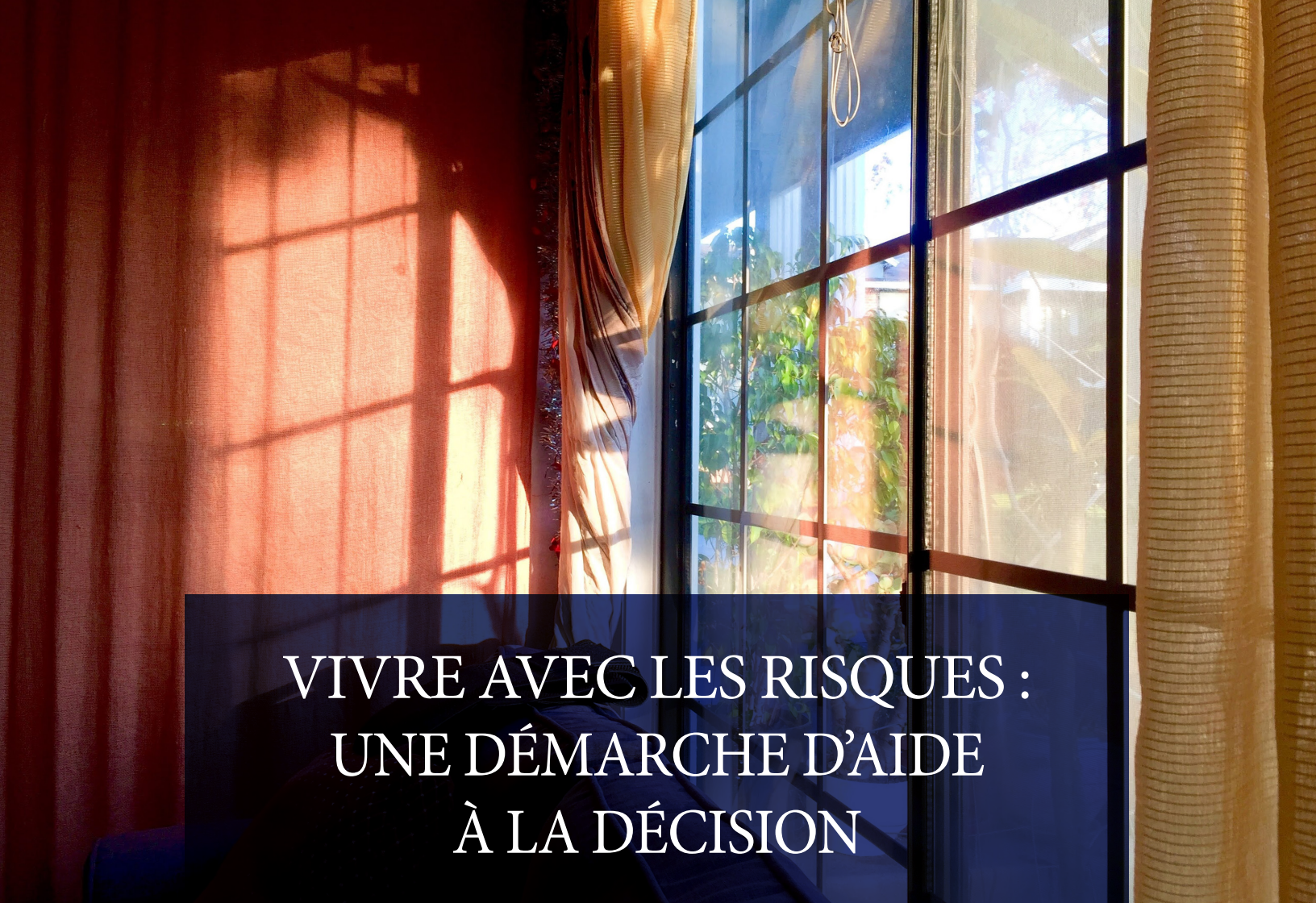




VIVRE AVEC LES RISQUES : UNE DÉMARCHE D'AIDE À LA DÉCISION

**GUIDE D'UTILISATION À L'INTENTION
DES CLINICIENS OEUVRANT AUPRÈS
DES PERSONNES ÂÎNÉES**

L'ÉQUIPE DE RECHERCHE DE *VIVRE AVEC LES RISQUES*
MARS 2022

PRÉAMBULE

Vivre avec les risques est une démarche d'aide à la décision développée pour aider les cliniciens à évaluer les risques associés au maintien à domicile des personnes âgées ou à leur retour à domicile après une hospitalisation.

Une autorisation d'utiliser cette démarche est accordée aux utilisateurs potentiels à des fins éducatives et de recherche, ainsi que pour une utilisation clinique non commerciale, sous réserve de la reconnaissance des droits d'auteurs. Tous les utilisateurs potentiels intéressés à l'utiliser pour des fins autres que celles mentionnées ci-haut doivent contacter les auteurs afin de convenir des conditions d'utilisation de *Vivre avec les risques* et de conclure un contrat de licence, le cas échéant.



L'Université de Sherbrooke et les auteurs de *Vivre avec les risques* :

- (i) n'assument aucune responsabilité découlant ou pouvant découler de l'utilisation, de l'application ou de l'interprétation de cette démarche par quiconque, ou de toute décision s'appuyant sur les informations contenues dans le présent document ;
- (ii) ne font aucune représentation et n'offrent aucune garantie ou indemnité (explicite ou implicite) en regard de la qualité, l'exactitude, l'exhaustivité ou la légalité de cette démarche, ou liées à l'utilisation de cette démarche par quiconque.

Ce que *Vivre avec les risques* N'EST PAS



Vivre avec les risques :

- ne remplace PAS le jugement clinique; l'information recueillie par les cliniciens en utilisant cette démarche doit être analysée en tenant compte du contexte global de la situation;
- ne prédit PAS des effets avec certitude;
- ne produit PAS un score global.

TABLE DES MATIÈRES

Qu'est-ce que <i>Vivre avec les risques</i> ?	1
Quel est l'apport potentiel de <i>Vivre avec les risques</i> ?	1
Pourquoi, quand et comment utiliser <i>Vivre avec les risques</i> ?	2

VIVRE AVEC LES RISQUES	3
-------------------------------	----------

UNE DÉMARCHE EN 4 ÉTAPES	3
---------------------------------	----------

1 Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?	4
2 Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?	7
3 Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?	10
4 Comment discuter des risques et des moyens pour réduire les préoccupations	13

Principaux concepts-clés	15
Dans quels contextes cliniques cette démarche pourrait-elle être utilisée?	17
Conseils supplémentaires pour chaque étape de <i>Vivre avec les risques</i>	18
Foire aux questions	22
Références	23
Annexes – Documents de travail	26
<i>Vivre avec les risques</i> - Schéma synthèse de la démarche en 4 étapes	27
<i>Vivre avec les risques</i> - Fiche analytique par situation à risque	28
<i>Vivre avec les risques</i> - Sommaire des situations à risque	33
<i>Vivre avec les risques</i> - Continuum de sécurité	34

Qu'est-ce que *Vivre avec les risques*?

Vivre avec les risques est une démarche d'aide à la décision qui permet aux cliniciens :

- de recueillir et d'organiser l'information découlant de préoccupations liées à la sécurité des personnes âgées;
- d'évaluer la situation en analysant de manière structurée les bénéfices potentiels des risques pour la personne âgée dans son contexte, les préjudices pouvant en découler et les actions possibles pour atténuer ces préjudices en optimisant sa santé et ses capacités, en maximisant ses forces et en adaptant son environnement;
- de prévenir une surestimation ou une sous-estimation des risques auxquels la personne est exposée.

Quel est l'apport potentiel de *Vivre avec les risques*?

Cette démarche permet une **évaluation holistique et structurée du niveau de risque auquel est exposée une personne âgée** en identifiant des stratégies potentielles qui reconnaissent ses décisions et ses choix.

C'est une démarche **réflexive** conçue pour faciliter les discussions entourant le plan d'intervention en :

- assurant que différents types de risques soient considérés;
- soutenant une démarche de résolution de problèmes qui encourage la participation de la personne âgée et/ou celle de ses proches, en aidant à analyser les risques et leurs conséquences (avantages et inconvénients) liés à chacune des options.

Lorsqu'utilisée par une équipe, cette démarche peut également aider à :

- définir les rôles / responsabilités des personnes pouvant répondre aux enjeux soulevés et assurer le suivi des plans de soins;
- encourager une approche collaborative, notamment lors des discussions concernant la planification des congés hospitaliers.

Pourquoi, quand et comment utiliser

Vivre avec les risques?

POURQUOI UTILISER *VIVRE AVEC LES RISQUES*?

Vivre avec les risques peut être utilisée afin de renforcer

- **la réflexion clinique pour la prise de décision;** individuellement ou en équipe pour recueillir des informations complètes sur la situation de la personne âgée et pour guider la prise de décision liée aux plans d'intervention orientés vers des objectifs centrés sur la personne;
- **la communication :**
 - o entre la personne âgée, son proche et le clinicien pour identifier les enjeux qui les préoccupent, exposer les raisons à l'origine de ces préoccupations et justifier les recommandations proposées;
 - o avec d'autres cliniciens qui travaillent avec la personne âgée depuis des années sur des enjeux liés à sa sécurité.

QUAND UTILISER *VIVRE AVEC LES RISQUES*?

Vivre avec les risques peut être utile lorsque les objectifs de soins ou du plan d'intervention au congé hospitalier diffèrent

- entre les cliniciens;
- entre la personne âgée et ses proches;
- entre les cliniciens et la personne âgée et/ou les proches.

COMMENT UTILISER *VIVRE AVEC LES RISQUES*?

Vivre avec les risques est constituée des quatre étapes énumérées à la page 3 et expliquées aux pages 4 à 14.

Les questions de chacune de ces étapes visent à orienter un examen systématique du niveau de risque de la personne âgée. Les documents de travail (pages 27 à 34) ont été élaborés afin d'offrir un format pratique pour documenter la démarche inhérente aux 4 questions. Remplissez les fiches analytiques afin que ce soit cliniquement pertinent et utile pour vous, votre équipe et la personne âgée. *Vivre avec les risques* peut être utilisée pour guider votre prise de décision et votre communication avec la personne âgée et son proche.

VIVRE AVEC LES RISQUES

Vivre avec les risques est basée sur une démarche en 4 étapes pour guider les cliniciens dans l'évaluation et la gestion des risques. Une fiche analytique par situation à risque est proposée pour les soutenir dans la collecte et l'organisation de l'information à chacune de étapes. Elle peut être utilisée de façon optionnelle et adaptée pour répondre à des besoins cliniques particuliers.

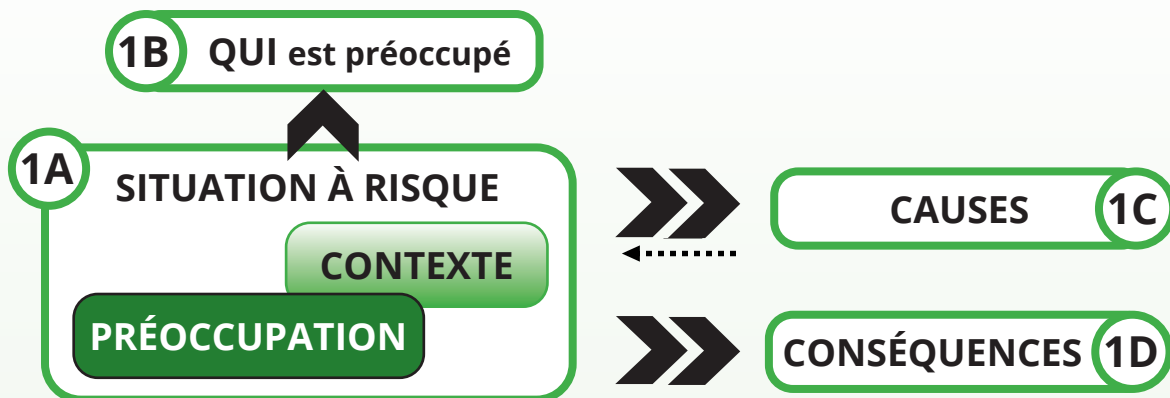
UNE DÉMARCHE EN 4 ÉTAPES



1

Évaluation des risques

Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?



1A Exprimez clairement les **SITUATIONS À RISQUE** (les préoccupations et leurs contextes) auxquelles la personne âgée est exposée (selon vous, la personne elle-même, son proche et l'équipe de soins).

Les **préoccupations** concernant les risques sont motivées par l'inquiétude qu'un événement dangereux ou malheureux survienne. Il est important d'identifier clairement ces risques dans leur **contexte** afin que ces situations puissent être analysées de façon précise et en profondeur.

EXEMPLES :

PRÉOCCUPATIONS

- Chutes
- Dénutrition/Malnutrition
- Incendies
- Se perdre
- Accident automobile
- Gestion inadéquate de la médication
- Gestion financière inadéquate
- Maltraitance (abus)
(Physique, Financière, Émotionnelle, Sexuelle, Négligence)
- Suicide/homicide

CONTEXTES

Conduite automobile inadéquate
Utiliser le poêle pour cuisiner
Marcher pour se rendre à la salle de bain la nuit

Déterminez le moment d'apparition et l'évolution :

Si ce risque n'est pas NOUVEAU, a-t-il fait l'objet d'une intervention par le passé?

- Si oui, y a-t-il de nouveaux facteurs à considérer?
- Sinon, est-ce lié au choix de la personne âgée de ne pas intervenir?

1 Évaluation des risques

Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?

1B Précisez QUI est préoccupé par la situation à risque :

- Vous, un autre clinicien, l'équipe de soins?
- La personne âgée elle-même?
- Un proche?

Comprenez les divergences d'opinions :

- Considérez les valeurs, les croyances, les buts et le droit à l'autodétermination de la personne âgée.
- Cherchez à comprendre les sources de préoccupations pour les proches.
- Cherchez à comprendre si vos valeurs ou inconforts influencent la prise de décision.

1C Déterminez les CAUSES :

- Est-ce un **changement dans les** :
 - Déficiences / incapacités (cognitives, physiques, psychologiques)
 - Conditions de santé (maladie)
 - Personnalité (valeurs, croyances, choix)
 - Environnement physique (domicile, voisinage)
 - Environnement social (soutien formel et informel)
 - Environnement économique (ressources financières)
- Les causes sont-elles traitables ou réversibles?
- Les environnements peuvent-ils être adaptés ou mieux soutenus?

1D Déterminez les CONSÉQUENCES pour la personne âgée :

- Quelles sont les conséquences des préoccupations? Par exemple :
 - Reliées à la **santé** (hospitalisation, blessures/dommages pour soi et autrui, mort)
 - Reliées à la **qualité de vie** (déclin fonctionnel, appauvrissement, expulsion du domicile ou relocalisation vers un nouveau milieu de vie, surprotection, résilience, engagement dans activités significatives)
-

Vivre avec les risques

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE

1. Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?

Situation à risque		(exemple)												
1A →	Préoccupation/risque	Chute												
	Contexte(s) préoccupant(s)	Se lever la nuit pour aller aux toilettes												
1B →	QUI est préoccupé + niveau de risque ● ▼ ■	<table border="1"> <tr> <td>✓</td> <td>Clinicien</td> <td>✓</td> <td>Aîné</td> <td>✓</td> <td>Proche</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	✓	Clinicien	✓	Aîné	✓	Proche						
✓	Clinicien	✓	Aîné	✓	Proche									
1C →	Causes de cette préoccupation	Troubles de l'équilibre Déclin de la vision Polypharmacie												
1D →	Conséquences potentielles de cette préoccupation	Fracture de la hanche												

Recommandations pour atténuer la préoccupation, ses causes et ses conséquences

Personne âgée en accord

Options/ alternatives

	OUI	NON	
	☐	☐	→
	☐	☐	→
	☐	☐	→

Point de vue de la personne âgée

2

Évaluation des risques

Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?

Évaluer le niveau de risque de la personne âgée

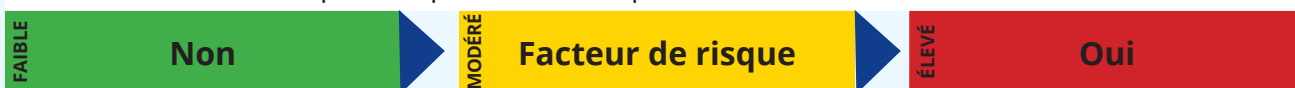
- Pour chacune des préoccupations associées aux situations à risque identifiées (ex. chutes lorsque la personne se lève la nuit), considérez les facteurs suivants pour déterminer si le niveau de risque est faible ●, modéré ▼ ou élevé ■ :

CONTINUUM DE SÉCURITÉ

1. **Aptitude à consentir** : La personne est-elle capable de prendre une décision concernant ses soins?



2. **Occurrence** : Cette préoccupation est-elle présente actuellement?



3. **Fréquence** : À quelle fréquence cette préoccupation survient-elle?



4. **Probabilité** : Quelle est la probabilité que cette préoccupation et ses conséquences soient présentes de nouveau?



5. **Gravité** : Quel est le degré de gravité de ses conséquences?



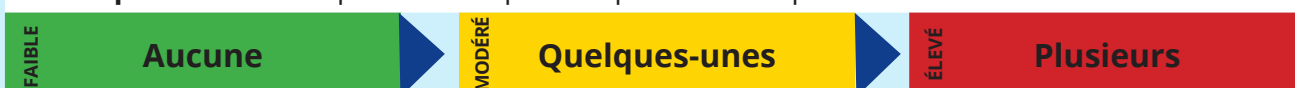
6. **Imminence** : Dans quelle mesure ces conséquences sont-elles imminentes?



7. **Soutien** : La personne âgée possède-t-elle un soutien soutenu et fiable?



8. **Complexité** : Est-ce que d'autres préoccupations sont présentes?



Adapté de MacLeod & Stadnyk, 2015¹

2 Évaluation des risques

Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?

Le Continuum de sécurité

Le Continuum de sécurité permet d'examiner plusieurs facteurs (probabilité, fréquence, etc.) en lien avec chacune des préoccupations identifiées afin de déterminer s'il s'agit d'une situation à risque faible, moyen ou élevé. Dans le cadre de l'étude de MacLeod et Stadyk¹, les cliniciens ont recommandé de représenter visuellement le niveau de risque par les couleurs des feux de signalisation, associant :

- un **risque faible** à la couleur verte  (aller),
- un **risque moyen** à la couleur jaune  (prudence),
- un **risque élevé** à la couleur rouge  (arrêt/danger).

Bien que les couleurs fournissent une représentation visuelle facilement compréhensible des niveaux de risque, leur attribution demeure subjective.

- Vous n'avez pas à évaluer les facteurs qui ne vous semblent pas appropriés, mais vous êtes invités à les considérer.
- De plus, ces facteurs ne peuvent être quantifiés objectivement, considérant l'influence des contextes propres à chaque individu. Par exemple, on ne peut pas additionner le nombre de chaque couleur (ex. : 3 jaunes et 1 rouge) pour déterminer l'état de risque global (jaune ou rouge?). Ces facteurs aident donc à soutenir le raisonnement clinique et documenter les recommandations potentielles, plutôt qu'à obtenir une cote / un score.

Vivre avec les risques

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE

2. Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?

Situation à risque	(exemple)
Préoccupation/risque	Chute
Contexte(s) préoccupant(s)	Se lever la nuit pour aller aux toilettes

2

QUI est préoccupé

+ niveau de risque ● ▼ ■

✓	Clinicien	✓	Aîné	✓	Proche
	■		●		▼

Causes de cette préoccupation

Troubles de l'équilibre
Déclin de la vision
Polypharmacie

Conséquences potentielles de cette préoccupation

Fracture de la hanche

Recommandations pour atténuer la préoccupation, ses causes et ses conséquences

Personne âgée en accord

Options/ alternatives

	OUI	NON	
	☐	☐	→
	☐	☐	→
	☐	☐	→

Point de vue de la personne âgée

3

Gestion des risques

Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?

Que souhaite la personne âgée?

- Qu'est-ce qui importe le plus pour la personne âgée, « qu'est-ce qui donne un sens à sa vie »?
- Quels étaient ses habitudes, choix et souhaits dans le passé?
- Reconnaître le déséquilibre de pouvoir qui existe entre les cliniciens, les personnes âgées et leurs proches et comment il pourrait influencer vos recommandations à la personne âgée.

Peut-on agir sur les préoccupations?

- Prévenir les préoccupations ou en réduire la fréquence;
- Modifier ou adapter le contexte.

Peut-on agir sur les causes (déficits/incapacités et environnements)?

- Optimiser les capacités, mettre à profit les forces, adapter les environnements.

Peut-on agir sur les conséquences?

- Réduire les conséquences négatives, favoriser les conséquences positives, tant émotionnelles que physiques.

Quels facteurs aggravants peuvent être modifiés? Par exemple :

- Minimiser les déficits cognitifs de la personne âgée en favorisant l'activité physique et en agissant sur des facteurs de risque vasculaires;
- Minimiser les incapacités physiques de la personne âgée en recommandant des exercices pour augmenter la force et l'équilibre;
- Atténuer les barrières architecturales de la personne âgée pour diminuer les risques de chute;
- Améliorer l'environnement social de l'âiné en augmentant le soutien et/ou les services formels et informels.

3 Gestion des risques

Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?

Quels facteurs protecteurs peuvent être optimisés? Par exemple :

- Mettre à profit la motivation de la personne âgée à retourner chez elle en favorisant la participation à des activités importantes pour elle (ex. jardinage, prendre son bain);
- Mettre à profit la mémoire implicite de la personne âgée en favorisant l'utilisation d'objets familiers;
- Étendre le soutien offert par les proches en impliquant un plus grand nombre de personnes.

Qu'est-ce qui peut être fait en fonction du niveau de risque?

- **Risque faible** ●
 - Quels traitements et/ou recommandations peuvent être offerts pour **prévenir** ces préoccupations ou ses conséquences potentiellement négatives pour la personne âgée?
- **Risque modéré** ▼
 - Quels traitements et/ou recommandations peuvent être offerts pour **réduire** le niveau de risque de modéré à faible?
- **Risque élevé** ■
 - Quels traitements et/ou recommandations doivent être **mis en place d'urgence** pour réduire le niveau de risque d'élevé à modéré ou faible?

Qu'est-ce qui peut être fait en fonction de la disponibilité des ressources?

- **Accessibilité**
 - Est-ce que la personne âgée répond aux critères d'admissibilité lui donnant accès aux services et aux équipements?
- **Délais**
 - Quels sont les temps d'attente pour obtenir les services, les équipements ou les adaptations du domicile?
- **Finances**
 - La personne âgée peut-elle assumer les coûts des services ou des équipements?

Vivre avec les risques

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE

3. Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?

Situation à risque	(exemple)
Préoccupation/risque	Chute
Contexte(s) préoccupant(s)	Se lever la nuit pour aller aux toilettes

QUI est préoccupé

+ niveau de risque ● ▼ ■

✓	Clinicien	✓	Aîné	✓	Proche
	■		●		▼

Causes de cette préoccupation

Troubles de l'équilibre
Déclin de la vision
Polypharmacie

Conséquences potentielles de cette préoccupation

Fracture de la hanche

3 →

Recommandations pour atténuer la préoccupation, ses causes et ses conséquences

Personne âgée en accord

Options/ alternatives

	OUI	NON	
Installation de veilleuses	☐	☐	→
Utilisation d'une marchette pour les déplacements nocturnes	☐	☐	→
Mettre ses lunettes pour les déplacements nocturnes	☐	☐	→

Point de vue de la personne âgée

4

Gestion des risques

Comment discuter des risques et des moyens pour réduire les préoccupations?

Communiquer le niveau de risque

- En s'appuyant sur le niveau de risque défini pour chacune des préoccupations (se référer à la fiche analytique), discutez avec la personne âgée, les proches (si la personne âgée y consent) et les autres professionnels de la santé :
 - des raisons ayant mené à cette estimation du niveau de risque (faible ●, modéré ▼, élevé ■);
 - des recommandations proposées :
 - pour réduire les préoccupations et/ou ses conséquences négatives, ses causes;
 - pour maximiser l'autonomie de la personne âgée et les bienfaits à prendre des risques.

Quand le niveau de risque estimé pour chacune des préoccupations concorde entre la personne âgée, son proche et les autres professionnels de la santé:

- Favoriser l'établissement des priorités.

Quand le niveau de risque estimé pour chacune des préoccupations diffère entre la personne âgée, son proche et les autres professionnels de la santé :

- Encourager les discussions afin de mieux comprendre les raisons qui peuvent expliquer ces divergences;
- Soutenir les discussions sur l'acceptabilité des recommandations.
 - Si la personne âgée n'est pas en accord avec les recommandations proposées, qu'est-ce qui les rend peu attrayantes pour elle ?
 - Suggérer des recommandations plus acceptables en offrant différentes options ou en modifiant les recommandations actuelles pour qu'elles concordent davantage avec ses préférences;
 - Documenter l'ensemble des recommandations proposées pour que la personne âgée puisse les considérer à une date ultérieure.

Vivre avec les risques

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE

4. Comment discuter des risques et des moyens pour réduire les préoccupations ?

Situation à risque	(exemple)
Préoccupation/risque	Chute
Contexte(s) préoccupant(s)	Se lever la nuit pour aller aux toilettes

QUI est préoccupé

+ niveau de risque ● ▼ ■

✓	Clinicien	✓	Aîné	✓	Proche
	■		●		▼

Causes de cette préoccupation

Troubles de l'équilibre
Déclin de la vision
Polypharmacie

Conséquences potentielles de cette préoccupation

Fracture de la hanche

Recommandations pour atténuer la préoccupation, ses causes et ses conséquences

Personne âgée en accord

Options/ alternatives

4

	OUI	NON	
Installation de veilleuses	✓		
Utilisation d'une marchette pour les déplacements nocturnes		✓	Utiliser une canne
Mettre ses lunettes pour les déplacements nocturnes	✓		

Point de vue de la personne âgée

Trop encombrant d'utiliser une marchette

Principaux concepts-clés

Vivre avec les risques s'appuie sur la définition suivante du « risque » :

Risque

Le risque est « l'effet de l'incertitude sur les objectifs poursuivis dont les conséquences peuvent varier, allant d'une perte ou d'un préjudice à un gain ou à un bénéfice (p.882) »².

Vivre avec les risques a été développé à partir des concepts suivants :

Évaluation gériatrique complète (*Comprehensive Geriatric Assessment - CGA*)

La CGA est considérée comme la référence en matière de soins pour les personnes âgées fragiles³. Il s'agit d'un examen global des facteurs physiques, cognitifs, mentaux, de santé et d'environnement liés à la santé d'un individu, dans le but d'optimiser sa santé, sa sécurité et son fonctionnement. Il s'agit également d'une approche holistique des soins prodigués aux personnes âgées fragiles : elle propose un dépistage, une évaluation et une identification des risques interdisciplinaires axés sur la personne âgée pour la planification et l'intervention des soins en fonction des objectifs. Une récente analyse Cochrane a montré que les personnes à qui était administré un CGA en cours d'hospitalisation avaient 30 % plus de chances d'être chez elles et en vie après 6 mois⁴.

Dignité du risque

La dignité du risque est le principe qui permet à un individu de jouir de la dignité résultant d'une prise de risque qui améliore la croissance personnelle et la qualité de la vie⁵.

Risque thérapeutique

Le risque thérapeutique correspond aux effets positifs sur la santé et le bien-être pouvant découler d'une prise de risque⁶. Par exemple, la résilience est une conséquence positive de la prise de risque et ne se produit qu'en prenant un risque ou en surmontant un défi⁷. Une résilience élevée plus tard dans la vie a été associée à une réduction du risque de dépression et de mortalité, à une meilleure perception de soi à l'égard de son vieillissement, à une qualité de vie améliorée et à un mode de vie plus sain⁸.

Cadre de référence centré sur la personne pour favoriser une prise de risques ayant des conséquences positives

Ce cadre est une approche équilibrée d'évaluation du risque qui consiste non seulement à poser un jugement sur les capacités de l'individu, mais également sur ses ressources d'adaptation. Il reconnaît non seulement les inconvénients et les préjudices éventuels, mais également les avantages potentiels pour la santé physique, psychologique et émotionnelle de l'individu⁹.

Soins centrés sur la personne âgée

Les soins centrés sur la personne âgée tiennent compte de la culture des personnes âgées, de leurs préférences et valeurs personnelles, de leur situation familiale et de leur mode de vie. Ils garantissent que les personnes âgées font partie intégrante de l'équipe de soins qui collabore avec les professionnels de la santé lors de la prise de décisions cliniques¹⁰.

Prise de décision partagée

La prise de décision partagée se produit lorsque les cliniciens et les personnes âgées travaillent ensemble pour prendre des décisions concernant les traitements et les plans d'intervention s'appuyant sur des données probantes. Elle recherche un équilibre entre les conséquences négatives potentielles et les résultats attendus, en tenant compte des préférences et des valeurs de l'individu¹¹. En outre, « les informations sont clairement partagées pour favoriser un choix éclairé, les capacités et les forces de la personne âgée sont mises à profit et les résultats d'une décision sont gérés en s'appuyant sur une évaluation efficace et une planification collaborative (p.81) »¹².

Aptitude à consentir

***** Veuillez vous référer à la législation de votre contexte de pratique (réglementation, mandats d'organisation, politiques et procédures, etc.) concernant le consentement éclairé de la personne âgée pour les décisions relatives au traitement. *****

En Ontario, comme au Québec, les professionnels de la santé doivent obtenir un consentement éclairé de la personne âgée pour pouvoir lui prodiguer un traitement. La loi sur le consentement aux soins de santé (HCCA), promulguée en 1996, établit les règles permettant de déterminer l'aptitude de décider en matière de traitement et d'obtenir le consentement éclairé et volontaire de la personne âgée apte à consentir ou de son mandataire spécial (MDS) (LO 1996, chapitre 2).

Une personne est apte à consentir à un traitement, à une admission dans un établissement de soins ou un service d'assistance personnelle si elle est capable de comprendre les informations utiles pour prendre une décision concernant le traitement, l'admission ou le service d'assistance personnelle, selon le cas, et être en mesure d'évaluer les conséquences raisonnablement prévisibles d'une décision ou d'une absence de décision (1996, ch. 2, annexe A, par. 4 (1)).

Une personne est présumée apte à consentir en matière de traitement, d'admission dans un établissement de soins et de services d'assistance personnelle (1996, c. 2, Sched. A, s. 4 (2)), à moins que le professionnel de la santé ait des motifs raisonnables de croire que la personne n'est pas apte à consentir au traitement, à l'admission ou au service d'assistance personnelle, selon le cas (1996, chap. 2, annexe A, article 4 (3)).

Dans quels contextes cliniques pourrait-elle être utilisée?

Le domicile est l'endroit dans lequel 85 % des Canadiens âgés de 55 ans et plus souhaitent demeurer le plus longtemps possible, même si leur état de santé se détériore¹³.

Contexte communautaire

Une diminution de l'autonomie et de l'état de santé peut nécessiter l'implication de différents professionnels de la santé qui travaillent dans la communauté. Leur rôle est d'évaluer des individus, dont l'état de santé mentale, les habitudes de soins personnels, la capacité de jugement et de prendre des décisions en matière financière et personnelle suscitent des préoccupations quant à leur sécurité et à leur capacité à vivre seuls¹⁴.

Contexte hospitalier

L'hospitalisation des personnes âgées fragiles entraîne souvent un déclin fonctionnel ou un déconditionnement qui expose à un risque accru de subir des blessures potentiellement évitables lors du retour à domicile¹⁵⁻¹⁸. Cette situation suscite des préoccupations quant à leur sécurité et leur capacité à vivre seule.

Par conséquent, tant en contexte communautaire qu'hospitalier, il importe que les cliniciens identifient les stratégies pour atténuer les préjudices découlant des risques, mais aussi qu'ils en reconnaissent les bénéfices potentiels. Cette analyse permet de soutenir la personne âgée lors de son congé hospitalier et, ultimement, prévenir un déclin fonctionnel, des blessures et des hospitalisations non planifiées¹⁹⁻²⁰, des admissions prématurées en centres d'hébergement de soins longue durée²¹, voire même des décès²².

Les personnes âgées évaluées à l'hôpital ont une probabilité plus élevée d'être admises en centre d'hébergement et de soins longue durée que celles évaluées dans la communauté²³. C'est pourquoi une telle analyse exhaustive auprès d'elles est particulièrement importante, notamment en contexte hospitalier.

Vivre avec les risques suit les lignes directrices des meilleures pratiques en ce qui a trait aux rencontres visant la planification des soins²⁴.

Réciprocité

- Un partage de l'information entre tous les acteurs;
- Un échange mutuel des attentes avant d'entreprendre les discussions.

Inclusion

- La personne âgée se sent incluse dans la prise de décision.

Clarté de l'issue

- La personne âgée et ses proches sont informés du moment où une décision doit être prise.

Centré sur la personne

- Les soins répondent aux besoins de la personne âgée;
- Une communication ouverte et participative permet d'instaurer un climat de collaboration.

Conseils supplémentaires pour chaque étape de *Vivre avec les risques*

1 Évaluation des risques

Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?

Réflexion sur les perceptions différentes du risque

Le risque est une construction sociale, culturelle et personnelle. C'est pour cette raison que les personnes âgées, les proches et les cliniciens perçoivent les risques différemment²⁵. De plus, les objectifs des personnes âgées diffèrent souvent de ceux des proches et des cliniciens lorsque la sécurité est identifiée comme une préoccupation²⁶.

- **Les personnes âgées :**

- réfèrent aux domaines biographiques du risque, comme la perte d'identité²⁷;
- sont parfois préoccupées par les risques extérieurs à elles-mêmes, par exemple les étrangers qui tentent de s'introduire dans leur domicile ou les activités criminelles dans leur quartier²⁸.

- **Les proches :**

- mettent l'accent sur le présent et les impacts interpersonnels du risque;²⁷
- évaluent le risque le long d'un continuum acceptable à non acceptable, suggérant que chacun a un point de bascule qui se produit lorsque le risque perçu devient inacceptable pour lui²⁸.

- **Les cliniciens ont tendance à :**

- surestimer le risque²⁷;
- se concentrer sur les préjudices ou dommages extrêmes plutôt que sur les risques associés à la vie quotidienne¹²;
- mettre l'accent sur l'avenir et les conséquences négatives et physiques du risque^{27, 29, 30};
- se concentrer sur la peur des blessures physiques lors de la prise de décision du congé³¹;
- être paternalistes¹² et réticents au risque⁵;
- hésiter à permettre aux gens de faire des choix risqués³².

- **Les cliniciens sont davantage en mesure de favoriser la prise de risque quand ils :**

- se concentrent sur les objectifs de la personne âgée^{29, 33};
- sont soutenus par leur organisation et ne sont pas préoccupés par des litiges^{15, 29};
- reçoivent de la rétroaction des partenaires de la communauté;
- peuvent réfléchir à leur pratique et échanger avec leurs collègues²⁹;
- deviennent plus expérimentés et plus près d'être une personne âgée^{29, 33};
- peuvent rassembler des informations complètes sur la personne âgée (c.-à-d. une évaluation holistique) et les trianguler (c.-à-d. à partir de sources multiples, personne âgée, famille/proche, amis, environnement du domicile)²⁹;
- peuvent travailler avec la personne âgée au fil du temps ou voir à une plus grande implication d'autres cliniciens²⁹.

Réflexion personnelle

- **Quel est l'impact de vos modèles mentaux sur votre approche de l'évaluation des risques ?**
 - Quelles sont vos convictions personnelles et professionnelles sur la prise de risque ?
 - Privilégiez-vous la sécurité à l'autonomie ?
 - Avez-vous tendance à la surprotection ou êtes-vous devenu insensible ?
 - Faites-vous des recommandations qui favorisent la diminution de votre inconfort ?
 - Quelles sont vos convictions professionnelles sur la prise de décision partagée, même avec des personnes âgées ayant des troubles cognitifs ?
 - Considérez-vous l'évaluation des risques d'une manière dichotomique et finie (sécuritaire ou non sécuritaire) au lieu d'un continuum de sécuritaire à dangereux ?
 - Entamez-vous le processus de prise de décision avec une prédétermination de ce que vous croyez ou voulez qu'il se produise et ne voyez ensuite que les réponses qui confirment cette croyance ? Une approche élargie de l'évaluation des risques, nécessitant un état d'esprit infini qui n'est pas immédiatement dichotomique, permet plus de créativité dans la résolution de problèmes.
- **Quel est l'impact de votre environnement clinique sur votre approche de l'évaluation des risques ?**
 - Vous sentez-vous soutenu par votre organisation ou craignez-vous des litiges en cas d'issues indésirables ?
 - Y a-t-il une pression pour accorder le congé hospitalier de la personne âgée avant que l'évaluation ne soit terminée ou que les services ne soient mis en place ?

2 Évaluation des risques

Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?

La personne âgée est-elle capable de prendre une décision concernant ses soins (traitements / recommandations proposées)?

- Le fait d'être en désaccord avec les interventions de traitement et les recommandations ne signifie pas que la personne âgée est inapte ;
- Suivez la législation sur le consentement aux soins de santé (cf. Code civil du Québec).

Au Québec, comme en Ontario :

- Tous les individus sont présumés aptes à consentir jusqu'à preuve du contraire ;
- L'aptitude à consentir est liée à la décision à prendre ;
- Les professionnels de la santé doivent déterminer la capacité d'une personne à comprendre ses options de traitement ;
- Un tiers ne peut être consulté sans le consentement de la personne âgée apte à prendre des décisions.

Considérez les aides à la décision en matière de consentement (p. ex., <http://www.jcb.utoronto.ca/tools/documents/ace.pdf>) et d'aptitude³⁴ afin de voir avec les membres de l'équipe si vous avez besoin d'aide pour déterminer la capacité d'une personne âgée à prendre des décisions concernant ses soins.

Cette préoccupation est-elle présente actuellement?

- Une situation à risque qui se produit actuellement est considérée comme présentant un risque plus élevé qu'un événement qui ne se produit pas¹.

Si cette préoccupation est présente, à quelle fréquence survient-elle?

- Une situation qui se produit fréquemment est évaluée comme présentant un risque plus élevé qu'une situation qui se produit rarement.

Quelle est la probabilité que cette préoccupation soit présente de nouveau?

Si la préoccupation est actuelle ou probable :

- **Les conséquences associées à ces préoccupations sont-elles probables?**
 - Considérez les facteurs de risque, le contexte et la probabilité en utilisant les informations recueillies.

Les conséquences sont-elles graves?

- Considérez le contexte de la personne âgée;
- Les cliniciens ont évalué qu'une situation comportait un risque plus élevé lorsque les conséquences affectaient autrui (p. ex., découlant des risques d'accidents automobiles ou d'incendies dans un immeuble)¹.

Les conséquences sont-elles imminentes?

- Combien de temps faudra-t-il pour que les conséquences se produisent pour la personne âgée?

La personne âgée dispose-t-elle d'un soutien soutenu et fiable?

- Un soutien fiable et soutenu peut réduire une situation de risque élevé à faible.

Y a-t-il d'autres préoccupations présentes?

- Les cliniciens ont évalué une situation comme étant à risque plus élevé en cas de préoccupations multiples¹.

Déterminer le niveau de risque

- **Comment puis-je déterminer le niveau de risque pour chaque préoccupation, puis le niveau de risque global?**
- Il pourra arriver que vous ne soyez pas en mesure de choisir entre un risque moyen et un risque élevé pour l'une des considérations du continuum de sécurité. N'oubliez pas qu'il s'agit d'un continuum et que votre réponse pourrait se situer quelque part entre ces deux catégories distinctes.

3 Gestion des risques

Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?

- Les cliniciens estimaient qu'ils étaient davantage en mesure d'aider les personnes âgées à vivre avec les risques lorsqu'ils pouvaient consulter des collègues pour échanger, valider, résoudre des problèmes, et aller chercher une perspective différente²⁹.
- Les cliniciens préfèrent gérer les préoccupations de sécurité en informant la personne âgée et en collaborant avec elle et son proche²⁹. Conformément à la majorité des lois provinciales, les cliniciens ne peuvent passer outre le souhait de la personne âgée que lorsqu'elle court un risque imminent pour elle-même ou pour autrui.

4 Gestion des risques

Comment discuter des risques et des moyens pour réduire les préoccupations?

Les cliniciens, les personnes âgées et les proches ont reconnu les avantages de *Vivre avec les risques* pour soutenir et guider les conversations sur les préoccupations de sécurité. *Vivre avec les risques* peut être utilisée afin de créer un environnement sûr pour avoir des conversations, en particulier lorsqu'il y a des divergences de perspectives.

• Meilleures pratiques de communication des risques, y compris pour les personnes ayant des troubles cognitifs

- **Travailler à une compréhension partagée plutôt qu'à un accord partagé**^{35,36}
 - Le risque est contextuel et a plusieurs significations selon les différentes parties prenantes³⁵. Travailler avec la personne âgée et le proche sur une compréhension commune des préoccupations et des conséquences négatives³⁶.
 - Comprendre les seuils de risque acceptables pour la personne âgée et le proche³⁵.
 - Fournir la justification des préoccupations et des recommandations³⁷.
- **Connaître la personne âgée**
 - Comprendre les préférences et les objectifs de la personne âgée afin de proposer des alternatives créatives et centrées sur la personne pour réduire le risque de conséquences négatives³⁸ tout en répondant à ses besoins et ses valeurs^{39,40}.
- **Reconnaître les peurs, les sentiments et les croyances de la personne âgée et du proche**³⁸
- **Reconnaître la qualité de vie**
 - Les personnes âgées peuvent accorder plus d'importance à la qualité de vie qu'à la sécurité³⁷.
- **Encourager la prise de décision active**³⁶
 - Impliquer la personne ayant des troubles cognitifs de manière à ce qu'elle puisse participer et prendre des décisions³⁶.
 - Se concentrer sur les solutions et sur ce qui peut être fait^{36,37}.
- **Laisser le temps nécessaire à la personne âgée et à son proche**
 - Pour traiter l'information, faire des choix et s'adapter aux changements car souvent, l'évaluation et la gestion des risques ont lieu en temps de crise (changement de l'état de santé ou d'habiletés fonctionnelles, retrait du soutien)^{35,36}.
- **Fournir de l'information par écrit**
 - Pour aider à traiter l'information ou pour considération future³⁷.

Foire aux questions

Comment *Vivre avec les risques* a-t-elle été développée, adaptée, validée, testée et implantée?

- Cette démarche a été développée à partir de données probantes. Une étude qualitative a notamment été effectuée sur la manière dont les cliniciens perçoivent, identifient, évaluent et gèrent les risques en conciliant la sécurité et l'autonomie, et ce, auprès de personnes âgées vivant en communauté et identifiées comme étant à risque²⁹.
- Cette démarche a été adaptée au contexte hospitalier ainsi que validée et pré-testée en milieu hospitalier et dans la communauté par l'équipe de recherche de *Vivre avec les risques* : MacLeod, H., Provencher, V., Klein, J., Veillette, N., Kergoat, M.J., Giroux, D., Delli-Colli, N., Gingrich, S., Egan, M et le soutien financier du Canadian Frailty Network.



This research is funded by Canadian Frailty Network (Technology Evaluation in the Elderly Network), which is supported by the Government of Canada through the Networks of Centres of Excellence (NCE) program.

™Marque de commerce du Canadian Frailty Network (Technology Evaluation in the Elderly Network). Utilisé avec permission.

- *Vivre avec les risques* est actuellement testée et implantée par des cliniciens en milieu hospitalier et dans la communauté par l'équipe de recherche de *Vivre avec les risques*: MacLeod, H., Provencher, V., Kessler, D., Klein, J., Veillette, N., Kergoat, M.J., Giroux, D., Delli-Colli, N., Egan, M, Lewis, K et le soutien financier des Instituts de recherche en santé du Canada.



Canadian Institutes of Health Research
Instituts de recherche en santé du Canada

Qualités métrologiques

- **La fidélité inter-évaluateur de cette démarche a-t-elle été testée?**
 - Non, puisqu'il s'agit d'une démarche de soins et non d'un outil, la fidélité inter-évaluateur n'a pas été déterminée.
- **Cette démarche peut-elle prédire de manière fiable si une personne âgée fragile peut retourner ou rester à domicile?**
 - Puisque les contextes individuels sont très variables, cette démarche ne permet pas de prédire des résultats tels que retourner ou rester à domicile sans conséquence négative.

Format de *Vivre avec les risques*

- **Existe-t-il une version en ligne des fiches analytiques?**
 - Non, il n'existe actuellement aucune version en ligne de ces documents de travail. Il est prévu que des versions en ligne soient disponibles en 2023.
- **Cette démarche est-elle disponible via une application?**
 - Non, *Vivre avec les risques* n'est actuellement pas disponible via une application.
- **Cette démarche est-elle utilisée actuellement?**
 - Oui, elle est actuellement utilisée dans la communauté, dans les départements d'urgence, en soins aigus et dans les unités de réadaptation intensive.

Références

- ¹ MacLeod, H., & Stadnyk, R.L. (2015). Risk: 'I know it when I see it': how health and social practitioners defined and evaluated living at risk among community-dwelling older adults. *Health, Risk & Society*, 17(1): 46-63.
- ² Purdy, G. (2010). ISO 31000:2009. Setting a new standard for risk management. *Risk Analysis*, 30(6): 881-892. Doi:10.1111/j.1539-6924.2010.01442.x
- ³ British Geriatrics Society (2017). *Fit for Frailty: Consensus Best Practice Guidance for the Care of Older People Living in Community and Outpatient Settings*. British Geriatrics Society: London, England.
- ⁴ Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R.H., Conroy, S.P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9): CD006211. DOI:10.1002/14651858.CD006211.pub3.
- ⁵ Ibrahim, J.E., & 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.
- ⁶ Marsh, P., & Kelly, L. (2018). Dignity of risk in the community: a review of and reflections on the literature. *Health, Risk & Society*, 20(5-6): 297-311.
- ⁷ Resnick, B. (2014). Resilience in Older Adults. *Topics in Geriatric Rehabilitation*, 30(3): 155-163.
- ⁸ MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E.R. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, 37(4): 266-272.
- ⁹ Titterton, M. (2005). Risk and risk taking in health and social welfare. London: Jessica Kingsley Publishers
- ¹⁰ Alberta Health Services. (2015). The Patient First Strategy. Retrieved from <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/pf/first/if-pf-1-pf-strategy.pdf>
- ¹¹ Hoffmann, T.C., Légaré, F., Simmons, M.B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L.J., Hudson, B., Glasziou, P.P., & Del Mar, C.B. (2014). Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *Medical Journal of Australia*, 201(1): 35-39.
- ¹² Felton, A., Wright, N., & Stacey, G. (2017). Therapeutic risk-taking: A justifiable choice. *British Journal Psychological Advances*, 23(2): 81-88.
- ¹³ Canadian Mortgage and Housing Corporation. (2008). *Impacts of the aging of the Canadian population on housing and communities*. Ottawa, ON: CMHC.
- ¹⁴ Cooney Jr, L. M., Kennedy, G., Hawkins, K., & Balch Hurme, S. (2004). Who can stay at home? Assessing the capacity to choose to live in the community. *Archives of Internal Medicine*, 164: 357-360.

- ¹⁵ Bowles, K.H., Hanlon, A., Holland, D., Potashnik, S.L., & Topaz, M. (2014). Impact of discharge planning decision support on time to readmission among older adult medical personnel. *Professional Case Management*, 19(1): 29-38.
- ¹⁶ Douglas, A., Letts, L., Eva, K. & Richardson, J. (2012). Measurement of Harm Outcomes in Older Adults after Hospital Discharge: Reliability and Validity. *Journal of Aging Research*, 2012: 2090-2204.
- ¹⁷ Greenwald, J.L., Denham, C.R., & Jack, B.W. (2007). The hospital discharge: A review of a high-risk care transition with highlights of a reengineered discharge process. *Journal of Personne âgée Safety*, 3(2): 97-106.
- ¹⁸ Wu, H.Y., Sahadevan, S., & Ding, Y.Y. (2006). Factors associated with functional decline of hospitalised older persons following discharge from an acute geriatric unit. *Annual Academy of Medicine Singapore*, 35(1): 17-23.
- ¹⁹ Depalma, G., Xu, H., Covinsky, K.E., Craig, B.A., Stallard, E., Thomas, J.R., & Sands, L.P. (2013). Hospital readmission among older adults who return home with unmet need for ADL disability. *Gerontologist*, 53: 454-61.
- ²⁰ Romagnoli, K.M., Handler, S.M., Ligons, F.M., & Hochheiser, H. (2013). Home-care nurses' perceptions of unmet information needs and communication difficulties of older patients in the immediate post-hospital discharge period. *British Medical Journal of Quality and Safety*, 22(4),324-332.
- ²¹ Boockvar, K.S., Litke, A., Penrod, J. D., Halm, E.A., Morrison, R.S., Silberzweig, S.B., Magaziner, J., Koval, K., & Siu, A.L. (2004). Patient relocation in the 6 months after hip fracture: risk factors for fragmented care. *Journal of the American Geriatric Society*, 52(11): 1826-31.
- ²² He, S., Craig, B.A., Xu, H., Covinsky, K.E., Stallard, E., Thomas, J., Hass, Z., & Sands, L.P. (2015). Unmet Need for ADL: assistance is associated with mortality among older adults with mild disability. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 70(9): 1128-32.
- ²³ Canadian Institute for Health Information (2017). Seniors in transition: *Exploring pathways across the care continuum*. Retrieved from <https://www.cihi.ca/en/infographic-seniors-needs-and-care-settings-improving-alignment>
- ²⁴ Donnelly, S.M., Carter-Anand, J., Cahill, S., Gilligan, R., Mehigan, B., & O'Neill, D. (2013). Multiprofessional views on older patients' participation in care planning meetings in a hospital context. *Practice: Social Work in Action*, 25(2): 121-138.
- ²⁵ Provencher, V., D'Amours, M., Viscogliosi, C., Guay, M., Giroux, D., Dubé, V., Delli-Colli, N., Corriveau, H., & Egan, M. (2019). Risks perceived by frail male patients, family caregivers and clinicians in hospital: Do they change after discharge? A multiple case study. *International Journal of Integrated Care*, 19(1): 4.
- ²⁶ Kuluski, K., Gill, A., Naganathan, G., Upshur, R., Jaakimainen, R.L., & Wodchis, W.P. (2013). A qualitative descriptive study on the alignment of care goals between older persons with multi-morbidities, their family physicians and informal caregivers. *BMC Family Practice*, 14: 133.

- ²⁷ Clarke, C. (2000). Risk: Constructing care and care environments in dementia. *Health, Risk Society*, 2(1): 83-93.
- ²⁸ Cott, C., & Tierney, M.C. (2013). Vulnerability and risk across the life course. *Health Risk & Society*, 15(5): 402-415.
- ²⁹ MacLeod, H. (2013) Understanding risk: Health professionals' decision making with frail community-dwelling older adults. Halifax, Nova Scotia: Dalhousie University.
- ³⁰ Alaszewski, A., & Alaszewski, H. (2002). Towards the creative management of risk: Perceptions, practices and policies. *British Journal of Learning Disabilities*, 30: 56-62.
- ³¹ Mukherjee, D. (2015). Discharge decisions and the dignity of risk. *Hastings Center Report*, 45(3): 7-8.
- ³² Bailey, C., Clarke, C.L., Gibb, C., Haining, S., Wilkinson, H., & Tiplady, S. (2013). Risky and resilient life with dementia: review and reflections on the literature. *Health, Risk & Society*, 15(5): 390-401.
- ³³ Gunstone, S. (2003). Risk assessment and management of patients whom self-neglect: A 'grey area' for mental health workers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10: 28-296.
- ³⁴ Giroux, D., & Stibre, D. (2015). Validation de l'Outil d'Évaluation de l'Aptitude (PÉA) : Une étude Delphi. *Canadian Journal on Aging*, 34(4), 1-8.
- ³⁵ Stevenson, McDowell, M. E., & Taylor, B. J. (2018). Concepts for communication about risk in dementia care: A review of the literature. *Dementia (London, England)*, 17(3), 359-390. <https://doi.org/10.1177/1471301216647542>
- ³⁶ Stevenson, M., Savage, B., & Taylor, B. J. (2019). Perception and Communication of Risk in Decision Making by Persons with Dementia. *Dementia (London, England)*, 18(3), 1108-1127. <https://doi.org/10.1177/1471301217704119>
- ³⁷ MacLeod, H., Provencher, V., Klein, J., Veillette, N., Kergoat, M.J., Giroux, D., Delli-Colli, N., Gingrich, S., Egan, M. (2019-2021) An innovative decision tool to optimize hospital discharge in frail older patients living with risk. Canadian Frailty Network Funding - 70 000\$ (unpublished results).
- ³⁸ Stevenson, M & Taylor, B. J. (2017). Risk Communication in Dementia Care: Professional Perspectives on Consequences, Likelihood, Words and Numbers. *The British Journal of Social Work*, 47(7), 1940-1958. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw161>
- ³⁹ Lee, L., Hillier, L., Lu, S., Martin, S., Pritchard, S., Janzen, J., & Slonim, K. (2019). Person-centered risk assessment framework: assessing and managing risk in older adults living with dementia. *Neurodegenerative Disease Management*, 9(1), 47-57. <https://doi.org/10.2217/nmt-2018-0031>
- ⁴⁰ Bedin, M.G., Kuhne, N., & Droz Mendelzweig, M. (2020). Volition to risk taking in the ordinary activities of daily life of older people living at home alone. A study using explication interviews. *Health, Risk & Society*, 22(7-8), 421-436. <https://doi.org/10.1080/13698575.2020.1861223>

Annexes – Documents de travail

- *Vivre avec les risques* - Schéma synthèse de la démarche en 4 étapes
- *Vivre avec les risques* - Fiche analytique par situation à risque
- *Vivre avec les risques* - Sommaire des situations à risque
- *Vivre avec les risques* - Continuum de sécurité



Vivre avec les risques

SCHÉMA SYNTHÈSE DE LA DÉMARCHE EN 4 ÉTAPES

1) Quelles sont les situations à risque pour la personne âgée et qui est préoccupé?

- Quelles sont les préoccupations pour la personne âgée, son proche et les cliniciens?
- Comprenez les divergences d'opinions et, s'il y a lieu, les pressions exercées.
- Déterminez l'évolution, le moment d'apparition, le contexte, la cause et les conséquences pour la personne âgée

2) Quel est le niveau de risque pour la personne âgée?

- Évaluer le niveau de risques
- Considérez les facteurs suivants pour déterminer, si les risques sont faibles ●, modérés ▼ ou élevés ■ :
 - **Aptitude** : La personne âgée est-elle capable de prendre une décision concernant ses soins?
 - **Occurrence** : Est-ce que cette préoccupation est présente actuellement?
 - **Fréquence** : Si oui, cette préoccupation est-elle fréquente?
 - **Probabilité** : Quelle est la probabilité que cette préoccupation soit présente de nouveau?
- Si la préoccupation est actuelle ou probable :
 - **Probabilité** : Quelle est la probabilité que les conséquences surviennent?
 - **Gravité** : Les conséquences sont-elles graves?
 - **Imminence** : Les conséquences sont-elles imminentes?
 - **Soutien** : La personne âgée possède-t-elle un soutien soutenu et fiable?
 - **Complexité** : Est-ce que d'autres préoccupations sont présentes?

3) Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire les préoccupations concernant les situations à risque?

- Qu'est-ce que la personne âgée souhaite et quels sont ses buts?
- Qu'est-ce qui peut être fait pour réduire:
 - **Les préoccupations** : Prévenir ou réduire la fréquence et modifier ou adapter le contexte
 - **Les causes** : Optimiser la santé et les capacités des personnes âgées, mettre à profit les forces, adapter les environnements
 - **Les conséquences** : Atténuer les conséquences négatives, favoriser les conséquences positives, considérer à la fois les conséquences émotionnelles et physiques

4) Comment discuter des risques et des moyens pour réduire les préoccupations?

- Communiquer le niveau de risques perçu
- Discuter des désaccords / accords
- Soutenir les priorités

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE #1

Situation à risque

Préoccupation/risque

Contexte(s) préoccupant(s)

QUI est préoccupé

+ niveau de risque



Clinicien

Aîné

Proche

Causes de cette préoccupation

Conséquences potentielles
de cette préoccupation

Recommandations pour
atténuer la préoccupation, ses
causes et ses conséquences

Personne âgée
en accord

Options/
alternatives

OUI

NON



Point de vue de la personne âgée

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE #2

Situation à risque

Préoccupation/risque

Contexte(s) préoccupant(s)

QUI est préoccupé

+ niveau de risque



Clinicien

Aîné

Proche

Causes de cette préoccupation

Conséquences potentielles
de cette préoccupation

Recommandations pour
atténuer la préoccupation, ses
causes et ses conséquences

Personne aînée
en accord

OUI

NON



Options/
alternatives

Point de vue de la personne aînée

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE #3

Situation à risque

Préoccupation/risque

Contexte(s) préoccupant(s)

QUI est préoccupé

+ niveau de risque



Clinicien

Aîné

Proche

Causes de cette préoccupation

Conséquences potentielles
de cette préoccupation

Recommandations pour
atténuer la préoccupation, ses
causes et ses conséquences

Personne âgée
en accord

Options/
alternatives

OUI

NON



Point de vue de la personne âgée

Vivre avec les risques

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE #4

Situation à risque	
Préoccupation/risque	
Contexte(s) préoccupant(s)	

QUI est préoccupé

+ niveau de risque ● ▼ ■

Clinicien	Aîné	Proche

Causes de cette préoccupation

Conséquences potentielles de cette préoccupation

Recommandations pour atténuer la préoccupation, ses causes et ses conséquences

Personne âgée en accord

Options/ alternatives

	OUI	NON	

Point de vue de la personne âgée

FICHE ANALYTIQUE PAR SITUATION À RISQUE #5

Situation à risque

Préoccupation/risque

Contexte(s) préoccupant(s)

QUI est préoccupé

+ niveau de risque



Clinicien

Aîné

Proche

Causes de cette préoccupation

Conséquences potentielles
de cette préoccupation

Recommandations pour
atténuer la préoccupation, ses
causes et ses conséquences

Personne âgée
en accord

Options/
alternatives

OUI

NON



Point de vue de la personne âgée

Vivre avec les risques

SOMMAIRE DES SITUATIONS À RISQUE

Quelles sont les situations à risque pour la personne aînée? (préoccupation +contexte)	Qui est préoccupé?			Causes	Conséquences	Recommandations pour atténuer les préoccupations, ses causes et ses conséquences	Personne aînée en accord? (oui/non)	Alternatives
	Quel est le niveau de risques? (faible ● /modéré ▼ /élevé ■) ¹							
	Clinicien	Aîné	Proche					

¹ Renvoie au continuum de sécurité

Vivre avec les risques

CONTINUUM DE SÉCURITÉ

CONTINUUM DE SÉCURITÉ

1. Aptitude à consentir : La personne est-elle capable de prendre une décision concernant ses soins?



2. Occurrence : Cette préoccupation est-elle présente actuellement?



3. Fréquence : À quelle fréquence cette préoccupation survient-elle?



4. Probabilité : Quelle est la probabilité que cette préoccupation et ses conséquences soient présentes de nouveau?



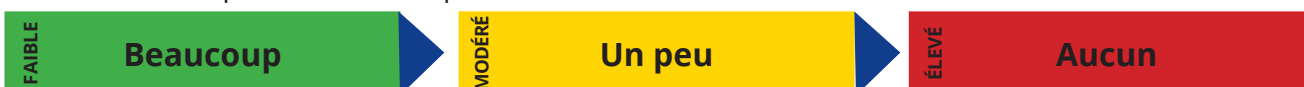
5. Gravité : Quel est le degré de gravité de ses conséquences?



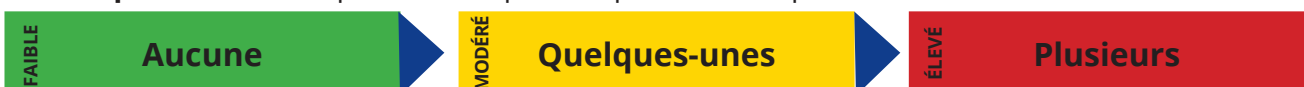
6. Imminence : Dans quelle mesure ces conséquences sont-elles imminentes?



7. Soutien : La personne âgée possède-t-elle un soutien soutenu et fiable?



8. Complexité : Est-ce que d'autres préoccupations sont présentes?



Adapté de MacLeod & Stadnyk, 2015¹