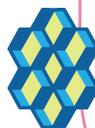




**Excellence  
en santé**  
Canada



**Canadian  
Frailty  
Network**

**Réseau canadien  
des soins aux  
personnes fragilisées**

# Réduire la fragilité en milieu communautaire : aiguillage vers les services communautaires

Préparé par Cathexis pour Excellence en santé Canada et le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées

## À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patients, les partenaires de soins essentiels et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Les grandes lignes d'action d'ESC sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et culturellement sûrs par la mobilisation de différents groupes, dont les patients, les partenaires de soins essentiels, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et le personnel des services de santé.

Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200  
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada  
1 866 421-6933 | [info@hec-esc.ca](mailto:info@hec-esc.ca)

## Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que c'est l'intendance de ces territoires par leurs premiers habitants qui nous donne notre niveau de vie actuel. [En savoir plus.](#)

## Table des matières

À propos d'Excellence en santé Canada.....	2
À propos de ce rapport.....	4
Cheminement clinique en fragilité .....	5
Personnel dédié .....	5
Agents de liaison communautaires – Régie de la santé de la vallée du Fraser (Colombie-Britannique).....	5
Intervenants-pivots – Centre de santé communautaire de Gateway (Ontario) .....	6
Le pont avec les services internes .....	6
Le pont avec les partenaires d'aiguillage internes et existants .....	8
Les difficultés à s'orienter dans le système .....	8
Que révèlent ces approches? .....	9

## À propos de ce rapport

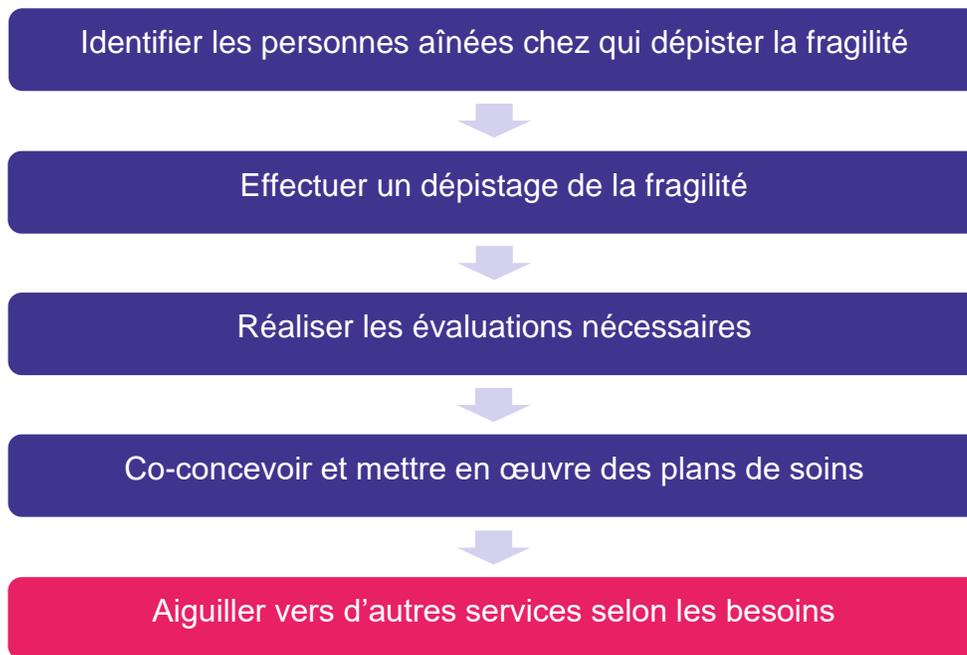
De la fin 2019 au mois de mars 2022, Excellence en santé Canada (ESC) et le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées (RCSPF) ont appuyé 17 équipes de soins de santé primaires et de milieux communautaires dans la mise en œuvre d'initiatives spécifiques qui ont mené à des interventions améliorant les soins aux personnes âgées fragiles dans le cadre du [Projet collaboratif d'amélioration des soins aux personnes fragiles en milieu communautaire \(projet collaboratif ASPFMC\)](#).

Les équipes participantes pouvaient choisir parmi une liste de modèles de fragilité fondés sur des données probantes ou en adapter d'autres. Peu importe l'approche choisie, tous devaient suivre le même cheminement clinique de base.

L'étendue des variations démontre l'adaptabilité du cheminement clinique à divers milieux et contextes. Ce rapport met en lumière certaines des approches où les personnes âgées fragiles sont aiguillées vers d'autres services, soit la dernière étape du cheminement clinique en fragilité. Les renseignements proviennent des rapports finaux des équipes et d'entrevues avec des membres des équipes de mise en œuvre.

Malgré les variations entre les 17 équipes, on a noté des points communs dans les moyens utilisés pour aiguiller les personnes âgées fragiles vers des services supplémentaires. Certaines équipes ont fait appel à un prestataire dédié pour diriger les personnes âgées fragiles et leurs proches aidants vers les mesures de soutien et les services dont ils avaient besoin (intervenants-pivots, agents de liaison communautaires). Dans certains cas, la personne participait parfois à d'autres volets du cheminement clinique; dans d'autres, ce poste pouvait être indépendant et se consacrer entièrement aux aiguillages communautaires. Certaines équipes ont aiguillé les patients vers des ressources internes et d'autres, vers une combinaison de services internes et externes. En revanche, pour les sites qui ne disposaient pas d'un réseau de partenaires, l'établissement de relations permettant des aiguillages fluides a posé des difficultés.

## Cheminement clinique en fragilité



## Personnel dédié

### Agents de liaison communautaires – Régie de la santé de la vallée du Fraser (Colombie-Britannique)

Trois initiatives en Colombie-Britannique ont fait appel à du personnel dédié, des « agents de liaison communautaires », pour aiguiller les personnes âgées fragiles vers des services supplémentaires. Les agents de liaison communautaires ont été établis par Centraide dans le cadre du programme d'application sociale de vieillissement en bonne santé de la Colombie-Britannique.

Les personnes âgées fragiles ayant besoin de liens sociaux y sont aiguillées vers des agents de liaison communautaires avec en poche une « ordonnance sociale » de leur prestataire de soins de santé. Les agents rencontrent alors les patients et leur suggèrent des activités susceptibles de les intéresser. Ils réalisent des entrevues motivationnelles avec les clients et leurs proches aidants, le cas échéant, et les aiguillent vers des services communautaires offrant des activités physiques ou sociales, des services en nutrition ou du soutien aux proches aidants.

Les agents de liaison communautaires peuvent recevoir des recommandations de cliniques de soins primaires et d'établissements avec aide à la vie autonome. Certains agents

communiquent avec leurs clients sur une base régulière; ils effectuent tous un suivi aux six semaines et envoient des rapports aux prestataires de soins primaires.

Les agents de liaison communautaire connaissent bien les programmes et les services locaux et nouent des liens avec les personnes âgées fragiles, ce qui les aide à mettre au jour d'autres besoins. Cette ressource dédiée retire des épaules des prestataires de soins primaires la responsabilité de suivre l'évolution constante des services communautaires.

## **Intervenants-pivots – Centre de santé communautaire de Gateway (Ontario)**

Les centres de santé communautaire font appel à des intervenants-pivots pour répondre aux besoins sociaux et médicaux des personnes âgées fragiles. À la différence des agents de liaison communautaires, ils s'impliquent plus tôt dans le cheminement clinique lorsque la personne reçoit un diagnostic de fragilité, et appuient la planification coordonnée des soins.

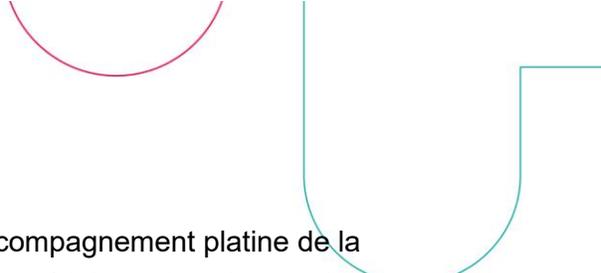
Au Centre de santé communautaire de Gateway (en Ontario) par exemple, les intervenants-pivots ont une charge d'environ 120 patients. Même si ces postes existaient avant la création de l'initiative de l'ASPFMC, ils ont été considérés comme essentiels à la prestation d'un service optimal.

Les intervenants-pivots établissent un plan de soins coordonnés avec le client pour ainsi se concentrer sur ses objectifs et l'aider à accéder aux services ou aux mesures de soutien dans la communauté. Les centres de santé communautaire accueillent plusieurs praticiens interdisciplinaires qui sont là pour répondre aux divers besoins des patients (inhalothérapeute, travailleur social, intervenant communautaire). Toutefois, les intervenants-pivots ne se limitent pas aux voies d'aiguillage classiques. Ils font appel aux clubs de services locaux comme les Lions Club ou les clubs Kiwanis pour obtenir du soutien et des services. Ils connaissent les prestataires de services et ont accès à des « numéros cachés » qu'ils peuvent utiliser pour obtenir des services d'autres programmes pour leurs clients. La fonction consiste à bien connaître les services de leur communauté. Les intervenants-pivots effectuent aussi des suivis périodiques auprès de leurs clients, aussi souvent que deux fois par semaine si nécessaire.

Ils ne se limitent pas aux seuls besoins médicaux de leurs clients : ils parlent avec eux, par exemple, de consulter un diététiste, ou les informent sur l'antenne locale du Programme de la boîte verte. Ils considèrent l'ensemble des déterminants sociaux de la santé pour répondre aux besoins des clients. Les intervenants-pivots du réseau peuvent prendre le temps nécessaire pour établir des relations fondées sur la confiance avec leurs clients, pour que ceux-ci se sentent à l'aise de parler de l'ensemble de leurs besoins.

## **Le pont avec les services internes**

Plusieurs interventions en fragilité ont été mises en œuvre dans des milieux de soins fondés sur le travail d'équipe où l'aiguillage vers des services internes supplémentaires fait partie des



processus actuels d'aiguillage. Par exemple, le programme d'accompagnement platine de la Clinique de VIH du sud de l'Alberta aiguillait des patients vers des gériatres, des pharmaciens, des diététistes et des travailleurs sociaux selon les réponses de chacun aux évaluations normalisées de la clinique. Les patients ayant rapporté une chute, ou un trouble de la démarche ou de l'équilibre, se sont vu offrir une consultation avec un gériatre. Ceux ayant rapporté prendre 10 médicaments non antirétroviraux ou plus se sont vu offrir une consultation avec un pharmacien. Ceux ayant rapporté une perte de poids involontaire se sont vu offrir une consultation avec un diététiste. Enfin, ceux ayant rapporté souffrir d'insécurité alimentaire, de solitude ou de violence interpersonnelle se sont vu offrir une consultation avec un travailleur social.

Les centres locaux de services communautaires ou les équipes de santé familiale ayant mis en œuvre ces interventions disposaient aussi de professionnels interdisciplinaires sur place disponibles pour une consultation. Par exemple, l'Équipe de santé familiale New Vision de Kitchener, en Ontario, offre l'accès à des médecins, des pharmaciens, des diététistes, des travailleurs sociaux, des infirmières praticiennes, des infirmières autorisées et des spécialistes tels que des gériatres.

De même, l'intervention en fragilité mise en œuvre par la Sage Seniors Association fait appel à tous les services et programmes offerts par celle-ci. Notons parmi ceux-ci des rendez-vous avec des prestataires de soins primaires et de soins paramédicaux (lorsque la clinique était ouverte), dont un pharmacien, un physiothérapeute, un thérapeute en santé mentale, un hygiéniste dentaire et un spécialiste de soins des pieds. Les patients avaient aussi accès aux programmes de travail social de Sage, notamment de l'aide en matière d'information et d'aiguillage ainsi que pour obtenir de l'hébergement, accéder à du soutien et à des avantages financiers, traiter les comportements d'accumulation compulsive et mettre en sécurité les personnes âgées victimes de maltraitance et d'exploitation (y compris des refuges et du soutien).

L'intervention en fragilité mise en œuvre à l'établissement The Alex, un centre de santé des personnes âgées de l'Alberta, comptait de manière similaire sur des services internes. Ces derniers comprenaient notamment des soutiens sociaux bonifiés pendant la pandémie (livraison en personne de nourriture, de biens essentiels et de médicaments avec une visite, travail de proximité par téléphone ou lors de visites), du travail social (brèves consultations de soutien, aide pour remplir les formulaires, les déclarations de revenus, pour accéder aux avantages et pour la conservation d'un logement), et des services de santé paramédicaux (soins des pieds, massages, physiothérapie, diététique, optométrie et soins dentaires limités en raison de la pandémie). Le centre a suspendu la plupart des activités sociales pendant la pandémie, mais l'organisme partenaire Carya, situé de l'autre côté de la rue, a continué d'en offrir.

## Le pont avec les partenaires d'aiguillage internes et existants

Certaines interventions ont utilisé une combinaison de partenaires internes et externes pour l'aiguillage. Les MINT Memory Clinics de l'Ontario, par exemple, aiguillaient les patients vers un gériatre interne pour une évaluation. Les patients considérés comme présentant un risque de chute pouvaient aussi être aiguillés vers un programme communautaire de prévention des chutes. Quant aux patients considérés comme vivant de l'isolement social, ils ont été aiguillés vers le programme communautaire approprié (un programme de jour pour les adultes par exemple). Les patients dont l'alimentation était inadéquate étaient aiguillés vers un diététiste communautaire ou en clinique, selon la disponibilité. Enfin, les patients ayant un faible niveau d'activité physique ont été aiguillés vers des programmes d'exercice communautaires.

De manière similaire, l'Équipe de santé familiale Family First d'Ottawa, un centre de santé familiale dirigé par des médecins employant des médecins de premier recours et des professionnels paramédicaux, aiguillait les patients, selon les besoins, vers leurs praticiens internes (dont un pharmacien clinique) ou leurs organismes partenaires externes.

Certaines cliniques de soins primaires plus traditionnelles aiguillaient plutôt les patients vers une liste déjà établie de partenaires externes. À titre d'exemple, l'infirmière autorisée participant à l'intervention en fragilité de Ladysmith, en Colombie-Britannique, a réalisé des dépistages supplémentaires et co-conçu des plans de soins incluant l'aiguillage vers des programmes communautaires comme le programme d'autogestion offert par l'Université de Victoria, des services de santé communautaire ou, lorsqu'approprié, des services spécialisés en gériatrie.

Quant aux interventions en fragilité mises en œuvre dans les milieux de soins à domicile, l'aiguillage faisait partie du programme. L'équipe interdisciplinaire du Programme extra-mural du Nouveau-Brunswick offre, parmi les services supplémentaires hors cadre, la Popote roulante, le pont avec la Société Alzheimer, des services de soutien à domicile ou d'aide familiale, des évaluations et des services en soins de longue durée, en collaboration avec le ministère du Développement social ou des visites de foyer de soins spéciaux. Dans ce cas, l'aiguillage faisait partie du cheminement clinique standard.

## Les difficultés à s'orienter dans le système

L'infirmière praticienne de l'Équipe de santé familiale New Vision offrait un soutien intensif aux patients considérés comme fragiles. L'Équipe disposait d'un certain nombre de prestataires internes vers qui aiguiller les patients, notamment des pharmaciens, des diététistes, des travailleurs sociaux, des infirmières autorisées et des spécialistes comme des gériatres. Cependant, la familiarisation avec les mesures de soutien et les services hors du système de santé classique et l'orientation vers ceux-ci ont présenté des difficultés. L'intervenant-pivot a d'ailleurs noté l'importance d'établir et d'entretenir des liens avec les partenaires

communautaires afin de favoriser le décloisonnement et la collaboration pour répondre aux besoins des personnes âgées.

## **Que révèlent ces approches?**

Pour certains sites de mise en œuvre, l'aiguillage fait partie du cheminement clinique (établissements de soins en équipe, cliniques spécialisées, programmes de soins à domicile, organismes communautaires, etc.).

D'autres sites ont plutôt fait appel à des personnes chargées explicitement de se familiariser avec les ressources communautaires et les sources d'aiguillage (agents de liaison communautaire, intervenants-pivots, travailleurs sociaux, etc.).

Si les sites n'avaient pas de poste établi ou de membres d'équipes interdisciplinaires internes, ils avaient deux possibilités : créer un poste de professionnel se consacrant à aiguiller les personnes vers des ressources communautaires ou assigner le rôle à un membre de l'équipe en place. Les responsables de l'aiguillage des personnes âgées vers des programmes et services doivent connaître en profondeur les services sociaux et de santé locaux et avoir la capacité d'établir et d'entretenir des liens avec les partenaires communautaires.