680
7	"healthcare workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2840
8	"health workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4680
9	"clinicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13000
10	"care staff" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	7150
11	"care professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	10700
12	"professional caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2010
13	"health professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	12600

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
14	"healthcare professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	8030
15	"care assistants" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1850
16	"home support workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	663
17	"formal caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1070
18	"social services workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	356
19	"health providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	3980
20	"care providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13700
21	"healthcare providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	5160
22	"welfare officers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	233
23	"occupational therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	3630
24	"physical therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1880
25	"physiotherapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4320

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
26	nurse AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	02-nov-22	30100
27	"social workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND (homecare OR "care at home") AND frail AND filetype:pdf	02-nov-22	11600
#	Stratégies	Date de la recherche	Nombre de résultats (seuls les 100 premiers sont examinés)
1	"physicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	26800
2	"practitioners" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	28700
3	"doctors" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	39800
4	"educators" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	17400
5	"case managers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2670
6	"care workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	9030
7	"healthcare workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	2530
8	"health workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	5220
9	"clinicians" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13000

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
10	"care staff" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	6430
11	"care professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	10900
12	"professional caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1870
13	"health professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13600
14	"healthcare professionals" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	6070
15	"care assistants" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1840
16	"home support workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	780
17	"formal caregivers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1090
18	"social services workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	499
19	"health providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	3750
20	"care providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	13200

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
21	"healthcare providers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4190
22	"welfare officers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	379
23	"occupational therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4520
24	"physical therapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	1500
25	"physiotherapists" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	01-nov-22	4160
26	nurse AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	02-nov-22	69000
27	"social workers" AND dilemma AND (risk OR safety) AND ("living at home" OR "living alone" OR "life at home") AND frail AND filetype:pdf	02-nov-22	15300

#	STRATEGIES	DATE DE LA RECHERCHE	NOMBRE DE RESULTATS (SEULS LES 100 PREMIERS SONT EXAMINÉS)
1	médecin AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	13400
2	"auxiliaires" AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	3760
3	préposé AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	950
4	infirmier AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	9480
5	infirmière AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	9620
6	"travailleurs sociaux" AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	3300
7	"travailleuses sociales" AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	434
8	ergotherapeute AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	1570
9	physiotherapeute AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	1170
10	gériatre AND dilemme AND (risque OR sécurité) AND ("soutien à domicile" OR "soutien à la maison" OR "aide à domicile") AND "personnes âgées" -contention AND filetype:pdf	02-nov-22	1730

**Sites institutionnels Total : 1489**

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
1	Association/centre de recherche	Canadian Institute for Health Information	<a href="https://www.cihi.ca/en/manuals-and-forms-for-continuing-and-residential-care-interrai-assessors">https://www.cihi.ca/en/manuals-and-forms-for-continuing-and-residential-care-interrai-assessors</a>	<p>Reports</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = nurse = 0</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = nurses = 0</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = nursing = 5</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = "social worker" = 1</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = "social workers" = 0</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = "social work" = 1</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = professional = 2</p> <p>Place of care = Home and community + Population group = Seniors' health + keyword = professionals = 1</p>
2	Autres	Cairn	<a href="https://www.cairn.info">https://www.cairn.info</a>	<p>"personnes âgées" ET "soutien à domicile" dans résumé = 2</p> <p>aînés ET "soutien à domicile" dans le résumé = 0</p> <p>aînées ET "soutien à domicile" dans le résumé = 0</p> <p>vieillard ET "soutien à domicile" dans le résumé = 0</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" dans le résumé = 36</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" ET infirmière dans le résumé = 1</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" ET "travail social" dans le résumé = 0</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" ET "travailleuse sociale" dans le résumé = 0</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" ET "professionnels" dans le résumé = 9</p> <p>"personnes âgées" ET "maintien à domicile" ET risques dans le résumé = 1</p> <p>Aînés ET "maintien à domicile" dans le résumé = 2</p> <p>Aînées ET "maintien à domicile" dans le résumé = 2</p> <p>seniors ET "maintien à domicile" dans le résumé = 5</p> <p>Vieillards ET "maintien à domicile" dans le résumé = 0</p> <p>"personnes âgées" ET "auto détermination" dans le résumé = 0</p> <p>"personnes âgées" ET autodétermination dans le résumé = 2</p> <p>aînés ET autodétermination dans le résumé = 1</p> <p>aînés ET "auto détermination" dans le résumé = 0</p>



#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB
			<p>âînées ET autodétermination dans le résumé = 1            âînées ET "auto détermination" dans le résumé = 0            seniors ET autodetermination dans le résumé = 3            seniors ET "auto determination" dans le résumé = 2            vieillards ET autodetermination dans le résumé = 0            vieillards ET "auto determination" dans le résumé = 0            "personnes âgées" ET "aide à domicile" dans le résumé = 29            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET infirmières dans le résumé = 1            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET "travail social" dans le résumé = 0            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET "travailleuse sociale" dans le résumé = 0            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET intervenants dans le résumé = 2            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET professionnels dans le résumé = 9            "personnes âgées" ET "aide à domicile" ET risque dans le résumé = 2            âînés ET "aide à domicile" dans le résumé = 1            seniors ET "aide à domicile" dans le résumé = 1            vieillard ET "aide à domicile" dans le résumé = 0            "personnes âgées" ET "soins à domicile" dans le résumé = 11            âînés ET "soins à domicile" dans le résumé = 2            seniors ET "soins à domicile" dans le résumé = 0            vieillards ET "soins à domicile" dans le résumé = 0            "personnes âgées" ET "vivant à domicile" dans le résumé = 15            âînés ET "vivant à domicile" dans le résumé = 2            seniors ET "vivant à domicile" dans le résumé = 0            vieillards ET "vivant à domicile" dans le résumé = 1</p>
3	Autres	Érudit	<p><a href="https://www.erudit.org">https://www.erudit.org</a></p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : risque) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 9            (Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : âînés) ET (Titre, résumé, mots-clés : infirmier*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB']) = 1            (Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : âîné*) ET (Titre, résumé, mots-clés : travail social) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB']) = 9            (Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : âînés) ET (Titre, résumé, mots-clés : intervenant*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 6            (Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : âînés) ET (Titre, résumé, mots-clés : professionnel*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 4            (Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "auto détermination") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
 À L'AUTONOMIE DE PERSONNES ÂÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB
			<p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "autodetermination") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : infirmières) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 1</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : infirmier*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 1</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : "travail social") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 2</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : "travailleuse sociale") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : intervenant*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 6</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : professionnel*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 4</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : vieillard*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "soutien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : senior*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 4</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : risque*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 4</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : aîné*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 13</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : infirmière*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 1</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : intervenant*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 3</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés :</p>

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				<p>"personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : "travail social") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 2            (Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : professionnel*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 6            (Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Titre, résumé, mots-clés : "travailleuse sociale") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0            (Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : senior*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 5            (Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : vieillard*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0            (Titre, résumé, mots-clés : "maintien à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "auto détermination") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p> <p>(Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "auto détermination") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0            (Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : risque*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 2            (Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : aîné*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 6            (Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : "personnes âgées") ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 12            (Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : senior*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 2            (Titre, résumé, mots-clés : "aide à domicile") ET (Titre, résumé, mots-clés : viellard*) ET (Fonds : ['Érudit', 'UNB', 'Persée', 'FRQ']) = 0</p>
4	Autres	Lissa	<a href="http://www.lissa.fr">http://www.lissa.fr</a>	<p>([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([facteurs de risque.tl] OU [facteurs de risque.mc]) = 3            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([Respect.tl] OU [Respect.mc]) = 5            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([personnel infirmier.tl] OU [personnel infirmier.mc]) = 0            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([services sociaux et travail social (activité). tl] OU [services sociaux et travail social (activité). mc]) = 3            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([Travailleurs</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB
			<p>sociaux.tl] OU [Travailleurs sociaux.mc]) = 4            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([personnel de santé.tl] OU [personnel de santé.mc]) ET ([sujet âgé.tl] OU [sujet âgé.mc]) = 13            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([éthique.tl] OU [éthique.mc])            = 17            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([déontologie.tl] OU [déontologie.mc]) = 0            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([jurisprudence.tl] OU [jurisprudence.mc]) = 1            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([moral.tl] OU [moral.mc]) = 0            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ([Services juridiques.tl] OU [Services juridiques.mc]) = 0            ([services d'aide à domicile.tl] OU [services d'aide à domicile.mc]) ET ((éthique institutionnelle.tl] OU (éthique institutionnelle.mc)) = 0            ((services d'aide à domicile.tl] OU (services d'aide à domicile.mc)) ET ((codes de déontologie.tl] OU (codes de déontologie.mc)) = 0            ((services d'aide à domicile.tl] OU (services d'aide à domicile.mc)) ET ((Déontologie médicale.tl] OU (Déontologie médicale.mc)) = 0            ((services d'aide à domicile.tl] OU (services d'aide à domicile.mc)) ET ((Déontologie infirmière.tl] OU (Déontologie infirmière.mc)) = 0            ((services d'aide à domicile.tl] OU (services d'aide à domicile.mc)) ET ((peur.tl] OU (peur.mc)) = 0</p>
5	Autres	Social care online	<p>Subject term = "home care" (include narrower terms) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) AND Subject term = nursing (include this term only) = 24            Subject term = "home care" (include narrower terms) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) AND Subject term = "health professionals" (include narrower terms) = 27            Subject term = "home care" (include narrower terms) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) AND Subject term = safeguarding (include narrower terms) = 0            Subject term = "housebound people" (include this term only) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) AND Subject term = "health professionals" (include narrower terms) = 0            Subject term = "housebound people" (include this term only) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) AND Subject term = nursing (include this term only) = 0</p>

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				Subject term = "self determination" (include this term only) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) = 0 Subject term = "self determination" (include this term only) AND Subject term = "older people" (include narrower terms) = 132
6	ETMI	Agency for Healthcare Research and Quality (États-Unis)	<a href="https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html">https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/search.html</a>	"ageing at home" = 0 "aging at home" = 0 "ageing in place" = 0 "aging in place" = 0 "home care" = 5 homecare = 0 "home service" = 0 "Home based care" = 5 "Domiciliary care" = 0 "self determination" = 0
7	ETMI	CADTH (Canada)	<a href="https://www.cadth.ca">https://www.cadth.ca</a>	Advanced search "ageing in place" = 0 "aging in place" = 4 "ageing at home" = 0 "aging at home" = 0 homecare AND elderly = 2 homecare AND frail = 0 "home care" AND elderly = 0 "home care" AND frail = 0 "home service" = 0 "home support" = 0 "Home based care" = 0 "home nursing" = 4 "Domiciliary care" = 0 "living alone" = 2 "self determination" = 2

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
8	ETMI	Campbell Collaboration (International)	<a href="https://www.campbellcollaboration.org/better-evidence.html">https://www.campbellcollaboration.org/better-evidence.html</a>	<p>"ageing in place" dans keyword + english, french = 0                      "aging in place" dans keyword + english, french = 0                      "aging at home" dans keyword + english, french = 0                      "ageing in place" dans keyword + english, french = 0                      "home care" dans keyword + english, french = 2                      homecare dans keyword + english, french = 0                      "home service" dans keyword + english, french = 0                      "domiciliary care" dans keyword + english, french = 0                      "self determination" dans keyword + english, french = 0</p>
9	ETMI	Center for Reviews and Dissemination Database (International)	<a href="https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb">https://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb</a>	<p>IN DARE,NHSEED,HTA</p> <p>MeSH DESCRIPTOR Homebound Persons EXPLODE ALL TREES = 4</p> <p>(MeSH DESCRIPTOR Social Workers EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Nursing EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Health Personnel EXPLODE ALL TREES) AND MeSH DESCRIPTOR Aged EXPLODE ALL TREES AND MeSH DESCRIPTOR Homebound Persons EXPLODE ALL TREES = 1</p> <p>Éthique et code déontologie</p> <p>(MeSH DESCRIPTOR Social Workers EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Nursing EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Health Personnel EXPLODE ALL TREES) AND (MeSH DESCRIPTOR Ethics EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Morals EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Whistleblowing EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Ageism EXPLODE ALL TREES) AND MeSH DESCRIPTOR Aged EXPLODE ALL TREES AND MeSH DESCRIPTOR Home Care Services EXPLODE ALL TREES = 0</p> <p>Aspect légal</p> <p>(MeSH DESCRIPTOR Social Workers EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Nursing EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Health Personnel EXPLODE ALL TREES) AND (MeSH DESCRIPTOR Mandatory Programs EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Jurisprudence EXPLODE ALL TREES) AND MeSH DESCRIPTOR Aged EXPLODE ALL TREES AND MeSH DESCRIPTOR Home Care Services EXPLODE ALL TREES = 0</p>

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				Auto-détermination (MeSH DESCRIPTOR Social Workers EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Nursing EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Health Personnel EXPLODE ALL TREES) AND (MeSH DESCRIPTOR Self Concept EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Respect EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Personal Autonomy EXPLODE ALL TREES) AND MeSH DESCRIPTOR Aged EXPLODE ALL TREES AND MeSH DESCRIPTOR Home Care Services EXPLODE ALL TREES = 1
10	ETMI	Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Belgique)	<a href="https://kce.fgov.be/fr/tous-les-rapports?sort=publication_dateetorder=desc">https://kce.fgov.be/fr/tous-les-rapports?sort=publication_dateetorder=desc</a>	maintien domicile = 0 maintien résidence = 0 maintien résidentiel = 0 soutien domicile = 2 soutien résidence = 0 soutien résidentiel = 0 soins domicile = 16 soins résidentiels = 2 soins résidence = 9 "personnes âgées" risque = 9 "personnes âgées" résidentiels = 1 "personnes âgées" résidence = 3 "personnes âgées" domicile = 5 aînés domicile = 3 aînés résidence = 1 aînés résidentiel = 1 senior domicile = 0 seniors domicile = 0 senior résidence = 0 vieillir domicile = 0 vieillir résidence = 0 vieillir résidentiel = 0 "auto détermination" = 0

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
11	ETMI	Health Quality Ontario (Canada)	<a href="http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And-Recommendations">http://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Reviews-And-Recommendations</a> <a href="https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series">https://www.hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series</a>	homecare = 0 "ageing in place" = 0 "aging in place" = 0 "aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "living alone" = 0 "home care" = 0 "home nursing" = 0 Health topic = Aging + "home based care" = 1 "care at home" = 1 home Around(2) care site:hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series = 0 homecare site:hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series = 0 aging site:hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series = 1 self determination site:hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series = 0 living alone site:hqontario.ca/Evidence-to-Improve-Care/Health-Technology-Assessment/Journal-Ontario-Health-Technology-Assessment-Series = 0
12	ETMI	INAHTA (International)	<a href="https://database.inahta.org">https://database.inahta.org</a>	Homebound Persons[mh] = 0 "Health Personnel"[mhe] AND "Home Care Services"[mhe] + english, french = 7 "Aged"[mhe] AND "Home Care Services"[mhe] + english, french = 8 "Nursing"[mhe] AND "Home Care Services"[mhe] + english, french = 69 "Social Workers"[mhe] = 0 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("home care")[abs] + english, french = 6 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("ageing in place")[abs] = 0 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("aging in place")[abs] = 0 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("aging at home")[abs] = 0 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("ageing at home")[abs] = 0 ((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]) AND ("homecare")[abs] + english, french = 0 ("domiciliary care")[abs] + english, french = 1 (("self determination")[abs]) AND (((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs])) = 0



#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				((("self determined")[abs]) AND (((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs])) ((("self directed")[abs]) AND (((elder*)[abs] OR (frail)[abs] OR (senior*)[abs]))
13	ETMI	INESSS (Canada)	<a href="http://www.inesss.qc.ca">http://www.inesss.qc.ca</a>	18 publications sur les personnes âgées "La thématique du soutien à l'autonomie des personnes âgées concerne les travaux liés aux trajectoires de soins et de services en réponse aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie et des proches aidants. Ils se reportent notamment aux services de soutien à domicile et aux services d'hébergement adaptés aux besoins des personnes en perte d'autonomie."
14	ETMI	Institute for Clinical Evaluative Sciences (Canada)	<a href="https://www.ices.on.ca">https://www.ices.on.ca</a>	List of topics + Atlases et reports, Journal articles Community Health services = 1 Home care = 124 nursing and nurses = 0 geriatrics and aging = 0
15	ETMI	Institute of Health Economics (Canada)	<a href="https://www.ihe.ca">https://www.ihe.ca</a>	Sujet trop économique
16	ETMI	National Institute for Health Research – HTA (Royaume-Uni)	<a href="https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk">https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk</a>	Advanced "aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "ageing in place" = 0 "ageing in place" = 0 "home care" = 18 homecare = 0 "home service" = 3 "home services" = 1 "Home based care" = 0 "Domiciliary care" = 1 "self determination" = 1
17	Guides de pratique	International Guidelines Library	<a href="https://g-i-n.net/international-guidelines-library/">https://g-i-n.net/international-guidelines-library/</a>	homecare = 0 ageing place = 0 aging place = 0

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				aging home elderly = 2 ageing home elderly = 2 living alone = 1 home care elderly + french = 2 home care frail + french = 1 home care senior = 0 home nursing elderly = 0 home nursing frail = 0 home support = 2 self determination = 0
18	Guides de pratique	BC Guidelines (Canada)	<a href="https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines">https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines</a>	Sujet Elderly, frailty in older adults = 1 Fall prevention = 1 Frailty in older adults = 1
19	Guides de pratique	ECRI Guidelines Trust (International)	<a href="https://guidelines.ecri.org">https://guidelines.ecri.org</a>	"home care" + (Aged, 80 and over; Aged (65 to 79 years)) = 4 "ageing in place" = 0 "aging in place" = 0 "ageing at home" = 0 "aging at home" = 0 "home nursing" = 0 living alone + (Aged, 80 and over; Aged (65 to 79 years)) = 17 home services + (Aged, 80 and over; Aged (65 to 79 years)) = 23 home support + (Aged, 80 and over; Aged (65 to 79 years)) = 45 Domiciliary care + (Aged, 80 and over; Aged (65 to 79 years)) = 1 "self determination" = 0
20	Guides de pratique	Infobanque des GPC – Guides de pratique clinique (Canada)	<a href="https://jouleamc.ca/cpg/homepage">https://jouleamc.ca/cpg/homepage</a>	home care = 0 ageing in place = 0 aging in place = 0 ageing at home = 0 aging at home = 0 home nursing = 1 living alone = 0 home service = 0 home services + Spécialité = Gériatrie = 1

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				home support = 0 Domiciliary care = 0 domicile + Spécialité = Gériatrie = 1 auto determination = 0 self determination = 0
21	Guides de pratique	NICE (Royaume-Uni)	<a href="https://www.nice.org.uk">https://www.nice.org.uk</a>	homecare + elderly + Local practice = 1 "home care" + "older people" + guidance, NICE advice, local practice + quality standards, research recommendations = 32 homecare + frail = 0 "home care" + elderly + local practices, guideline = 4 "home care" + frail + guideline, NICE advice = 7 "ageing in place" = 0 "aging in place" = 0 "aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "self determination" = 2 "care at home" + elderly + guidance, NICE advice, guideline = 0 "care at home" + frail = 1 "living alone" + elderly = 1 "living alone" + frail = 2 "nursing visit" = 0
22	Guides de pratique	Publications du ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (Nouvelle-Zélande)	<a href="https://www.health.govt.nz/publications">https://www.health.govt.nz/publications</a>	("living at home" OR "living alone" OR "life at home" OR "ageing at home" OR "aging in place" OR "aging at home" OR "ageing in place" OR "care at home" OR homecare) site:health.govt.nz/publications = 0 "self determination" site:health.govt.nz/publications = 0
23	Guides de pratique	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	<a href="http://www.sign.ac.uk">http://www.sign.ac.uk</a>	Aucun des sujets traités (répartis par sujet) ne correspond.

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
24	Guides de pratique	Social Care Institute of Excellence (SCIE)	<a href="http://www.scie.org.uk">http://www.scie.org.uk</a>	<p>Vocabulaire contrôlé du site</p> <p>Older people + Domiciliary care = 5</p> <p>Older people + Home care = 5</p> <p>Home care + User views = 2</p> <p>Home care + prevention = 4</p> <p>Home care + care workers = 2</p> <p>Home care + reablement = 3</p> <p>Home care + person-centred care = 2</p> <p>Home care + service users = 2</p> <p>Home care + staff-user relationship = 2</p> <p>Home care + working relationship (staff-users) = 2</p> <p>Home care + accident and emergency = 1</p> <p>Home care + adult safeguarding = 1</p> <p>Home care + community nurses = 1</p> <p>Home care + community nursing = 1</p> <p>Home care + evidence-based practice = 1</p> <p>Home care + extra care housing = 1</p> <p>Home care + good practice = 1</p> <p>Home care + high support needs = 1</p> <p>Home care + housing conditions = 1</p> <p>Home care + independence = 1</p> <p>Home care + independent living = 1</p> <p>Home care + independent living schemes = 1</p> <p>Home care + safeguarding adult reviews = 1</p> <p>Home care + safeguarding adults = 1</p> <p>Domiciliary care + independent living = 1</p> <p>Domiciliary care + independence = 1</p> <p>Domiciliary care + housing conditions = 1</p> <p>Domiciliary care + good practice = 1</p> <p>Domiciliary care + evidence-based practice = 1</p> <p>Domiciliary care + decision making = 1</p> <p>Domiciliary care + staff-user relationship = 1</p> <p>Domiciliary care + accident and emergency = 1</p> <p>Domiciliary care + community nursing = 1</p> <p>Domiciliary care + community nurses = 1</p> <p>Domiciliary care + working relationship (staff-users) = 2</p>

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				Domiciliary care + care workers = 3 self-determination = 1
25	Guides de pratique	Toward Optimized Practice (Canada)	<a href="http://www.topalbertadoctors.org/cpgs">http://www.topalbertadoctors.org/cpgs</a>	"ageing in place" = 0 "aging in place" = 0 "aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "home care" + elderly = 7 dont 1 fichier Excel non retenu "home care" + frail = 8 dont 1 fichier Excel non retenu homecare = 10 "home nursing" = 0 "care at home" = 1 "self determination" elderly = 0 "self determination" frail = 0 "living alone" = 1
26	Guides de pratique	TRIP Database (International)	<a href="https://www.tripdatabase.com">https://www.tripdatabase.com</a>	Moteur de recherche inefficace
27	Publications gouvernementales	Alberta Health and Wellness	<a href="https://www.alberta.ca/health-evidence-reviews.aspx">https://www.alberta.ca/health-evidence-reviews.aspx</a> <a href="https://www.alberta.ca/health-standards-and-guidelines.aspx">https://www.alberta.ca/health-standards-and-guidelines.aspx</a>	Inspection des 39 documents, aucune pertinence
28	Publications gouvernementales	Australian government department of Health and Ageing	<a href="https://www1.health.gov.au/Internet/main/publishing.nsf/Content/publications-Ageing">https://www1.health.gov.au/Internet/main/publishing.nsf/Content/publications-Ageing</a>	Vocabulaire contrôlé du site Aged care + Home care + health workforce (auditoire = health workforce) = 1 Seniors' health + Home care + health workforce (auditoire = health workforce) = 10

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
29	Publications gouvernementales	Health Quality Council (HQC), Saskatchewan	<a href="https://www.saskhealthquality.ca/reports-tools-publications/">https://www.saskhealthquality.ca/reports-tools-publications/</a>	"aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "aging in place" = 0 "ageing in place" = 0 homecare = 0 "home care" = 0 "living alone" = 0 "self determination" = 0 "home based care" = 0
30	Publications gouvernementales	Health Quality Council of Alberta	<a href="http://hqca.ca/studies-and-reviews/completed-reviews/">http://hqca.ca/studies-and-reviews/completed-reviews/</a>	Elderly = 0 frail = 0 older people = 0 senior = 3
31	Publications gouvernementales	Ministère de la Santé de la Nouvelle-Zélande (Nouvelle-Zélande)	<a href="https://www.health.govt.nz/publications">https://www.health.govt.nz/publications</a> <a href="https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/mohwebsearch?readform">https://www.moh.govt.nz/notebook/nbbooks.nsf/mohwebsearch?readform</a>	"aging at home" = 0 "ageing at home" = 0 "aging in place" = 0 "ageing in place" = 1 homecare = 1 home care elderly = 4 "home care" = 1 "home based care" = 0 "care at home" = 3 home support elderly = 2 home care frail = 0 "living alone" = 1 "living alone" = 1 "self-determination" elders = 2 "self determination" = 2

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
32	Publications gouvernementales	NLCAHR : Newfoundland and Labrador Centre for Applied Health Research. Contextualized Health Research Synthesis Program (CHRSP) Completed CHRSP projects	<a href="http://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php">http://www.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php</a>	Via Google ageing AROUND(2) home site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 aging AROUND(2) home site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 ageing AROUND(2) place site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 aging AROUND(2) place site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 homecare site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php "home" AROUND(2) care site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 living AROUND(2) alone site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 self AROUND(2) determination site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0 "home based care" site:.nlcahr.mun.ca/CHRSP/CompletedCHRSP.php = 0
33	Publications gouvernementales	SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement	<a href="https://organesdeconception.sante.belgique.be/fr/documents">https://organesdeconception.sante.belgique.be/fr/documents</a>	Domicile = 0 maison = 0 Résidence = 0 Personnes âgées = 0 aînés = 0 aîné = 0
34	Thèses et mémoires	Archipel (UQAM)	<a href="http://www.archipel.uqam.ca">http://www.archipel.uqam.ca</a>	Résumé = "soins à domicile" ET Mot-clé = "personnes âgées" = 1 Résumé = "soins à domicile" ET Mot-clé = aîné* = 0 Résumé = "maintien à domicile" ET Mot-clé = "personnes âgées" = 0 Résumé = "maintien à domicile" ET Mot-clé = aîné* = 0 Résumé = "aide à domicile" ET Mot-clé = "personnes âgées" = 0 Résumé = "aide à domicile" ET Mot-clé = aîné* = 0 Résumé - "ageing in place" = 0 Résumé - "aging in place" = 1
35	Thèses et mémoires	CorpusUL (ULaval)	<a href="https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/17461">https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/17461</a>	"soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmière = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 1 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmière = 1 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmières = 1

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB
			"maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 0 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 0 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "infirmière" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "infirmière" = 1 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 0 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 1 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 1 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 1 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 1 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "prise de décision" = 7 "auto détermination" + sujet = "personnes âgées" = 0 "auto détermination" + sujet = senior = 0 "auto détermination" + sujet = seniors = 0
36	Thèses et mémoires	DART-Europe (Europe)	<a href="https://www.dart-europe.org">https://www.dart-europe.org</a> "Ageing in place" + nursing = 5 "Ageing in place" + professional = 4 "ageing in place" + social + eng, fr, not specified = 17 "aging at home" = 0 "ageing at home" + eng, fr, not specified = 4 "aging in place" + nursing = 1 "aging in place" + professional = 4 "aging in place" + social = 9 homecare + nursing + eng, fr, not specified = 5 homecare + professional + eng, fr, not specified = 13 homecare + social + eng, fr, not specified = 13 homecare = 7 "home care" + ethic + eng, fr, not specified = 0 "home care" + legal + eng, fr, not specified = 6 "home care" + deontology + eng, fr, not specified = 0



#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				"home care" + deontologic + eng, fr, not specified = 0 "home care" + determination + eng, fr, not specified = 4 "home care" + determined + eng, fr, not specified = 9 "home care" + directed + eng, fr, not specified = 7 "home care" + autonomy + eng, fr, not specified = 25 "home service" + nursing + eng, fr, not specified = 4 "home service" + social + eng, fr, not specified = 8 "home service" + professional + eng, fr, not specified = 5 "Home based care" + nursing + eng, fr, not specified = 6 "Home based care" + social + eng, fr, not specified = 9 "Home based care" + professional + eng, fr, not specified = 3 "Domiciliary care" + eng, fr, not specified = 8 "living alone" + ethic = 0 "living alone" + legal + eng, fr, not specified = 2 "living alone" + deontologic = 0 "living alone" + determination + eng, fr, not specified = 1 "living alone" + determined + eng, fr, not specified = 5 "living alone" + directed + eng, fr, not specified = 3
37	Thèses et mémoires	NDLTD (International)	<a href="http://search.ndltd.org">http://search.ndltd.org</a>	subject:elderly AND subject:"ageing in place" + english = 0 subject:frail AND subject:"ageing in place" + english = 0 subject:frail AND subject:"aging in place" + english = 1 subject:"aging at home" = 0 subject:"ageing at home" = 0 subject:homecare AND subject:elderly + english = 2 subject:homecare AND subject:frail = 0 subject:"home support workers" + english = 1 subject:"home health care" AND subjects:elderly = 0 subject:"home care nursing" = 7 subject:"home health care nursing" = 1 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:nursing + english = 7 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:nurses + english = 0 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:"social worker" + french = 2 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:"social work" + english, french = 3 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:professional = 1 subject:"home care" AND subject:elderly AND subject:"self determination" = english = 0 subject:"home care" AND subject:frail AND subject:nursing = 3

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				<p>subject:"home care" AND subject:frail AND subject:nurses + english = 0  subject:"home care" AND subject:frail AND subject:"social worker" + english = 1  subject:"home care" AND subject:frail AND subject:"social work" + english = 1  subject:"home care" AND subject:frail AND Subject:"professional" + english = 1  subject:"home care" AND subject:frail AND Subject:"self determination" + english = 1  subject:"home based care" AND subject:elderly + english = 2  subject:"home based care" AND subject:frail = 0  subject:"supportive home care" = 1  subject:"care at home" = 1  subject:"home assistance" + english = 2  subject:" soutien à domicile" = 13  subject:" maintien à domicile" = 16  subject:"auto determination" = 2</p>
38	Thèses et mémoires	Open Access Dissertations and Theses (International)	<a href="https://oatd.org">https://oatd.org</a>	subject:"home care" AND subject:frail AND subject:nursing = 3
39	Thèses et mémoires	Thèse Canada	<a href="https://www.bac-lac.gc.ca/eng/services/theses/Pages/search.aspx">https://www.bac-lac.gc.ca/eng/services/theses/Pages/search.aspx</a>	<p>abstract keyword = "ageing in place" elderly = 1  Subject keyword = "ageing in place" = 0  abstract keyword = 'ageing in place' frail = 0  Subject keyword = "aging in place" = 0  abstract keyword = "aging in place" elderly = 15  abstract keyword = "aging in place" frail = 0  abstract keyword = "aging at home" = 0  Subject keyword = "aging at home" = 0  abstract keyword = "ageing at home" = 0  Subject keyword = "ageing at home" = 0  abstract keyword = "soins à domicile" = 0  Subject keyword = "soins à domicile" = 0  abstract keyword = "aide à domicile" = 0  Subject keyword = "aide à domicile" = 0  abstract keyword = "maintien à domicile" = 0  Subject keyword = "maintien à domicile" = 0  abstract keyword = "services à domicile" = 0  Subject keyword = "services à domicile" = 0</p>

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				abstract keyword = "visites à domicile" = 0 abstract keyword = "visite à domicile" = 0 Subject keyword = "visites à domicile" = 0 abstract keyword = "auto determination" = 0 Subject keyword = "auto determination" = 0 abstract keyword = homecare elderly = 1 Subject keyword = homecare elderly = 1 abstract keyword = homecare frail = 1 Subject keyword = homecare frail = 0 abstract keyword = "home care" = 0 Subject keyword = "home care" = 0 Abstract keyword = "Home based care" = 0 Subject keyword = "home based care" = 0 Abstract keyword = "self determination" = 0 Subject keyword = "self determination" = 0
40	Thèses et mémoires	Savoirs UdeS	<a href="https://savoirs.usherbrooke.ca/">https://savoirs.usherbrooke.ca/</a>	"soutien à domicile" = 23 "maintien à domicile" = 26 "visite à domicile" = 5 "soins à domicile" = 16 "auto determination" + sujet = "personnes âgées" = 0
41	Thèses et mémoires	Papyrus (UdeM)	<a href="http://papyrus.bib.umontreal.ca">http://papyrus.bib.umontreal.ca</a>	"soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmière = 5 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 1 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 2 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 2 "soutien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 2 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmière = 3 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = infirmières = 3 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 2 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 3 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 3 "maintien à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 3 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "infirmière" = 1 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 0

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB
			"visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "visite à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 0 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "infirmière" = 5 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travail social" = 2 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleuse sociale" = 0 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleur social" = 3 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 3 "soins à domicile" + sujet = "personnes âgées" + sujet = "travailleurs sociaux" = 3 "auto détermination" + sujet = "personnes âgées" = 2 "auto détermination" + sujet = senior = 0 "auto détermination" + sujet = seniors = 0
42	Thèses et mémoires	eScholarship (McGill)	<a href="http://digitool.library.mcgill.ca/R">http://digitool.library.mcgill.ca/R</a> Abstract or summary = elderly "self détermination" nursing = 0 Abstract or summary = senior "self détermination" nursing = 0 Abstract or summary = senior "self détermination" nurse = 0 Abstract or summary = senior "self détermination" "social worker" = 0 Abstract or summary = senior "self détermination" "social work" = 0 Abstract or summary = "ageing in place" elderly = 0 Abstract or summary = "ageing in place" senior = 0 Abstract or summary = "ageing in place" frail = 0 Abstract or summary = "aging in place" elderly = 0 Abstract or summary = "aging in place" senior = 0 Abstract or summary = "aging in place" frail = 0 Abstract or summary = "aging at home" elderly = 0 Abstract or summary = "aging at home" senior = 0 Abstract or summary = "aging at home" frail = 0 Abstract or summary = homecare = 0 Abstract or summary = "home care" = 0 Abstract or summary = "home based care" = 0 Abstract or summary = "living alone" = 0

**Autres sites institutionnels Total : 3321**

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
1	Publications gouvernementales	Gouvernement du Québec	Bienvenue sur Québec.ca   Gouvernement du Québec (quebec.ca)	Aînés 525 Risqué 168 Vieillessement 24
2	Lois et règlements	Legis Québec	Légis Québec (gouv.qc.ca)	Aînés
3	Lois et règlements	CanLii	Canada (fédéral)   CanLii	Aînés
4	Publication ordre professionnel	OTSTCFQ	OTSTCFQ   Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec.	Éthique 4 Déontologie 3 Aînés 0 Soutien à domicile 0
5	Publication ordre professionnel	OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec   OIIQ	Déontologie 310 Éthique 82 Aînés 5 Soutien à domicile 0
6	Publication ordre professionnel	OIIAQ	Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec   OIIAQ	Déontologie 6 Éthique 22 Aînés 77 Soutien à domicile 13
7	Publication ordre professionnel	OPPQ	Ordre professionnel de la Physiothérapie du Québec   OPPQ	Déontologie 54 Éthique 29 Aînés 2 Soutien à domicile 66
8	Publication ordre professionnel	OEQ	OEQ : Ordre des ergothérapeutes du Québec	Déontologie 0 Éthique 0

#	TYPE DE SOURCE	ORGANISATION	SITE WEB	
				Aînés 0 Soutien à domicile 0
9	Publication ordre professionnel	CMQ	Collège des médecins du Québec (cmq.org)	Déontologie 1140 Éthique 304 Aînés 19 Soutien à domicile 157 Risque 351
10	Publication ordre professionnel	AASSSQ	Association des Auxiliaires aux Services de Santé et sociaux du Québec (aasssq.ca)	0

### Annexe III : Constatations extraites par constatation synthétisée et catégorie

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Organisationnelle	Accessibilité	Choe <i>et al.</i> , 2015	Critères inadéquats pour déterminer l'éligibilité imposée par l'agence nationale.	There are a lot of vulnerable elderly people who can not apply for any form of support from the government. I really worry about those people (p. 703)	(S)
		Choe <i>et al.</i> , 2015	Intersection des enjeux relatifs à l'éligibilité, à la santé et à la pauvreté	[...] she died because of terminal cancer... if I helped her to have dentures earlier, or if the cancer had been found earlier... I was so sorry for her (p. 704)	(P)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Préoccupation par rapport à la validité des outils utilisés pour évaluer l'éligibilité	[...] but you might have cognitive impairment, which it does not take into account (p. 99)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Le manque d'alternative motive l'acceptation de risques	The nursing homes are not geared for care. We need smaller places (p. 414)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Défi pour trouver des services accessibles qui correspondent aux besoins	Sometimes you don't have much to offer the client. Sometimes there's not so many options (p. 231)	(S)
		Leverton, 2021	Route mal planifiée cause de frustration	We did a Care Certificate and I'm pretty sure we did some dementia training... Sorry, I'm yet to do it... I was working when it was on (p. 135)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Organisations de soin prennent plus que ce qu'elles sont capables de fournir	[...] had already said, no I do not know if this person is going to be okay at home (p. 99)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Accessibilité</b>	Mulhi, 2010	Il y a une limite (de ressources) au maintien à domicile	[...] and we are pretty good at this to really (.) question if after everything it doesn't work (.) (p. 51)	(S)
		Mulhi, 2010	Disparités entre ce que la famille juge nécessaire et ce que l'institution peut offrir	[...] the family says that mother can't come home now [...] (p. 51)	(P)
		Roy, 2012	Le manque de ressources a une influence importante sur la décision éthique	[...] faut t'assurer que le CLSC va suivre par rapport à la compensation des services (p. 107)	(S)
		Roy, 2012	Travail social dénaturé par les limites imposées par l'institution	On est très critique. On est très critique par rapport au fait qu'on n'a plus rien à offrir au client (p. 108)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Enjeux éthiques relatifs à l'allocation, la qualité, l'accessibilité et la disponibilité des services	But to hear that, it broke my heart [The client said], "Because my wife isn't going to get PSW to change my diaper, and I will not let my wife do that." So, we [ask for medical aid in dying]. So that affects me (tears up) (CSP04) (p.e1666)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Incapacité à accéder aux services adaptés à la situation en temps opportun malgré l'éligibilité	But hearing someone say, "I'm at the end of my rope and I don't know what to do", and not having anything that I can really do to help them... (p.e1666)	(P)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Le manque de personnel empêche d'organiser des soins de qualité	[...] there's many times when I'm on the phone and I'm like, "I'm so sorry. I have nothing. I'm so sorry. I have nobody who can go out (p.e1666)	(S)



DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Organisationnelle	Accessibilité	Webber <i>et al.</i> , 2022	Le système demande de faire plus avec moins	We're putting a band-aid on a gushing wound (p.e 1667)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Le manque de disponibilité des ressources est perçu comme étant un enjeu systémique	Because we want to give the, care we did two years ago (p.e1667)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	L'incapacité du système à supporter des soins efficaces, sécuritaires et de qualité confronte les valeurs professionnelles des personnes qui y travaillent	I'm always pissed off at the system (p.e 1667)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Production de plans d'intervention voués à l'échec faute de ressources nécessaires	There are times where despite your best efforts, you just have to stand back and wait for a crisis (p.e1668)	(S)
		Eilertsen et Kiik, 2016	Pratique axée sur la complétion de la tâche au détriment de la réponse au besoin	I have done all the chores, so to speak. But I might not have been quite as [...] I wanted to be in way to all the patients... I know that... I want to do more; I want more quality in what I do (p. 3)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Enjeu entre respect du temps imparti et réponse aux besoins	I actually do more than what I should (p. 145)	(S)
		Choe <i>et al.</i> , 2015	Conflit entre quantité et qualité de soins (évaluation quantitative de la performance)	We have experienced enormous stress because we have to do our work in a tight period (p. 702)	(S)
		Stevens, 2022	Les soins sont évalués en termes de temps plutôt qu'en termes de qualité	Sometimes it's not the quality, it's the quantity we do. And we've got to get back to the quality (p.9)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Organisationnelle	Accessibilité	Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Déplorent la compression du temps et la rigidité dans les tâches imposées et les horaires	You just tell them "no I'm sorry" [...] "This is not in our Care Plan" (p. 101)	(P)
		Vik et Eide, 2012	L'inflexibilité du temps alloué ne tient pas compte de la variabilité des besoins	[...] because of lack of time, the way you often feel that you don't finish a day properly (p. 532)	(P)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Pas toujours possible de donner plus de temps que le temps alloué en raison de l'impact sur les autres personnes en attente de soins	They get different care. It depends on which nurse you get and how the nurse feels. The older person's feeling depends on how your nurse is feeling. One person. It's very dangerous (p. 146)	(P)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Difficultés liées au travail sous pression	[...] you have to maybe reduce some other care interventions ... for other [older persons] in order to cope with the work day (p. 857)	(S)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Remettre certains services à plus tard pour compenser la pression du temps	So that's the thing I [am] not really happy with. Time and pressure (p. 103)	(S)
		Roy, 2012	Trouver des alternatives exige du temps supplémentaire, la « pression des case load » oblige à procéder	[...] t'as tellement de demandes que tu te dois de faire ça pour passer à l'autre (p. 78)	(P)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Pression pour exécuter les soins dans un temps limité à un trop grand nombre de personnes	It is difficult when you cannot deliver care in accordance with patients' wishes or requests [...] it is a matter of time and resource (p. 5)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Accessibilité</b>	Stevens, 2022	Attentes différentes par rapport au temps et à la manière de faire face aux aspects temporels de la dignité de la patientèle dans les soins	I know nurses do just go in and out, they don't always ask how they are (p. 10)	(S)
		Stevens, 2022	Un rythme de travail plus lent permettrait une dignité accrue	[...] it's just quick, quickly you know... do what they need to do quickly and rush off but... you know, these patients are vulnerable and I think they need to be cared for with dignity (p. 10)	(S)
		Vik et Eide, 2012	Le manque de temps et de continuité dans les services est un obstacle au développement de la relation avec la personne aînée	If you know the individual, you are in the situation where you can be very direct [...] But if you have not met this person before, you cannot push them like that (p. 532)	(P)
		Vik et Eide, 2012	Le manque de temps et de continuité dans les services affecte la possibilité de développer des collaborations avec les proches et les autres personnes professionnelles impliquées	It's sad when we experience an older adult losing functions that had been regained because the service providers in home care are not given the opportunity to provide this kind of collaboration (p. 531)	(S)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Intersection des défis liés au temps et à l'espace	Sometimes, if it is the first time [I go] to the place and it's too far, it really stresses me (p. 103)	(P)
		Eilertsen et Kiik, 2016	Tentent de compenser pour le manque de temps	Sometimes, I try to compensate a little, I try to spend some more time if I hurry a bit more the night before (p. 3)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>		Jacobs, 2019	Cherchent des moyens "créatifs" de fournir des soins individualisés lorsqu'elles ne sont pas autorisées à le faire	I play the system in order to get, care for persons (p. 1646)	(S)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Stratégie : utilisation du temps restant pour faire plus	She asks me, "would you help me for the ironing?" . I said [...] "Ok" because I have more time (p. 103)	(S)
		Stacey, 2005	Surplus de travail et les responsabilités surajoutées	We're Maids Plus, you know? Maids plus companion, maids plus nurse, maids plus family (p. 839)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	La flexibilité pour exercer sa responsabilité professionnelle est favorable	Yes, it's pretty much like Tetris (a computer puzzle), you could say . . . //get all the pieces in; it has to fit (p.147) I am passionate about my profession. . . You have such opportunities, and we are so independent (p. 147)	(S)
	<b>Accessibilité</b>	Stacey, 2005	Autonomie pratique	To me it's too busy. It's not enough time for the client (p. 847)	(P)
	<b>Travail d'équipe</b>	Craftman <i>et al.</i> , 2018	Travail solitaire	I do not know if I'm doing the right thing now, but I go to her during the night shift, but it's not our business (p. 5)	(P)
	Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Opportunités limitées de consultation de paires pour la prise de décision	You are really more on your own... (p. 231)	(S)	

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Travail d'équipe</b>	Jarling <i>et al.</i> , 2020	Travail solitaire	There's a lot of lonely decisions...Of course, we have colleagues, but we don't work together (p. 147)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Responsabilité est perçue comme illimitée	Being a nurse means a very fragmented professional role with little time spent with the patient (p. 144)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Difficulté à coordonner et à déléguer en contexte de rareté des opportunités de rencontres	We are not a team. I hardly meet the nursing assistants (p. 147)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Manque d'opportunité de développer des relations de qualité avec les agences	Every second person you are looking at, looking after has a different care package. Or a different provider. So you cannot really build up a relationship (p. 99)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Manque de collaboration	[...] think about collaboration between nurses and us... we know just as little about what they do (p.865)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Difficultés à savoir qui contacter et difficulté à entrer en contact avec les autres lorsque nécessaire	I wanted to ask them [another profession...]. I was just sent back and forth. In the end, I got so crazy... How should I act, what should I say... to get help? (p. 857)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Frustration de recevoir les références trop tard pour avoir un impact	There seems to be this interesting dynamic where the situation almost has to get bad enough in order for caregivers to get help (p.e1666)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Travail d'équipe</b>	Csikai et Patyán, 2021	Personnes offrant des soins de base non-considérées comme des partenaires	[...] we should be taken as partners because many times we know more about a given patient and a given situation (p. 14)	(S)
		Roy, 2012	L'expertise médicale priorisée au détriment de celle du travailleur social	Je pourrais le faire tsé, mais [...] Est-ce que je vais confronter un gériatre... (p. 89)	(S)
		Roy, 2012	Se rallier en faveur de la protection perçue comme une façon d'éviter de multiplier les interventions	Si ça aurait été de moi non, ça aurait continué comme de façon plus informelle, je dirais oui, parce que je trouvais qu'il n'y avait pas de nécessité à avoir [l'évaluation de l'aptitude] (p. 74)	(P)
		Scheepmans <i>et al.</i> , 2014	Les infirmières souhaitent que les médecins aient un rôle plus important dans la prise de décision	I see the general practitioner as someone having more influence on the family (p. 5)	(P)
		Stacey, 2005	Manque de reconnaissance	Nobody'll listen to you . . . you're just the aides (p. 839)	(S)
		Healy, 2003	Difficulté dans la prise de décision en contexte d'évaluations différentes entre les personnes professionnelles	People would come you, the RN would... say "This person is so confused; [she] can't take care of [herself]"... A lot of times I didn't find that to be true... If you can approach [a person] in a clam... quiet fschion and just layout [the] choices simply... [such a person] can make a good decision (p. 297)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Travail d'équipe</b>	Healy, 2003	Tensions éthiques en contexte d'incertitude sur le plan clinique et de pression provenant d'autres membres du personnel	I know I've changed interventions because there has been community outcry (p. 298)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Changements de tâches comprises dans le plan de soin sans consensus	[...] the homecare manager came out and said, our carers are going to come to you and do X, Y, and Z. But over time that piece is lost and new carers change. And then all those five activities that they were supposed to do with the carer, they are only doing two now (p. 99)	(P)
		Roy, 2012	Tension exacerbée par une compréhension plus ou moins partagée de l'équipe médicale	[...] les docteurs qui la voyaient [...] avaient peur parce qu'ils disaient le mandataire, c'est la personne qui abuse puis, ça va être comme trop difficile. En fait ils ne voulaient pas rentrer là-dedans (p. 69)	(S)
		Roy, 2012	Malaise à discuter avec ses collègues	Quand c'est des dilemmes, par exemple, par rapport à mon allégeance à mon employeur versus à mon client, ça je peux pas en parler à ma job (p. 63)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Consultations informelles avec des paires et réunions d'équipe pour éclairer la prise de décision	The biggest resource is the other staff (p. 232)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Travail d'équipe</b>	Rasoal <i>et al.</i> , 2018	L'espace de bureau permet de ventiler, pourrait permettre d'échanger des idées sur les moyens de prodiguer des soins de qualité	[...] the office is an arena where one can reflect and ventilate thoughts (p. 7)	(P)
		Roy, 2012	Échanger avec les collègues et participer aux groupes de pairs représente un soutien significatif à la prise de décision éthique	Les groupes de pairs, ça aide beaucoup (p. 63)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Les réunions d'équipe améliorent la collaboration et les services	It is important to be able to reflect and feel support in the group (p. 857)	(S)
		Janssen <i>et al.</i> , 2014	Rôle de l'équipe peut changer rapidement	Within a short period of time we will receive a phone call that things have gone wrong in his situation (p. 45)	(P)
		Leverton, 2021	Support apporté par les gestionnaires vu comme important	'I was able to go to my employer and say, "I don't really know how to approach this. How can I do this?". They called me back and it was just helpful (p. 133)	(S)
		Roy, 2012	Apport positif de la supervision clinique dans la prise de décision éthique	[...] principalement avec [la superviseure clinique], ça nous aide beaucoup (p. 67)	(P)
		Roy, 2012	Différences liées au rôle de la personne qui offre la supervision	[...] quand c'est avec les chefs, je trouve qu'ils ne sont pas assez vigilants ou alarmés (p. 67)	(P)



DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Organisationnelle	Travail d'équipe	Roy, 2012	Complémentarité des sources de supervision	[La supervision clinique et la consultation auprès d'un chef de programme ç] a se complète [...] (p. 83)	(S)
		Roy, 2012	Recours en consultation à l'équipe de psychogériatrie	[...] une équipe [...] qui va faire toute une grosse enquête d'inspecteur. Ils ont le temps de le faire pis, y rentrent plus en profondeur (p. 114)	(S)
		Roy, 2012	Soutien à la prise de décision éthique par Curateur public du Québec (souhait)	Des fois, j'ai appelé aussi le curateur en consultation (p. 72)	(S)
		Roy, 2012	Soutien à la prise de décision éthique par avocate et l'éthicien du CSSS	[...] c'est des ressources qui sont là, mais actuellement, je trouve que ce n'est pas moi qui en bénéficie, c'est plus les gestionnaires (p. 72)	(P)
	Assignation	Stacey, 2005	Agences diligentes qui transigent directement avec les usagers	It's not in agreement with the agency but they know we do a lot of things personally for our clients (p. 841)	(P)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Les connaissances ne sont pas utilisées adéquatement	I could have done much more. But I am a bit tied to the fact that I have no mandate for it (p. 145)	(S)
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Attribution de tâches à un personnel non qualifié	The assistants and assistants nurses are given a mini course and then they can be put on all types of shifts. This has to do with leadership and the pressure to save money and does not take into account patient safety (p. 797)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Assignment</b>	Berland <i>et al.</i> , 2012	Réalisation d'interventions par du personnel non qualifié	[...] it is often that education is lacking in the new personnel [...] (p. 797)	(P)
		Craftman <i>et al.</i> , 2018	Transformation du champ d'exercice	Yes, then I think that health care is more... is more about taking care of the patient, [...] caring is a little... well, not quite... well I don't know what to say about caring (p. 5)	(P)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Difficulté liée à la supervision en contexte de délégation	It creates frustration when delegations are not carried out according to plan (p. 147)	(P)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Difficulté reliée à la délégation en contexte d'incertitude clinique.	They [care workers] are very careful during training and aware that they have to look at the prescription, but somehow... when they work, they do not read the prescription. That is harmful to the patient (p. 856)	(S)
		Csikai et Patyán, 2021	Sollicitées pour obtenir de l'information médicale	[...] they tell me to go with them to their doctor and when we get back home, I should translate all to them into Hungarian. Because they do not understand and need someone to tell them in everyday language (p. 13)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Surqualification ou sous qualification en lien avec les tâches attendues	The nurses do almost everything, so I am not allowed to do what I used to do. And that's a bit boring, because I've been working for many years, so	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Assignation</b>			I got rid of the fun duties, blood samples, for example (p. 145)	
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Réalisation d'interventions par du personnel non qualifié : impacts sur la sécurité de la patientèle	[...] things go according to minimal standards [...] One day things will go wrong; there is too much luck involved (p. 797)	(P)
		Stacey, 2005	Risques associés à la prise en charge des soins par un personnel non qualifié ou équipé	[...] basically we [aides] can do almost the same things [nurses] can to a certain degree, we just can get away with it without the training (p. 842)	(P)
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Réalisation d'interventions par du personnel non qualifié : lié à la pénurie de personnel	It is difficult to find personnel in the summer months [...] We end up with 16-17-year-olds driving around on a moped (p. 797)	(P)
		Stacey, 2005	Refus de prendre des responsabilités pour des tâches hors du champ d'expertise	I'm not going to do that. And I let them know, I'm not going to do that, I'm not going to change no IV for you. I'm going to stick to what I'm supposed to do (p. 842)	(P)
		Craftman <i>et al.</i> , 2018	Transfert progressif des tâches réservées au personnel infirmier vers le personnel offrant des soins de base	Mm, you can say that the responsibility of care has become unclear (p. 5)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Les infirmières signalent que leurs compétences en matière d'évaluation continue ne sont pas reproduites par les personnes offrant des soins de base	[...] but they were not watching and noticing that this person's ability to function safely in their home had come to a point that was questionable (p. 99)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>	<b>Assignment</b>	Choe <i>et al.</i> , 2015	Changements fréquents d'assignments	I tried to approach them, but it was difficult to build a rapport with them. I was unmotivated (p. 704)	(P)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Confiance mutuelle se développe avec le temps	[...] if we had gone a bit slower, they might have accepted it a lot more (p. 228)	(S)
		Leverton, 2021	Le pairage personnalisé facilite le développement d'une relation positive	That's the good thing about [Home Care Agency]... they do make the effort of matching a carer with a client (p. 121)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Coordonner et planifier le travail des autres enlève du temps pour exécuter les autres tâches	[...] a responsibility for me as a nurse is to ensure that the patient receives necessary care. [...] If there is additional help needed, it is pretty much to be whatever is 'at the heart of things' that applies (p. 145)	(S)
	<b>Outils de travail</b>	Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Modification de l'organisation du plan de soins et contournement des règles pour répondre aux attentes	A lot of [organization] just cut out [non-medical services]. We still - I still do [non-medical services] for clients (p. 102)	(S)
		Sims-Gould <i>et al.</i> , 2013	Stratégies : suivre le protocole, contourner ou enfreindre les règles, et travailler pour éviter les crises	She said no, don't phone the ambulance! But I said well you know I have to. (p. 42)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Organisationnelle</b>		Berland <i>et al.</i> , 2012	Certains milieux sont plus sensibilisés au besoin de nouvelles routines	Some of those responsible for the nursing profession have stated that there is something to be said for taking action right away. We will do it this way now and put these new routines into action, this is now clear (p. 798)	(P)
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Lignes directrices absentes incorrectes ou obsolètes	There are routines, but they are not updated [...] (p. 798)	(S)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Tendance à établir des règles par rapport à la gestion des risques	Constant supervision is a must for her (p. 414)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Défis de l'ajustement des plans de soins	We do an initial care plan, then... we change our care plan (p. 231)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Absence de lignes directrices	I would feel much happier if there were common guidelines (p. 144)	(S)
		Leverton, 2021	Le respect des politiques et procédures est perçu comme protecteur	[...] we have to abide by the rules (p. 119)	(S)
		Sims-Gould <i>et al.</i> , 2013	La procédure n'est souvent pas la réponse appropriée ou intuitive à une situation	Yes, technically what I should have done was . . . called my supervisor and they should have called the fire brigade. But some of us don't work like that (p. 42)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Solutions qui favorisent la communication et le suivi des soins en contexte de délégation	[...] but if there was like an IT device that did all that... so that nothing would fall between the gaps (p. 99)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Organisationnelle	Transfert d'Information	Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Maintenir à jour et consulter la documentation	There are different care recipients. It is very important to read about each person, what they need (p. 856)	(S)
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Transfert d'information entre collègues hasardeux	It can be a while before the next person receives the correct information. This could definitely use improvement (p. 797)	(S)
		Berland <i>et al.</i> , 2012	Lacunes dans la prise de responsabilité par rapport au transfert d'information	The fact is that many different personnel work these shifts and oral information is not good enough if there is no documentation; this can easily lead to problem (p. 797)	(P)
		Csikai et Patyán, 2021	Déficit d'information transmise par le personnel médical	[...] he was psychologically broken because they did not tell him that this treatment would be like, what it would cause, what to prepare for (p. 12)	(P)
	Transfert d'Information	Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Basent leurs décisions sur des données incomplètes	[...] lot of times our patient's... understanding of the situation is not necessarily consistent with the situation [...] but it does influence the approach or even the plan of care (p. 232)	(S)
		McDonald <i>et al.</i> , 2022	Difficultés à développer des relations de confiance mène à des plaintes	[...] things begin to become strained if it is constantly changed (p. 99)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
	<b>Traitement des plaintes</b>	McDonald <i>et al.</i> , 2022	Plaintes non signalées	[...] and they are very slow, the patients to complain actually about the carers (p. 99)	(S)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Le signalement des préoccupations a des avantages et des inconvénients	If there is a safety concern they don't really want to talk about it because they want to keep the hours (p. 101)	(P)
<b>Organisationnelle</b>					
<b>Éthique</b>	<b>Prise en considération de la posture de vue de l'utilisateur et des proches</b>	Janssen <i>et al.</i> , 2014	Implication de l'équipe et de l'utilisateur dans la prise de décision	[...] the case manager decided to arrange a network meeting. He invited different professionals and together with the woman, discussed her situation until agreement was reached to everyone's satisfaction (p. 47)	(S)
		Jacobs, 2019	Importance prendre les décisions avec l'utilisateur	I try to see the client and what he needs and wants, instead of using the same routines (p. 1646)	(S)
		Jacobs, 2019	Importance de mettre l'accent sur les forces de la personne aînée	Some clients sit with their arms held up in order to get a shower, even if they are capable to take a shower themselves. We [nurses] are not the carwash! (p. 1647)	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Prise en considération de la posture de vue de l'utilisateur et des proches	Leverton, 2021	Respect de la personne comme valeur centrale	You've got to remember that that could be me one day, and you've got to say to yourself this is how I'd want to be treated or this is how I want my dad to be treated (p. 120)	(S)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	Respect du potentiel des personnes	Il est possible qu'on n'accepte jamais d'avoir des limites, mais on peut accepter de vivre avec et essayer de développer une façon d'être autonome (p. 113)	(P)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	Respect des choix de la personne	Quand on vous dit : « Oui, mais elle n'a plus toute sa tête ! »... Donc, il faut qu'on décide pour elle ? On ne va pas la prendre de force, la mettre dans le coffre, ligotée, pour l'emmener en (établissement) ! (p. 18)	(S)
		Healy, 2003	L'incapacité à prévoir les résultats concernant la gestion des risques	The particular lady [... had] high to moderate [impairment]. [She] had been specifically diagnosed with Alzheimer's... She was grieving very much for her loss of independence... [She was] very depressed (p. 296)	(P)
		Healy, 2003	Incapacité à prévoir : influencée par des problèmes de santé mentale	It's gray to begin with. These cases are gray [One person] told me that	(S)



DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Prise en considération de la posture de vue de l'usager et des proches			she was suicidal; that makes it a little more muddy (p. 296)	
		Healy, 2003	Incapacité à prévoir : influencée par la déficience cognitive partielle	Are these cognitive impairments causing her to...[make] poor choices? (p. 296)	(S)
		Healy, 2003	Incapacité à prévoir : influencée par le manque de clarté en lien avec l'étiologie d'une faible capacité décisionnelle	I was struggling with trying to sort out... what was going on. [Was] it [a] psychiatric [disorder or]... dementia? I was wondering if I could do more... if it were mental illness (p. 296)	(S)
		Jacobs, 2019	Enjeux rencontrés lorsqu'il s'agit de supporter l'autonomie: visions stéréotypées de vulnérabilité et de résistance aux soins	We [nurses] do a lot of suggestions for social activities, but the older persons refuse to take these on (p. 1648)	(P)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Difficulté à maîtriser la situation en l'absence de collaboration	It is very difficult because... we feel in some way we are helping to keep a person high on drugs all the time (p. 6)	(S)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	Conflits entre promotion de l'autonomie et collaboration mitigée (valeurs non partagées)	[...] des gens qui ne veulent avoir d'aide de personne (p. 114)	(S)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	Certaines croyances et valeurs de la clientèle constituent fréquemment un obstacle à la promotion de l'autonomie	Les gens plus riches sont plus exigeants (p. 121)	(P)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Parfois des conflits de valeurs et de préférences	Smoking clients, yeah. I have a problem with a smoking client (p. 102)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Prise en considération de la posture de vue de l'utilisateur et des proches	Vik et Eide, 2012	Dilemme lorsque la personne aidée reçoit passivement les services	We cannot let the older adults sit down, fade away and be more disabled than necessary; that is against our professional nursing ethics. So, in one way, we are not allowed to let them make this decision (p. 531)	(S)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Opposition aux soins confronte la valeur de soins de qualité et de sécurité	Some of them just fall in the cracks. (p. 1665)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Travail sur le risque en partenariat avec les familles	It took a while to work with this family [...] (p. 414)	(P)
		Scheepmans <i>et al.</i> , 2014	La famille joue un rôle important dans le processus de prise de décision	When the family asks for something, you cannot refuse it [...] because this is home care and we depend on the family. (p. 5)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Travail sur le risque en partenariat avec les familles ne fonctionne pas toujours	I have learned a lesson – do not believe all that is told to you (p. 414)	(P)
		Jacobs, 2019	Éthique de la collaboration mise en jeu lorsque la participation des proches est sollicitée	We [nurses] do a lot of suggestions for social activities, but the older persons refuse to take these (p. 1648)	(P)
		Jacobs, 2019	L'implication des proches n'est pas toujours synonyme de succès	[...] her son in law will only take action after his holidays. And I need to leave that to him. However, I find	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Prise en considération de la posture de vue de l'utilisateur et des proches			that very difficult, that nobody is taking care of this (p. 1647)	
		Csikai et Patyán, 2021	Demande des proches de cacher l'information	But I will not tell it to her; I cannot tell it to her because [the family] asked me not to. I think that's not good for her (p. 12)	(S)
		Janssen <i>et al.</i> , 2014	Tensions entre la charge de travail et la capacité des proches	She felt she could never do enough and indicated that she experienced a conflict between her wish to stabilize their situation and the need to protect the health and well-being of the woman (p. 46)	(P)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Difficultés à répondre aux besoins des tiers	The [next-of-kin] complain to you, [...] and that is problematic at times (p. 5)	(S)
		Scheepmans <i>et al.</i> , 2014	La volonté de soulager la famille est évoquée pour justifier l'utilisation des contentions à domicile	They apply restraints not for the safety of the patient but to relieve relatives and themselves (p. 4)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Enjeu relatif à l'implication des proches dans les soins de la personne âgée	She has dementia... But she absolutely wants to manage medication treatment for her husband (p. 855)	(S)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Présence des proches à domicile peut créer des situations inconfortables	[...] sometimes [...] I really prefer them not to be there 'cause they're very critical (p. 102)	(S)
		Sims-Gould <i>et al.</i> , 2013	Crises relationnelles dans le cadre de la relation entre le personnel du soin à	The daughter [of a home support client] kept screaming, "You're an	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Prise en considération de la posture de vue de l'usager et des proches		domicile et le client ou la cliente ou ses proches	inexperienced caregiver." She just was screaming at me (p. 38)	
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Importance de clarifier les malentendus pour la prise de décision	A lot of times, we have family or people involved with the clients that have, certain expectations. I hesitate to say they are unrealistic expectations [...] Then we come with a dose of reality (p. 230)	(P)
		Jacobs, 2019	Différentes visions sur l'importance de la participation des proches	The care given by the formal caregiver is the most important vs family members that abused older persons (p. 1648)	(P)
		Sims-Gould <i>et al.</i> , 2013	Crises organisationnelles liées à des désaccords sur le plan de soins	[...] with family members, it's hard to you know, identify our job (p. 38)	(P)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	Rôle de protéger la personne et refus de l'abandonner aux conséquences de ses choix	Au bout d'un moment... s'il n'y a personne pour lui donner à manger, il y a un risque de dénutrition et même si elle refuse, ben, on essaye... (p. 18)	(S)
	Autonomie et sécurité	Gilmour <i>et al.</i> , 2003	La réduction des risques fait partie du rôle des services sociaux	Before the care package was in place she used to be upstairs. We now have a hospital bed downstairs and it is much safer (p. 414)	(P)
		Janssen <i>et al.</i> , 2014	Voient leur rôle comme celui d'être un filet de sécurité	[...] it would be best [to] see what he needs and gradually increase the level of care (p. 45)	(P)
		Sims-Gould <i>et al.</i> , 2013	Rôle dans la prévention des incidents	I phoned the supervisor and I told her, about him [the client's husband]. He kind of seemed extra tired (p. 43)	(P)

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Autonomie et sécurité	Berland <i>et al.</i> , 2012	Lacunes relatives à l'éthique de travail (sécurité)	You have groups that are not at all concerned with patient safety, only with their pay cheque, but others who are very concerned and interested in patient safety (p. 796)	(S)
		Jacobs, 2019	Enjeux entre le respect de l'autonomie et la perception de responsabilité professionnelle relative aux soins de qualité	I need to leave that to him. However, I find that very difficult, that nobody is taking care of this (p. 1647)	(S)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Tension entre autodétermination et soins sécuritaires et de qualité	Everyone talks about how the older people should be treated and so on [...] but when you start to work, you see that is different (p. 4)	(P)
		Roy, 2012	Tension désir de considérer les volontés du client et la responsabilité professionnelle ressentie de protéger la personne	[Le client] ne peut pas décider pour lui-même. J'aimerais ça là; mais c'est moi qui doit prendre cette décision-là (p. 65)	(P)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Doivent parfois faire des tâches hors de leur assignation	I take out the garbage, because she's kind of slow (p. 102)	(P)
		Webber <i>et al.</i> , 2022	Opposition aux soins confronte la valeur de soins de qualité et de sécurité	Some of them just fall in the cracks (p.e 1665)	(P)
		Janssen <i>et al.</i> , 2014	Dilemme entre le respect de l'autonomie et la sécurité de la personne	During the meeting one of the team members suggested to deploy outreach care in this situation as, according to her, not accepting the proposed care was a threat to the safety of the man. Yet after a discussion within the team they [...] they opined that as he was not	(S)

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Autonomie et sécurité			responsive to the care proposed to him it would be best not to impose care (p. 44)	
		Johnson, 2015	Dilemme entre honorer le souhait de la personne, et sortir la personne de sa situation	But sometimes, like a train wreck, you're just watching it. You're waiting on it to happen (p. 35)	(S)
		Leverton, 2021	Difficulté à naviguer meilleur intérêt et respect des souhaits en cas de résistance aux soins ou de refus de traitement	We don't want to force anyone. If they haven't got capacity to make that decision, we've got to guide them, and try our best (p. 130)	(S)
		Leverton, 2021	Enjeux en lien avec l'introduction de changements nécessaires, sans contrarier	I've got to understand that [the home], that's theirs and I can't change it. But if there's a way that it can be changed but it's not going to be too upsetting for the client, then we'll work together (p. 141)	(S)
		Roy, 2012	Difficulté à gérer le sentiment de trahison éprouvé envers le client	[Le client] ne voulait pas. Il veut garder sa liberté, il ne se trouve pas inapte. Donc, là tu te bats un peu contre lui. Tu sais, éthiquement c'est difficile puis, émotionnellement là (p. 68)	(S)
		Roy, 2012	Le droit du client de mener une existence originale, versus les inquiétudes de la famille par rapport aux dangers encourus par le style de vie de la personne aînée	[...] qu'est-ce que je prime dans tout ça ? Est-ce que c'est la sécurité ? C'est le bien-être [du client] ? Cette valeur-là ou son autonomie puis son libre arbitre ? (p. 63)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Autonomie et sécurité	Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Respecter l'autodétermination de la personne âgée tout en réduisant les risques lors de la prestation de soins	I never force, but I try to reflect... so that they understand why [they] need to do these boring exercises (p. 855)	(S)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	Acceptation d'une certaine prise de risque	Se dire : S'il se passe ça, voilà, tu seras limite fautive (p. 18)	(S)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Le maintien à domicile doit être favorisé en dépit des risques	There are risks but they are worth taking (p. 413)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Le respect des souhaits de la personne motive l'acceptation de risques	She would not be able to judge things, but she would not want to be anywhere else (p. 414)	(S)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Accepter une certaine prise de risque	I know that there is a risk, but we have to accept that there is a risk but that it is her wish to remain at home (p. 414)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Les décisions qui permettent au client de vivre avec le risque sont considérées comme très difficiles par le personnel infirmier à domicile	Some people choose to live in crisis, and so you have to respect that... (p. 233)	(S)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	Posture de défense des choix de la personne	C'est faire entendre la voix [de la personne] (p. 18)	(S)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	Les limites sont floues entre les mesures acceptées et imposées	On fait en sorte que la personne se sente en confiance, c'est un peu de la manipulation (p. 18)	(S)
		Healy, 2005	Le niveau de directivité augmente dans le temps en présence de risque	I finally, after a long long time working with this lady, . . . [I] petitioned the court for guardianship	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Autonomie et sécurité			for her. Incidents of harm occurring (p. 79)	
		Healy, 2005	La sécurité influence le degré de directivité	Safety would probably be first, even if you're not mild but moderate (p. 79)	(S)
		Healy, 2005	L'évaluation de la capacité décisionnelle influence le niveau de directivité en présence de risque	[Have] they demonstrated enough of that reasoning to be able to determine for themselves what they want to follow and what they don't. Guiding when there is more reasoning ability. I know[when] there is less reasoning ability and there are more [safety] issues, [there's] more controvers (p. 80)	(S)
		Healy, 2005	Le degré d'accord influence le niveau de directivité	Effort was consistently extended to gain agreement with a care plan perceived as safe by the participant (p. 81)	(S)
		Healy, 2005	Le partage de la responsabilité morale influence le degré de directivité	Are they understanding [...] Can you get them to give a response back that they really understand and it's tolerable? If it's tolerable for them if they do truly understand what potential results can happen... (p. 82)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Accepter une certaine prise de risque	I do know that I can make decisions about the pateints and if they don't like them, they won't do it. And it's ok with me too (p. 233)	(P)



DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Autonomie et sécurité	Lundberg, 2018	Besoins des différentes parties peuvent entrer en conflit. La frontière entre consentement et coercition peut être floue	When we enter and they are completely assertive that they do not want help, then we have been told [...] that we had to take the paternal tone. To be a little like this (hitting the table) (p. 140)	(P)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	La coercition est utilisée dans le contexte de situations difficiles	So the question is if it is ok to coax the patient? (p. 5)	(S)
		Roy, 2012	Tension entre protection et paternalisme	[...] la famille qui dit : faites quelque chose [...] C'est vraiment parce qu'ils s'inquiètent pour [le client...] Oui, [je me sens une obligation par rapport à la famille] (p. 64)	(P)
	Relation professionnelle	Scheepmans <i>et al.</i> , 2014	La sécurité est évoquée pour justifier l'utilisation de contention à domicile	After the care, we lay her in bed with bedrails and lock the front door. This is for her safety (p. 3)	(S)
		Corvol <i>et al.</i> , 2014	La qualité de la relation et approche personnalisée	Il y a une telle connaissance de la personne, un tel lien, qu'on connaît ses valeurs aussi. Et ça prend sens ! (p. 18)	(S)
		Jacobs, 2019	Soins de qualité est synonyme de collaboration et de confiance	The art of nursing is moving together, and being sensitive towards the other and the relationship (p. 1648)	(S)
		Lundberg, 2018	Connaissance de la personne et des moyens de communiquer avec elle importante	I try to motivate and persuade. However, I am not allowed to force them (p. 139)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Relation professionnelle	Mulhi, 2010	Les professions associées aux soins requièrent un travail relationnel personnalisé	I act differently depending (.) on who I am talking to (p. 52)	(S)
		Mulhi, 2010	Une rencontre positive est vue comme un élément clé	I get to know or become familiar with the person even though[...] I try my hardest to try to remain professional (p. 53)	(P)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	Individualisation des soins selon les besoins des bénéficiaires	[...] on peut parler longtemps dans le vide si les gens sont en période de négation par rapport à quelque chose [...] (p. 115)	(P)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	La relation d'aide équivaut à une forme d'accompagnement	[...] on va écouter davantage, « tolérer » davantage sans obliger la personne à avoir des changements de comportement (p. 117)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Considérer les besoins complexes de la personne âgée	You have to listen and feel... what the person himself wants and thinks (p. 855)	(S)
		Stacey, 2005	Effectuer un travail d'une grande valeur dans un contexte relationnel est gratifiant	It just made a difference to all of them, you know, I mean their personal care (p. 849)	(S)
		Stacey, 2005	Valorisation de la relation de proximité	[...] it just makes you feel like, oh, I'm doing something good (p. 850)	(S)
		Stevens, 2022	Valorisation de la relation de proximité	They're letting you into their world and it's an absolute privilege (p. 6)	(S)
		Vik et Eide, 2012	Connaître la personne qui reçoit des services et établir une relation avec elle	I really like to work in the same municipality as I live. Then, we share	(S)

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Relation professionnelle		est la base de la personnalisation des services, et un standard professionnel	knowledge about context and individuals (p. 532)	
		Csikai et Patyán, 2021	Usagers isolés socialement et dépendants de l'aide à domicile	They often tell me, 'what would happen to me without you?' (p. 10)	(S)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Équilibre nécessaire afin de permettre une personnalisation sans être intrusifs	You simply do as much as you can, sacrifice yourself (p. 146)	(P)
		Mulhi, 2010	Tensions entre l'exercice officiel de l'autorité et l'ambition professionnelle d'établir une relation positive.	this is (.) how I should carry out my meeting I feel that there can be a certain amount of mistrust (p. 53)	(P)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Tension entre proximité, démonstration de respect et d'affection, personnalisation des soins; et distance professionnelle.	We're supposed to [weare gloves]. But when you know the patient and you've been there and she's got nothing, and they love the human touch (p. 104)	(S)
		Vik et Eide, 2012	Effectuer les tâches en fonction des souhaits de la personne âgée, plutôt que de se référer de manière stricte au contenu de la référence	We have to give non-traditional services sometimes, because a need of the older adult is not within our job. We must take off our professional hats and simply be more like fellow human beings (p. 533)	(P)
		Janssen <i>et al.</i> , 2014	Tension entre soins standardisés et soins personnalisés	The case manager found himself in a dilemma between preserving the well-being of the woman and her pets and the provision of care according to the rules and task description of the health and social care organization involved (p. 47)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Éthique	Relation professionnelle	Jacobs, 2019	Tension entre la volonté de prodiguer des soins et de les retenir	Sometimes I try to do nothing, for five minutes or so. Because then the client is able to discover their own possibilities and to build self-efficacy. However I find this very difficult and most nurses have not learned this (p. 1647)	(S)
		Mulhi, 2010	Manque de pouvoir sur la mise en oeuvre des recommandations	[...] unfortunately it doesn't always work out that way further [...] down the performing line (p. 54)	(P)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Soins sécuritaires et de qualité associés à l'intérêt, la flexibilité, l'engagement et la motivation à adapter les soins	To be professional is a nice word, but it is... to keep a certain distance (p. 856)	(P)
	Autres valeurs d'importance	Jarling <i>et al.</i> , 2020	Boussole morale axée sur la volonté de prendre soin des autres et de bien le faire	At home, the older person can take greater responsibility. I can reinforce this from my profession (p. 145)	(P)
		Scheepmans <i>et al.</i> , 2014	La volonté de maintenir la personne le plus longtemps possible à domicile est évoquée pour justifier l'utilisation des contentions à domicile	Without restraints, it is not possible to keep her at home (p. 4)	(S)
		Leverton, 2021	Formation et support clinique essentiels	You've got no training, how are you supposed to deal with somebody, with an illness that you know nothing about? (p. 129)	(P)
		Ouellet, 2012	La formation continue permet de mieux comprendre et de mieux justifier les orientations ou les soins et traitements	Ja nous a dirigés par rapport à notre évaluation, aller chercher c'est quoi notre objectif dans tel type de plaie.	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Professionnelle	Formation et qualification			Ja m'a beaucoup aidé dans ma pratique (p. 183)	
		Roy, 2012	Beaucoup d'enthousiasme des formations reçues de l'Ordre	[...] c'est vraiment la base (p. 111)	(P)
		Stacey, 2005	Le développement de compétences au travail est un facteur gratifiant	You learn so much. Very educational. It's been quite an experience for me and it's opened up other avenues for me (p. 848)	(S)
		Higuchi <i>et al.</i> , 2002	Manque de bagage de connaissances formelles	I had no idea worth home care was... until I actually started working in it. Nursing school did not prepare me at all (p. 232)	(S)
		Roy, 2012	Manque de formation	[...] chaque TS comprenait à sa manière les choses. Ja posait pas... ça posait un problème (p. 83)	(P)
		Roy, 2012	Travailleurs sociaux bénéficieraient d'être davantage formés par rapport au contexte juridique entourant l'ouverture des régimes de protection	On devrait peut-être être plus formé sur tous les articles de lois, toute la formation des notaires, les trucs avec la cour, sur toutes les lois qui pourraient influencer ça. Je pense que ça nous aiderait (p. 68)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Interprétation du risque à partir de sa propre expérience de vie	If I was 20 years younger I would probably worry more, but now I think about what I would like for myself (p. 413)	(S)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Professionnelle	Formation et qualification	Jarling <i>et al.</i> , 2020	L'expérience professionnelle permet de se sentir mieux équipé pour prendre des décisions, mettre des limites et maintenir une attitude professionnelle	I have come so far and been there so many times, I've been able to shut down (p. 146)	(S)
		Leverton, 2021	L'expérience peut aider à développer les compétences	have to experience it first, before I do it (p. 130)	(S)
		Silverglow <i>et al.</i> , 2021	Difficultés reliées au roulement de personnel	There have been a lot of new staff who have no experience of working in home care ... It feels very heavy (p. 857)	(S)
		Choe <i>et al.</i> , 2015	Préoccupations éthiques concernant les limites personnelles	I don't want to go to the alcoholic clients. That's really a problem. They have no intention of changing their problems despite education, they do not take antihypertensive medications, and they drink alcoholic	(P)

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Professionnelle	Intégrité du personnel			beverages with financial support (p. 705)	
		Eilertsen et Kiik, 2016	Comportements perçus comme provocateurs vécus difficilement	We have patients who think it is never good enough no matter what we do. And they look at us as if we are servants there to do their biddings (p. 3)	(S)
		Johnson, 2015	Les comportements non conformes peuvent être perturbants	[...] sometimes they don't bathe (p. 34)	(P)
		Leverton, 2021	Enjeux liés au développement d'une relation de proximité avec la clientèle	I think we get quite attached to her as much as she's got attached to us really... it's like being with your gran. We're not supposed to get emotionally involved, but I think we're all human beings (p. 124)	(S)
		Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Enjeu lié à la manière de composer avec les valeurs	It is dirty anyway there...and I don't want dirt on my feet (p. 6)	(P)
		Gilmour <i>et al.</i> , 2003	Risque pour la personne qui prodigue des soins	I used to lift her, but I was at the Alzheimer's training one night and they said you could hurt the patient and hurt yourself so after that I always wait for someone to help (p. 413)	(P)
		Jarling <i>et al.</i> , 2020	Responsabilité peut être à la fois stimulante et stressante	You try to make it happen. Sometimes, you don't do a great job as you could have . . . to keep up so you don't fall behind in the time schedule. It's not easy (p. 146)	(S)

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Professionnelle	Intégrité du personnel	Stacey, 2005	Risque de blessures physiques et psychologiques associées au soutien à domicile	[...] it has to take a special type of person to do this kind of work because sometimes people, clients, they forget that you're human (p. 844)	(P)
		Sims-Gould et Martin-Matthew, 2010	Stratégies : respecter la personnalité et les comportements des clients, être silencieux et travailler rapidement, ne pas poser de questions	I just don't ask (p. 102)	(P)
		Mulhi, 2010	Obligation légale à intervenir à l'intérieur de certains considérants économiques	[...] you might have to find (.) alternative (.) solutions (.) like volunteer care and there is something called eighty-nine plus and now there is different variatons (p. 50)	(P)
Juridique	Lois et obligation professionnelle	Rasoal <i>et al.</i> , 2018	Difficulté à remplir les obligations professionnelles (code déontologique)	[...] it is really difficult [...]we have all the pressure from society, law and from the county [...]. How can we provide dignified care when you have all this pressure on you (p. 4)	(S)
		Roy, 2012	Lourdeur éprouvée par rapport à la responsabilité professionnelle	Y a cet inconfort-là de dire : Je suis qui moi pour avoir ce pouvoir décisionnel là, qui peut tout changer dans le monde de cette personne-là ? (p. 65)	(P)
		Lundberg, 2018	Droit absolu de la personne âgée de prendre des décisions à son domicile	We come into their homes, we have to meet them with respect (p. 138)	(S)



DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
<b>Juridique</b>	<b>Politiques sociales</b>	Mulhi, 2010	Lunette économique ne permet pas toujours de lier droits et besoins	We must follow the laws and guideline that we have and this with economical (.) expectations (p. 50)	(S)
		Mulhi, 2010	Droit aux soins et droit de demeurer à domicile le plus longtemps possible.	[...] my role is to (.) try to give this person a good life (.) so that she can continue living at home (p. 51)	(S)
		Roy, 2012	Le droit du client de mener une existence originale, versus les inquiétudes de la famille par rapport aux dangers encourus par le style de vie de la personne aînée	[...] qu'est-ce que je prime dans tout ça ? Est-ce que c'est la sécurité ? C'est le bien-être [du client] ? Cette valeur-là ou son autonomie puis son libre arbitre ? (p. 63)	(S)
		Jacobs, 2019	Politique de soins axée sur l'autonomie ne répond pas aux besoins	It is complicated to involve family and friends if there are none; many old persons live socially isolated (p. 1647)	(S)
		Saillant <i>et al.</i> , 1994	Écart entre les politiques gouvernementales de maintien à domicile et la perception des clients	C'est peut-être la manière dont c'est présenté au niveau politique. [On leur dit qu'] on leur donne ceci [...]. Quand on arrive dans la réalité, c'est pas vrai (p. 21)	(S)
		Mulhi, 2010	La lunette économique associée aux lignes directrices municipales ne permet pas toujours de lier droits et besoins	We must follow the laws and guideline that we have and this with economical (.) expectations (p. 50)	(S)
		Mulhi, 2010	Le discours économique affecte l'évaluation et la prise de décision	[...] there are more and more demand economically (.) and you keep that in mind all the time [...] the needs of the elderly might have to be larger so to say in order to be granted (.) and even then you might have to find (.)	(S)

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	ARTICLE	CONSTATATION	ILLUSTRATION	COHERENCE
Juridique	Politiques sociales			alternative (.) solutions (.) like volunteer care (p. 50)	
		Mulhi, 2010	Décision politique empêchent d'utiliser les ressources hors secteur	[...] but we can't place a person in housing outside our district it is a decision the politicians have made (p. 52)	(S)
		Jacobs, 2019	Politique de soins standardisés apparaît en conflit avec la dimension relationnelle des soins	You need to do what's right for you, because it has to come from the inside. However, Best Care has also made a choice [for autonomy] in how we view the client and how we look at care (p. 1646)	(S)

## Annexe IV : Calcul du score combiné de confiance

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	QUALITE METHODOLOGIQUE/ CREDI- BILITE	COHERENCE CONSTATATIONS ET ILLUSTRATIONS	RICHESSSE ET QUANTITE DES CONSTATATIONS	PERTINENCE	CONFIANCE (SCORE COMBINE)
<b>Organisationnelle</b>	Accessibilité	Les limites de l'éligibilité, le manque de ressources et d'accès aux ressources, la pression et la flexibilité sont considérés dans le traitement des risques	3 (78 %)	3	4	2	3
	Travail d'équipe	Le contexte solitaire et les difficultés relatives au travail d'équipe, ainsi que différentes sources de soutien à la prise de décision sont considérés dans le traitement des risques	3 (79 %)	3	4	3	3
	Assignment	Des enjeux sont soulevés en relation avec la délégation de tâches, le transfert de tâches, la sollicitation pour la réalisation de tâche hors mandat, et l'instabilité dans l'assignment des cas	3 (79 %)	3	3	2	3
	Outils de travail	Il y a des défis associés à la disponibilité et à l'utilisation des outils de travail dans le cadre du traitement des risques	4 (83 %)	3	2	2	3
	Transfert d'information	Les lacunes dans la transmission de l'information et la prise de responsabilité par rapport à celle-ci sont considérées dans le traitement des risques	4 (82 %)	3	2	3	3
	Traitement des plaintes	Les processus de traitement des plaintes sont considérés dans le traitement des risques	4 (85 %)	3	2	4	3

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	QUALITE METHODOLOGIQUE/ CREDI- BILITE	COHERENCE CONSTATATIONS ET ILLUSTRATIONS	RICHESSSE ET QUANTITE DES CONSTATATIONS	PERTINENCE	CONFIANCE (SCORE COMBINE)
<b>Éthique</b>	Posture de la personne et de ses proches	La posture de l'usager et de ses proches est prise en considération dans le traitement des risques	4 (80 %)	3	4	2	3
	Autonomie et sécurité	La valorisation du respect du point de vue de l'usager ou de ses proches et les préoccupations du personnel terrain pour la sécurité se trouvent souvent en tension	3 (77 %)	3	4	2	3
	Relation professionnelle	La relation de proximité et la réponse individualisée aux besoins sont valorisées, et soulèvent des enjeux en relation avec la mise en œuvre des pratiques standardisées	3 (75 %)	3	3	3	3
	Orphelins	La volonté de maintien à domicile et de bienveillance est également décrite comme soutenant la prise de décision	3 (78 %)	3	3	4	3
	Formation et expérience	La formation et l'expérience acquise au travail sont mobilisées pour le traitement des risques, et présentent des limites	3 (75 %)	3	2	3	3
<b>Professionnelle</b>	Risques et limites (personnel)	Les risques pour la santé physique et psychologique et les limites du personnel sont considérés dans le traitement des risques	3 (75 %)	3	2	3	3

CONSIDÉRATIONS LIÉES AU TRAITEMENT DES RISQUES EN CONTEXTE DE SOUTIEN  
À L'AUTONOMIE DE PERSONNES AÎNÉES À DOMICILE ET PISTES D'ACTION POUR SOUTENIR LES INTERVENANTS

DIMENSION	CATEGORIE	DEFINITION	QUALITE METHODOLOGIQUE/CREDIBILITE	COHERENCE CONSTATATIONS ET ILLUSTRATIONS	RICHESSSE ET QUANTITE DES CONSTATATIONS	PERTINENCE	CONFIANCE (SCORE COMBINE)
<b>Juridique</b>	Lois et obligations	Tension ressentie en lien avec la mise en œuvre des responsabilités professionnelles découlant du cadre juridique	3 (73 %)	3	2	3	3
	Droits des personnes	Le droit à prendre des décisions, à recevoir des soins et services, et à demeurer à domicile est pris en considération dans le traitement des risques	3 (63 %)	3	2	3	3
	Politiques sociales	Des politiques sociales axées sur l'autonomie et marquées de considérations économiques affectent le traitement des risques	3 (73 %)	4	2	2	3

Qualité méthodologique : Élevé (4) ≥80 % ; Modéré (3) 60 %-80 %; Faible (2) ≤60 %

Cohérence : Élevé (4) sans équivoque seulement ; Modéré (3) sans équivoque et probable; Faible (2) probable seulement

Richesse : Élevé (4) ≥25; Modéré (3) 11-24 ; Faible (2) ≤10

Pertinence : Élevé (4) Directe; Modéré (3) Indirecte; Faible (2) Incertaine

Score combiné de confiance : 4=élevée; 3=modérée; 2=faible

## Annexe V : Constats et recommandations

DIMENSION	CONSTATS	RECOMMANDATIONS
<b>Organisationnelle</b>	<p>Le manque de ressources et d'accès aux ressources existantes est considéré dans le traitement des risques.</p> <p>La pression liée au temps et à la charge de travail exercée sur les intervenants par les organisations est considérée dans le traitement des risques.</p> <p>Différentes stratégies faisant appel à la flexibilité individuelle et organisationnelle sont déployées par les intervenants afin de pallier le manque de disponibilité des ressources.</p>	<p>Que les ressources nécessaires soient allouées afin de permettre aux intervenants d'offrir l'accompagnement approprié et en temps opportun aux usagers et à leurs proches (ex. temps alloué pour les soins, les déplacements, les tâches cléricales, la relation).</p> <p>Que la réflexion amorcée sur la capacité du RSSS à offrir les services (ressources humaines, financières et matérielles) soit poursuivie, avec les intervenants.</p> <p>Que la planification des activités laisse une marge de manœuvre suffisante afin de s'adapter au rythme et aux particularités de la situation de l'usager au moment de l'intervention.</p> <p>Que les initiatives et pratiques informelles prometteuses issues du terrain soient davantage reconnues (ex. recourir à son réseau de partenaires).</p>
	<p>Les échanges formels et informels entre les membres des équipes, ainsi que le soutien clinique intra et extraorganisationnel, aident à soutenir la prise de décision en contexte de risque.</p> <p>Plusieurs difficultés limitent les collaborations et peuvent affecter le traitement des risques (ex. manque de continuité; d'opportunité de concertation, de reconnaissance et d'ouverture).</p>	<p>Que le travail d'équipe soit davantage reconnu (ex. : que le temps investi à construire et à animer des collaborations soit considéré comme partie intégrante des tâches et que les intervenants disposent de la latitude nécessaire afin de pouvoir réaliser ces tâches sur le temps de travail).</p> <p>Que les opportunités et la fluidité du travail d'équipe soient renforcées et valorisées, notamment en ce qui a trait à la communication formelle et informelle entre intervenants de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• même profession;</li> <li>• différentes professions;</li> <li>• différentes organisations;</li> <li>• différents secteurs.</li> </ul> <p>Que le partage de responsabilités avec les superviseurs cliniques et les collègues soit renforcé en contexte de risques.</p> <p>Que la stabilité des pairages intervenant-usager soit priorisée.</p>
	<p>Il y a des défis associés à l'utilisation des différents outils de travail (ex. : validité et adéquation).</p> <p>Certains outils peuvent favoriser la prise de décision en contexte de risque.</p> <p>Il existe des lacunes dans le transfert d'information qui nuisent à la prise de décision éclairée.</p>	<p>Que le transfert et la mise à jour de l'information soient renforcés et optimisés, par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en favorisant l'implantation et l'utilisation de dossiers centralisés en;</li> <li>• développant des outils de communication;</li> <li>• favorisant la disponibilité des outils de travail requis tant sur le plan clinique que technique (ex. : téléphones satellites pour les zones sans accès Internet).</li> </ul>

DIMENSION	CONSTATS	RECOMMANDATIONS
<p><b>Éthique</b></p>	<p>La place centrale accordée en principe au point de vue de l'utilisateur et de ses proches est en tension avec la considération d'autres éléments dans la prise de décision par rapport au risque (ex. : capacité décisionnelle, valeurs, croyances et intérêts contradictoires).</p> <p>Le rôle perçu de protéger l'utilisateur peut se retrouver en forte tension avec la place centrale accordée au respect du point de vue de celle-ci dans la prise de décision.</p> <p>La tolérance aux risques est difficile et dépendante de chaque individu, des situations et des relations.</p> <p>Il y a des tensions entre la valorisation de la personnalisation des services et de la relation de proximité; et la standardisation des services et la distance professionnelle appropriée.</p> <p>L'expérience de l'intervention directe au SAD peut soutenir la prise de décision par rapport aux risques.</p>	<p>Que le partage de responsabilités avec les usagers et leurs proches soit favorisé en contexte de risques (par exemple, la prise de décision partagée).</p> <p>Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment dans le contexte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• d'incertitude quant à l'autonomie décisionnelle;</li> <li>• de tension entre la prise en considération du consentement de l'utilisateur et de ses proches et la sécurité;</li> <li>• de tension entre la standardisation et la personnalisation des services;</li> <li>• de tension entre la relation de proximité et la distance professionnelle.</li> </ul> <p>Que les intervenants œuvrant au SAD soient sensibilisés aux aspects positifs que peut présenter la prise de risque dans le contexte du respect de l'autonomie décisionnelle de la personne aînée.</p> <p>Que le partage des expériences acquises concernant le traitement des risques en SAD soit favorisé (ex. communauté de pratiques, échanges d'histoire de cas, codéveloppement) entre intervenants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• expérimentés et juniors;</li> <li>• de différentes professions;</li> <li>• de différentes régions.</li> </ul> <p>Que l'accueil des nouveaux intervenants soit bonifié, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en favorisant le pairage entre les intervenants expérimentés et juniors;</li> <li>• en favorisant la disponibilité d'outils d'aide à la prise de décision.</li> </ul>

DIMENSION	CONSTATS	RECOMMANDATIONS
<b>Juridique</b>	<p>La formation initiale et continue présentent actuellement des lacunes.</p> <p>La formation est importante, voire essentielle pour soutenir la prise de décision en contexte de risque.</p>	<p>Que le traitement des risques au SAD soit davantage abordé dans l'ensemble des formations offertes aux intervenants qui y œuvrent.</p> <p>Que les formations soient davantage accessibles afin que tous les intervenants au SAD soient en mesure d'y participer.</p>
	<p>Les risques physiques et psychologiques pour les intervenants sont considérés et les limites des intervenants (ex. préjugés, jugements a priori) peuvent influencer le traitement des risques.</p>	<p>Que des stratégies permettant au personnel de se sentir en sécurité dans le cadre des interventions soient maintenues, renforcées ou développées.</p> <p>Que les intervenants soient davantage outillés afin de favoriser leur aisance à la prise de décision éthique, notamment par la réflexivité sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leurs valeurs et limites;</li> <li>• l'impact de celles-ci lors du traitement des risques.</li> </ul> <p>Que les pairages personnalisés entre intervenants et usagers soient favorisés.</p>
	<p>Les intervenants au SAD sont préoccupés par leurs responsabilités professionnelles et peuvent référer au respect des droits des usagers dans leur pratique.</p>	<p>Que soit favorisée la concertation entre les établissements de santé et de services sociaux, les ordres professionnels et le législateur, afin de diminuer les tensions ressenties entre les exigences des établissements et les obligations professionnelles.</p> <p>Que soit favorisée l'accessibilité de l'information sur les lois, droits, responsabilités de chaque partie prenante (ex. : notions de consentement et d'aptitude) et la consultation de personnes mandatées et aptes à conseiller leur mise en œuvre sur le terrain pour diminuer l'incertitude quant au traitement des risques.</p>



**UETMISSS**

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale



**Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

**Québec** 