

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Évaluation Socio-GÉriatrique (ESOGER) : Un outil clinique télé pratique pour lutter contre l'altération de l'état de santé et l'isolement social des personnes âgées vulnérables

Chercheur.e principal.e

Olivier Beauchet, Université de Montréal

Cochercheur.e.s

Nadia Sourial, Université de Montréal
Kim Sawchuk, ACT, Université de Concordia
Caroline Sauriol, Les Petits frères
Constance Vanier, La Croix-Rouge canadienne

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Montréal

Numéro du projet de recherche

2021-OQBA-297388

Titre de l'Action concertée

Projet de recherche-action / Actions concertées / Recherche-action sur le vieillissement actif

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le Secrétariat aux aînés (SA) du ministère de la Santé et des Services sociaux
et le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Remerciements

Nous remercions particulièrement les cochercheurs de ce projet pour leurs conseils avisés et leur accompagnement.

Nous remercions également l'équipe du *Projet Proximité Aînés* de la Croix-Rouge Canadienne, Québec, notamment les responsables du programme, les responsables du service informatique, les bénévoles et les infirmières pour leur soutien et leur aide précieuse quant au développement du projet et à sa bonne réalisation :

Sylvie Verrier
Constance Vanier
Sabrina Boutin
Cléo Marchand
Amandine Lepage
Laurent Garcia
Roxane Gagnon
Aleksander Apkarian
Hicham Berrada

Nous remercions Code Lion et tout particulièrement Guillaume Collard pour le développement de la plateforme qui a permis d'héberger ESOGER, et pour sa réactivité quant aux modifications requises pour améliorer l'outil et l'adapter au mieux aux réalités du terrain. Nous remercions également la Communauté Bienveillante envers les Aînés, les services généraux et des partenariats urbains du CCSMTL en charge de la liste d'attente GACO qui ont été d'une grande aide pour le recrutement des personnes âgées à cette recherche.

Enfin, les derniers remerciements vont à l'ensemble de l'équipe de recherche du laboratoire AgeTeQ au sein du CRIUGM ainsi que du laboratoire ACT à l'Université Concordia pour leur implication et leur professionnalisme :

Kévin Galéry
Alexandra Bucur
Hadjer Dahel
Adeline Moret
Jacqueline Matskiv
Constance Lafontaine
Camille Normandin
Albane Gaudissart

Ainsi que les stagiaires qui nous ont aidé à mener les entretiens : Anne-Frédérique Tessier et Jeremy Dayan.

Table des matières

Partie A - Contexte de la recherche	5
1. Problématique	5
1.1 Contexte	5
1.2 Évaluation socio-gériatrique (ESOGER)	6
1.3 Constat et enjeux issus du déploiement d'ESOGER	7
2. Objectifs poursuivis	7
3. Principales questions de recherche ou hypothèses	8
Partie B – Méthodologie	9
1. Phase 1 : Étude qualitative	9
2. Phase 2 : Étude quantitative	9
3. Phase 3 : Étude qualitative	10
Partie C – Principaux résultats	11
1. Les principaux résultats	11
1.1 Phase 1 : Étude qualitative	11
1.2 Modifications opérées dans la nouvelle version d'ESOGER	12
1.3 Phase 2 : Étude quantitative	13
1.4 Phase 3 : Étude qualitative	14
2. Retombées immédiates, prévues et contributions sur l'avancement des connaissances	17
2.1 Une intervention efficace pour répondre aux enjeux de la prise en charge des PA vivant à leur domicile	17
2.2 Une implantation et utilisation d'ESOGER à la Croix-Rouge Canadienne, Québec	18
2.3 Une expérimentation d'ESOGER à la clinique gériatrique de l'IUGM	19
2.4 Une implantation à venir au CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	19
Partie D – Pistes de solution ou d'actions soutenues par les résultats de la recherche	21
1. Discussion des conclusions et possibilités de déploiement	21
2. Limites des résultats	22
Partie E – Nouvelles pistes ou questions de recherche	25
Partie F – Références et bibliographie	26
Annexes	27
Annexe 1 : Lettre de soutien du MSSS pour l'utilisation d'ESOGER dans les programmes-services SAPA du Québec	27

Annexe 2 : Formulaires de consentement de l'étude qualitative (Phase 1)	27
Annexe 3 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 1).....	27
Annexe 4 : Protocole de l'étude quantitative (Phase 2).....	27
Annexe 5 : Formulaire de consentement de l'étude quantitative (Phase 2)	27
Annexe 6 : Questionnaires de l'étude quantitative (Phase 2)	27
Annexe 7 : Formulaires de consentement de l'étude qualitative (Phase 3)	27
Annexe 8 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 3).....	27
Annexe 9 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 1)	27
Annexe 10 : Diagramme de flux de l'étude quantitative (Phase 2).....	27
Annexe 11 : Tableaux de résultats de l'étude quantitative (Phase 2)	27
Annexe 12 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 3)	27

Partie A - Contexte de la recherche

1. Problématique

1.1 Contexte

La mise en place de mesures de confinement, due à la pandémie de COVID-19, a entraîné des difficultés de maintien de services et de soins de support du domicile qui ont eu des effets délétères sur les conditions de vie des personnes âgées (ou PA *i.e.*, ≥ 70 ans). Les PA sont alors devenues plus vulnérables en raison du déconditionnement moteur et psychologique¹⁻³. Avant la pandémie, 84% des PA avaient un état de santé altéré par au moins une maladie chronique et une sur dix rapportait une incapacité à l'origine d'un besoin d'aide pour réaliser ses activités quotidiennes^{4,2,5}. Ce déconditionnement a accéléré l'altération de la santé physique et mentale exposant les PA à des risques d'isolement ou d'exclusion sociale, de détérioration de leur bien-être, de leur qualité de vie, ainsi qu'à une rupture de liens intergénérationnels^{1,2}.

Les personnes proches aidantes (PPA) sont définies par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), comme « *toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité* » et représentent 25% de la population québécoise^{4,2}. Elles sont une source de soutien majeur et qui ont été sur-sollicitées pendant la pandémie aboutissant à l'altération de leur état de santé et un risque d'épuisement physique et psychologique.

À l'issue de la première vague de la COVID-19, deux enjeux cohabitaient : (1) un nombre accru de PA à l'état de santé altéré par la pandémie, en situation de perte d'autonomie grandissante, nécessitant des services et soins de support du domicile pour lutter contre la progression de leur perte d'autonomie et la survenue des complications liées, et en parallèle (2) des PPA et organismes du milieu communautaire du soutien à domicile des PA affaiblis par cette pandémie, n'arrivant plus à maintenir le niveau de services et soins qu'ils prodiguaient avant. Il était alors crucial de mettre en place des solutions innovantes pour lutter contre – c'est-à-dire éviter, retarder ou ralentir – l'altération de la santé physique et mentale, la progression de la perte d'autonomie et

l'isolement social des PA vulnérabilisées par la pandémie due à la COVID-19, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale.

Pour rendre efficaces et efficientes ces solutions, elles devaient être: (1) complémentaires de celles déjà mises en place par les PPA et organismes du milieu communautaire fournissant les ressources du soutien à domicile des PA, (2) codéveloppées en étroite collaboration avec ces acteurs et les PA elles-mêmes pour une meilleure approbation et (3) intégrables dans le continuum des services et soins de support du domicile.

1.2 Évaluation socio-gériatrique (ESOGER)

En pleine crise sanitaire engendrée par la première vague de la pandémie due à la COVID-19 et pendant le confinement à domicile des PA, deux actions sont apparues prioritaires: (1) le repérage des PA vulnérables les plus à risque de complications associé à (2) la mise en place d'interventions curatives et préventives selon une procédure accélérée. C'est dans ce but que nous avons conçu et mis à la disposition des réseaux communautaires intervenant auprès des PA un outil d'Évaluation SOcio-GÉriatrique nommé « ESOGER »⁶. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire standardisé, simple, accessible sur une plateforme numérique et sécurisée, qui permet d'intervenir à distance au cours d'un appel téléphonique réalisé par un intervenant d'un organisme communautaire, avec l'utilisateur et/ou sa PPA. Il a pour objectif de (1) déterminer si les besoins en soins et services sont satisfaits ou non et s'il existe un risque de rupture de couverture des besoins essentiels, (2) prioriser les besoins en soins et services, et (3) proposer des recommandations d'interventions à mettre en place pour lutter contre la rupture de la couverture des besoins essentiels et/ou les complications qui y sont liées. ESOGER consiste en un court questionnaire qui comprend des questions fermées explorant cinq sous-domaines complémentaires : (1) la symptomatologie de la COVID-19, (2) le niveau de fragilité de la santé physique, (3) le stress psychologique, (4) le niveau de santé sociale et (5) le fardeau de la PPA le cas échéant.

1.3 Constat et enjeux issus du déploiement d'ESOGER

Suite aux mesures de distanciation et de confinement, ESOGER a été développé et déployé à partir d'avril 2020 pour répondre aux besoins des PA en état de fragilité et d'isolement. Entre avril et octobre 2020, près de 7 500 connexions ont été enregistrées sur la plateforme numérique ESOGER. Plus de 2 000 usagers ont donné leur accord pour que les données saisies soient utilisées dans un but de recherche. À l'issue de la première vague, ESOGER a été estimé comme un outil pertinent de repérage et d'intervention permettant de lutter contre la progression et l'altération de l'état de santé physique et mentale, de la progression de la perte d'autonomie et de l'isolement des PA. Son utilisation auprès d'acteurs communautaires a par ailleurs démontré sa capacité à être intégré dans le continuum de services et soins de support du domicile. En octobre 2020, le MSSS a recommandé l'utilisation de cet outil dans les programmes-services SAPA du Québec. L'intégration d'ESOGER comme outil d'évaluation et d'intervention dans le continuum des services et soins de support du domicile des PA vulnérabilisées par la pandémie présente un double défi : (1) améliorer son appropriation pour une plus large utilisation et diffusion et (2) être capable d'accéder aux ressources déclenchées par ESOGER sans surcharger, voire en allégeant le travail, tout en considérant les difficultés actuelles des PPA et organismes communautaires.

2. Objectifs poursuivis

L'objectif global du projet était de codévelopper et déployer une version améliorée d'ESOGER pour lutter contre – c'est-à-dire éviter, retarder ou ralentir – l'altération de la santé physique et mentale, la progression de la perte d'autonomie et de l'isolement social des PA vulnérabilisées en période de pandémie due à la COVID-19, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale.

De cet objectif global, trois objectifs spécifiques ont été identifiés :

(OS1) Qualitatif : Collecter et formaliser des connaissances sur la première version d'ESOGER afin de l'adapter aux besoins et à l'utilisation des acteurs des organismes du milieu communautaire.

(OS1a) Caractériser les intérêts, attentes et besoins des PA, PPA et acteurs du milieu communautaire intervenant auprès des PA.

(OS1b) Examiner les obstacles et leviers à l'utilisation d'ESOGER afin de formaliser des recommandations d'utilisation de la nouvelle version.

(OS2) Quantitatif : Examiner les effets de la nouvelle version d'ESOGER sur l'état de santé physique et mentale, la perte d'autonomie, l'isolement social, la qualité de vie des PA et la consommation de ressources en services et soins de santé.

(OS3) Qualitatif : Assurer la mise en œuvre d'un déploiement réussi – c'est-à-dire recevant une forte approbation des utilisateurs permettant une large diffusion et une pérennité d'utilisation dans le temps – et de le documenter sous forme d'un guide d'implantation de la nouvelle version d'ESOGER et de ses recommandations.

3. Principales questions de recherche ou hypothèses

La principale question de recherche de ce projet a concerné le codéveloppement, l'évaluation de la nature des effets et le déploiement d'une version améliorée d'ESOGER.

Nous avons formalisé l'hypothèse qu'ESOGER était (1) un outil clinique permettant de repérer la vulnérabilité des PA dans ses principales dimensions (*i.e.*, santé physique, mentale et sociale) en période de pandémie due à la COVID-19, (2) une nouvelle approche d'utilisation des services et soins de support du domicile dite « télépratique » reposant sur des interventions luttant efficacement contre la progression de l'altération de la santé physique et mentale, de la perte d'autonomie, de l'isolement social et les conséquences liées en période de confinement, (3) une solution maintenant les PA en meilleur état de santé avec une meilleure qualité de vie favorisant leur inclusion sociale et (4) qu'ESOGER pouvait être amélioré selon une approche participative basée sur la cocréation pour répondre encore davantage aux besoins et attentes de tous (*i.e.*, PA, PPA et organismes du milieu communautaire) afin (5) d'amplifier ses bénéfices et (6) de recevoir leur plus large approbation pour une large utilisation pérenne dans le temps.

Partie B – Méthodologie

Le plan d'étude était composé de trois phases successives qui répondent chacune aux objectifs spécifiques.

1. Phase 1 : Étude qualitative

Entre juillet et septembre 2021, 10 entretiens semi-dirigés ont été menés auprès de professionnels et partenaires de l'étude : L'Appui ; le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CSMTL); le Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM); Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD), Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA); la Croix-Rouge Canadienne, Québec (appelé par la suite la Croix-Rouge). Les entrevues portaient sur le déploiement d'ESOGER au sein d'organisations du ressort du CCSMTL. De plus, une entrevue supplémentaire a été menée avec un membre de l'équipe AgeTeQ afin d'obtenir des précisions sur ESOGER et sur la transition de la version 1 à la version 2. Une analyse complémentaire a été réalisée à partir des commentaires qualitatifs recueillis auprès des bénévoles (les 100 premiers rapports de la base de données d'ESOGER, effectués à partir de 1 037 appels à des personnes âgées.). Les entretiens ont été menés à l'aide du logiciel de vidéoconférence Zoom et enregistrés, avec le consentement des participants, en vue d'une transcription verbatim. Les données ont été codées et analysées thématiquement par deux membres de l'équipe à l'aide du logiciel de codage qualitatif Atlas. Ti (version 22.2.4).

2. Phase 2 : Étude quantitative

La nouvelle version d'ESOGER a été administrée, entre avril 2022 et janvier 2023, auprès d'une population de PA âgées de 65 ans et plus et, le cas échéant, leur PPA vivant à domicile sur le territoire du CCSMTL dans le cadre du *Projet Proximité Aînés* de la Croix-Rouge. Le questionnaire ESOGER a été administré à trois reprises aux participants à la recherche : lors du recrutement (M0), 3 mois après le recrutement (M3), puis 6 mois après le recrutement (M6). Les participants ont eu accès aux résultats de l'évaluation ESOGER et ont bénéficié d'une intervention et de recommandations selon leurs besoins par le *Projet Proximité Aînés* de La Croix-Rouge.

L'étude quantitative était un essai contrôlé randomisé (ECR) en deux groupes parallèles (intervention et contrôle) avec un suivi à M3 et à M6. Le groupe intervention a été informé dès la première évaluation du résultat de l'évaluation et a pu bénéficier des interventions déterminées par l'évaluation ESOGER. Le groupe contrôle a reçu les services et soins de supports habituels du domicile et a pu obtenir à leur tour des interventions d'ESOGER suite à la deuxième évaluation (à M3). L'équipe de La Croix-Rouge a administré le questionnaire ESOGER aux participants par téléphone. Le chercheur principal ou ses représentants ont administré des questionnaires supplémentaires sur la qualité de vie et l'autonomie. Les moyennes, les écarts-types, les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire les caractéristiques démographiques des participants ainsi que les résultats de l'évaluation à M0 et à M6, pour la population totale, et de manière séparée pour le groupe intervention et le groupe contrôle. Des régressions logistiques ont été utilisées afin d'examiner l'association entre l'intervention ESOGER et les variables d'intérêt (santé physique et mentale, perte d'autonomie, isolement social, consommation de ressources du RSSS). Toutes les statistiques ont été réalisées à l'aide de SPSS (version 24.0; SPSS, Inc., Chicago, IL). Les valeurs p inférieures à 0,05 seront considérées comme statistiquement significatives.

3. Phase 3 : Étude qualitative

L'étude qualitative a été menée sous forme d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 participants : 11 PA et leurs PPA (huit en français, trois en anglais), et quatre avec des membres de la Croix-Rouge qui ont administré et utilisé ESOGER (tous en français). Il convient de noter que deux des quatre utilisateurs d'ESOGER interrogés ont joué un double rôle entre l'équipe de recherche quantitative et la Croix-Rouge au cours de l'étude. Les entretiens ont eu lieu entre le 27 mai 2022 et le 20 juillet 2022. Les PA ont été recrutées parmi les participants à l'étude quantitative, après leurs évaluations ESOGER. Les membres de la Croix-Rouge ont été recrutés soit directement, soit par le biais d'un appel à la participation diffusé en interne par les membres de l'équipe de la Croix-Rouge. Les entretiens ont été menés par téléphone ou à l'aide du logiciel de vidéoconférence Zoom et enregistrés, avec le consentement des participants, en vue d'une transcription verbatim. Les données ont été codées et analysées thématiquement par deux membres de l'équipe à l'aide du logiciel de codage qualitatif *Atlas. Ti* (version 22.2.4).

Partie C – Principaux résultats

1. Les principaux résultats

1.1 Phase 1 : Étude qualitative

La première phase de l'étude avait pour objectif de comprendre l'expérience des parties prenantes liées à ESOGER et comment l'outil pourrait mieux répondre aux besoins des organismes concernés.

1/ Aspects généraux perçus d'ESOGER

Nous avons, tout d'abord, cherché à comprendre si et comment ESOGER était bénéfique pour les parties prenantes. ESOGER est un outil convivial qui peut être administré rapidement. Il a été déployé dès le début de la pandémie de COVID-19 et a constitué, pour certaines organisations, un outil supplémentaire dans leur arsenal en temps de crise, que ce soit dans l'identification des besoins ou dans le soutien aux PA dans le besoin. Alors que la vulnérabilité des PA s'est accrue pendant la pandémie, certaines organisations ont dû faire face à leurs propres défis qui entravaient leur capacité à fournir des services sociaux et de santé. En tant qu'outil pouvant être administré rapidement et à distance pour évaluer les niveaux de risque, ESOGER pourrait représenter un moyen de compenser les lacunes du système en période de crise. Les parties prenantes qui disposent déjà d'un personnel hautement qualifié ayant développé leur expertise respective en matière d'évaluation de la vulnérabilité ont également apprécié la possibilité d'intégrer des informations qualitatives dans le rapport et de signaler subjectivement les cas nécessitant une attention, une orientation et un suivi.

2/ Expériences des utilisateurs d'ESOGER (parties prenantes)

Les parties prenantes ont trouvé l'outil très utile et simple à utiliser et n'ont formulé que des commentaires mineurs pour améliorer l'interface. Elles ont exprimé beaucoup plus de commentaires sur la difficulté d'accès dans la langue de leur choix dans l'interface et sur la langue vernaculaire utilisée. Elles ont recommandé que la terminologie soit clarifiée à certains égards et qu'elle soit mieux adaptée aux utilisateurs locaux. Elles ont également souligné la nécessité de mieux intégrer ESOGER dans le flux de communication au sein des

organisations et d'adapter l'outil pour faciliter cette intégration. Cela inclut, par exemple, de trouver des moyens pour que les recommandations soient visibles dans le rapport final.

3/ Autres suggestions des parties prenantes

Les parties prenantes ont fait des suggestions concernant de nouvelles questions à ajouter ou des thèmes qui devraient être mieux développés dans ESOGER. Elles ont notamment suggéré d'ajouter des questions sur les chutes récentes et d'ajouter des questions spécifiques pour mieux évaluer le cadre de vie et l'autonomie. Par ailleurs, elles ont identifié des thèmes qui pourraient être plus développés dans le questionnaire, par exemple, le statut socio-économique et l'accès aux médicaments. Lorsque la Croix-Rouge administre le questionnaire, il est souvent nécessaire d'approfondir les questions une fois que la PA y a répondu. Pourtant, il est indispensable de rechercher un équilibre entre la brièveté et la simplicité et ces recommandations. Les parties prenantes ont clairement indiqué qu'elles souhaitaient que l'outil reste simple, court et accessible. Pour reprendre les mots d'un participant à cette étude : « Il est beau et on espère qu'il ne va pas se complexifier — c'est pas long, c'est clair! ». Un autre a mentionné qu'ESOGER est « un bel outil : une belle porte d'entrée qui vient cibler les grandes lignes et aller chercher les besoins qui sont urgents. Ça fait le tour, vraiment, des besoins primaires ».

La première phase de l'étude montre que ESOGER est un outil apprécié par les utilisateurs pour son utilité, sa simplicité, sa rapidité, son accessibilité et sa capacité à être utilisé à distance. L'accès à la langue de son choix, la clarification de certaines terminologies, une meilleure intégration d'ESOGER dans le flux de communication de l'organisme communautaire et l'ajout de questions sont les recommandations formulées.

1.2 Modifications opérées dans la nouvelle version d'ESOGER

ESOGER a évolué vers une version 2. Le questionnaire a été restructuré en plusieurs catégories : risque spécifique COVID-19, risque spécifique santé sociale, risque spécifique santé physique, proche aidant, questions socio-économiques et avis subjectifs de l'appelant pour améliorer la clarté du questionnaire. Un risque spécifique déshydratation a été conçu pour les périodes de fortes chaleurs et peut être ajouté aisément au questionnaire

lorsque ces périodes se présentent. Des questions ont été ajoutées quant au risque COVID comme la vaccination et les personnes contact pour s'adapter à l'évolution de la pandémie et des restrictions imposées par le gouvernement. Des questions sur la prise en charge par le CLSC ou des professionnels de santé ont été modifiées pour être allégées. Des questions portant sur la solitude et la possibilité de pouvoir compter sur quelqu'un ont été ajoutées. Une question sur le supplément de revenu garanti a été retiré dans la nouvelle version.

1.3 Phase 2 : Étude quantitative

1/ Les caractéristiques des participants lors de l'évaluation initiale

Au total, nous recensons 157 participants¹ à l'étude qui ont testé la nouvelle version d'ESOGER à M0 et M3, 80 étant dans le groupe intervention et 77 dans le groupe contrôle. Aucune différence significative entre les groupes n'a été observée en ce qui concerne les caractéristiques des participants au moment de leur inclusion.

Pour les caractéristiques démographiques, la moyenne d'âge s'établit autour de 76 ans pour les deux groupes et 65,6% des participants sont des femmes. Concernant l'isolement et le soutien, 27,4% des participants reçoivent une aide à domicile de la part d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un professionnel pour des activités de la vie quotidienne, et 40,1% sont isolés socialement, c'est-à-dire qu'ils vivent seuls et ne reçoivent pas d'aide à domicile. S'agissant de l'autonomie, 14% de l'échantillon sont considérés comme dépendants physiquement selon le critère ADL, 35% prennent plus de 5 médicaments (hors vitamines) par jour, 24,2% ont besoin d'une aide pour la marche et 8,3% ont des difficultés d'orientation temporelle.

Les analyses suivantes s'intéressent aux différences à M0 et M3, entre le groupe intervention et le groupe contrôle, sur la consommation de ressources du RSSS. Les analyses quantitatives des données à M6 et sur les variables santé mentale et qualité de vie sont en cours.

¹ Au total, 213 individus ont testé ESOGER à M0 et M3 pendant l'étude. Pour les analyses quantitatives, nous avons décidé de conserver et d'analyser les données de 157 personnes pour qui les données sont complètes. Les participants à l'étude avec des données manquantes ont été retirés de l'analyse.

2/ Comparaison entre l'incidence des événements indésirables entre le groupe intervention et le groupe contrôle à M3

Le nombre de consultation chez le médecin, le nombre de visites aux urgences et le nombre d'hospitalisations chez les participants à l'étude sont significativement plus faibles dans le groupe intervention que dans le groupe contrôle à M3 ($P \leq 0.01$). Ainsi, à M3, 56,3% des participants du groupe intervention ont eu une consultation chez le médecin (contre 75,3% des participants du groupe contrôle), 11,3% du groupe intervention se sont rendus aux urgences (contre 27,3% du groupe contrôle) et 6,3% des participants du groupe intervention ont été hospitalisés à M3 (contre 19,5% des participants du groupe contrôle).

3/ Régressions logistiques montrant l'association entre l'intervention et l'incidence des événements indésirables à M3

Les régressions logistiques ont permis de montrer l'association entre l'intervention – l'administration du questionnaire ESOGER et l'intervention de la Croix-Rouge – et l'incidence des événements indésirables comme le nombre de consultations chez le médecin, le nombre de visites aux urgences et le nombre d'hospitalisation. Cette régression logistique a été menée sur les données des participants à M3 et chaque modèle logistique a été réalisé séparément, c'est-à-dire avec une seule variable dépendante. Les rapports des cotes pour chacune des variables dépendantes étant toutes inférieures à 1 ($P < 0.05$), cela signifie alors que la probabilité d'occurrence de l'événement indésirable est plus élevée pour les individus qui n'ont pas eu l'intervention. Nous pouvons ainsi démontrer que le fait de ne pas bénéficier de l'intervention est significativement associé à un nombre plus élevé de consultations chez le médecin, de visites aux urgences et d'hospitalisations.

Les résultats l'essai clinique randomisé montrent que l'intégration d'ESOGER combiné à l'intervention de la Croix-Rouge est associée à un nombre plus faible de consultations chez le médecin, de visites aux urgences et d'hospitalisations après 3 mois d'intervention.

1.4 Phase 3 : Étude qualitative

Pour la dernière phase de l'étude, le laboratoire ACT a réalisé une étude qualitative ayant pour but, d'une part, de recueillir les commentaires sur la deuxième version d'ESOGER auprès d'utilisateurs ayant une expérience significative de l'outil (principalement des bénévoles et des professionnels de la Croix-Rouge) sur sa facilité d'utilisation, visant son amélioration. D'autre part, cette phase a pour objectif d'interroger les PA sur leurs expériences avec ESOGER et les services connexes qu'elles ont reçus dans le cadre du *Projet Proximité Aînés* de la Croix-Rouge (pour lequel ESOGER est l'outil de dépistage principal). Dû à son contexte de déploiement, nous avons également interrogé les PA sur le sujet plus large de la télésanté.

1/Les rétroactions des acteurs de la Croix-Rouge

Les acteurs de la Croix-Rouge (aussi désignés « appelant ») ont rencontré divers défis lors des appels téléphoniques ESOGER avec les personnes âgées. Bien qu'ils avancent avoir reçu une formation adéquate, ils ont indiqué avoir dû s'adapter et improviser, notamment en gérant les aspects émotionnels et affectifs des appels : autant le partage d'anecdotes et de rires, que la confrontation à des situations de précarité ou d'isolement social. Pour gérer la divulgation d'informations sensibles, ils utilisent la « boîte ouverte » en fin de questionnaire. Des défis liés au téléphone incluent des problèmes auditifs, techniques et linguistiques, ainsi que des suspicions de fraude de la part des personnes âgées. Pour établir la crédibilité, certains appelants utilisent un « mot de passe » commun avec les personnes âgées.

En général, les acteurs de la Croix-Rouge ont décrit la plateforme comme étant facile à utiliser et le questionnaire comme étant simple à administrer. Les acteurs de la Croix-Rouge, qui étaient familiers avec la version précédente d'ESOGER, ont apprécié les changements apportés. Ils qualifient la nouvelle version comme plus claire et plus exhaustive, et décrivent la transition vers la nouvelle plateforme comme étant facile et fluide. Bien que l'utilisation du questionnaire ne soit pas toujours intuitive du premier coup — par exemple, certains bénévoles ont initialement créé des profils sous leur propre nom — un membre de la Croix-Rouge commente qu'« il faut seulement bien le faire la première fois ». Les appelants ont suggéré de mieux harmoniser le formulaire de consentement au questionnaire ESOGER pour éviter les répétitions de questions, d'ajouter des questions sur la

santé mentale, notamment sur l'anxiété. Certains bénéficiaires, surtout les couples, ne se reconnaissent pas toujours comme des proches aidants, ce qui nécessiterait une clarification des termes. Une « boîte à outil » (ou cheat sheet) avec des définitions explicites pourrait aider les appelants à mieux comprendre et à gérer ces situations.

2/ L'expériences des bénéficiaires âgés

La majorité des bénéficiaires du *Projet Proximité Aînés* (n=7, 64%) ont exprimé une impression positive, soulignant le sentiment de sécurité et la rapidité du processus comme valeur principale du service. Face aux multiples ressources disponibles, l'utilisation d'ESOGER par la Croix-Rouge permet également d'orienter les bénéficiaires vers les organismes et les services adéquats en fonction de leurs besoins, ce qui est particulièrement apprécié par les proches aidants dû à leur horaire chargé. Les appels de suivi aux trois mois sont également appréciés pour leur dimension préventive, renforçant ainsi le lien de confiance entre les bénéficiaires et la Croix-Rouge. Cependant, deux bénéficiaires ont trouvé le processus d'appel épuisant et parfois frustrant en raison de sa longueur et du manque de résultats concrets, ce qui souligne l'importance de trouver un équilibre entre l'efficacité et la charge pour les bénéficiaires.

Concernant le questionnaire ESOGER, il est généralement bien perçu pour sa clarté et sa courte durée. Généralement, l'évaluation est décrite comme complète, par des questions qui abordent les diverses dimensions de la santé, autant d'ordre médical, que social et psychologique: « Les questions étaient précises et puis... elles englobaient pas mal tout le portrait de ce que je pouvais vivre ». Cette bénéficiaire ajoute qu'elle a apprécié en particulier les questions sur son statut de proche aidant.

À propos du questionnaire en soi, une bénéficiaire remarque qu'il y a beaucoup de questions sur la santé physique, mais peu qui portent directement sur la dégradation de la condition cognitive et mentale. Par conséquent, elle suggère d'incorporer plus de questions sur ce sujet permettrait de mettre en relief la perte d'autonomie qui lui sont associées.

3/ Réflexions des personnes âgées sur la télésanté

Dans l'ensemble, les bénéficiaires ne manifestent pas une forte réticence envers la télésanté, mais ils préfèrent généralement les services en présentiel. Leurs opinions sur la télésanté sont ambivalentes et sont en fonction de la situation dans laquelle la télésanté est déployée. Par exemple, certains voient des avantages tels que la réduction des déplacements et la facilité de renouvellement des prescriptions, tandis que d'autres soulignent des limites, notamment liées aux compétences et à l'accès à la technologie et aux conditions de santé des bénéficiaires (ex. problème auditif ou trouble neurocognitif). Certains trouvent la télésanté « expéditive » et « impersonnelle », ce qui peut entraîner un sentiment de manque de soutien. Concernant le sujet du partage d'informations personnelles par téléphone, une minorité exprime de la méfiance et la majorité se sent à l'aise (n=7, 64%). De plus, cela soulève la question du rôle de la pandémie dans la normalisation du partage d'information personnelle au téléphone, comme l'illustre le commentaire d'un bénéficiaire disant y être « habitué depuis la COVID ».

Les résultats de la phase 3 de l'étude montrent que la plateforme et le questionnaire ESOGER sont faciles à utiliser et les changements opérés sur la nouvelle version sont appréciés par l'équipe de La Croix-Rouge, les principaux utilisateurs. Le questionnaire ESOGER est perçu comme court, clair et complet par les PA interrogées. Des défis ont été rencontrés par la Croix-Rouge lors de l'administration du questionnaire : problèmes techniques, linguistiques, auditifs, suspicion de fraude et gestion des émotions et affects des PA. Des suggestions ont été données pour améliorer le questionnaire : harmonisation du formulaire de consentement, ajout de questions sur la santé mentale et la cognition, et la création d'une « boîte à outils ».

2. Retombées immédiates, prévues et contributions sur l'avancement des connaissances

2.1 Une intervention efficace pour répondre aux enjeux de la prise en charge des PA vivant à leur domicile

La prise en charge des PA à domicile est un enjeu majeur pour le gouvernement et le réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Avant la pandémie, on estimait déjà que 291 200 PA sur les 406 000 (soit 72%) ayant plusieurs incapacités recevaient au moins un service et/ou soin du support à domicile payé en tout ou partie par

le MSSS. Il restait donc approximativement 100 000 personnes ayant des incapacités modérées ou sévères qui ne recevaient aucun service public ou privé financé par le MSSS⁷. Ce sont les aînés les plus âgés et aux revenus les plus faibles qui sont les plus susceptibles de ne pas recevoir l'aide dont ils ont besoin⁸. Les prédictions des besoins de prise en charge et de soutien aux personnes aînées au Québec d'ici les 15 ans à venir sont inquiétantes. Selon le rapport de la Chaire de recherche Jaques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal⁹, le Québec connaîtra une hausse significative des besoins en soutien à l'autonomie passant de 324 400 personnes en 2023 à 408 000 en 2030, puis à 547 900 en 2040. Ce qui signifie une hausse du nombre d'heures de soins infirmiers, d'assistance pour les activités de la vie quotidienne et de soutien pour les activités de la vie domestique, évaluée à 236.2 millions d'heures annuelles additionnelles d'ici 2040 et une augmentation massive du coût du soutien à l'autonomie pour le gouvernement du Québec estimé à 16.5 milliards de dollars en 2040⁹. Le vieillissement démographique et la prise en charge de la perte d'autonomie des aînés québécois représente alors un défi de taille pour l'allocation de soins et services par le RSSS. La population québécoise montre par ailleurs une préférence à rester à vivre à domicile le plus longtemps possible⁹ et ainsi à bénéficier de soins et services à domicile adaptés à leur niveau d'autonomie et leurs besoins. ESOGER constitue alors une solution pour faire face à ce défi, en allouant de manière plus efficiente les ressources des soins et services du RSSS et en diminuant les consultations chez le médecin, les visites aux urgences ou hospitalisations qui peuvent être évitées. En effet, le Commissaire à la santé et au bien-être a conseillé, en janvier 2024, une transformation du système de santé pour relever le défi actuel et futur du soutien à domicile, notamment en améliorant la qualité des services du soutien à domicile et leur efficacité¹⁰. ESOGER pourrait alors s'inscrire dans la dynamique de transformation et d'amélioration de l'efficacité du système de santé pour assurer l'octroi des soins et services en nombre suffisant au vu de l'augmentation massive des besoins des PA à domicile.

2.2 Une implantation et utilisation d'ESOGER à la Croix-Rouge Canadienne, Québec

ESOGER a été implanté au sein du *Projet Proximité Aînés* de la Croix-Rouge Canadienne, Québec déployé aux CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal, CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal et CISSS des Laurentides. Ce

programme s'adresse aux PA âgées de 65 ans et plus et inscrites sur la liste d'attente GACO. ESOGER a été intégré au sein du programme comme outil d'évaluation des besoins des PA à leur premier appel. Les bénévoles du programme administrent ESOGER aux PA par téléphone. Les analystes de La Croix-Rouge offrent un soutien téléphonique, des informations et une orientation vers des ressources de proximité communautaires ou cliniques sur la base de l'analyse du rapport produit par ESOGER. Des discussions sont en cours pour une intégration d'ESOGER au sein de La Croix-Rouge Canadienne au niveau d'autres provinces du Canada.

2.3 Une expérimentation d'ESOGER à la clinique gériatrique de l'IUGM

Depuis juillet 2022, la clinique d'expertise gériatrique (CEG) et la clinique des chutes à l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (IUGM) expérimentent l'implantation d'ESOGER dans les pratiques infirmières courantes des cliniques. ESOGER est actuellement utilisé dans le cadre d'une première visite d'un nouveau patient aux CEG et clinique des chutes. L'infirmière administre ESOGER par téléphone avec le nouveau patient avant sa première visite avec le gériatre. Des rencontres régulières ont été réalisées avec les infirmières et gériatres qui ont testé ESOGER pour avoir des retours sur l'intégration et l'appréciation de l'outil. Des questions ont été ajoutées dans un module supplémentaire gériatrique pour adapter l'outil au plus près des besoins des utilisateurs d'ESOGER (*i.e.*, infirmières et gériatres de la CEG et clinique des chutes). Lors de la dernière réunion avec l'équipe médicale, en avril 2024, ESOGER était perçu comme un outil rapide, facile d'utilisation notamment avec la possibilité de traduire l'entièreté du questionnaire en anglais automatiquement. Des ajustements sur le questionnaire et les tests sont en cours.

2.4 Une implantation à venir au CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal

ESOGER a été présenté à la Communauté bienveillante envers les PA du CCSMTL en juin 2021, puis à l'Association pour la Santé Publique du Québec en juillet 2022, au MSSS en septembre 2022 et à la Table des chefs du CCSMTL en octobre 2022. Le CCSMTL et le laboratoire AgeteQ ont depuis échangé sur les multiples possibilités d'intégration d'ESOGER dans les services du CCSMTL et dans les pratiques des infirmières ou travailleurs sociaux.

Une analyse de sécurité a été effectuée pour s'assurer du respect des normes et des règles de sécurité du questionnaire ESOGER sur la plateforme développée par le prestataire Code Lion. L'analyse de sécurité représente un coût financier, estimé à plus de 120 000\$, et un travail conséquent pour le personnel de l'équipe du laboratoire AgeTeQ (plus de 10 réunions organisées et 8 documents et rapports de sécurité demandés), si bien qu'il a présenté des obstacles et un retard à la bonne intégration d'ESOGER au CCSMTL. L'analyse de sécurité est en cours de finalisation. Des discussions sont menées pour implanter ESOGER à la Direction des Services Généraux et Partenariats Urbains (DSGPU) du CCSMTL. ESOGER sera prochainement présenté au Comité de Coordination Clinique et Universitaire (CCCU) pour identifier les autres directions intéressées par l'intégration d'ESOGER dans leurs pratiques.

Partie D – Pistes de solution ou d’actions soutenues par les résultats de la recherche

1. Discussion des conclusions et possibilités de déploiement

ESOGER est un questionnaire qui a été développé en pleine pandémie de la COVID-19 alors que les ressources de services et soins de santé ont été submergées par les besoins des PA. L’étude a permis de démontrer que ESOGER est un outil apprécié pour son utilité, sa simplicité, sa rapidité et sa facilité d’utilisation à distance par les utilisateurs et les parties prenantes de la recherche. Une nouvelle version d’ESOGER a été développée et les changements opérés sur cette version ont été appréciés par l’utilisateur principal d’ESOGER, la Croix-Rouge Canadienne, Québec. Son déploiement au sein du *Projet Proximité Aînés* de l’organisme a démontré la capacité d’intégrer l’outil au sein d’une organisation du travail, d’une équipe et d’une infrastructure informatique d’un organisme communautaire qui joue un rôle décisif dans la prise en charge des PA au Québec. La plateforme et la nouvelle version du questionnaire ESOGER ont été jugés faciles d’utilisation par l’équipe de La Croix-Rouge, et comme court, clair et complet par les PA interrogées ainsi que leurs proches aidants. Plusieurs défis ont été relevés liés à l’administration du questionnaire, comme des problèmes techniques, linguistiques ou de suspicion de fraudes. Cependant, l’intervention de la Croix-Rouge a permis la recommandation de services de soins de santé appropriés au moment où les PA en avaient urgemment besoin. L’étude quantitative a par ailleurs démontré que l’intégration d’ESOGER et l’intervention de la Croix-Rouge sont associées à une utilisation moindre de certaines ressources de santé qui sont déjà submergées, comme les consultations chez les médecins, les visites aux urgences et les hospitalisations chez les patients âgés de 65 ans et plus. En tant qu’outil pouvant être administré rapidement et à distance pour évaluer les niveaux de risque de santé, ESOGER a démontré son potentiel pour compenser les lacunes du système de santé en période de crise lorsqu’il est intégré dans le continuum de soins et services de santé.

Étant donné la hausse future des besoins de prise en charge des PA à domicile, ESOGER pourrait être déployé au sein d’organismes communautaires, de services de santé publics ou privés pour repérer les PA vulnérables,

déterminer s'il existe une rupture de couverture des besoins essentiels, prioriser les besoins en soins et services et proposer des recommandations d'interventions à mettre en place tout en contribuant à la dynamique de transformation et d'amélioration de l'efficacité du système de santé.

2. Limites des résultats

Les points forts de cette étude sont (1) la combinaison d'études qualitatives et quantitatives à différentes étapes du projet et avant et après le développement de la nouvelle version d'ESOGER et (2) la mise en place d'un essai contrôlé randomisé sur 6 mois avec un passage de questionnaires à 3 reprises. Toutefois, certaines limites doivent être prises en compte. Concernant l'étude quantitative, correspondant à la phase 2 de l'étude, trois limites ont été observées. Premièrement, l'étude a été réalisée auprès de participants âgés rattachés au CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal et donc vivant dans un secteur urbain. L'intervention de la Croix-Rouge et la recommandation de services et soins pour ces patients âgés dépendent donc des services proposés dans le secteur du CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. Des études complémentaires pourraient être réalisées dans des régions moins urbaines en partenariat avec un autre acteur communautaire implanté dans la région choisie. Deuxièmement, l'étude a pu montrer qu'il existe une association entre l'intervention et la diminution du nombre de consultations chez le médecin, le nombre de visites aux urgences et le nombre d'hospitalisation sans démontrer les liens de causalité entre ces événements. Troisièmement, l'étude n'a pas permis de démontrer que l'administration d'ESOGER cumulé à une intervention de la Croix-Rouge avait un impact significatif sur l'état de santé physique et mentale, la perte d'autonomie, l'isolement social et la qualité de vie des PA. Plusieurs raisons peuvent être données : l'étude quantitative a débuté en avril 2022, au moment où de nombreuses restrictions quant à la libre circulation des personnes et au port du masque ont été suspendues. Ainsi, la fin de ces restrictions a pu avoir un impact plus important sur l'isolement, la qualité de vie et la santé physique et mentale des PA que l'intervention mise en place. Par ailleurs, l'intervention de La Croix-Rouge peut avoir eu un effet à plus long-terme que 6 mois, dépendamment des services conseillés par l'acteur communautaire et le délai de latence de mise en place de ces services.

Par ailleurs, l'équipe ACT a retenu deux limites lors de la réalisation de l'étude qualitative effectuée pendant la troisième phase. La première limite est le recrutement des participants à l'étude qualitative. Initialement, les entrevues devaient être réalisées auprès de 20 bénéficiaires et seules 11 ont pu être programmées puisque certaines PA n'étaient pas aptes à répondre aux questions (ou n'étaient pas à l'aise de le faire), ne se rappelaient pas d'avoir répondu à ESOGER, ne répondaient pas aux appels, ou avaient retiré leur participation du projet de recherche. La majorité des répondants étaient des personnes proches aidantes (9 sur 11 appels). Il est à noter qu'il était beaucoup plus facile de rejoindre et de faire des entrevues avec les proches aidants en raison des défis de santé éprouvés par les PA visées par ESOGER. Du côté de la Croix-Rouge, le roulement du personnel que vivait l'organisation a posé de nombreux obstacles. En effet, au cours de la période de collecte de données, l'équipe de la Croix-Rouge a perdu un analyste, un coordinateur, de nombreux bénévoles et une infirmière de liaison. En raison du temps nécessaire pour pourvoir ces postes et pour que les nouveaux arrivants acquièrent une expérience significative de l'outil, une seule entrevue a pu être effectuée avec une gestionnaire de la Croix-Rouge. De plus, seul un bénévole a répondu à l'appel à participation, même après avoir offert une carte cadeau afin de motiver la participation à l'étude. La deuxième limite est l'absence d'inclusion des personnes qui ont abandonné l'étude, des anciens bénévoles et employés de la Croix-Rouge, et des représentants du secteur communautaire non impliqués dans l'initiative ESOGER-Croix-Rouge. Entre autres, il a été décidé d'éviter de contacter les organisations communautaires non impliquées dans le *Projet Proximité Aînés* en raison du mandat de recherche, des tensions existantes autour du projet¹¹ et de la tendance, observée au-delà de la portée de cette étude, de solliciter à l'excès (tout en sous-rémunérant souvent) les organisations communautaires de base pour leur expertise. Bien qu'elle soit incroyablement importante, l'équipe de recherche qualitative a également estimé que cette consultation communautaire n'aurait pas l'impact escompté à ce stade final du projet, et qu'elle serait donc plus fructueuse dans les phases antérieures des futures initiatives de recherche. Il a été finalement choisi de consulter des documents publics décrivant la position d'un acteur clé du secteur communautaire aîné de

Montréal sur le *Projet Proximité Aînés* et les initiatives connexes, dans l'intention de compléter et de contextualiser les résultats sans exacerber les tensions et surcharger les organisations déjà à bout de souffle.

Partie E – Nouvelles pistes ou questions de recherche

L'équipe de recherche AgeTeQ est fière d'avoir conçu, développé, amélioré, déployé et expérimenté le questionnaire ESOGER dans deux milieux preneurs (la Croix-Rouge Canadienne, Québec et la CEG et clinique de chutes de l'IUGM) en l'espace de 4 ans. Lors des études qualitatives, il a été mis en évidence qu'ESOGER est un outil simple à utiliser, facile d'accès, court, complet qui peut répondre aux besoins des professionnels de santé et travailleurs sociaux ainsi que donner lieu rapidement à des recommandations d'interventions pour les PA dans un contexte d'augmentation massive des besoins de prise en charge pour les PA vivant à domicile au Québec.

Il serait intéressant d'évaluer l'intégration d'ESOGER dans le milieu preneur qu'est le CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal. Une nouvelle recherche pourrait porter sur la cocréation et l'adaptation de l'outil au fonctionnement, à l'organisation du travail et à l'infrastructure technique de la structure tout en répondant aux besoins des professionnels de santé et travailleurs sociaux d'avoir une évaluation rapide et régulière des risques de santé des PA dans ce secteur. Intégré dans un outil informatisé et optimisé, il pourrait permettre de donner des indicateurs de suivi des PA, de leur évaluation de santé, autonomie, qualité de vie, santé physique et mentale et ainsi que leur prise en charge dans le RSCS, aux décideurs tout en facilitant le repérage des PA vulnérables. Une recherche combinant méthodologies qualitative et quantitative pourrait évaluer la capacité d'ESOGER à s'intégrer dans le continuum des services et soins de santé d'un acteur de santé publique et mesurer son efficience à prendre en charge efficacement et rapidement les PA les plus vulnérables.

Partie F – Références et bibliographie

1. Ministère de la Santé et Services Sociaux Québec. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>
2. Hubbard RE, Maier AB, Hilmer SN, Naganathan V, Etherton-Beer C, Rockwood K. Frailty in the Face of COVID-19. *Age Ageing*. 2020 [Epub ahead of print]
3. Beauchet O. *Aging Clin Exp Res*. The expert COVID-19 team for older persons of the Quebec Health and Social Services Ministry. 2020;32:1625-1626.
4. Institut National d'excellence en santé et services sociaux : évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspective pour l'évolution de la mesure. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/evaluation-du-continuum-de-soins-et-services-aux-aines-perspectives-pour-levolution-de-la-mesure.html>
5. Liang SC, Wei PC, Ma HL, Hsiao SH; Higher Fall Rate of Admitted Patients During the Ongoing COVID-19 Epidemic: Is It Coincidence or Not? *J Patient Saf*. 2020.
6. Beauchet O, Cooper-Brown L, Ivinsky V, Launay CP. Telemedicine for housebound older persons during the Covid-19 pandemic. *Maturitas*. 2020;142:8-10.
7. Hébert G. L'armée manquante au Québec : Les services à domicile. *IRIS 2017* :1-15
8. Gingras, Lucie (2020). Enquête sur la maltraitance envers les personnes âgées au Québec 2019. Portrait de la maltraitance vécue à domicile, [En ligne], Québec, Institut de la statistique du Québec, 153 p. [www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/securite/victimisation/maltraitance-personnes-aines-domicile-2019-portrait.pdf].
9. Clavet, N.-J., Hébert, R., Navaux, J., Raïche, M. et Michaud, P.-C. (2023). Horizon 2040 : Projections des impacts du soutien à l'autonomie au Québec, Rapport de la Chaire de recherche Jacques-Parizeau en politiques économiques de HEC Montréal remis au Commissaire à la santé et au bien-être.
10. Le Commissaire à la santé et au bien-être, 2024. Rapport – Bien vieillir chez soi. Tome 4 – Une transformation qui s'impose, Commissaire à la santé et au bien-être. Québec. Canada. [consulté en Avril 2024]. Disponible en ligne : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2024/Rapport_final_SAD/CSBE-Rapport_Soutien_Domicile_Tome4.pdf
11. Avis sur la gériatrie sociale et autre projet, COMACO, Février 2021

Annexes

Annexe 1 : Lettre de soutien du MSSS pour l'utilisation d'ESOGER dans les programmes-services SAPA du Québec

Annexe 2 : Formulaire de consentement de l'étude qualitative (Phase 1)

Annexe 3 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 1)

Annexe 4 : Protocole de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 5 : Formulaire de consentement de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 6 : Questionnaires de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 7 : Formulaire de consentement de l'étude qualitative (Phase 3)

Annexe 8 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 3)

Annexe 9 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 1)

Annexe 10 : Diagramme de flux de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 11 : Tableaux de résultats de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 12 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 3)

Annexe 1 : Lettre de soutien du MSSS pour l'utilisation d'ESOGER dans les programmes-services SAPA du Québec



Direction générale des aînés et des proches aidants

Québec, le 22 octobre 2020

Docteur Olivier Beauchet
Olivier.beauchet@mcgill.ca

Monsieur le Docteur,

La présente vise à vous informer que nous accueillons favorablement votre proposition d'outil de repérage sociogériatrique des aînés à risque (ESOGER 1). C'est pourquoi en date du 14 octobre dernier, nous avons informé les directeurs du programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées des établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) de la possibilité de mettre à l'essai l'ESOGER 1.

Considérant la rareté de la main-d'œuvre en contexte de pandémie, nous informerons les établissements se portant volontaires que le processus de validation implique la participation de professionnels de la santé et d'intervenants sociaux, possiblement de leurs équipes sous leur direction. Nous leur précisons également que votre organisation s'assure des installations informatiques sécuritaires pour l'hébergement des informations personnelles et sensibles comme exigé dans le RSSS.

Nous tenons à vous remercier pour cette proposition. La première vague de pandémie de la COVID-19 a été des plus exigeantes pour les aînés confinés. À la lumière de ces constats, nous sommes très conscients du besoin de repérer les personnes âgées isolées vulnérables.

Nous souhaitons établir une collaboration aux fins de partage de connaissances du déroulement des mises à l'essai.

... 2

Pour tout renseignement supplémentaire concernant cette demande, vous pouvez communiquer avec monsieur Vincent Defoy, à l'adresse suivante : vincent.defoy@msss.gouv.qc.ca.

Veillez agréer, Monsieur le Docteur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La sous-ministre adjointe,



Natalie Rosebush

c. c. M^{me} Dominique Savoie, MSSS

N/Réf : 20-PA-00219

Annexe 2 : Formulaire de consentement de l'étude qualitative (Phase 1)



INFORMATION AND CONSENT FORM

Study Title: Evaluation of the implementation of ESOGER: a risk assessment tool for isolated older persons and older informal caregivers during COVID-19

Researcher: Kim Sawchuk

Researcher's Contact Information: Department of Communication Studies of Concordia University (kim.sawchuk@concordia.ca, 514-848-2424 x2557) or 514-299-0174 (cell)

Source of funding for the study: FRQSC

You are being invited to participate in the research study mentioned above. This form provides information about what participating would mean. Please read it carefully before deciding if you want to participate or not. If there is anything you do not understand, or if you want more information, please ask the researcher or a member of her research team.

A. PURPOSE

The purpose of this project is to research your responses to the Évaluation SOcio-GÉriatrique (ESOGER) tool.

B. PROCEDURES

If you participate, you will be asked to take part in an interview (via Zoom) lasting approximately 45 minutes to an hour, answering questions focused on your experience with and/or perspective on the tool and its use to assess vulnerability of older adults and older informal caregivers.

- You can choose which questions you would like to answer;
- Your interview will be audio and video recorded on Zoom and transcribed but identifying information will be removed from the transcription.
- Information from your interview will be used to produce a final report that presents recommendations for improving the ESOGER tool for older adults and for adapting it for older informal caregivers.
- All of the data will be stored securely and password-protected on the cloud (Microsoft Sharepoint), and housed at a server located at Concordia University accessible through the primary researcher's secure account.

In total, participating in this study will take approximately 1.5 hours.

C. RISKS AND BENEFITS

Your participation will help the researcher to gain a better understanding of how to design and implement a tool that seeks to provide resources to older adults in positions of vulnerability to improve their health and wellbeing.

We do not foresee any major risks to participating in the interview. You can withdraw at any time. You will also be provided with a list of support resources in Montreal if you feel any discomfort.

D. CONFIDENTIALITY

We will keep the information gathered after the end of the study at the ACT Lab (part of engAGE).

We intend to publish the results of the research. While the researchers will know your identity, your identity will be removed from any reports and publications that will be developed from this research project. We will remove markers that may lead to your identification, including your name and role in the project.

F. CONDITIONS OF PARTICIPATION

You do not have to participate in this research. It is purely your decision. If you do participate, you can stop at any time. You can also ask that the information you provided not be used, and your choice will be respected. If you decide that you don't want us to use your information, you must tell the researcher 30 days after your interview. If you choose to withdraw from the project all the information we gathered from your participation will be shredded, deleted, or otherwise destroyed. There are no negative consequences for not participating, stopping in the middle, or asking us not to use your information. To withdraw from this research, please contact:

Dr. Kim Sawchuk

Kim.sawchuk@concordia.ca

515-299-0174

G. PARTICIPANT'S DECLARATION

I have read/heard and understood this form. I have had the chance to ask questions and any questions have been answered. I agree to participate in this research under the conditions described.

NAME (please print)

SIGNATURE _____

DATE _____

If you have questions about the scientific or scholarly aspects of this research, please contact the researcher. Their contact information is on page 1. You may also contact their faculty supervisor.

If you have concerns about ethical issues in this research, please contact the Manager, Research Ethics, Concordia University, 514.848.2424 ex. 7481 or oor.ethics@concordia.ca.

Annexe 3 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 1)

Grilles d'entretien (phase 1)

Pré-Entrevue - Criblage des Parties Prenantes -- Organismes communautaires

Nom de la partie prenante:

Date de la rencontre:

Interviewer:

Introduction

- Introduire l'équipe CONCORDIA
- Préciser que cet appel dure juste quelques minutes - le temps de comprendre le rôle de la personne par rapport à l'outil ESOGER et présenter cette étude.
- Objectifs de notre étude:
 - Comprendre l'expérience ESOGER pour les utilisateurs
 - Avoir leurs avis sur les derniers changements pour ESOGER V2
 - Comprendre comment ESOGER s'intègre dans leurs structures de suivi et d'intervention

Section 1: ROLE / EXPERIENCE avec ESOGER

Questions	Notes
Êtes vous familier/ère avec l'outil ESOGER? Si oui - voir ci-dessous. Si non - voir <u>section</u>	
Pourriez-vous nous en dire plus sur votre rôle dans votre organisme?	
Avez-vous utilisé cet outil vous-même avec des répondants/patients?	
Si oui:	

<ul style="list-style-type: none"> • A quelle fréquence utilisez-vous ESOGER environ? • Savez-vous combien de personnes âgées ont été appelées avec l'outil ESOGER? • Savez-vous si d'autres personnes utilisent cet outil dans votre organisme? (essayer de voir si on peut les contacter) 	
<p>Si non:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Connaissez-vous quelqu'un dans votre organisme qui l'aurait utilisé et pourrait nous donner leur avis? • Comment pourrions-nous les contacter? • Souhaiteriez-vous quand même participer à cette étude? 	
<p>SI OUI - ILS SOUHAITENT PARTICIPER:</p> <p><i>L'équipe du Dr. Beauchet a développé une nouvelle version d'ESOGER et nous essayons d'avoir l'avis des organismes partenaires. Nous allons vous envoyer la dernière version du questionnaire, ainsi que l'outil actuel en ligne afin que vous puissiez le tester dans son environnement virtuel. Ensuite, nous allons organiser un appel avec vous afin d'entendre vos impressions et de comprendre votre processus d'utilisation de l'outil ESOGER.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Peut-on confirmer votre adresse email? • Serait-il possible de fixer une date dès maintenant pour l'appel vidéo qui suivra? 	

S'ils ne sont pas familier avec l'outil ESOGER:

ESOGER est un outil qui a été mis en place depuis COVID-19 afin de localiser des personnes âgées, isolées et vulnérables afin de permettre une intervention ciblée et rapide, si besoin. Nous travaillons sur une nouvelle version et l'avis des organismes utilisateurs est clefs pour finaliser sa conception. *Nous allons vous envoyer la dernière version du questionnaire, ainsi que l'outil actuel en ligne afin que vous puissiez le tester dans son environnement virtuel. Ensuite, nous allons organiser un appel avec vous afin d'entendre vos impressions et de comprendre votre processus d'utilisation de l'outil ESOGER.*

Connaissez-vous quelqu'un d'autre dans votre organisme qui l'aurait utilisé ou qui serait directement concerné et pourrait nous donner leur avis? Comment pourrions-nous les contacter?

Grille d'Entrevue - Parties Prenantes - Organisme communautaire

Introduction

Introduction

- Introduire l'équipe CONCORDIA
- Préciser que cet appel dure juste quelques minutes - le temps de comprendre le rôle de la personne par rapport à l'outil ESOGER et présenter cette étude.
- Objectifs de notre étude:
 - Comprendre l'expérience ESOGER pour les utilisateurs
 - Avoir leurs avis sur les derniers changements pour ESOGER V2
 - Comprendre comment ESOGER s'intègre dans leurs structures de suivi et d'intervention

Nom de la partie prenante:

Date de l'entrevue:

Interviewer:

Preneur de Notes:

Section 1: Contexte

Questions	Notes
Selon vous, pourquoi est-ce que ESOGER a été mis en place?	
Est-ce que vous trouvez cet outil utile?	
En quoi cet outil est en phase avec le mandat de votre organisme?	
Est-ce que vous comptez continuer de l'utiliser? Si non/oui : pourquoi?	
Selon vous, pour quels type d'organisme ou d'intervenant est-ce utile d'utiliser ESOGER ?	
Selon vous, pour quel profil de personnes âgées / répondants est-ce qu'Esoger est le plus pertinent?	
Si jamais ils n'ont jamais utilisé ESOGER: Est-ce que vous pensez qu'ESOGER peut vous être utile? A quelle fréquence est-ce que vous utiliseriez ESOGER?	

Section 2: Introduire la notion d'interface en ligne - demandez les détails de leur expérience

Questions	Notes
Comment avez-vous accédez a ESOGER en ligne? Comment avez-vous obtenu le lien?	
Quelles sont vos impressions de l'interface du questionnaire ESOGER en ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?	
Comment est-ce que l'outil, cette plateforme en ligne, pourrait mieux correspondre aux besoins de vos répondants/patients?	
Quelles modifications apporteriez-vous à l'interface? S'il y a : ces changements sont-ils indispensables afin qu'ESOGER soit utilisé par votre organisme?	
Une partie de ce projet vise à adapter cet outil pour qu'il soit utilisé directement par les proches-aidants. Auriez-vous des commentaires/recommandations pour cette nouvelle version? (contenu, design etc...).	

Section 3: Introduire - CONTENU - les questions, formulation et compréhension

Questions	Notes
Quelle est votre impression générale des questions posées par l'outil ESOGER?	
Êtes vous en général à l'aise pour poser ces questions? Avez-vous trouvé certaines question plus délicate à poser?	
Le répondant/patient est-il/elle plutôt à l'aise pour répondre aux questions?	
Il y a-t-il des questions que vous auriez aimé changer ? Ou bien d'autres questions que vous aimeriez ajouter?	
Quelles questions ou section du questionnaire est-ce que vous trouvez plus pertinentes?	
En général, il vous faut combien de temps pour passer au travers de ce questionnaire?	
<ul style="list-style-type: none"> • Pourriez-vous nous raconter un exemple dans lequel ESOGER a bien fonctionné? <ul style="list-style-type: none"> ○ Pourquoi ESOGER a été utile dans ce cas? ○ Pourriez-vous nous en dire plus sur le patient (sans divulguer d'information personnelles!) 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que les recommandations fournies par l'outil étaient adaptés et utiles? ○ Avez-vous une idée de ce que le répondant à fait après avoir reçu ces recommandations? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Pourriez-vous nous raconter un exemple dans lequel ESOSGER n'a PAS bien fonctionné? <ul style="list-style-type: none"> ○ Pourquoi ESOSGER a été utile dans ce cas? ○ Pourriez-vous nous en dire plus sur le patient (sans divulguer d'informations personnelles!) ○ Est-ce que les recommandations fournies par l'outil étaient adaptées et utiles? ○ Avez-vous une idée de ce que le répondant à fait après avoir reçu ces recommandations? ○ Auriez-vous une suggestion pour faire en sorte qu'ESOSGER ait mieux fonctionné dans cette situation? 	
<p>S' ils ont pris le temps de regarder ESOSGER V2 - avez-vous des commentaires sur les ajustements qui ont été effectués?</p> <p>Notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La partie identification des patients • 	
<p>IF YOU HAVE TIME:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous reçu une formation pour utiliser ESOSGER? <ul style="list-style-type: none"> ○ si non avez-vous essayé la formation en ligne sur le site d'ESOSGER? 	
<p><i>S'ils n'ont PAS utilisé l'outil:</i></p> <p>Selon votre expérience, trouvez-vous que ce questionnaire permet de conduire des évaluations concluantes?</p> <p>Ou au contraire, quelles pourraient être des barrières à son utilisation ou à certains aspects du contenu?</p>	

Si pertinent: analyse du contenu ESOSGER V2

Nous avons quelques changements pour la nouvelle version d'ESOSGER V2. Pourriez-vous nous donner votre avis sur les changements suivants:

1. La section COVID demande également la situation du vaccin

2. le questionnaire EsOGER V2 a changé pour la partie identification:
 - “Êtes-vous un homme” a été supprimé et remplacée par : “quel est votre sexe déclaré sur vos documents d’identité?”
 - Votre mois et année de naissance

RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ

((Questionnaire ER2))

Pouvez-vous me donner le mois et l'année de votre naissance?

Mos	Année	Ne sait pas
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
Répond correctement	A fait une erreur	Non applicable

Quel est votre sexe déclaré sur vos documents d'identité ?

Prenez-vous plus de 5 médicaments différents par jour ?

Avez-vous une aide à domicile formelle ou informelle ?

Utilisez-vous une aide pour marcher ?

Pouvez-vous me dire quels mois et année sommes-nous ?

Seulement si la personne répond pour elle-même.

3. Pour la partie socio-économique - changements: on ne demande plus s'ils reçoivent l'aide GIS - mais indiquent leur code postal.

QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Vivez-vous dans une résidence personnelle (condo, appartement, maison) ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Propriétaire	Locataire
--------------	-----------

Si Non:

Vivez-vous en résidence collective (RPA, etc.) ?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous un médecin de famille régulier ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Ce médecin pratique-t-il en GMF ?

OUI	NON
-----	-----

Pouvez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal?

Recevez-vous actuellement des services de la part de votre CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EÉSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous né.e au Canada ?

OUI	NON
-----	-----

4. Nouvelle section par rapport à la déshydratation a été rajoutée:

RISQUE SPÉCIFIQUE DÉSHYDRATATION

Applicable seulement en période de fortes chaleurs

Niveau de déshydratation

Votre territoire est-il en veille / alerte de chaleur accablante ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui:

Avez-vous soif ou très soif en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de vomissements en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de maux de tête en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous fatigué.e et / ou ressentez-vous des étourdissements quand vous vous levez en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de crampes musculaires en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

RISQUE SPÉCIFIQUE DÉSHYDRATATION

Applicable seulement en période de fortes chaleurs

Niveau de déshydratation

Votre territoire est-il en veille / alerte de chaleur accablante ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui:

Avez-vous soif ou très soif en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de vomissements en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de maux de tête en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous fatigué.e et / ou ressentez-vous des étourdissements quand vous vous levez en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de crampes musculaires en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Vivez-vous dans une résidence personnelle (condo, appartement, maison) ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Propriétaire	Locataire
--------------	-----------

Si Non:

Vivez-vous en résidence collective (RPA, etc.) ?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous un médecin de famille régulier ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Ce médecin pratique-t-il en GMF ?

OUI	NON
-----	-----

Pouvez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal?

Recevez-vous actuellement des services de la part de votre CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EÉSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous né.e au Canada ?

OUI	NON
-----	-----

RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ

((Questionnaire ER2))

Pouvez-vous me donner le mois et l'année de votre naissance?

Quel est votre sexe déclaré sur vos documents d'identité ?

Prenez-vous plus de 5 médicaments différents par jour ?

Mois	Année	Ne sait pas
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
Répond correctement	A fait une erreur	Non applicable

Avez-vous une aide à domicile formelle ou informelle ?

Utilisez-vous une aide pour marcher ?

Pouvez-vous me dire quels mois et année sommes-nous ?

Seulement si la personne répond pour elle-même.

Section 4: Introduire - SUIVI ET INTERVENTION suite à l'utilisation d'ESOGER

Questions	Notes
Une fois que vous avez pu interroger une personne âgée avec ESOGER, quelles sont en général vos prochaines étapes?	

Que se passe-t-il après avoir reçu les recommandations de la plateforme ESOGER?	
<p>Pourriez-vous nous raconter quelques-unes des recommandations que vous avez reçues à travers ESOGER?</p> <p>Quels ont été les résultats des recommandations reçues? En d'autres mots, parlez-nous de ce qui arrive après avoir reçu les recommandations de la plateforme.</p> <p>Pensez-vous que ces recommandations vous ont amené / ou ont amené la personne aînée à prendre de bonnes actions?</p>	
<p>Trouvez-vous que la recommandation est souvent représentative de la situation de la personne aînée interrogée?</p> <p>Faites-vous confiance aux recommandations de la plateforme?</p> <p>Est-ce que vos impressions à vous sont souvent en ligne avec la plateforme?</p>	
Trouvez-vous que l'utilisation de ce questionnaire incite la personne ciblée à prendre des mesures adaptées si besoin?	
Trouvez-vous que les ressources proposées aident à accélérer l'accès aux soins nécessaires pour les personnes aînées?	
<p><i>S'ils n'ont pas utilisé l'outil</i></p> <p>Comment envisagez- vous une suite à ces évaluations au sein de votre organisme?</p> <p><i>Comment est-ce que cette évaluation peut faciliter le travail de vos intervenants?</i></p> <p><i>Quelles seraient les actions concrètes que votre équipe pourrait entreprendre suite à l'utilisation de ce questionnaire?</i></p>	

Section 5: Conclusion - ESOGER PPA

Un grand merci pour toutes vos réponses. c'est très utile pour nous d'avoir des retours des organismes directement concernés et des utilisateurs.

Questions	Notes
-----------	-------

Avez-vous quelque chose à rajouter?	
<p>Nous souhaitons développer une version adaptée aux proches-aidants. Nous aimerions cette fois intégrer les organismes qui collaborent sur ces sujets dès le début de sa conception.</p> <p>Seriez-vous intéressé.e à participer au développement de cet outil?</p> <p>Si oui (et s'il reste du temps): quel rôle pensez-vous que votre organisme peut jouer dans sa conception?</p> <p>Seriez-vous prêt à participer à une discussion groupée avec d'autres intervenants pour cet outil?</p>	

Annexe 4 : Protocole de l'étude quantitative

ÉVALUATION SOCIO-GÉRIATRIQUE (ESOGER) : UN OUTIL CLINIQUE TÉLÉPRATIQUE POUR LUTTER CONTRE L'ALTÉRATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'ISOLEMENT SOCIAL DES PERSONNES ÂÎNÉES VULNÉRABLES

Protocole de recherche

31 mars 2022

Principal investigateur :

Dr Olivier Beauchet
Professeur titulaire, Faculté de médecine
Départements de médecine & gériatrie
Géiatre & neurologue, IUGM
Directeur de laboratoire, CRIUGM

CRIUGM
4565, Chemin Queen-Mary
Montréal (Québec) H3W 1W5

+1 (514)-340-3540 # 3637
Olivier.beauchet@umontreal.ca

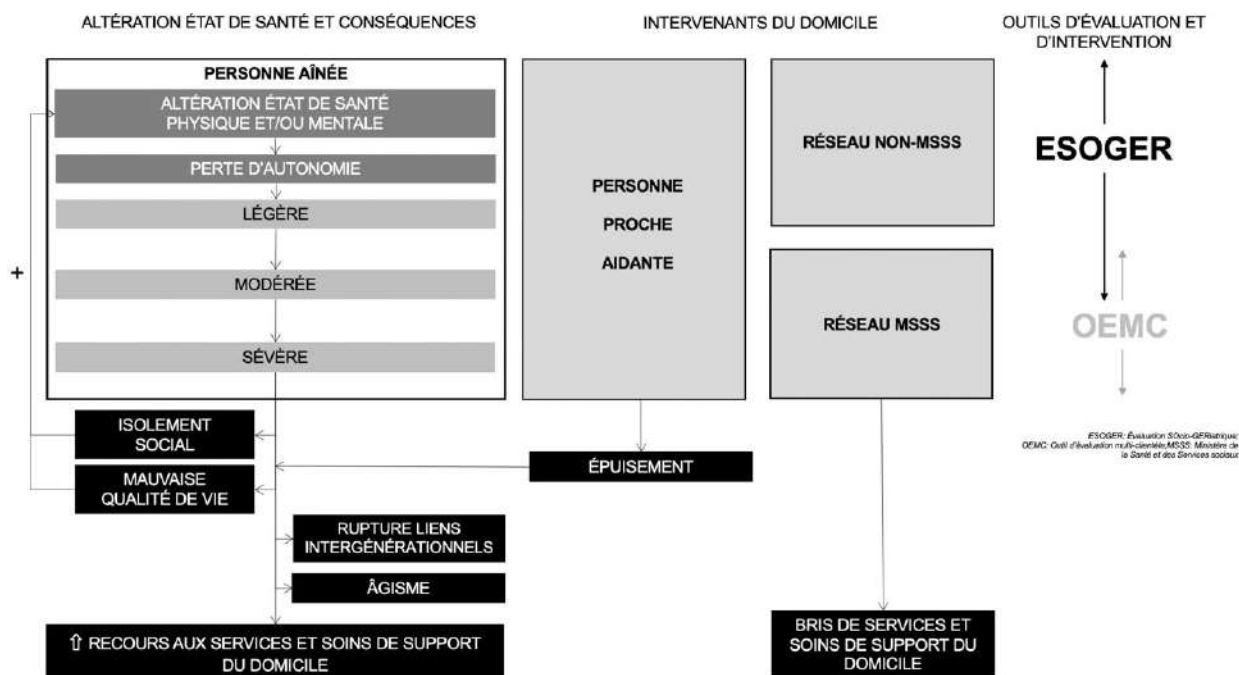
1. RATIONNEL

1.1 Conséquences de la pandémie due à la maladie à coronavirus (COVID-19) dans le groupe des personnes âgées (PA) québécoises

Le 13 mars 2020, le Québec a été la première province du Canada à déclarer l'état d'urgence sanitaire en raison de la pandémie due à la COVID-19¹. Les PA (i.e., ≥ 70 ans), qui représentent 12,7% de la population québécoise – soit environ 1 million de personnes – ont été et sont toujours le groupe d'âge le plus affecté par cette pandémie, tant en termes d'hospitalisations et de décès que d'altération de leur état de santé et de perte d'autonomie. Ces complications sont liées à l'infection par le coronavirus ou des conséquences des mesures prises pour ralentir et prévenir la progression de la maladie dans la population générale²⁻⁷.

L'une de ces mesures est le confinement à domicile^{1,5}. À l'échelle de la population générale, ce confinement a été et reste une intervention qui lutte efficacement contre la progression de la pandémie. À l'échelle du groupe des PA, il a malencontreusement entraîné des effets négatifs dus à leur état de santé antérieurement altéré par des maladies chroniques, ce qui les a rendus plus vulnérables au déconditionnement moteur et psychologique⁶⁻⁸. Ce déconditionnement a généré une boucle vicieuse qui est venue accélérer l'altération de leur santé – physique et mentale – et leur perte d'autonomie (Cf. Figure 1), les exposant ainsi à la survenue de conséquences telles que l'isolement voire l'exclusion sociale, la détérioration de leur bien-être et de leur qualité de vie, la rupture des liens intergénérationnels, l'émergence de l'âgisme et des coûts financiers élevés liés à un recours important aux ressources de santé et services sociaux (SSS)^{6,7}.

Figure 1. Altération de la santé des PA: conséquences et leviers possibles



1.2 Acteurs communautaires des services et soins de support du domicile

La majorité des PA québécoises (92%) vit à domicile⁹. Au Québec, le soutien à domicile des PA à l'état de santé altéré et en perte d'autonomie est assuré par trois grandes catégories d'acteurs

communautaires qui sont: (1) les personnes proches aidantes (PPA) définies par le Ministère SSS (MSSS), comme « toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité » et qui représentent 25% de la population québécoise^{4,7}; (2) le programme-services de Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées (SAPA) des Centres Intégrés (Universitaires) de Santé et des Services Sociaux (CIUSSS et CISSS); et (3) les organismes du milieu communautaire n'appartenant pas au réseau SSS mais intervenant auprès des PA (i.e., réseau non-SSS) dont font partie entre autres: (a) les entreprises d'économie sociale en aide à domicile (ÉESAD) qui fournissent des services dits essentiels, (b) le service du 211 (service d'aide par téléphone qui lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, en permettant aux gens d'être informés rapidement sur les ressources d'aide sociocommunautaires de proximité), (c) L'Appui pour les proches aidants d'âinés (organisme qui offre des services de soutien pour les PPA depuis 2009) ou encore (d) « Les Petits Frères », organisme à but non lucratif accompagnant les PA à domicile depuis 1962 au Québec.

1.3 Besoin

Avant la pandémie, 84% des PA avaient un état de santé altéré par au moins une maladie chronique et une sur dix rapportait une incapacité à l'origine d'un besoin d'aide pour réaliser ses activités quotidiennes^{4,7,9}. En 2016, on estimait que 291 200 PA sur les 406 000 (soit 72%) ayant plusieurs incapacités recevaient au moins un service et/ou soin de support du domicile payé en tout ou en partie par le MSSS¹⁰. Il restait donc approximativement 100 000 personnes ayant des incapacités modérées ou sévères qui ne recevaient aucun service public ou privé financé par le MSSS. Il était estimé que si cette tendance se maintenait dans le temps, ce chiffre atteindrait 115 000 personnes en 2021¹⁰. La proportion des PA à l'état de santé altéré et en perte d'autonomie, ainsi que la sévérité de ces deux conditions, a augmenté avec la pandémie (Cf. Figure 1), ce qui entraîne un besoin accru de services et soins de support du domicile, et a probablement accentué le nombre et la proportion des PA nécessitant des services et soins dont elles auraient besoin mais n'en recevant pas⁷.

La pandémie a engendré des difficultés du maintien des services et soins de support du domicile fournis par les professionnels des réseaux communautaires SSS et non-SSS en raison des mesures de distanciation sociale et physique, de prévention contre les infections, de manque de personnels et de peur de la PA d'être en contact avec des intervenants venant de l'extérieur. Par ailleurs, les PPA peuvent se retrouver aujourd'hui en situation d'épuisement physique et psychologique dû à une sur-sollicitation lors de la première vague de la pandémie, aboutissant à l'altération de leur état de santé, ce qui les expose aux mêmes conséquences que celles affectant la PA, surtout si ces dernières sont âgées (Cf. Figure 1). Soutenir les PPA est donc une nécessité tant sociale, politique qu'économique en raison de leur nombre croissant, des difficultés qu'elles rencontrent et de l'importance de leur rôle-clé tant auprès de la PA aidée, qu'en tant que partenaires des réseaux communautaires du soutien à domicile¹¹⁻¹⁴.

1.4 Constat post première vague de la pandémie

Nous nous retrouvons donc aujourd'hui dans une situation où il existe: (1) un nombre accru de PA à l'état de santé altéré par la pandémie, en situation de perte d'autonomie grandissante, nécessitant des services et soins de support du domicile pour lutter contre la progression de leur perte d'autonomie et la survenue des complications liées (Cf. Section 1.1 et Figure 1), et en parallèle (2) des PPA et organismes du milieu communautaire du soutien à domicile des PA affaiblis par cette pandémie, n'arrivant plus à maintenir le niveau de services et soins qu'ils prodiguaient avant.

Il est donc crucial aujourd'hui de mettre en place des solutions innovantes pour lutter contre – c'est-à-dire éviter, retarder ou ralentir – l'altération de la santé physique et mentale, la progression de la perte d'autonomie et l'isolement social des PA vulnérabilisées par la pandémie due à la COVID-19, afin d'améliorer leur qualité de vie et leur inclusion sociale, et ainsi maintenir la dynamique sociale québécoise du vivre-ensemble¹⁴. Pour rendre efficaces et efficientes ces solutions, elles doivent être: (1)

complémentaires de celles déjà mises en place par les PPA et organismes du milieu communautaire fournissant les ressources du soutien à domicile des PA, (2) co-développées en étroite collaboration avec ces acteurs et les PA elles-mêmes pour une meilleure approbation et (3) intégrables dans le continuum des services et soins de support du domicile (Cf. Figure 1).

1.5 Procédures recommandées par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)

Dans deux publications successives en mars 2020 et mai 2020^{15,16}, l'INESSS a conclu à la nécessité en période de pandémie due à la COVID-19 de: (1) faire un repérage proactif (*i.e.*, qui anticipe les attentes et prend l'initiative de l'action) des personnes les plus à risque telles que les PA, (2) coordonner les acteurs à l'échelle locale, régionale et nationale, pour orchestrer leurs efforts autour d'un objectif commun de réduction des conséquences de la pandémie, et (3) favoriser les services dits « télépratiqués » (*i.e.*, à distance et basés sur les technologies de la communication, accessibles au plus grand nombre de personnes) afin de maintenir la continuité des services et soins en période de distanciation physique.

1.6 Évaluation socio-gériatrique (ESOGER)

En pleine crise sanitaire engendrée par la première vague de la pandémie due à la COVID-19 et pendant le confinement à domicile des PA, deux actions nous sont apparues prioritaires: (1) le repérage des PA vulnérables les plus à risque de complications (Cf. Figure 1) associé à (2) la mise en place d'interventions curatives et préventives selon une procédure accélérée. C'est dans ce but et sur la base des conclusions de l'INESSS que nous avons conçu et mis à la disposition des réseaux communautaires intervenant auprès des PA un outil d'Évaluation SOcio-GÉriatrique nommé « ESOGER »¹⁷. Cet outil se présente sous la forme d'un questionnaire simple, accessible sur une plateforme numérique sécurisée. ESOGER permet d'évaluer et d'intervenir rapidement et à distance au cours d'un appel téléphonique réalisé par un intervenant des organismes du milieu communautaire, avec la PA et/ou une PPA en: (1) déterminant si les besoins essentiels sanitaires et sociaux sont satisfaits et s'il existe une rupture ou un risque de rupture de la couverture de ces besoins, et en (2) proposant des recommandations d'interventions à mettre en place pour lutter contre la rupture de la couverture des besoins essentiels et/ou les complications qui y sont liées. Entre avril et octobre 2020, près de 7 500 connexions ont été enregistrées sur la plateforme numérique ESOGER. Plus de 2 000 ont donné leur accord pour que les données saisies soient utilisées dans un but de recherche.

1.7 Constat issu d'ESOGER

Il est important pour mieux affronter la pandémie due à la COVID-19 et les éventuelles vagues subséquentes de tirer les conclusions des actions mises en place lors de la première vague et de les améliorer, afin de limiter la progression et les conséquences de l'altération de la santé et de la perte d'autonomie des PA (Cf. Figure 1). À l'issue de la première vague, ESOGER paraît être un outil pertinent de repérage et d'intervention, reposant sur une nouvelle approche des services et soins de support du domicile dite « télépratiqué » permettant de lutter contre la progression de l'altération de l'état de santé physique et mentale, la progression de la perte d'autonomie et l'isolement social des PA et des conséquences liées (Cf. Figure 1)¹⁷. L'utilisation d'ESOGER lors de la première vague par les acteurs des organismes du milieu communautaire a également démontré les possibilités de son intégration dans le continuum des services et soins de support du domicile. Enfin, l'intérêt et l'utilité d'ESOGER ont été dernièrement soulignés par le MSSS qui recommande depuis octobre 2020 l'utilisation de cet outil au sein des programmes-Services SAPA du Québec (Cf. Lettre de soutien en pièce jointe).

1.8 Enjeux d'ESOGER

ESOGER doit être un outil clinique efficace et efficient permettant (a) de repérer la « bonne PA » – c'est-à-dire la plus vulnérable et donc à risque – et de le faire au « bon moment » – c'est-à-dire le plus tôt possible (*i.e.*, approche proactive recommandée par l'INESSS); (b) afin de lui proposer les « bonnes interventions » – c'est-à-dire celles qui auront son approbation et qui seront accessibles et intégrables dans le continuum des ressources de support du domicile déjà en place.

2. HYPOTHÈSE DE RECHERCHE

Nous formalisons l'hypothèse qu'ESOGER est: (1) un outil clinique permettant de repérer la fragilité des PA dans ses principales dimensions (*i.e.*, santé physique et mentale, sociale) en période de pandémie due à la COVID-19; (2) une nouvelle approche d'utilisation des services et soins de support du domicile dite « télépratique » reposant sur des interventions luttant efficacement contre la progression de l'altération de la santé physique et mentale, de la perte d'autonomie, de l'isolement social en période de confinement (Cf. Figure 1); (3) une solution maintenant les PA en meilleur état de santé, avec une meilleure qualité de vie et favorisant leur inclusion sociale.

3. OBJECTIF

L'objectif de cette étude est d'examiner les effets d'ESOGER sur l'état de santé physique et mentale, la perte d'autonomie, l'isolement social, la qualité de vie et la consommation de ressources en services et soins de SSS des PA vivant à domicile sur le territoire du CCSMTL et de leur proche aidant.

4. MÉTHODE

4.1 Plan d'étude

Il s'agit d'un essai clinique randomisé (ECR), prospectif, ouvert, en deux groupes parallèles (Intervention versus Contrôle), avec un suivi de 3 mois, et un dernier suivi de 3 mois après intégration du groupe contrôle dans le groupe Intervention.

Les participants seront évalués au recrutement (M0), 3 mois plus tard (M3) et 6 mois plus tard (M6).

Le groupe Intervention, à la différence du groupe Contrôle, sera informé dès la première évaluation du résultat de l'évaluation et aura des interventions déterminées par l'évaluation ESGER (Cf. Section 4.5).

À noter, que les participants du groupe Contrôle recevront les services et soins de support habituels du domicile, et qu'ils bénéficieront à leur tour des interventions d'ESOGER suite à la deuxième évaluation (M3).

4.2 Population étudiée

Les critères de pré-inclusion sont les suivants :

- Être âgé de 65 ans et plus.
- Vivre à domicile sur le territoire du CCSMTL.

Les critères d'inclusion sont:

- Score à la *Brief Geriatric Assessment* (BGA) \geq 1/14 définissant un état de santé fragilisé légèrement à sévèrement¹⁹.

Les critères d'exclusion sont:

- Avoir une adresse principale en dehors du territoire du CCSMTL,
- Participer à une étude clinique expérimentale concomitante, pour éviter des interférences avec notre étude.
- Ne pas comprendre à l'oral et à l'écrit le Français ou l'anglais. Les intervenants sont francophones et/ou anglophones, et les questionnaires ne sont disponibles que dans ces 2 langues.

Le recrutement se fera grâce aux organismes (Cf. Section 9) de la Communauté bienveillante envers les aînés du CCSMTL, au CCSMTL et à la Croix-Rouge Québécoise. Les participants seront tirés au sort au sein des personnes aînées vivant sur le territoire du CCSMTL. Ce choix territorial du CCSMTL comme territoire d'expérimentation s'explique par deux raisons principales : ce territoire géographique est urbain et se caractérise par une espérance de vie après 65 ans inférieure au reste de Montréal (17,5 versus 19 ans). Ce taux élevé est le reflet d'un état de santé plus altéré que la moyenne des PA montréalaises et sous-tend un risque plus grand de progression de l'altération de leur état de santé et des complications liées.

4.4 Calcul du nombre de participants

Un total de 200 PA de 65 ans et plus, 100 personnes dans le groupe Intervention et 100 dans le groupe Contrôle, vivant dans la communauté à Montréal est le nombre de participants nécessaire pour cette étude. Ce chiffre a été calculé à partir de la variation du score de fragilité de l'état de santé de la BGA qui est une échelle validée permettant d'obtenir un score entre 0 (état de santé normal) et 14 (état de santé sévèrement altéré) et qui est incluse dans ESOGER¹⁹. Considérant un taux de perdu de vue au cours de l'étude de 30%, il faudra donc inclure, 130 personnes dans le groupe Intervention et 130 dans le groupe Contrôle, soit un total de 260 participants.

4.5 Intervention

Il s'agit d'ESOGER.

ESOGER est composé, tout d'abord, d'une évaluation clinique consistant en un court questionnaire qui comprend des questions fermées explorant six sous-domaines complémentaires:

- La symptomatologie du Covid-19 (c.-à-d. Fièvre \geq 38 Celsius, toux, essoufflement et autres symptômes).
- Le niveau de fragilité de la santé physique, en utilisant l'évaluation gériatrique brève (BGA) avec un score allant de 0 (pas de fragilité) à 14 (fragilité sévère), en ce qui concerne l'âge \geq 85 ans, homme, polypharmacie (c.-à-d. \geq 5 médicaments différents par jour), utilisation de soutien à domicile formel (santé ou professionnel social) et / ou informel (famille et / ou ami), utilisation d'une aide à la marche quel que soit son type et désorientation temporelle (incapacité à donner le mois et / ou l'année en cours).
- Un stress psychologique à l'aide d'une échelle anagogique verbale (EVA) de l'anxiété allant de 0 (pas d'anxiété) à 10 (anxiété sévère).
- Un niveau de santé sociale évaluée via l'accessibilité aux médicaments, à la nourriture et aux soins à domicile, à la visite de personnes extérieures au lieu de vie et au sentiment d'abandon.
- Le fardeau de la personne proche aidante (PPA) le cas échéant, en utilisant l'échelle de Zarit à 4 items.

Pour chaque sous-domaine, un niveau de risque binaire (Faible versus élevé) est calculé. Les niveaux de risque élevés sont définis comme suit pour:

- la symptomatologie du Covid-19, \geq 3/4 symptômes;
- la fragilité, un score \geq 5/14;
- le stress psychologique, un score EVA $>$ 5/10;
- l'isolement social, un score \geq 1/3;
- le fardeau des aidants, un score Zarit à 4 items \geq 1/4.

De plus, un niveau de risque global, lui aussi binaire (faible versus élevé), cumulant tous les risques de chaque sous-domaine est calculé. Le niveau de risque (faible défini par un ou aucun domaine versus le

niveau élevé défini par au moins 2 domaines à haut risque) permet de détecter les PA pour lesquelles une intervention rapide est nécessaire.

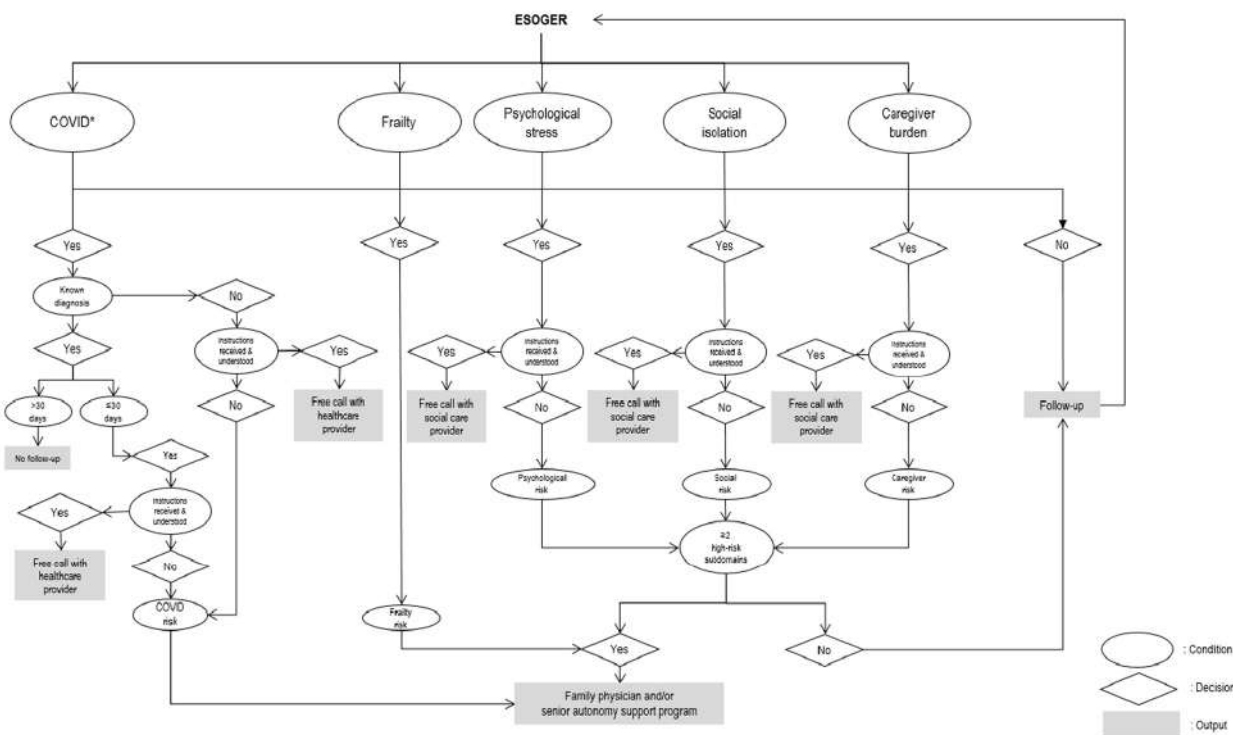
Par ailleurs, pour chaque sous-domaine et son niveau de risque (faible versus élevé) est associé des recommandations d'interventions regroupées en deux catégories:

- (1) initier un appel téléphonique avec des prestataires de soins de santé ou sociaux,
- (2) et / ou 2) contacter le médecin de famille et / ou une professionnelle du programme de soutien à l'autonomie des aînés (SAPA), qui offre des services et soins de support du domicile.

Le groupe Intervention, à la différence du groupe Contrôle, sera informé du résultat de l'évaluation et aura des recommandations d'interventions déterminées par l'évaluation d'ESOGER.

Les participants du groupe Contrôle recevront les services et soins de support habituels du domicile, et ils bénéficieront à leur tour des recommandations d'interventions d'ESOGER suite à la deuxième évaluation qui sera réalisée 3 mois après la première. Si au cours de la première évaluation la nécessité d'une prise en charge médicale urgente apparaît, l'aveugle sera levé et la personne sortie d'étude afin de permettre de l'adresser aux ressources compétentes.

Le **schéma 1** ci-dessous résume l'algorithme décisionnel d'intervention d'ESOGER



4.6 Évaluations complémentaires

En plus de l'évaluation faite par ESOGER d'autres tests cliniques seront réalisés afin d'avoir une mesure exhaustive de la population participante à l'étude. Il y aura :

1) L'évaluation de la qualité de vie:

La qualité de vie sera évaluée à l'aide de l'EuroQoL-5D (EQ-5D). Ce test est une mesure standardisée de l'état de santé développée par le groupe EuroQoL pour fournir une mesure simple et générique de la santé pour l'évaluation clinique et économique. Il fournit un profil descriptif simple et une valeur d'indice unique pour l'état de santé.

L'EQ-5D se compose de deux parties :

- un questionnaire de cinq questions avec un score par question allant de 1 (c'est-à-dire aucun problème) à 5 (c'est-à-dire un problème plus grave),
- et une échelle visuelle analogique indiquant dans quelle mesure la santé du participant est bonne ou mauvaise. Cette échelle est numérotée de 0 (c'est-à-dire la pire santé que le participant puisse imaginer) à 100 (c'est-à-dire la meilleure santé que le participant puisse imaginer).

Cette évaluation sera faite à l'inclusion (M0) des participants et une deuxième fois après 3 mois (M3) et une troisième fois après 6 mois (M6), à la sortie de l'ECR.

2) L'évaluation sociodémographique:

- Il est constitué de 11 questions simples permettant de déterminer les caractéristiques sociodémographiques des participants (type de lieu de vie, si le participant est propriétaire ou locataire, réception du SRG, naissance au Canada ou hors du Canada), les accès aux services de santé ou sociaux (en vérifiant si les participants disposent d'un médecin, son lieu d'exercice, et s'ils bénéficiaient de services de la part d'un CLSC ou d'une EESAD, si ces services se sont maintenus depuis la pandémie) et la collecte des 3 premiers digits du code postal pour permettre une estimation de l'isolement sociale (indice de Pampalon).
- La collecte des 3 premiers digits du code postal.
- Cette évaluation sera faite à M0, M3 et M6.

3) L'autonomie qui sera mesurée avec échelles activités de la vie quotidienne (AVQ; score sur 6, 6 définissant une personne indépendante) et activités instrumentales simplifiées de la vie quotidienne (AIVQ; score sur 4, 4 définissant une personne autonome). Cette évaluation sera faite à M0, M3 et M6.

4) La consommation de ressources en services et soins définie par (a) l'intervention (nombre et type) à domicile d'un ou plusieurs intervenant(s) des organismes du milieu communautaire appartenant aux réseaux SSS et non-SSS, (b) les nombres et types de consultations faites auprès d'un professionnel SSS (médecin, infirmière, physiothérapeute etc.) rapportés par la PA, (c) le nombre de visites au Département des urgences et le nombre d'hospitalisations rapportés par la PA. Cette évaluation sera faite uniquement à M6.

Si la personne a déclaré vivre avec une autre personne, et si cet aidant accepte de participer au projet, les mêmes questions lui seront directement posées ainsi que des questions complémentaires portant sur le fardeau de l'aidant définie par la mini Zarit 4 items.

Si la personne a déclaré être elle-même proche aidante, les questions complémentaires portant sur le fardeau de l'aidant définie par la mini Zarit 4 items lui seront posées directement après le questionnaire ESOGER.

Un dernier questionnaire sera proposé de manière optionnelle aux personnes proches-aidantes uniquement : le questionnaire CARE. La PPA peut refuser de compléter le questionnaire CARE sans remise en cause de sa participation au projet. CARE permet de mieux caractériser la fragilité de la PPA mais aussi de fournir des recommandations dédiées.

CARE® comprend 2 parties :

- La première est une évaluation de la fragilité via un auto-questionnaire standardisé composé de 22 questions simples dont 20 sont basées sur une réponse binaire (oui versus non) et deux sur des réponses chiffrées correspondant au poids en kg et à la taille en centimètre permettant de calculer l'index de masse corporelle en kg/m². CARE® est basée sur une approche de la mesure de la fragilité par déficit cumulé. À chaque réponse est attribué un point 1 s'il existe un déficit et 0 point s'il n'y a pas de déficit. Le score de CARE® varie de 0 (absence de déficits) à 21 (maximum de déficit cumulé). Ce score a été segmenté en 3 niveaux selon une approche validée afin de déterminer 3 niveaux de fragilité que sont :
 - o Le niveau robuste : score entre 0 et 1.

- Le niveau pré-fragile : score entre 2 et 4.
- Le niveau fragile : score ≥ 5 .

Par ailleurs, CARE® permet d'obtenir des scores et niveaux de fragilité catégorisés en 3 niveaux dans 8 domaines que sont les domaines : sociodémographique, nutritionnel, morbidités, mobilité, neuropsychologique, social, autonomie et indépendance.

- La seconde partie de CARE® correspond à des recommandations qui sont des propositions d'intervention préventive sur la santé, adaptées au niveau de fragilité des 8 domaines évalués. Il existe un total de 150 recommandations possibles.

CARE® sera rempli à M0, M3 et M6 afin de suivre les effets des recommandations sur le niveau de fragilité et accéder à des recommandations de plus en plus spécifiques.

Lors du remplissage à M0, le chercheur responsable ou ses représentants réaliseront le questionnaire par téléphone, sous forme d'un hétéro-questionnaire. Les recommandations ne seront pas communiquées à la PPA si son aidé est dans le groupe Contrôle. Si son aidé est dans le groupe Intervention, la PPA recevra les recommandations dans un courriel.

Le remplissage à M3 et M6 sera réalisé sous format d'hétéro-questionnaire. La PPA recevra par courriel un lien pour compléter en ligne le questionnaire. Les recommandations seront alors accessibles.

4.6 Critères de jugement

Le critère de jugement principal est le score de la BGA (/14) à M0, M3, M6 et sa variation entre M0 et M3, M3 et M6, M0 et M6.

Les critères de jugement secondaires sont (détail du calcul de score en 4.5):

- (1) la symptomatologie COVID-19
- (2) le stress psychologique
- (3) l'isolement social
- (4) le fardeau de la PPA
- (5) Le nombre de questionnaires saisis et de recommandations formulées,
- (6) Le nombre de recommandations suivies,
- (7) la perte d'autonomie
- (8) la consommation de ressources en services et soins définie par (a) l'intervention (nombre et type) à domicile d'un ou plusieurs intervenant(s) des organismes du milieu communautaire appartenant aux réseaux SSS et non-SSS, (b) les nombres et types de consultations faites auprès d'un professionnel SSS (médecin, infirmière, physiothérapeute etc.) rapportés par la PA et/ou la PPA, (c) le nombre de visites au Département des urgences et le nombre d'hospitalisations rapportés par la PA et/ou la PPA.
- (9) La qualité de vie mesurée en utilisant EuroQol-5D²³.

4.6 Les co-variables

Il s'agit de :

- (1) L'âge en prenant en compte aussi une catégorisation en deux groupes ≥ 85 ans oui versus non – les PA de 85 et plus ayant des risques plus importants que les autres⁷⁻⁹,
- (2) Le sexe,
- (3) La présence d'une Personne Proche Aidante (PPA) / le statut de PPA,
- (4) Le fait de vivre seul.e ou pas,

- (5) Les caractéristiques sociodémographiques

5. PROCÉDURE DE COLLECTE ET D'ENREGISTREMENT DES DONNÉES

L'investigateur principal (IP) ou ses représentants recruteront les participants qui seront des PA.

Toutes les étapes du projet, y compris l'obtention du consentement se feront à distance, par téléphone.

Toutes les données collectées seront enregistrées et stockées sous la responsabilité du PI.

5.1. Consentement et inclusion

Nous avons distingué différents temps successifs dans le processus de consentement et d'inclusion :

- 1) Les organismes de la Communauté Bienveillante envers les Aînés, les services généraux et des partenariats urbains du CCSMTL en charge de la liste d'attente GACO appelleront par téléphone les PA âgées de 70 ans et plus afin de leur proposer une prise en charge par la Croix-Rouge.
- 2) La Croix rouge contactera par téléphone les PA qui auront donné leur accord. Au cours de ce premier appel, en plus de l'évaluation initiale par ESOGER, il sera proposé aux PA de participer à l'étude.
- 3) En cas de consentement de la personne, le représentant de la Croix-Rouge enregistrera sur la plateforme le consentement de la personne. La randomisation se fera automatiquement par la plateforme et La Croix-Rouge pourra réaliser le questionnaire ESOGER. La Croix-Rouge informera alors le chercheur responsable ou l'un de ses représentants. Les participants de l'étude seront recontactés par le chercheur responsable ou ses représentants par téléphone pour leur fournir les informations complémentaires nécessaires sur l'étude clinique expérimentale, valider les critères d'inclusion et de non-inclusion et confirmer le consentement à l'oral. Toutes les informations collectées par téléphone seront saisies sur la plateforme numérique du laboratoire de recherche du chercheur responsable par la personne répondant à l'appel et directement au cours de l'appel téléphonique. Le consentement oral sera alors transformé en consentement écrit numérique en cochant la case oui du consentement sur la plateforme numérique utilisée pour la saisie des informations. Le chercheur responsable ou ses représentant collecteront leur consentement ou leur refus de participer au sein de la plateforme numérique.
- 4) En cas de confirmation de consentement, et que les critères d'inclusion sont validés, le chercheur responsable ou ses représentants pourront continuer l'évaluation avec les questionnaires de qualité de vie et d'autonomie. Dans le cas contraire, le membre de l'équipe de recherche informera le participant qu'il ne remplit pas les critères de participation.
- 5) À la fin de l'évaluation du participant, si le participant a répondu vivre avec quelqu'un, le chercheur responsable ou ses représentants contactera la personne proche-aidante. Si elle accepte de répondre, le consentement sera alors collecté par le chercheur responsable ou ses représentants.

Le nombre de participants qui ne rempliront pas les critères de sélection sera enregistré dans le « Registre des participants non éligibles ». Cette information est importante pour la validité externe de l'étude. Si le participant n'est pas éligible pour participer à l'étude, il sera informé de cette information. Les scores des tests n'étant pas communiqués aux participants non-retenus, il n'y a pas de risque de prise de conscience d'une difficulté liée à la nature des questions posées à ce stade qui ne portent que sur les critères de sélection, et donc cela n'affectera pas leur état psychologique.

La version complète du consentement sera adressée aux participants par voie postale ou courriel suite aux questionnaires. Si la personne à la lecture du consentement complet refuse de participer, elle devra en informer le chercheur principal du projet et sera alors enregistrée dans le registre des participants non éligibles. Les données seront alors immédiatement supprimées et la personne ne sera pas comptabilisée dans le nombre des participants recrutés.

Cette collecte d'informations suivra les mêmes règles de collecte de données pour les participants retenus: Les données seront saisies dans un formulaire numérisé spécifique sur ordinateur sécurisé au CRIUGM. Le nom et l'identité du participant ne seront pas enregistrés. Les

informations enregistrées (c'est-à-dire le nombre de participants non éligibles) resteront confidentielles à tout moment, l'ordinateur et le fichier seront protégés par mot de passe et l'ordinateur sera stocké dans une pièce verrouillée au CRIUGM. Ces informations suivront les mêmes règles de données enregistrées pour les participants éligibles.

5.2 Randomisation

Après le recueil du consentement, une randomisation en deux groupes égaux (intervention et contrôle) sera faite automatiquement par la plateforme, conduisant à une répartition aléatoire dans l'un des deux groupes parallèles de l'étude.

La Croix-Rouge sera alors informée du groupe d'appartenance du participant.

Le délai entre les appels réalisés par la Croix-Rouge et ceux réalisés par le chercheur responsable ou ses représentants ne dépassera pas 5 jours ouvrés.

5.3 Évaluation de départ

Après randomisation et l'évaluation pour le groupe Intervention, une communication des résultats de l'évaluation et des recommandations d'interventions seront formulées et proposées aux participants du groupe intervention. Le groupe Contrôle n'aura aucun retour sur le résultat de l'évaluation et ni intervention liée à cette évaluation.

Toutes ces informations seront saisies directement sur la plateforme numérique du laboratoire de recherche du chercheur responsable. Ces informations seront utilisées comme valeurs référentes (M0). Tous les questionnaires utilisés pour l'évaluation de base seront sous forme électronique. Les questionnaires seront remplis par la Croix-Rouge et par le chercheur responsable ou un de ses représentants à partir des réponses données par le participant. Ces évaluations respectent donc les règles de distanciation physique en vigueur au Québec dans le cadre de la pandémie due à la COVID-19.

5.4 Suivi

Tous les participants seront réévalués à la fin du troisième puis du sixième mois. La réévaluation utilisera les mêmes questionnaires que ceux utilisés à M0 (Cf. Section 4.5). Tous les participants, ceux des groupes d'intervention et ceux du groupe témoin seront rappelés par téléphone pour compléter l'ensemble des questionnaires.

Ces évaluations seront identiques et suivront la même procédure, à l'exception des critères de jugement secondaires suivants qui seront spécifiques de la deuxième évaluation:

- (1) Le nombre de questionnaires saisis et de recommandations formulées,
- (2) Le nombre de recommandations suivies,
- (3) La consommation de ressources en services et soins définie par (a) l'ouverture d'un dossier SAPA, (b) l'intervention (nombre et type) à domicile d'un ou plusieurs intervenant(s) des organismes du milieu communautaire appartenant aux réseaux SSS et non-SSS, (c) les nombres et types de consultations faites auprès d'un professionnel SSS (médecin, infirmière, physiothérapeute etc.), (d) le nombre de visites au Département des urgences et le nombre d'hospitalisations,

À la fin de la deuxième évaluation (3 mois), les participants inclus dans le groupe Contrôle recevront les recommandations d'interventions au même titre que les participants inclus dans le groupe Intervention.

5.5 Retrait de consentement

Les participants peuvent décider à tout moment de retirer leur consentement / d'arrêter leur participation. Le participant en informera alors le chercheur principal ou ses représentants. La ou les raisons du retrait (si elles sont connues) seront enregistrées dans le « Registre des participants retirés ».

Cette collecte d'informations suivra les mêmes règles de collecte de données que pour les autres participants.

En cas de retrait de l'étude, les participants peuvent demander à ce que toute information recueillie jusqu'à ce que les données soient analysées soient supprimées de la base de données. En l'absence de demande de suppression des données de la part du participant, les données recueillies jusqu'au retrait de consentement seront conservées et analysées.

5.6 Confidentialité des données

Pendant toute la durée de cette étude, le chercheur principal et ses représentants collecteront et conserveront des informations personnelles identifiables sur les participants dans un formulaire numérique pour la collecte des caractéristiques cliniques et du consentement de participation. Ces données seront conservées de façon sécuritaire dans la banque de données Gériatrie et Gériatrie sociale, et ce, conformément au Cadre de gestion de la banque de données constituée à des fins de recherche. Les données seront téléchargées sous forme de fichier Excel à partir de ce serveur Web à l'aide d'un lien sécurisé sur un ordinateur sécurisé localisé dans une pièce verrouillée du CRIUGM. Il y aura un système de double verrouillage sur l'ordinateur pour accéder aux données: mot de passe pour ouvrir l'ordinateur et mot de passe pour ouvrir la base de données.

Cette base de données codée sera conservée séparément du fichier comportant les informations nominales, ces dernières ne seront accessibles que du chercheur responsable.

Si le chercheur responsable quitte l'établissement, les règles administratives et déontologiques du Québec et du CCSMTL seront appliquées pour les données.

Toutes les informations personnelles collectées lors de l'étude resteront confidentielles dans les limites de la loi. Pour protéger l'identité des participants, le nom et les autres informations d'identification seront remplacés par un code (code incrémental numérique), qui est la seule information à laquelle les représentants du chercheur responsable auront accès sur les participants pendant l'étude. Seul du chercheur responsable détiendra le lien entre le code et l'identité du participant. Aucune information révélant l'identité du participant ne sera communiquée.

Le chercheur responsable et ses représentants enverront uniquement des informations codées sur les participants au promoteur de l'étude: les données des participants seront saisies dans un formulaire spécifique et codées afin que son nom et son identité restent confidentiels à chaque fois. Ces informations n'incluront pas le nom ou l'adresse des participants. Le promoteur utilisera uniquement les informations collectées sur les participants pour atteindre les objectifs de l'étude tels qu'ils sont expliqués dans cette proposition.

Les informations codées des participants seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Pendant ce temps, les données codées peuvent être utilisées uniquement par le PI pour d'autres recherches liées à cette étude.

Les informations sur l'étude pourraient être imprimées / publiées dans des revues médicales ou partagées avec d'autres universitaires lors de réunions scientifiques, mais l'identité des participants ne sera jamais révélée.

5.7 Durée prévue de l'étude

- Durée de la période d'inclusion: 2 mois
- Durée totale de participation pour chaque participant: 6 mois
- Durée de l'analyse et de la rédaction du rapport: 4 mois
- Durée totale prévue de l'étude (du comité d'éthique au rapport final): 12 mois

5.8 Analyse statistique

Les analyses seront faites en intention de traiter. Les données manquantes seront prises en compte par une imputation des données. Les données seront sur un ordinateur sécurisé, localisé dans une pièce verrouillée du CRIUGM. Il y aura un système de double verrouillage sur l'ordinateur pour accéder aux données: mot de passe pour ouvrir l'ordinateur et mot de passe pour ouvrir le logiciel.

Un diagramme de flux résumera les inclusions et exclusions.

L'analyse des données comportera:

- 1) La description des caractéristiques cliniques (moyenne, écart-type et fréquence) de la population totale. Les caractéristiques démographiques des participants (c.-à-d. Âge, sexe, etc.) ainsi que les résultats de l'évaluation à M0 (c.-à-d. Évaluation du recrutement) et à M6 pour la population totale mais aussi de manière séparée pour le groupe intervention et le groupe contrôle.
- 2) Des comparaisons entre le groupe Contrôle et Intervention seront faites en utilisant un test t non-apparié ou un test du chi carré, selon le cas.
- 3) Des Régressions multiples afin d'examiner l'association entre le niveau d'altération de la santé, la perte d'autonomie et l'isolement social (variable dépendante, modèle séparé pour chaque variable) et l'intervention ESOGER ajustée sur les co-variables.

Les valeurs p inférieures à 0,05 seront considérées comme statistiquement significatives. Toutes les statistiques ont été réalisées à l'aide de SPSS (version 24.0; SPSS, Inc., Chicago, IL).

6. RISQUES ET AVANTAGES

6.1 Risques potentiels

Les risques potentiels liés à l'étude sont mineurs. Les questionnaires pourraient faire prendre conscience aux participants de l'existence de problèmes de santé (physiques et psychologiques) ou sociaux inconnus. Dans les études précédentes, nous n'avons relevé aucun problème.

6.2 Avantages potentiels

Nous prévoyons une amélioration de l'isolement social, du bien-être, de la qualité de vie, de la fragilité, limitée à l'échantillon de participants de l'étude.

6.3 Stratégies de gestion des risques potentiels

Les risques potentiels de l'étude seront pris en considération de la manière suivante:

- Une première étude a déjà été réalisée en utilisant la même stratégie de recrutement, évaluation et intervention. Aucun événement indésirable n'a été enregistré.
- Des actions génériques pour minimiser les risques ont été identifiées et sont mises en place: a) Une analyse de puissance pour déterminer la taille de l'échantillon a été calculée, c) Une analyse statistique réalisée par une équipe de recherche qualifiée, c) Les membres de l'équipe de recherche sont des spécialistes du vieillissement et/ou des méthodes statistiques.
- Des actions spécifiques pour minimiser les risques seront mises en place:
 - 1) Si le participant éprouve des émotions négatives telles que l'anxiété ou des pensées dépressives, il peut contacter l'IJGM : (+1) 514-340-2800) ou s'il le préfère son médecin de famille ou le CLSC duquel le participant dépend.
 - 2) Si le chercheur responsable ou l'un de ses représentants prend connaissance de problèmes de santé préexistants inconnus grâce aux questionnaires, il peut contacter directement le participant et / ou tout autre professionnel de santé approprié si le participant accepte cette option dans le formulaire de consentement.
- La participation à cette étude peut être interrompue avec ou sans le consentement du participant à tout moment pour l'une des raisons suivantes:
 - 1) Un participant décide de se retirer de l'étude.
 - 2) Le chercheur responsable estime qu'il est dans l'intérêt du participant de se retirer de l'étude parce qu'il apprend de nouvelles informations sur la santé du participant qui n'étaient pas connues au moment de l'inclusion, un membre de l'équipe de recherche contactera le participant et lui donnera cette information et il / elle aura la possibilité de décider s'il / elle souhaite poursuivre sa participation à cette étude.

7. CALENDRIER ET PRODUITS LIVRABLES CONNEXES

Les échéanciers sont indiqués dans le tableau en annexe 1). En résumé, la durée totale est de 12 mois et elle sera divisée en 4 périodes consécutives:

8 COMPENSATION

Les participants ne recevront aucune compensation financière ou en nature pour leur participation à la recherche.

8. BUDGET

Le commanditaire est l'Université de Montréal.

Les frais seront pris en charge grâce à :

- une subvention obtenue du Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (FRQSC) dans le cadre de l'appel à projet du programme Actions concertées Programme de recherche-action pour un vieillissement actif de la population du Québec pendant une période de confinement (volet Projet de recherche-action) obtenu en Mars 2021 et portant le numéro 2021-0QBA-297388).
- une subvention obtenue du Fonds de Recherche du Québec - Santé (FRQS) dans le cadre de l'appel à projet du programme Plateforme de financements de la recherche intersectorielle sur le vieillissement / Living Lab, obtenu en Avril 2021 et portant le numéro 2022-VILL-308030).

9. RÉSULTATS ATTENDUS

Les résultats de ce projet sont: (1) Scientifique, la démonstration que l'altération de l'état de santé des PA et de leurs PPA peut être facilement repérée et prise en charge pour lutter contre ses conséquences à distance via des services « télépratiqués »; (2) Social, les résultats permettront de formaliser un outil de repérage de la fragilité socio-gériatrique « télépratiqué » des PA et des PPA, couplé à des interventions permettant de les maintenir en meilleure santé, avec une meilleure qualité de vie et une meilleure inclusion sociale; (3) Communautaire, les impacts escomptés sont la prise de conscience par les PA, les PPA et par les acteurs intervenant auprès d'elles de l'importance de la prise en charge de la fragilité, de leur rôle social et de la possibilité de création d'interactions valorisantes contribuant ainsi à préserver leur insertion sociale et un meilleur état de santé; (4) Au plan socio-économique, un meilleur repérage de la fragilité et la mise en place d'interventions précoces et ciblées luttant contre cet état est un gage potentiel du maintien pour la PA et la PPA d'une meilleure santé, d'un maintien à domicile, d'une plus grande autonomie et d'une insertion sociale préservée ou retrouvée; (5) Pour le MSSS, les retombées attendues sont: (a) une aide au repérage et à la caractérisation de la fragilité des PA et des PPA; (b) le point de départ d'actions à destination des populations âgées et des PPA en situation de fragilité; (c) une réduction des coûts SSS par le maintien du degré d'insertion sociale des PA et des PPA conséquemment moins consommatrices de services et soins.

10. Références

12. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/a-z/coronavirus-2019/>
13. Les aînés au Québec : Quelques données récentes - Deuxième Edition. [Consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebecchiffres.pdf#:~:text=Le%20nombre%20de%20personnes%20a%C3%A9s%20ne%20cesse%20de,projections%20de%20l'E2%80%99Institut%20de%20la%20statistique%20du%20Qu%C3%A9bec%2C>

14. Institut National de Santé publique Québec. Le vieillissement au Québec. 2018. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://www.inspq.qc.ca/le-vieillissement-au-quebec>
15. Institut National d'excellence en santé et services sociaux : évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspective pour l'évolution de la mesure. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/evaluation-du-continuum-de-soins-et-services-aux-aines-perspectives-pour-levolution-de-la-mesure.html>
16. Ministère de la Santé et Services Sociaux Québec. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/>
17. Hubbard RE, Maier AB, Hilmer SN, Naganathan V, Etherton-Beer C, Rockwood K. Frailty in the Face of COVID-19. Age Ageing. 2020 [Epub ahead of print]
18. Beauchet O. Aging Clin Exp Res. The expert COVID-19 team for older persons of the Quebec Health and Social Services Ministry. 2020;32:1625-1626.
19. Liang SC, Wei PC, Ma HL, Hsiao SH; Higher Fall Rate of Admitted Patients During the Ongoing COVID-19 Epidemic: Is It Coincidence or Not? J Patient Saf. 2020.
20. Vieillir en santé au Québec : portrait de la santé des aînés vivant à domicile. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201202.pdf>
21. Herbert G. L'armée manquante au Québec : Les services à domicile. IRIS 2017 :1-15
22. Portrait des proches aidants au Québec. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : <https://ranq.qc.ca/services/statistiques/>
23. Shaw WS, Patterson TL, Semple SJ, Ho S, Irwin MR, Hauger RL, Grant I. Longitudinal analysis of multiple indicators of health decline among spousal caregivers. Annals of Behavioral Medicine. 1997; 19: 101-109.
24. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J, Fleissner K. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: Prevalence, correlates, and causes. The Gerontologist. 1995;35: 771-791.
25. Duhamel A, Estivalèzes M. Vivre-ensemble et dialogue : du programme québécois d'éthique et culture religieuse à la délibération démocratique. 2013, [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : https://www.erudit.org/fr/revues/mje/2013_v48-n1-mje0830/1018402ar.pdf
26. Institut National de Santé publique Québec. COVID-19 et évaluation diagnostic TAS à distance. [consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID_19_TSA_evaluation_distance.pdf
27. Institut National de Santé publique Québec. COVID-19 et la phase de rétablissement à la pandémie pour les personnes ayant une déficience physique. [Consulté en Novembre 2020]. Disponible en ligne : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID_19_INESSS_Retablissement_DP.pdf
28. Beauchet O, Cooper-Brown L, Ivensky V, Launay CP. Telemedicine for housebound older persons during the Covid-19 pandemic. Maturitas. 2020;142:8-10.
29. Roy M, Prevost P. La recherche-action : origines, caractéristiques et implications de son utilisation dans les sciences de la gestion. Recherches qualitatives – Vol. 32(2), pp. 129-151.

31. Beauchet O, Launay CP, Chabot J, Dejager S, Bineau S, Galery K, Berrut G Prediction of unplanned hospital admissions in older community dwellers using the 6-item Brief Geriatric Assessment: Results from REPERAGE, an observational prospective population-based cohort study. *Maturitas*. 2019;122:1-7.
32. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
33. Bédard M, Molloy DW, Squire L, Dubois S, Lever JA, O'Donnell M. The Zarit Burden Interview: a new short version and screening version. *Gerontologist*. 2001;41:652-7.
34. https://www.researchgate.net/publication/14623374_UCLA_Loneliness_Scale_Version_3_Reliability_Veracity_and_Factor_Structure
35. Brooks P. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37:53–72.

11. Annexe

Annexe 1. Calendrier des phases du projet

Périodes	Période 1 Avril – Septembre 2021	Période 2 Octobre – Novembre 2021	Période 3 Décembre – Mai. 2022	Période 4 Juin – Septembre 2022
Taches				
CÉR				
Recrutement				
Intervention et suivi				
Data mining and analyses				

Annexe 5 : Formulaire de consentement de l'étude quantitative (Phase 2)



Formulaire d'information et de consentement

Titre du projet de recherche :	Évaluation socio-gériatrique (ESOGER) : un outil clinique télépratiqué pour lutter contre l'altération de l'état de santé et l'isolement social des personnes âgées vulnérables.
Chercheur responsable du projet de recherche :	Dr Olivier Beauchet, M.D. Ph. D., chercheur au Centre de recherche de l'UIGM (CRIUGM).
Membre du personnel de recherche :	Kévin Galéry, M. Sc.
Organisme subventionnaire :	Fonds de recherche du Québec - Société et Culture (FRQ-SC)
Établissement participant :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal CCSMTL – CRIUGM

1. Introduction

Nous vous invitons à participer à un projet de recherche. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet, veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet ou à un membre de son personnel de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

2. Nature et objectifs du projet de recherche

L'objectif de cette recherche est d'examiner les effets de notre questionnaire appelé ESOGER sur l'état de santé physique et mentale, la perte d'autonomie, l'isolement social, la qualité de vie et le recours aux services et soins de santé et sociaux des personnes âgées vivant à domicile sur le territoire du CCSMTL et de leur proche aidant.

De plus, le projet de recherche a aussi l'objectif de contribuer à la banque de données Gériatrie et Gérontologie sociale, et ce, afin d'encourager la recherche, l'innovation, la cohésion et la visibilité de la recherche ayant pour intérêt une meilleure prise en charge de la santé globale de la personne âgée et de la personne proche aidante dans toutes ses dimensions. En acceptant de participer à ce projet, vous acceptez que vos données de recherche soient versées dans la banque de données.

Pour la réalisation de cette étude, nous comptons recruter environ 260 participants, hommes et femmes, âgés de 65 ans et plus et leurs proches aidant. De ces 260 participants, nous constituerons 2 groupes au hasard : un groupe intervention et un groupe contrôle, et ce, pour nous permettre de comparer les résultats entre les 2 groupes.

3. Déroulement du projet de recherche

3.1 Lieu de réalisation du projet de recherche, durée et nombre de visites

Ce projet de recherche se déroulera par téléphone uniquement. Votre participation à ce projet comprendra une série de 6 appels téléphoniques répartis en 3 séries :

- Le premier appel sera réalisé par la Croix-Rouge,
- Le deuxième sera réalisé par l'équipe de recherche du chercheur principal.
- 3 mois après le deuxième appel, la deuxième série d'appel commencera :
- Le troisième appel sera réalisé à nouveau par la Croix-Rouge,
- Le quatrième appel sera à nouveau réalisé par l'équipe de recherche du chercheur principal.
- 3 mois après le quatrième appel, la troisième et dernière série d'appel commencera :
- Le cinquième appel sera réalisé à nouveau par la Croix-Rouge,
- Le sixième et dernier appel sera à nouveau réalisé par l'équipe de recherche du chercheur principal.

Si le proche aidant n'est pas à vos côtés, nous pourrions le recontacter plus tard.

3.2 Nature de la participation

Au départ, nous passerons en revue avec vous les critères d'inclusion et d'exclusion du projet en vous posant certaines questions pour nous assurer que vous pouvez participer à ce projet. En effet, il se peut que vous ne puissiez participer à ce projet pour diverses raisons. Nous discuterons avec vous de ces points et aborderons les raisons pour lesquelles vous ne pouvez être admissible.

3.2.1 Répartition des groupes

En participant à ce projet de recherche, vous serez réparti dans l'un des groupes suivants :

- Groupe 1 : Intervention
- Groupe 2 : Contrôle

3.2.2 Participation du groupe intervention

Votre participation consistera à répondre à une série de questionnaires par téléphone :

- Appel 1 : Réalisé par la Croix-Rouge Québécoise.

Les questionnaires porteront sur votre risque COVID, votre état de santé physique et psychologique, votre santé sociale et votre autonomie. Vous serez informé des résultats de cette évaluation et des recommandations correspondant à vos premières réponses vous seront communiquées par une personne de la Croix-Rouge. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 30 minutes à 45 minutes.

- Appel 2 : Réalisé par le chercheur principal ou ses représentants au sein de l'équipe de recherche.

Les questions porteront sur des questions concernant votre qualité de vie et votre autonomie. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 15 minutes à 30 minutes.

Les appels 1 et 2 seront espacés au maximum de 5 jours ouvrables.

Trois mois après l'appel 2, vous serez recontacté selon la même procédure :

- Appel 3 : Réalisé par la Croix-Rouge Québécoise.

Les questions porteront sur les mêmes thèmes. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 15 à 30 minutes.

- Appel 4 : Réalisé par l'investigateur principal ou ses représentants au sein de l'équipe de recherche.

Les questions seront identiques à celles de l'appel 2. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 15 à 30 minutes.

Les appels 3 et 4 seront espacés au maximum de 5 jours ouvrables.

Enfin, trois mois après l'appel 4, vous serez recontacté une dernière fois selon la même procédure :

- Appel 5 : Réalisé par la Croix-Rouge Québécoise.

Les questions porteront sur les mêmes thèmes. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 15 à 30 minutes.

- Appel 6 : Réalisé par l'investigateur principal ou ses représentants au sein de l'équipe de recherche.

Les questions seront identiques à celles de l'appel 2 et 4. Compléter l'ensemble de ces questionnaires vous prendra environ de 15 à 30 minutes.

Les appels 5 et 6 seront espacés au maximum de 5 jours ouvrables.

Si vous êtes également proche aidant d'une personne aînée, des questions complémentaires portant sur votre statut d'aidant vous seront posées. Nous vous demanderons alors de parler à votre proche aidé pour lui proposer de participer à la recherche également. Votre proche sera alors inclus dans le même groupe que vous.

Un questionnaire optionnel supplémentaire sera proposé au proche aidant.

3.2.3 Participation du groupe contrôle

Votre participation consistera aux mêmes activités que le groupe intervention. Vous aurez accès aux informations sur les résultats de cette évaluation ainsi qu'aux recommandations correspondants uniquement lors du 3^{ème} appel, qui aura lieu 3 mois après.

En cas de mise en évidence d'un problème de santé nécessitant une prise en charge médicale immédiate lors du premier appel, vous serez alors sorti de l'étude afin que la Croix-Rouge puisse vous diriger vers les ressources appropriées et en informer le chercheur responsable.

4. Propriété des données de recherche

L'ensemble de vos données de recherche sera versé dans la banque de données Gériatrie et Gérontologie sociale, et ce, afin d'encourager la recherche, l'innovation, la cohésion et la visibilité de la recherche ayant pour intérêt une meilleure prise en charge de la santé globale de la personne aînée et de la personne proche aidante dans toutes ses dimensions.

Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous demeurerez propriétaire de vos données. En aucun cas, vos données ne seront vendues. Vos données ne seront utilisées qu'à des fins de recherche.

Notez également que le chercheur responsable de ce projet agira à titre de fiduciaire à l'égard de l'ensemble de ces données qui sera versé dans la banque de données. C'est-à-dire que, conformément au Cadre de gestion de la banque de données, le chercheur responsable sera responsable de la constitution, de la conservation, de la garde, de la sécurité, de l'accès et du transfert des données.

5. Découverte fortuite

Bien qu'ils ne fassent pas l'objet d'une évaluation médicale formelle, les résultats de tous les tests, examens et procédures réalisés dans le cadre de ce projet de recherche peuvent mettre en évidence des problèmes jusque-là ignorés, c'est ce que l'on appelle une découverte fortuite. C'est pourquoi, en présence d'une particularité, le chercheur responsable du projet vous appellera pour assurer un suivi.

6. Avantages associés au projet de recherche

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, mais nous ne pouvons vous l'assurer. Par ailleurs, les résultats obtenus contribueront à l'avancement des connaissances scientifiques dans ce domaine de recherche.

7. Inconvénients associés au projet de recherche

Outre le temps consacré à la participation à ce projet de recherche, certaines questions pourraient amener un certain inconfort.

8. Participation volontaire et possibilité de retrait

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en informant l'équipe de recherche.

Le chercheur responsable de ce projet de recherche, le Comité d'éthique de la recherche en science et santé de l'Université de Montréal, le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie ou l'organisme subventionnaire peuvent mettre fin à votre participation, sans votre consentement. Cela peut se produire si vous ne respectez pas les consignes du projet de recherche ou encore s'il existe des raisons administratives d'abandonner le projet.

Si vous vous retirez du projet ou êtes retiré du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet.

Toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait avoir un impact sur votre décision de continuer à participer à ce projet vous sera communiquée rapidement.

9. Contribution, conservation, accès aux données et confidentialité

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable de ce projet ainsi que les membres de son personnel de recherche recueilleront, dans un dossier de recherche, les renseignements vous concernant et nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet de recherche.

Pour les personnes âgées et pour les proches aidants, ces renseignements peuvent comprendre les informations concernant votre état de santé passé et présent, vos habitudes de vie ainsi que vos réponses aux différents questionnaires qui seront réalisés. Votre dossier peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, votre date de naissance, vos coordonnées téléphoniques.

L'ensemble des renseignements vous concernant, le tout recueilli à titre de données de recherche, sera conservé de façon sécuritaire dans la banque de données, et ce, conformément au Cadre de gestion de la banque de données constituée à des fins de recherche.

Vos données de recherche demeureront confidentielles dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à l'ensemble de vos données sera conservée par le chercheur responsable de ce projet de recherche.

Nous vous rappelons que la banque de données offrira aux chercheurs une plateforme afin de réaliser des projets de recherche ayant pour intérêt une meilleure prise en charge de la santé globale de la personne âgée et de la personne proche aidante dans toutes ses dimensions.

Ainsi, vos données de recherche seront utilisées par les chercheurs dans le but de réaliser des projets de recherche portant sur ces sujets. Tous ces projets de recherche seront au préalable évalués et approuvés par le Comité d'éthique de la recherche avant leur réalisation. Ce Comité d'éthique de la recherche en assurera également le suivi.

Les données de recherche versées dans la banque de données seront partagées avec différents chercheurs. Ce transfert d'information implique que vos données de recherche pourraient être transmises dans d'autres pays que le Canada. Cependant, le chercheur responsable de ce projet de recherche respectera les règles de confidentialité en vigueur au Québec et au Canada, et ce, dans tous les pays.

Vos données de recherche seront conservées aussi longtemps qu'elles peuvent avoir une utilité pour l'avancement des connaissances scientifiques. Lorsqu'elles n'auront plus d'utilité, vos données de recherche seront détruites. Par ailleurs, notez qu'en tout temps, vous pouvez demander la non-utilisation de vos données de recherche en vous adressant au chercheur responsable de ce projet de recherche. Dans une telle éventualité, vos données de recherche déjà obtenues dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservées, analysées ou utilisées, et ce, pour assurer l'intégrité du projet et pour se conformer aux exigences réglementaires, mais aucun nouveau projet ne sera réalisé avec vos données de recherche.

À des fins de surveillance, de contrôle, de protection, de sécurité, votre dossier de recherche pourra être consulté par une personne mandatée par des organismes réglementaires ainsi que par des représentants de l'organisme subventionnaire, de l'établissement ou du Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie. Ces personnes et ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin.

10. Participation à des études ultérieures

Acceptez-vous que le chercheur responsable de ce projet de recherche ou un membre de son personnel de recherche reprenne contact avec vous pour vous proposer de participer à d'autres projets de recherche? Bien sûr, lors de cet appel, vous serez libre d'accepter ou de refuser de participer aux projets de recherche proposés.

11. Possibilité de commercialisation

Les résultats de la recherche découlant notamment de votre participation pourraient mener à la création de produits commerciaux et générer des profits. Cependant, vous ne pourrez en retirer aucun avantage financier.

12. Financement du projet de recherche

Le chercheur responsable de ce projet de recherche a reçu un financement de l'organisme subventionnaire pour mener à bien ce projet de recherche.

13. Compensation

Vous ne recevrez pas de compensation financière pour votre participation à ce projet de recherche.

14. En cas de préjudice

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous recevrez tous les soins et services requis par votre état de santé.

En acceptant de participer à ce projet de recherche, vous ne renoncez à aucun de vos droits et vous ne libérez pas le chercheur responsable de ce projet de recherche, l'organisme subventionnaire, l'Université

de Montréal et l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

15. Identification des personnes-ressources

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec le chercheur responsable de ce projet de recherche ou avec une personne de l'équipe de recherche au numéro suivant : (514) 340-3540 poste 3637, Olivier.beauchet@umontreal.ca ou kevin.galery@criugm.qc.ca

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, au (514) 593-3600.

16. Surveillance des aspects éthiques du projet de recherche

Le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie et le Comité d'éthique de la recherche en science et en santé de l'Université de Montréal ont approuvé le projet de recherche et en assureront le suivi. Pour toute information, vous pouvez joindre :

- Le Comité d'éthique de la recherche vieillissement-neuroimagerie, par téléphone au (514) 809.3929 ou par courriel à l'adresse suivante: karima.bekhiti.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
- La conseillère en éthique de la recherche du Comité d'éthique de la recherche en science et santé de l'Université de Montréal, par téléphone au (514) 343-6111, poste 2604 ou par courriel à l'adresse suivante : cerses@umontreal.ca

Consentement.

Titre du projet de recherche : Évaluation socio-gériatrique (ESOGER) : un outil clinique télépratiqué pour lutter contre l'altération de l'état de santé et l'isolement social des personnes âgées vulnérables.

1. Consentement du participant

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Je confirme avoir donné verbalement au chercheur responsable de ce projet de recherche ou son équipe de mon consentement à participer à ce projet.

Nom du participant

Consentement verbal obtenu en date du

2. Signature de la personne qui a obtenu le consentement si différent du chercheur responsable du projet de recherche

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

3. Signature et engagement du chercheur responsable de ce projet de recherche

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait.

Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom et signature du chercheur responsable de ce projet de recherche

Date

Annexe 6 : Questionnaires de l'étude quantitative (Phase 2)

Annexe 6.1 : ESOGER

ESOGER version du 17 février 2022				
Évaluation socio-gériatrique de premier niveau en période de distanciation sociale				
Introduction				
Est-ce une :	Évaluation initiale	Évaluation de suivi		
Si Évaluation de suivi ET si groupe Intervention				
Avez-vous suivi les recommandations que nous avons communiquées lors de notre appel il y a 3 mois ?	OUI	NON	NON APPLICABLE	
Si OUI				
Combien en avez-vous suivi ?				
RISQUE SPÉCIFIQUE COVID-19				
Dans les 6 derniers mois, avez-vous été dépisté.e COVID positif ?	OUI	NON		
Si Oui:				
Était-ce il y a moins de 3 mois ?	OUI	NON		
Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ?	OUI	NON		
Dans les 6 derniers mois, avez-vous eu la maladie ?	OUI	NON		
Si Oui:				
Était-ce il y a moins de 3 mois ?	OUI	NON		
Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ?	OUI	NON		
Avez-vous été hospitalisé.e à cause de la COVID ?	OUI	NON		
Êtes-vous allé en réanimation ou soins intensifs à cause de la COVID ?	OUI	NON		
Avez-vous encore des symptômes ?	OUI	NON		
Êtes-vous désormais guéri.e ?	OUI	NON		
Si Oui:				
Depuis, avez-vous eu de nouveaux symptômes ?	OUI	NON		
Si Oui:				
Faites-vous de la température supérieure ou égale à 38° C / 100F ?	OUI	NON		
Avez-vous une toux sèche ?	OUI	NON		
Avez-vous de la difficulté pour respirer ?	OUI	NON		
Avez-vous été vacciné.e ?				
Si Oui:				
Combien de doses avez-vous reçues ?	1ère dose reçue	2ème dose reçue	3ème dose reçue	4ème dose reçue
Vivez-vous seul.e ? <i>((Précision pour l'appelant: seul.e dans un même espace de vie, si la personne vit dans un logement collectif de type RPA le but de la question est de savoir si la personne vit seule dans son unité locative))</i>	OUI	NON		
If No: Contact CAREGIVER				
Recevez-vous, de façon continue ou occasionnelle, une aide dans les actes de la vie quotidienne de la part d'une personne de votre entourage ?	OUI	NON		
Si Oui:				
De quelle personne recevez vous de l'aide ? Cette personne a-t-elle plus de 65 ans ?	Mon conjoint OUI	Un de vos enfants NON	Un ami	Un voisin
Êtes-vous vous-même l'aidant d'une personne ?	OUI	NON		
Si Oui: Questions complémentaires + Zarit				
De qui êtes-vous l'aidant ? Cette personne a-t-elle plus de 65 ans ?	Mon conjoint OUI	Un de vos enfants NON	Un ami	Un voisin

Zarit					
Avez-vous l'impression qu'en raison du temps que vous consacrez à la personne aidée (proche/parent/conjoint), vous n'avez pas assez de temps pour vous-même?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression d'être stressé.e parce que vous prenez soin de la personne aidée (proche/parent/conjoint) et que vous assumez également d'autres responsabilités (travail/famille) ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression d'être fatigué.e lorsque vous êtes avec la personne aidée (proche/parent/conjoint) ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression de ne pas savoir ce qu'il faut faire à propos de la personne aidée (proche/parent/conjoint)?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ SOCIALE					
((Questionnaires Isolement social))					
((Questionnaire Support social / Besoins fondamentaux))					
Avez-vous depuis ces derniers jours des difficultés d'accès :	1/ à la nourriture ((Reformulation: Est-ce que vous manquez de nourriture ?))	2/ aux médicaments ((Reformulation: Est-ce que vous manquez de médicaments ?))	3/ aux soins physiques ((Reformulation: Est-ce que vous manquez vos soins ?))		
((Questionnaire Réseau social))					
Au cours de la dernière semaine, avez-vous eu des contacts (téléphoniques ou visites) avec des personnes ?	OUI	NON			
Si oui,	avec des professionnels (professionnels de santé, travailleurs sociaux, livreurs, facteur, etc.)		avec des proches sociaux, voisins, membres de la famille, etc.)		
Avez-vous été en contact :					
Si vous aviez un problème, quel qu'il soit, pouvez-vous compter sur quelqu'un qui vous aiderait ?	OUI	NON			
((Questionnaire Solitude sociale))					
Vous sentez-vous délaissé.e ou abandonné.e ?	OUI	NON			
RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ					
((Questionnaire ER2))					
Pouvez-vous me donner le mois et l'année de votre naissance?	Mois	Année	Ne sait pas		
Quel est votre sexe déclaré sur vos documents d'identité ?	Homme	Femme			
Prenez-vous plus de 5 médicaments différents par jour ?	OUI	NON			
Avez-vous une aide à domicile formelle ou informelle ?	OUI	NON			
Utilisez-vous une aide pour marcher ?	OUI	NON			
Pouvez-vous me dire quels mois et année sommes-nous ?	Répond correctement	A fait une erreur	Non applicable		
Seulement si la personne répond pour elle-même.					
((Questionnaire Anxiété - EVA))					
Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre niveau d'anxiété ces derniers jours? (0 étant pas du tout anxieux et 10 étant extrêmement anxieux)					
QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES (pour tous les questionnaires initial comme suivi)					
Dans les 6 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin (de famille ou un spécialiste) ?	OUI	NON			
Si Oui:	d'un problème de santé aigu (maladie nouvelle)		d'un problème de santé chronique	Les deux	
Était-ce dans le cadre:	OUI	NON			
Était-ce il y a moins de 3 mois ?	OUI	NON			
Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ?	OUI	NON			
Dans les 6 derniers mois, avez-vous été hospitalisé.e au moins une fois sans que cela ne soit lié à une infection à la COVID ?	OUI	NON			
Si Oui:	Prévue		Imprévue	Les deux	
Cette ou ces hospitalisation.s étai(en)t:	OUI	NON			
Était-ce il y a moins de 3 mois ?	OUI	NON			
Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ?	OUI	NON			
Dans les 6 derniers mois, êtes-vous allé dans un service des Urgences sans que cela ne soit lié à une infection à la COVID ?	OUI	NON			
Si Oui:	OUI		NON		
Était-ce il y a moins de 3 mois ?	OUI	NON			
Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ?	OUI	NON			

QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES					
Vivez-vous dans une résidence personnelle (condo, appartement, maison) ?	OUI	NON			
Si Oui: Êtes-vous propriétaire ou locataire ?	Propriétaire	Locataire			
Si Non: Vivez-vous en résidence collective (RPA, etc.) ?	OUI	NON			
Avez-vous un médecin de famille régulier ?	OUI	NON			
Si Oui: Ce médecin pratique-t-il en GMF ?	OUI	NON			
Pouvez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal ?					
Êtes-vous connu.e du CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EÉSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?	OUI	NON			
Si Oui: Êtes-vous pris en charge par un professionnel du CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EÉSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?	OUI	NON			
Si Oui: Par quel.s intervenant.s ?	Infirmière	Psychologue	Travailleur social	Médecin	Autre
Êtes-vous né.e au Canada ?	OUI	NON			
AVIS SUBJECTIF DE L'APPELANT					
Avis subjectif de l'évaluateur: Besoin d'être évalué par un professionnel ?	OUI	NON			
Si Oui: Par quel.s professionnel.s	Infirmière	Psychologue	Travailleur social	Médecin	Autre
Avis subjectif de l'évaluateur: Si le participant est dans le groupe contrôle, avez-vous l'impression qu'un besoin d'intervention urgent nécessite une sortie d'étude pour prise en charge immédiate ?	OUI	NON			
CHAMPS LIBRES					
Souhaitez-vous nous faire part d'autre chose en particulier ?					
Commentaires et observations de l'évaluateur					
RISQUE SPÉCIFIQUE DÉSHYDRATATION					
Applicable seulement en période de fortes chaleurs					
Niveau de déshydratation					
Votre territoire est-il en veille / alerte de chaleur accablante ?	OUI	NON			
Si oui: Avez-vous soif ou très soif en ce moment ?	OUI	NON			
Souffrez-vous de vomissements en ce moment ?	OUI	NON			
Souffrez-vous de maux de tête en ce moment ?	OUI	NON			
Êtes-vous fatigué.e et / ou ressentez-vous des étourdissements quand vous vous levez en ce moment ?	OUI	NON			
Souffrez-vous de crampes musculaires en ce moment ?	OUI	NON			

Annexe 6.2 : Questionnaire EQ-5D

Questionnaire EQ5D						
Mobilité: veuillez indiquer l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui	Je n'ai aucun problème pour me déplacer à pied	J'ai quelques problèmes pour me déplacer à pied	J'ai modérément des problèmes pour me déplacer à pied	J'ai beaucoup de problèmes pour me déplacer à pied		Je suis obligé.e de rester alité.e
Autonomie: veuillez indiquer l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui	Je n'ai aucun problème pour me laver ou m'habiller seul.e	J'ai quelques problèmes pour me laver ou m'habiller seul.e	J'ai modérément des problèmes pour me laver ou m'habiller seul.e	J'ai beaucoup de problèmes pour me laver ou m'habiller seul.e		Je suis incapable de me laver ou m'habiller seul.e
Activités courantes: veuillez indiquer l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui	Je n'ai aucun problème pour accomplir mes activités courantes	J'ai quelques problèmes pour accomplir mes activités courantes	J'ai modérément des problèmes pour accomplir mes activités courantes	J'ai beaucoup de problèmes pour accomplir mes activités courantes		Je suis incapable d'accomplir mes activités courantes
Douleurs / Gêne: veuillez indiquer l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui	Je n'ai ni douleur ni gêne	J'ai quelques douleurs ou gêne	J'ai modérément des douleurs ou gêne	J'ai beaucoup de douleurs ou gêne		J'ai des douleurs ou une gêne extrême(s)
Anxiété / Dépression: veuillez indiquer l'affirmation qui décrit le mieux votre état de santé aujourd'hui	Je ne suis ni anxieux.se ni déprimé.e	Je suis un peu anxieux.se ou déprimé.e	Je suis modérément anxieux.se ou déprimé.e	Je suis très anxieux.se ou déprimé.e		Je suis extrêmement anxieux.se ou déprimé.e
Nous souhaiterions savoir si vous vous sentez en bon ou mauvais état de santé aujourd'hui. Indiquez un nombre de 0 à 100, 100 correspond au meilleur état de santé que vous puissiez imaginer.						

Annexe 6.3 : Questionnaire ADL et IADL

Questionnaire IADL
Avez-vous besoin d'aide pour utiliser le téléphone
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour utiliser les transports en commun
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour gérer votre argent
oui
non
Questionnaire ADL
Avez-vous besoin d'aide pour réaliser votre toilette?
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour réaliser vos soins d'apparence corporelle?
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller?
oui
non
Avez-vous besoin d'aide pour manger?
oui
non
Perdez-vous vos selles et/ou vos urines?
oui
non

Annexe 6.4 : Questionnaire Aidant

Questionnaire Aidant					
Avez-vous été dépisté(e) COVID positif ?	OUI	NON			
Avez-vous eu la maladie et êtes guéri(e)?	OUI	NON			
Faites-vous de la température supérieure ou égale à 38° C / 100F?	OUI	NON			
Avez-vous une toux sèche?	OUI	NON			
Présentez-vous une gêne respiratoire?	OUI	NON			
((Questionnaire Anxiété - EVA))					
Sur une échelle de 0 à 10, quel est votre niveau d'anxiété ces derniers jours? (0 étant pas du tout anxieux et 10 étant extrêmement anxieux)	<input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>				
((Questionnaire Zarit))					
Avez-vous l'impression qu'en raison du temps que vous consacrez à la personne aidée (proche/parent/conjoint), vous n'avez pas assez de temps pour vous-même?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression d'être stressé.e parce que vous prenez soin de la personne aidée (proche/parent/conjoint) et que vous assumez également d'autres responsabilités (travail/famille) ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression d'être fatigué.e lorsque vous êtes avec la personne aidée (proche/parent/conjoint) ?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours
Avez-vous l'impression de ne pas savoir ce qu'il faut faire à propos de la personne aidée (proche/parent/conjoint)?	Jamais	Rarement	Parfois	Assez souvent	Presque toujours

Annexe 6.5 : Questionnaire CARE

Questions	
GROUPE Données génériques	
Q0a	Quelle est votre date de naissance?
Q0b	Quel est votre sexe?
	Homme
	Femme
Q1	Quelle est votre taille?
Q0c	Vivez-vous:
	Seul.e
	Avec une autre personne
Q0d	Quel est votre état civil?
	Jamais marié.e
	Marié.e / Conjoint.e de fait / En concubinage
	Séparé.e / Divorcé.e
	Veuf(ve)
GROUPE Santé	
Module Santé Physique	
Sous-module Nutrition	
Q2	Quel est votre poids?
Q3	Prenez-vous de la vitamine D?
	Oui
	Non
Sous-module Morbidités	
Q4	Prenez-vous 5 médicaments ou plus par jour? (Vitamines non incluses)
	Oui
	Non
SEULEMENT POUR LES QUESTIONNAIRES DE SUIVI	
QFU1	Depuis la dernière fois que vous avez complété ce questionnaire avez-vous eu une ou plusieurs consultations avec un médecin ?
	Oui
	Non
QFU1a	Si oui:
	Était-ce avec votre médecin de famille / généraliste ?
	Était-ce avec un ou plusieurs médecin(s) spécialiste(s) ?
QFU1b	Si oui:
	Cette -ces consultation(s) était(ent) planifiée(s) ?
	Cette -ces consultation(s) était(ent) non planifiée(s) ?
QFU2	Depuis la dernière fois que vous avez complété ce questionnaire, avez-vous été hospitalisé(e) ?
	Oui
	Non
QFU2a	Si oui:
	Cette -ces hospitalisation(s) était(ent) planifiée(s) ?
	Cette -ces hospitalisation(s) était(ent) non planifiée(s) ?
QFU3	Depuis la dernière fois que vous avez complété ce questionnaire, êtes-vous allé(e) aux urgences d'un hôpital pour un problème de santé ?
	Oui
	Non
Sous-module Mobilité	
Q5	Êtes-vous capables de vous lever d'une chaise 5 fois de suite d'affilée sans les mains ?
	Oui
	Non
Q6	Avez-vous besoin d'aide pour vous déplacer (cane, déambulateur / cadre de marche, etc.) ?
	Oui
	Non
Q7	Avez-vous des problèmes de santé qui vous obligent à rester chez vous ?
	Oui
	Non

SEULEMENT POUR LES QUESTIONNAIRES DE SUIVI	
QFU4	Avez-vous fait une chute dans les 3 derniers mois?
	Oui
	Non
Module Santé Mentale	
Sous-module Santé cognitive	
Q8	Un de vos proches vous a-t-il fait remarquer que vous aviez des problèmes de mémoires?
	Oui
	Non
Sous-module Santé psychologique	
Q9	Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?
	Oui
	Non
Module Santé Sociale	
Sous-module Santé sociale	
Q10	Êtes-vous l'aidant proche d'une personne?
	Oui
	Non
Q11	Dans la semaine passée, avez-vous eu des contacts avec des amis, de la famille ou des professionnels?
	Oui
	Non
GROUPE Autonomie	
Module Autonomie	
Sous-module IADL	
Q12	Avez-vous besoin d'aide pour utiliser le téléphone
	oui
	non
Q13	Avez-vous besoin d'aide pour utiliser les transports en commun
	oui
	non
Q14	Avez-vous besoin d'aide pour prendre vos médicaments
	oui
	non
Q15	Avez-vous besoin d'aide pour gérer votre argent
	oui
	non
Sous-module ADL	
Q16	Avez-vous besoin d'aide pour réaliser votre toilette?
	oui
	non
Q17	Avez-vous besoin d'aide pour réaliser vos soins d'apparence corporelle?
	oui
	non
Q18	Avez-vous besoin d'aide pour vous habiller?
	oui
	non
Q19	Avez-vous besoin d'aide pour manger?
	oui
	non
Q20	Perdez-vous vos selles et/ou vos urines?
	oui
	non

GROUPE Aidant (conditionnel)	
Module Fardeau de l'aidant	
Sous module épuisement aidant	
Q21	Avez-vous l'impression qu'en raison du temps que vous consacrez à la personne aidée (proche/parent/conjoint), vous n'avez pas assez de temps pour vous-même?
	Jamais
	Rarement
	Parfois
	Assez souvent
	Presque toujours
Q22	Avez-vous l'impression d'être stressé.e parce que vous prenez soin de la personne aidée (proche/parent/conjoint) et que vous assumez également d'autres responsabilités (travail/famille) ?
	Jamais
	Rarement
	Parfois
	Assez souvent
	Presque toujours
Q23	Avez-vous l'impression d'être fatigué.e lorsque vous êtes avec la personne aidée (proche/parent/conjoint) ?
	Jamais
	Rarement
	Parfois
	Assez souvent
	Presque toujours
Q24	Avez-vous l'impression de ne pas savoir ce qu'il faut faire à propos de la personne aidée (proche/parent/conjoint)?
	Jamais
	Rarement
	Parfois
	Assez souvent
	Presque toujours

Annexe 7 : Formulaires de consentement de l'étude qualitative (Phase 3)

Annexe 7.1 : Formulaire d'information et de consentement destiné aux participants âgés



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Évaluation de la mise en œuvre d'ESOGER : un outil d'évaluation de risque pour les personnes âgées isolées et les aidants naturels âgés pendant COVID-19

Chercheuse : Kim Sawchuk

Coordonnées de la chercheuse : Département des études en Communications de l'Université Concordia (kim.sawchuk@concordia.ca, 514-848-2424 x2557) ou 514-299-0174 (cellulaire)

Source de financement de l'étude : Fonds de Recherche du Québec - Sciences (FRQS)

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus. Ce formulaire fournit des informations sur ce qu'impliquerait votre participation. Veuillez le lire attentivement avant de décider si vous voulez participer ou non. Si vous ne comprenez pas quoi que ce soit ou si vous voulez plus d'informations, n'hésitez pas à demander à la chercheuse ou à un membre de son équipe de recherche.

A. OBJET

L'objectif de ce projet de recherche est de comprendre votre expérience dans le cadre du Projet de Proximité aux Aînés de la Croix Rouge Canadienne, afin d'évaluer l'efficacité de nos outils d'évaluation et de les adapter éventuellement à l'usage des aidants naturels.

B. PROCÉDURES

Si vous participez, vous serez invité à prendre part à une entrevue (par téléphone) d'une durée approximative de 15 à 20 minutes, en répondant à des questions sur votre expérience du Projet Proximité aux Aînés de la Croix-Rouge et sur son utilité pour évaluer et répondre à vos besoins.

- Si vous donnez votre accord verbal, cela sera enregistré pour nos archives.
- Vous pouvez choisir les questions auxquelles vous souhaitez répondre.
- Votre entrevue sera enregistrée et transcrite, mais les informations permettant de vous identifier seront supprimées de nos résultats.

- Les données de votre entrevue seront utilisées pour produire un rapport final présentant des recommandations pour améliorer l'outil d'évaluation (et les services connexes) au cœur de l'initiative Proximité aux Aînés pour les personnes âgées, et pour l'adapter éventuellement à l'usage des aidants naturels âgés.

- Toutes les données recueillies seront stockées de façon sécuritaire et protégées par un mot de passe sur le nuage (Microsoft Sharepoint), et hébergées sur un serveur situé à l'Université Concordia accessible par le compte sécurisé du chercheur principal.

Au total, la participation à cette étude prendra environ 30 minutes.

C. RISQUES ET AVANTAGES

Votre participation aidera la chercheuse à mieux comprendre comment concevoir et mettre en œuvre un outil qui vise à fournir des ressources aux personnes âgées en situation de fragilité pour améliorer leur santé et leur bien-être.

Nous ne prévoyons pas de risques majeurs à participer à l'entrevue. Vous pouvez vous retirer à tout moment. Nous vous fournirons également une liste de ressources de soutien à Montréal si vous ressentez un quelconque malaise.

D. CONFIDENTIALITÉ

Le Laboratoire ACT (Vieillesse, Communication, Technologies) sera responsable de toutes les données recueillies par ce projet. Les données seront archivées dans notre système de fichiers pour référence dans des études futures. Toutefois, si vous souhaitez vous retirer du projet, toutes les données vous concernant seront supprimées.

Seule l'équipe d'ACT aura accès à ces données. Bien que tous les membres de l'équipe de recherche d'ACT puissent connaître l'identité des participants, ces informations seront confidentielles, ce qui signifie qu'il ne sera pas possible de vous identifier dans les résultats de recherche publiés. Les enregistrements vidéo et audio ne seront pas diffusés à des publics extérieurs à l'équipe de recherche immédiate.

E. CONDITIONS DE PARTICIPATION

Vous n'êtes pas obligé de participer à cette recherche. Il s'agit d'une décision qui vous appartient exclusivement. Si vous participez, vous pouvez arrêter à tout moment. Vous pouvez également demander que les informations que vous avez fournies ne soient pas utilisées, et votre choix sera respecté. Si vous décidez que vous ne voulez pas que nous utilisions vos informations, vous devez en informer le chercheur 30 jours après votre entrevue. Si vous décidez de vous retirer du projet, toutes les informations recueillies dans le cadre de votre participation seront déchetées, supprimées ou détruites d'une autre manière. Il n'y a aucune conséquence négative à ne pas participer, à s'arrêter en cours de route ou à nous demander de ne pas utiliser vos informations. Pour vous retirer de cette recherche, veuillez contacter :

Dr. Kim Sawchuk

Kim.sawchuk@concordia.ca

515-299-0174

F. DÉCLARATION DU/DE LA PARTICIPANT.E

J'ai lu/entendu et compris ce formulaire. J'ai eu la possibilité de poser des questions et j'ai obtenu des réponses à toutes mes questions. J'accepte de participer à cette recherche dans les conditions décrites.

NOM (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE _____

DATE _____

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques ou académiques de cette recherche, veuillez contacter le chercheur. Ses coordonnées figurent à la page 1. Vous pouvez également contacter le directeur de sa faculté.

Si vous avez des préoccupations concernant les aspects éthiques de cette recherche, veuillez contacter le responsable de l'éthique de la recherche de l'Université Concordia : 514.848.2424 ex. 7481 ou oor.ethics@concordia.ca.

Annexe 7.2 : Formulaire d'information et de consentement destiné aux participants qui sont des professionnels de santé



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : Évaluation de la mise en œuvre d'ESOGER : un outil d'évaluation de risque pour les personnes âgées isolées et les aidants naturels âgés pendant COVID-19

Chercheuse : Kim Sawchuk

Coordonnées de la chercheuse : Département des études en Communications de l'Université Concordia (kim.sawchuk@concordia.ca, 514-848-2424 x2557) ou 514-299-0174 (cellulaire)

Source de financement de l'étude : Fonds de Recherche du Québec - Sciences (FRQS)

Vous êtes invité(e) à participer à l'étude de recherche mentionnée ci-dessus. Ce formulaire fournit des informations sur ce qu'impliquerait votre participation. Veuillez le lire attentivement avant de décider si vous voulez participer ou non. Si vous ne comprenez pas quoi que ce soit ou si vous voulez plus d'informations, n'hésitez pas à demander à la chercheuse ou à un membre de son équipe de recherche.

A. OBJET

L'objectif de ce projet est de rechercher votre expérience professionnelle avec le questionnaire et la plateforme ESOGER (Évaluation Socio-Gériatrique), et comment elle s'inscrit dans la trajectoire des services offerts aux personnes âgées par La Croix Rouge Canadienne. Ces informations seront utilisées pour améliorer l'outil et l'adapter éventuellement à l'usage des proches aidants naturels.

B. PROCÉDURES

Si vous participez, il vous sera demandé de prendre part à une entrevue (via Zoom) d'une durée approximative de **30 minutes**, en répondant à des questions axées sur votre expérience professionnelle et/ou votre point de vue sur le questionnaire et la plateforme et son utilisation pour évaluer la fragilité des personnes âgées et/ou des aidants naturels âgés afin de les orienter vers des services adéquats.

- Si vous donnez votre accord verbal, cela sera enregistré pour nos archives.
- Vous pouvez choisir les questions auxquelles vous souhaitez répondre.
- Votre entrevue sera enregistrée et transcrite, mais les informations permettant de vous identifier seront supprimées de nos résultats finaux.
- Les données de votre entrevue seront utilisées pour produire un rapport final présentant des recommandations pour améliorer l'outil d'évaluation (et les services connexes) au cœur de l'initiative

Proximité aux Aînés pour les personnes âgées, et pour l'adapter éventuellement à l'usage des aidants naturels âgés.

- Toutes les données recueillies seront stockées de façon sécuritaire et protégées par un mot de passe sur le nuage (Microsoft Sharepoint), et hébergées sur un serveur situé à l'Université Concordia accessible par le compte sécurisé du chercheur principal.

Au total, votre participation à cette étude prendra environ 1 heure (incluant la logistique).

C. RISQUES ET AVANTAGES

Votre participation aidera la chercheuse à mieux comprendre comment concevoir et mettre en œuvre un outil qui vise à fournir des ressources aux personnes âgées en situation de fragilité pour améliorer leur santé et leur bien-être. **Vous serez rémunéré.e pour votre participation avec une carte cadeau de \$25.**

Nous ne prévoyons pas de risques majeurs à participer à l'entrevue. Vous pouvez vous retirer à tout moment. Nous vous fournirons également une liste de ressources de soutien à Montréal si vous ressentez un quelconque malaise.

D. CONFIDENTIALITÉ

Le Laboratoire ACT (Vieillesse, Communication, Technologies) sera responsable de toutes les données recueillies par ce projet. Les données seront archivées dans notre système de fichiers pour référence dans des études futures. Toutefois, si vous souhaitez vous retirer du projet, toutes les données vous concernant seront supprimées.

Seule l'équipe d'ACT aura accès à ces données. Bien que tous les membres de l'équipe de recherche d'ACT puissent connaître l'identité des participants, ces informations seront confidentielles, ce qui signifie qu'il ne sera pas possible de vous identifier dans les résultats de recherche publiés. Les enregistrements vidéo et audio ne seront pas diffusés à des publics extérieurs à l'équipe de recherche immédiate.

F. CONDITIONS DE PARTICIPATION

Vous n'êtes pas obligé de participer à cette recherche. Il s'agit d'une décision qui vous appartient exclusivement. Si vous participez, vous pouvez arrêter à tout moment. Vous pouvez également demander que les informations que vous avez fournies ne soient pas utilisées, et votre choix sera respecté. Votre rémunération ne sera pas affectée dans ces deux cas. Si vous décidez que vous ne voulez pas que nous utilisions vos informations, vous devez en informer le chercheur 30 jours après votre entrevue. Si vous décidez de vous retirer du projet, toutes les informations recueillies dans le cadre de votre participation seront déchiquetées, supprimées ou détruites d'une autre manière. Il n'y a aucune conséquence négative à ne pas participer, à s'arrêter en cours de route ou à nous demander de ne pas utiliser vos informations. Pour vous retirer de cette recherche, veuillez contacter :

Dr. Kim Sawchuk

Kim.sawchuk@concordia.ca

515-299-0174

G. DÉCLARATION DU/DE LA PARTICIPANT.E

NOM (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE

DATE

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques ou académiques de cette recherche, veuillez contacter le chercheur. Ses coordonnées figurent à la page 1. Vous pouvez également contacter le directeur de sa faculté.

Si vous avez des préoccupations concernant les aspects éthiques de cette recherche, veuillez contacter le responsable de l'éthique de la recherche de l'Université Concordia : 514.848.2424 ex. 7481 ou oor.ethics@concordia.ca.

Annexe 8 : Grilles d'entrevue de l'étude qualitative (Phase 3)

Grille d'entretien (Bénéficiaires)

1. Est-ce que vous pourriez nous raconter votre expérience avec la C-R [*résume les thèmes du questionnaire au besoin*]?
 - a. Comment l'avez-vous trouvé ?
2. Est-ce que vous trouviez que l'évaluation était trop longue ?
3. Avez-vous eu des difficultés à répondre à certaines questions ?
 - a. Si oui, vous souvenez-vous lesquelles ?
4. Qu'avez-vous pensé des thèmes abordés par l'évaluation [*résume les thèmes du questionnaire au besoin*] ?
5. Y a-t-il une question qui se démarque dans votre mémoire ?
 - a. Pourquoi ?
6. Est-ce que l'évaluation a bien identifié vos besoins ?
 - a. Si non, pourquoi?
 - 6.1. Avez-vous des besoins qui n'ont pas été abordés par l'évaluation ?
 - b. Quelles sortes de besoins (par ex. Psychologiques, sociaux) ?
7. **SI proche aidant:** Comment avez-vous trouvé les questions concernant votre statut d'aidant ?
8. Est-ce que vous avez déjà reçu un suivi de la C-R?
 - a. Pouvez-vous nous parler de votre expérience?
[*par exemple: Est-ce que le processus était trop long, lourd ou fatiguant? Était-il utile?*]
 - b. Est-ce que ces suivis ont répondu à vos besoins?
 - i. Si non, pourquoi?
 - ii. Si oui, les avez-vous contactés ? Pouvez-vous nous parler de votre expérience?
 - b. Est-ce que la C-R vous a recommandé de contacter certains organismes ?
 - ii. Si oui, les avez-vous contactés ? Pouvez-vous nous parler de votre expérience?
9. Comment vous êtes-vous sentis par rapport au fait de partager des informations personnelles par téléphone ?
10. Quelle est votre opinion par rapport à la télésanté, c'est-à-dire d'obtenir des soins à distance (*par ex. remplir une évaluation avec une infirmière par téléphone*)?
11. Si ce service vous était offert, est-ce que vous aimeriez continuer à répondre au questionnaire de la C-R à chaque 3 mois ?
 - a. Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - b. **SI proche aidant :** Pensez-vous que répondre au questionnaire de la C-R à chaque 3 mois pourrait vous aider dans votre rôle d'aidant ?
12. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Annexe 3: Grille d'entretien (Bénévole de la CR)

Pourriez-vous parler de votre expérience avec le PPA ? Vous travaillez comme bénévole depuis combien de temps? Environ combien d'appels avez-vous effectués ?	
---	--

<p>Avez-vous reçu de formation avant de commencer à faire des appels? Si oui, quel type?</p>	<p>Suffisant ? Suggestions ?</p>
<p>1. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire ESOGER avec des personnes âgées par téléphone ?</p>	<p>(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?</p>
<p>2. Y a-t-il des cas/appels qui se distinguent dans votre mémoire ? Pouvez-vous les décrire en termes généraux ? Qu'est-ce qui les distingue des autres ?</p>	
<p>3. Avez-vous eu des cas où le bénéficiaire a démontré une réticence à donner des renseignements personnels au téléphone?</p>	<p>Confusion?</p>
<p>CONTENU</p>	
<p>4. Y a-t-il des confusions communes <i>de la part des bénéficiaires</i> par rapport aux questions ? Suivi: Avez-vous adapté la façon dont vous effectuez les appels / demandez certaines questions au fil du temps ?</p>	<p>Par rapport au processus en général ?</p>
<p>5. Nous aimerions avoir vos commentaires sur votre expérience par rapport aux questions socio-économiques d'ESOGER:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En particulier, la question 'Êtes-vous propriétaire ou locataire ?' • Et, la question 'Êtes-vous né.e au Canada ?' 	
<p>6. Est-ce que vous trouvez que les répondants se sentent mal à l'aise pour répondre à certaines questions ? Si oui, lesquelles ? Ex: question de sexe (genre?)</p>	
<p>7. Est-ce que vous utilisez souvent la boîte ouverte à la fin du questionnaire ? Si oui, pour quel type de commentaire/d'information ?</p>	

8. Est-ce que vous ajouteriez des questions ? Est-ce que vous apporteriez des changements à certaines questions ? Si oui, lesquelles ?	
9. Vous êtes-vous déjà senti mal préparé pour répondre à une demande d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?	
10. Quelles sont vos impressions de l'interface du questionnaire ESOGER en ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?	
11. Si vous pouviez modifier quelque chose sur la plateforme, que changeriez-vous, le cas échéant ?	
12. Section pour le proche aidant ? Quelle a été votre expérience avec la section de proche aidant ?	
13. Quelque chose à ajouter ? <i>Qu'est-ce qui vous a amené à devenir bénévole dans ce programme?</i>	

Annexe 4: Grille d'entretien (Gestionnaire de la CR)

TÉLÉSANTÉ/GÉNÉRAL	
Quelle est votre relation avec l'outil ESOGER ? De quelle façon utilisez-vous l'outil dans vos activités quotidiennes ? À quelle fréquence ?	
1. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire ESOGER avec des personnes âgées par téléphone ?	(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?
2. Avez-vous adapté la façon dont vous formez les bénévoles pour effectuer des appels au fil du temps ? Si oui, comment ?	

<p>3. Avez-vous eu des cas où le bénéficiaire a démontré une réticence à donner des renseignements personnels au téléphone? Est-ce que cela arrive souvent ?</p>	<p>Confusion?</p>
<p>4. Est-ce que l'équipe s'est déjà sentie mal préparée pour répondre à une demande d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?</p>	
<p>5. Quels sont les défis les plus importants qui vous ont été rapportés par les bénévoles?</p>	
<p>6. Pouvez-vous nous parler des rapports entre vous et les organismes communautaires concernant ESOGER. Par exemple, avec quels organismes avez-vous eu le plus de relations ? Comment l'outil est perçu?</p>	
<p>CONTENU/QUESTIONNAIRE</p>	
<p>7. Y a-t-il des confusions communes de la part des bénévoles OU des bénéficiaires par rapport à certaines questions ? Qu'en est-il du processus en général ?</p>	
<p>8. Nous aimerions avoir vos commentaires sur certaines questions dans ESOGER, notamment les questions socio-économiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la question 'Êtes-vous propriétaire ou locataire ?' • Et, la question 'Êtes-vous né.e au Canada ?' 	<p><i>Si elle n'a pas effectué des appels elle-même, demande si elle a reçu des commentaires de son équipe (bénévoles, analystes, etc).</i></p>
<p>9. Est-ce que vous trouvez que les bénéficiaires se sentent mal à l'aise pour répondre à certaines questions ? Ou peut-être les bénévoles se sentent mal à l'aise pour <i>demander</i> certaines questions ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	<p><i>Ex: questi on de sexe (genre?)</i></p>
<p>10. Est-ce que vous utilisez/les bénévoles utilisent souvent la boîte ouverte à la fin du questionnaire ? Si oui, pour quel type de commentaire/d'information ?</p>	

11. Est-ce que vous ajouteriez des questions au ESOGER ? Ou bien est-ce que vous apporteriez des changements à certaines questions ? Si oui, lesquelles ?	
INTERFACE/plateforme	
12. La nouvelle version de la plateforme a été lancée en avril dernier. Y a-t-il eu des obstacles liés à ce changement? Ou des ajustements que vous avez dû faire en équipe ?	
13. Quelles sont vos impressions générales de l'interface du questionnaire ESOGER en ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?	
14. Y a-t-il un aspect de la plate-forme/de l'interface que vous changeriez ou modifieriez ?	
Quelque chose à ajouter ?	

Annexe 5: Grille d'entretien (Membres de l'équipe de recherche/appelants)

1. Avez-vous reçu de formation avant de commencer à faire des appels? Si oui, quel type?	
2. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire par téléphone ?	(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?
3. Y a-t-il des cas/appels qui se distinguent dans votre mémoire ? Pouvez-vous les décrire en termes généraux ? Qu'est-ce qui les distingue des autres ?	
4. Y a-t-il des questions, des commentaires ou des confusions communs ? Avez-vous adapté la façon dont vous effectuez les appels au fil du temps ?	
5. Avez-vous jamais ressenti mal préparées pour répondre à une demande	

d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?	
---	--

Annexe 9 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 1)

ESOGER V2

Analyse qualitative

Dre Kim Sawchuk, Constance Lafontaine, Albane Gaudissart et Marie-Ève Ducharme

Avec le soutien de : Valerie Thomas, Aviva Majerczyk et Andréa Tremblay

 preuve pr par e pour le Dr Olivier Beauchet

Le 20 septembre, 2021

Traduction française par Andréa Tremblay

Le 2 octobre, 2021

Table des matières

INTRODUCTION	1
QUESTIONS DE RECHERCHE	1
MÉTHODOLOGIE	2
3.1 Entretiens semi-dirigés	2
3.2 Analyse des données d'entrevues	3
3.3 Recherche supplémentaire à partir de données secondaires	3
3.4 Examen d'ESOGER du point de vue de la langue et de la communication	4
3.5 Limites de notre étude	4
PROFILS DES PARTIES PRENANTES	5
ANALYSE DES RÉSULTATS	6
5.1 Avantages généraux perçus d'ESOGER	7
5.1.1 COVID : risques accrus et lacunes	7
5.1.2 Identifier les personnes âgées en situation de vulnérabilité	8
5.1.3 Permettre une intervention subjective	9
5.2 Expérience de l'utilisateur d'ESOGER	9
5.2.1 Expérience numérique de l'utilisateur	9
5.2.2 L'algorithme et création de rapports dans ESGER	11
5.2.3 Langue et communication	13
5.2.4 Communication du consentement	14
5.3. Autres suggestions des parties prenantes	16
5.3.1 Suggestions ciblées pour de nouvelles questions	16
5.3.2 Problèmes critiques qui devraient être davantage soulignés	17
5.3.3 Suggestions spécifiques pour améliorer le questionnaire existant	19
5.3.4 Impressions sur les changements entre E-V1 et E-V2	19
CONCLUSION	20
ANNEXES	23

Annexe 1 - Grilles d'entrevue	23
Annexe 2 - Révision de la version française	36
Annexe 3 - Révision de la version anglaise	37

1. INTRODUCTION

Ce rapport présente nos constatations et analyses concernant l'utilisation d'un « outil de repérage sociogériatrique des aînés à risque appelé ESOGER². » Créé au début de la pandémie de COVID-19, ESOGER a pour but de fournir aux organisations un outil qui les aide à identifier rapidement et facilement les personnes âgées en situation de vulnérabilité, ou de vulnérabilité possible. Ces personnes peuvent ensuite être évaluées de manière plus approfondie et (si elles le souhaitent) être mises en relation avec les services existants appropriés. Il est à espérer que l'évaluation rapide de la situation d'une personne, avant qu'elle ne soit en situation de crise, aidera à prévenir les circonstances nécessitant des soins d'urgence.

Notre rapport vise à mieux comprendre ESOGER du point de vue des parties prenantes³ et à fournir des recommandations pour mettre en œuvre une deuxième version de l'outil dès l'automne 2021. Cette étude appuie et achève le travail initial réalisé par l'équipe de Dre Nadia Sourial du Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM).

Le rapport a été rédigé par les membres du Laboratoire *Aging, Communication, and Technologies* (ACT), dirigé par Kim Sawchuk. Le Laboratoire ACT mène des projets de recherche sur la transformation des expériences du vieillissement dans les sociétés en réseaux.

En présentant ce rapport et les réponses des parties prenantes, il ne nous appartient pas de décider s'il faut les mettre en œuvre. Nous les portons simplement à votre attention.

2. QUESTIONS DE RECHERCHE

Cette étude qualitative, basée sur des entrevues, des analyses de documents pertinents et des données qualitatives secondaires se concentre sur l'intégration d'ESOGER par les organisations des parties prenantes en posant les questions de recherche suivantes :

² Centre d'Excellence sur la Longévité (CEEXLO)-Esoger1©: <https://ceexlo.ca/esoger1-urgence-aines-isoles/>

³ Dans ce rapport, le terme "parties prenantes" fait référence aux organisations qui ont été identifiées par le CRIUGM comme des parties investies dans le développement et la mise en œuvre d'ESOGER.

- ❖ QR1 : Quels sont les aspects généraux d'ESOGER qui **ont été bénéfiques ou inefficaces du point de vue des parties prenantes?**
- ❖ QR2 : Si les parties prenantes ont utilisé cet outil, alors quelle a été leur **expérience** spécifique dans cet emploi?
- ❖ QR3 : Comment l'outil pourrait-il **mieux répondre aux besoins** des parties prenantes?

3. MÉTHODOLOGIE

3.1 Entretiens semi-dirigés

Entre juillet et septembre 2021, nous avons réalisé 10 entrevues semi-dirigées d'environ une heure chacune avec des personnes appartenant à six organisations :

- L'APPUI (1 personne interrogée)
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (1 personne interrogée)
- Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM, 1 personne interrogée)
- Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD, 2 personnes interrogées)
- Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA, 1 personne interrogée)
- La Croix-Rouge (4 personnes interrogées)

Toutes les entrevues ont été réalisées en ligne, sur Zoom et étaient surtout axées sur le déploiement d'ESOGER au sein d'organisations du ressort du Centre universitaire intégré de santé et de services sociaux (CIUSSS) du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. De plus, nous avons mené une entrevue avec Kévin Galery afin d'obtenir des précisions sur ESOGER et sur la transition de la version 1 (E-V1) à la version 2 (E-V2).

Nous avons préalablement réalisé des pré-entrevues avec les répondants sélectionnés, puis nous avons adapté notre grille d'entretien pour nous engager dans la phase de recherche subséquente, l'entrevue. Afin de répondre à nos questions de recherche, nous avons interrogé les répondants sur des aspects spécifiques d'ESOGER, notamment, la présentation de l'information, la disposition de l'interface, le contenu et leur expérience

générale de l'utilisation d'ESOGER. Nous avons cherché à connaître l'opinion des répondants sur la perception de la praticité et de la pertinence d'ESOGER pour identifier les situations sociogériatriques à risque⁴. Les parties prenantes n'avaient pas toutes eu l'occasion d'utiliser ESOGER. Ces utilisateurs potentiels ont néanmoins été interrogés, car nous avons jugé leur contribution précieuse pour les itérations futures de l'outil. Dans ces cas, avant l'entrevue, nous avons transmis aux parties prenantes le lien vers la version en ligne existante d'ESOGER pour un examen préalable.

Les entrevues ont été menées par quatre membres du laboratoire ACT, en équipes de deux, puis ont été analysées indépendamment par au moins deux membres de l'équipe. Toutes les entrevues ont été menées en français.

3.2 Analyse des données d'entrevues

Une première lecture des transcriptions a révélé des constantes dans les réponses qui ont ensuite été organisées en groupes thématiques, ou sections. Porter attention à la fréquence des réponses des parties prenantes à chaque question a permis de déterminer l'importance de ces réponses dans la création des groupes thématiques. La première ébauche de ce rapport a été créée par l'équipe de recherche d'ACT grâce à un processus collaboratif d'interprétation des données.

3.3 Recherche supplémentaire à partir de données secondaires

Lors d'une entrevue, une partie prenante a suggéré que nous examinions les commentaires qualitatifs enregistrés dans ESOGER. Ces commentaires avaient été recueillis par des bénévoles utilisant l'outil dans la section ouverte d'ESOGER. Les parties prenantes suggéraient que ces commentaires qualitatifs indiquaient des points faibles éventuels d'ESOGER. Pour cette raison, nous avons également effectué une analyse de contenu de la section des commentaires qualitatifs d'ESOGER. Nous avons échantillonné les 100 premiers rapports de la base de données d'ESOGER, effectués à partir de 1 037 appels à des personnes âgées. Ces données secondaires avaient été rendues anonymes et ne

⁴ Communiqué de presse de CEEXLO (26 mars 2020) disponible sur leur site web : <https://ceexlo.ca/en/esoger1-press/>.

contenaient que les commentaires écrits. Aucun marqueur d'identification des répondants n'était inclus. Ces commentaires ont été utilisés pour la rédaction du présent rapport.

3.4 Examen d'ESOGER du point de vue de la langue et de la communication

À la suggestion des répondants, les membres de l'équipe ACT ont entrepris un examen de l'outil ESOGER du point de vue de la langue, un aspect essentiel pour une communication efficace. Cet examen a été fait pour les versions française et anglaise. Les modifications suggérées sont disponibles en Annexe 2 et en Annexe 3. Les commentaires des parties prenantes concernant la langue et la communication sont détaillés dans ce rapport dans la section «Analyse des résultats» (Section 5).

3.5 Limites de notre étude

Toutes les parties prenantes interrogées connaissaient ESOGER, mais une seule d'entre elles l'utilisait régulièrement. Deux organisations avaient pris connaissance d'ESOGER par le biais d'une présentation par le Dr. Beauchet. Pour tenir compte de ces différences, nous avons demandé aux répondants qui connaissaient moins bien l'outil de parcourir soigneusement le questionnaire ESOGER entre l'étape de la pré-entrevue et celle de l'entrevue.

Une autre limite importante est reliée au calendrier. Nous voulions interviewer les bénévoles responsables des appels où l'on avait utilisé ESOGER, mais la Croix-Rouge était en processus de recrutement d'un nouveau coordinateur des bénévoles et préférait attendre que le processus de recrutement soit terminé. En raison de la date limite de rédaction de ce rapport, nous n'avons pas été en mesure d'interviewer les bénévoles. Toutefois, un des membres de l'équipe de la Croix-Rouge s'est assuré de recueillir les commentaires des bénévoles avant de s'entretenir avec nous. Plus généralement, le processus d'entrevues ayant débuté pendant les vacances d'été, de nombreux répondants n'étaient pas disponibles durant cette période. Il a donc fallu retarder le présent rapport pour accommoder les parties prenantes.

4. PROFILS DES PARTIES PRENANTES

Ce rapport comprend les contributions de six organisations différentes et de dix personnes affiliées à ces organisations. Nous présentons ci-dessous un aperçu des parties prenantes interrogées et de leurs liens avec ESOGER.

Le **CRIUGM** est le centre de recherche qui héberge ESOGER et l'équipe qui développe l'outil, à savoir le Dr Olivier Beauchet et Kévin Galery.

Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EÉSAD) est un réseau qui regroupe des entreprises d'économie sociale qui fournissent de l'aide aux personnes vivant à leur domicile et ce sur une base non lucrative. Ils ont participé aux conversations concernant ESOGER avec le CRIUGM et ils pensent que c'est un outil qui doit être introduit dans leur réseau.

Le programme de **Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)** relève du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Cet organisme reçoit les appels et sert de point d'entrée pour les Services à domicile (SAD), les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ou autres ressources d'hébergement non institutionnelles (RNI). Ces organismes pourraient faire partie d'un système de référence et pourraient être utiles pour trouver des utilisateurs potentiels d'ESOGER.

La Croix-Rouge a adopté ESOGER pendant la COVID et en est maintenant le principal utilisateur. Elle reçoit des listes de personnes âgées en attente d'un médecin de famille du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Ce CIUSSS fait partie du système d'aiguillage pour les besoins cliniques plus urgents ou spécialisés. Les bénévoles de la Croix-Rouge parcourent la liste fournie par le CIUSSS et appellent les personnes âgées. Ils déploient l'outil ESOGER comme premier point de contact pour faire une évaluation du niveau de

vulnérabilité actuel. Les bénévoles transmettent ensuite leur rapport à l'analyste de la Croix-Rouge qui détermine si le dossier doit être transféré à une infirmière de la Croix-Rouge ou à un organisme communautaire. Afin d'assurer que toutes les informations sont correctes et pour confirmer le problème identifié, les appels de suivi sont fréquents. Si aucun transfert de dossier n'est nécessaire, les dossiers sont conservés en interne pour des suivis futurs. Quatre personnes occupant des rôles différents au sein de la Croix-Rouge ont été interrogées. Au moment où nous avons parlé aux membres du personnel de la Croix-Rouge, l'organisation avait déjà assumé environ 70 appels, dont la plupart avaient été effectués par des bénévoles.

Le **CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal** est le CIUSSS qui fournit à la Croix-Rouge la liste de personnes âgées en attente d'un médecin de famille. Il fait également partie du système d'aiguillage pour les besoins cliniques plus urgents ou spécialisés.

L'APPUI est une société de gestion qui se concentre sur les aidants naturels. ESOGER offrant actuellement une section sur le statut de l'aidant naturel, cet organisme a déjà reçu des dossiers (environ 50 au moment de l'étude). Sur l'ensemble des dossiers reçus, le représentant de L'APPUI a affirmé que la grande majorité était des cas pertinents et avait conduit à l'identification d'un soutien additionnel nécessaire.

5. ANALYSE DES RÉSULTATS

Cette section donne un aperçu des principaux résultats d'entrevues avec les parties prenantes et des méthodes complémentaires employées.

Dans la première partie de l'analyse (5.1), nous offrons une présentation générale des avantages d'ESOGER tels que décrits par les parties prenantes qui ont estimé qu'ESOGER avait contribué à combler une lacune au niveau des services existants pendant la pandémie de COVID-19. Ces personnes ont également trouvé qu'ESOGER était utile pour identifier les personnes âgées en position de vulnérabilité, conformément au mandat général de l'outil.

Enfin, elles ont aimé qu'ESOGER permette d'intégrer une dimension qualitative et subjective au processus d'évaluation.

Dans la section suivante (5.2), nous examinons ce que les parties prenantes ont dit sur ESGER du point de vue des utilisateurs. Cela comprend l'expérience numérique des utilisateurs qui englobe une discussion sur la convivialité d'ESOGER, la conception de l'interface et l'ordre des questions. Ensuite, nous discutons de l'algorithme et des rapports émis par ESGER, des questions de langage et de communication, ainsi que du processus de consentement.

La dernière section de l'analyse (5.3) présente une discussion des commentaires plus spécifiques des parties prenantes sur les questions de contenu. Nous détaillons trois niveaux de suggestions sur le contenu d'ESOGER, y compris des améliorations à être considérées par les concepteurs. Nous identifions des suggestions de nouvelles questions possibles jugées importantes par les parties prenantes, des points critiques déjà couverts par ESGER, mais qui devraient être davantage soulignés et des suggestions précises concernant la formulation pour améliorer certaines questions existantes.

5.1 Avantages généraux perçus d'ESOGER

❖ **QR1** : Quels sont les aspects généraux d'ESOGER qui **ont été bénéfiques ou inefficaces du point de vue des parties prenantes?**

Les parties prenantes interrogées ont identifié trois avantages majeurs dans l'utilisation d'ESOGER : sa pertinence pendant la crise de la COVID, incluant sa capacité de combler des lacunes au niveau des services ; son utilisation dans l'identification des adultes âgés en position de vulnérabilité, en accord avec sa mission globale ; et enfin, le fait qu'il permet d'intégrer une dimension qualitative et subjective dans le processus d'évaluation.

5.1.1 COVID : risques accrus et lacunes

Des parties prenantes ont noté que la pandémie de la COVID-19 avait changé les réalités sur le terrain. L'une d'entre elles a noté que la crise avait aggravé les situations d'isolement et le fardeau pour certains aînés et proches aidants. Elle a également rapporté que l'augmentation des pensées suicidaires rendait indispensables le dépistage et l'identification des personnes

âgées ayant besoin de soutien. Une autre des parties prenantes a signalé que même si certaines personnes disposent d'un réseau de soutien abondant, cela ne signifie pas qu'elles reçoivent tous les soins dont elles ont besoin :

ESOGER filtre bien, car ultimement, même si cette personne-là avait des enfants et elle a un milieu qui pourrait être considéré adéquat, il y avait quand même quelque chose qui ressortait [sur ESOGER] et on a réussi à travailler ce besoin-là⁵.

De nombreuses organisations et réseaux existants au service des personnes âgées ont cessé leurs activités pendant la crise. Comme ces répondants l'ont déclaré, ESOGER a comblé un vide en les aidant à continuer à communiquer avec les personnes âgées dans la communauté. ESOGER a été identifié comme un outil de référence potentiel pour le dépistage et l'orientation des personnes âgées vers un soutien existant, si nécessaire. Comme l'a décrit un des membres de l'équipe ESOGER, il s'agit de : « alléger le système sanitaire et social en connectant la bonne personne au bon endroit⁶. »

5.1.2 Identifier les personnes âgées en situation de vulnérabilité

Les parties prenantes ont noté qu'il est difficile d'identifier les adultes âgés en situation de vulnérabilité et selon elles, ESOGER pourrait être utile à cet égard, car il est conforme à la mission existante de leur organisation. Un des répondants a reconnu ESOGER comme « une possibilité supplémentaire pour nous d'accomplir notre mission⁷. » Un autre répondant pensait que « ça pourrait être un bon outil pour quelqu'un qui est au bout du fil et fait du reaching out⁸. » Selon une autre personne interrogée, grâce à ESOGER « un agent qui entre en contact avec un usager va être en mesure d'évaluer non scientifiquement la personne et de faire la prévention⁹. »

⁵ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

⁶N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

5.1.3 Permettre une intervention subjective

ESOGER est perçu comme un filtre utile avec suffisamment de flexibilité pour intégrer les commentaires qualitatifs ou « le facteur humain » dans le système de référence. Il est important de noter que ce filtre est réalisé par la combinaison de l'algorithme et le jugement subjectif de la personne qui fait l'appel, sous forme de commentaires qualitatifs. Les commentaires qualitatifs représentent des aspects spécifiques à considérer, ainsi que le travail ultérieur de l'analyste, qui, souvent, va utiliser un questionnaire supplémentaire, créé par l'organisation, afin de bien comprendre le besoin avant de transférer les coordonnées et les informations de la personne âgée au service adéquat.

5.2 Expérience de l'utilisateur d'ESOGER

❖ *QR2 : Si les parties prenantes ont utilisé cet outil, alors quelle a été leur **expérience** spécifique dans cet emploi?*

Toutes les parties prenantes qui ont utilisé ou essayé l'outil étaient satisfaites du temps nécessaire pour compléter l'évaluation. Il n'est ni trop long ni trop court et il est suffisamment exhaustif pour déterminer s'il est nécessaire qu'un professionnel enquête davantage sur la situation de la personne âgée. Dans la section suivante, nous abordons quatre thèmes principaux : l'expérience de l'utilisateur numérique, le point de vue des parties prenantes sur l'algorithme et la transmission des données, les commentaires sur la langue et le processus de consentement.

5.2.1 Expérience numérique de l'utilisateur

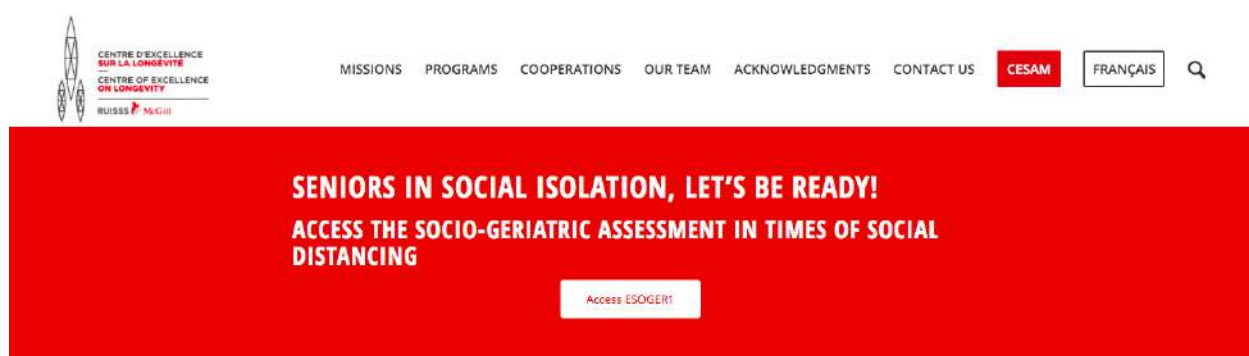
Convivialité

La majorité des parties prenantes interrogées, qui avait soit utilisé régulièrement soit évalué ESOGER, appréciait que l'outil puisse être administré par un bénévole qui n'est pas nécessairement un professionnel expérimenté. Quatre répondants ont déclaré qu'ils trouvaient ESOGER « simple », trois l'ont décrit comme « facile » et un autre comme « convivial ». En fait, certains d'entre eux ont déclaré que cette méthode pouvait être utilisée par toute personne travaillant auprès d'une personne âgée : « C'est l'idée avec ESOGER : ça peut être administré par différentes personnes qui ne sont pas des spécialistes

ou des professionnels.¹⁰ » Un autre répondant a déclaré qu'ESOGER était assez facile et accessible pour qu'il puisse être utilisé spontanément : « Ça s'utilise très bien – on peut faire ça à l'improviste facilement¹¹. »

Interface et accès

Toutes les parties prenantes semblaient aisément accéder au questionnaire en ligne de l'outil numérique. Certaines ont toutefois formulé des suggestions. Une partie prenante estimait que le bouton d'accès à l'outil pourrait être plus visible sur la page principale du site web du Centre d'excellence sur la longévité (CEEXLO)¹². Une autre trouvait que la couleur rouge, qui est utilisée dans plusieurs pages de l'outil, n'était pas idéale. Selon elle, le rouge pourrait être perçu comme stressant : « le rouge semble agressif ».



Certains répondants ont éprouvé des difficultés à accéder à l'outil dans la langue de leur choix, ce dont nous parlons plus en détail dans une section ultérieure. Ils ont également exprimé des réflexions concernant les utilisations futures d'ESOGER et les limites potentielles du format en ligne pour son utilisation dans les environnements de vie des personnes âgées et

¹⁰ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

¹¹ Ibid.

¹² Centre d'excellence sur la longévité (CEEXLO): <https://ceexlo.ca/en/home-2/>

dans le cadre d'interventions face à face. Par exemple, les personnes qui occupent des fonctions en Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) seraient bien placées pour administrer l'outil à des personnes âgées potentiellement vulnérables dans la communauté. Par contre, elles n'ont peut-être pas accès à l'équipement nécessaire, comme un appareil électronique ou une connexion Internet, qui sont nécessaires pour utiliser ESOGER.

Ordre des étapes et des questions

Certaines personnes interrogées ont fait des commentaires sur l'ordre des étapes nécessaires pour remplir le questionnaire. Une d'entre elles estimait qu'il serait préférable d'identifier le répondant dès le début, disant que cela leur permettrait de commencer à entrer les informations au fur et à mesure que les bénévoles accueillent la personne, notamment, dans le cadre d'appels téléphoniques récurrents avec la même personne âgée.

Une autre suggestion était de numéroter les questions de manière à indiquer la progression du questionnaire afin de mieux pouvoir déterminer la progression de l'appel.

Enfin, une personne utilisateur a exprimé qu'elle appréciait que seules les questions pertinentes fussent affichées et qu'il faille répondre aux questions obligatoires afin de passer aux étapes suivantes, ce qui évite les erreurs. « Cela rend le processus facile et *user-friendly*¹³. »

5.2.2 L'algorithme et création de rapports dans ESOGER

Clarté et aise de partage des rapports ESOGER

Dans ESOGER, au fur et à mesure que l'on répond aux questions, des recommandations sont fournies en rouge à l'utilisateur. À la fin, une évaluation générale et un score de l'état de vulnérabilité de la personne âgée sont présentés dans un rapport qui peut être imprimé ou converti en fichier PDF.

Les bénévoles qui effectuent les appels sont priés d'ignorer les recommandations en rouge. Une fois qu'ils ont rempli le formulaire ESOGER, ils transfèrent les informations à un

¹³ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

analyste. L'analyste décide alors s'il est nécessaire de poursuivre l'évaluation et/ou de transférer l'information à l'infirmière ou l'organisme communautaire adéquat. L'analyste peut ensuite transmettre le rapport et toute autre information (car cette personne effectue généralement un appel supplémentaire) à une autre organisation. Les bénévoles ne s'occupent donc pas du processus d'aiguillage. L'analyste ne peut cependant pas voir les recommandations en rouge, car celles-ci n'apparaissent pas sur le rapport final. L'analyste que nous avons interrogé a noté qu'il serait utile de pouvoir voir les recommandations de l'outil : « Ça serait très pertinent que ça apparaisse [les recommandations en rouge dans le rapport] avant que j'aie à demander à la personne s'ils ont besoin d'aide¹⁴. »

Enfin, une des parties prenantes recevant les rapports d'ESOGER a suggéré que plus de détails soient partagés lors de la réception des rapports, comme les coordonnées de la personne qui a fait l'appel, afin de pouvoir la contacter en cas de questions concernant le dossier de l'aîné.

Efficacité des recommandations d'ESOGER

Un répondant a mentionné que certaines recommandations émises dans le cadre d'ESOGER étaient faibles, dans le sens où elles renvoyaient sur l'aîné le fardeau de mettre en œuvre des suggestions comme « appeler le 211 » ou « appeler votre CLSC ». Ce répondant pensait qu'il serait préférable que l'organisme joue un rôle plus actif pour fournir du soutien et de l'information à la personne âgée. Par exemple, cela pourrait se traduire par un transfert d'appel direct vers le service concerné : « Voulez-vous que je communique pour vous? Et puis là, on fait un transfert d'appel¹⁵. »

Option subjective de rappel

Un autre aspect concernant la dernière section des questions de l'outil ESGER est le suivant : même si la personne interrogée n'est pas évaluée comme étant vulnérable par l'outil, si le bénévole indique que cette personne doit être appelée par une infirmière, alors ESGER augmente automatiquement le niveau de vulnérabilité. Les parties prenantes

¹⁴ Ibid.

¹⁵ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

appréciaient cet aspect, car ils estimaient que cela leur permettait de supplanter l'algorithme en fonction de ce qu'ils jugeaient nécessaire. « Dès qu'on appuie sur “doit être évalué par un professionnel” alors l'indice monte à “modéré” alors des fois on la coche, car même si l'indice à la base n'était pas élevé, on sait que ces personnes-là doivent être évaluées¹⁶. »

5.2.3 Langue et communication

Les parties prenantes ont identifié trois problèmes concernant la langue : des anomalies entre les versions française et anglaise, une confusion au niveau de la terminologie et des acronymes non définis. Ces commentaires sont distincts de l'examen d'ESOGER par les équipes d'ACT présenté dans les Annexes 2 et 3.

Choix de langue

Une partie prenante a mentionné que même lorsqu'elle sélectionnait la version française d'ESOGER, la version anglaise s'affichait. Elle n'avait pas immédiatement vu l'option pour changer de langue dans le coin supérieur droit. Ce problème a aussi fréquemment été rencontré au sein de notre équipe, de même que l'impossibilité de passer au français, même après avoir cliqué sur les options du coin supérieur droit.

Confusion terminologique

Trois parties prenantes ont estimé que la version française (Canada) comportait des termes qui relevaient plus d'un français de France que québécois : il y a des « adaptations québécoises à faire à quelques endroits¹⁷. » Notre équipe a également remarqué des erreurs typographiques et des termes désuets du point de vue de la gérontologie sociale, comme « elderly » dans la version anglaise. L'annexe 2 et l'annexe 3 proposent une révision linguistique des deux questionnaires.

Acronymes indéfinis

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Ibid.

Deux parties prenantes ont mentionné que certains acronymes prêtaient à confusion, tant dans les recommandations que dans les questions. Trois exemples précis ont été mentionnés : EÉSAD (écrit à tort ESSAD dans ESOGÉRIE V1) n'est pas communément connu, il doit être énoncé par son nom complet: «Entreprise d'économie sociale en soin à domicile¹⁸». La même question a été soulevée pour les acronymes GMF¹⁹ et CIUSSS.

5.2.4 Communication du consentement

Processus de consentement

La question du consentement a été soulevée dans plusieurs entrevues. Toutefois, les points de vue étaient contradictoires. Certains intervenants ont identifié le besoin d'ajouter des détails et de la clarté aux questions de consentement. D'autres pensaient que ces questions étaient déjà trop complexes et rébarbatives pour les personnes âgées. Cela suggère un besoin plus général de repenser le processus de consentement au-delà des paramètres de ce rapport afin de mieux adapter la prochaine version d'ESOGÉRIE aux besoins des personnes âgées, des organisations et des chercheurs.

Deux répondants ont mentionné la nécessité d'être clair sur les implications de répondre à ce questionnaire. Il pourrait y avoir, entre autres, des préoccupations liées à la confidentialité des informations médicales partagées. En outre, les répondants ont estimé qu'il pourrait y avoir plus de clarté sur le type de recherche qui utilise leurs données et sur l'identité de ceux qui mènent cette recherche.

La Croix-Rouge a souligné que leur propre déclaration de consentement avait été ajoutée lors de l'administration du questionnaire. Une personne interrogée estimait que le processus de consentement dans son ensemble était « lourd » et difficile à gérer. Elle craignait que cela n'entraîne une certaine méfiance de la part de la personne âgée. Cette personne a expliqué : « Je pense que cela pourrait être intéressant [de mettre le consentement à la fin] parce que le lien de confiance vient se créer en amont et la personne

¹⁸ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

¹⁹ N.d.T.: Groupe de médecine famille : <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique>

va se dire qu'elle n'a pas partagé son numéro de carte bancaire...²⁰ » En fait, on demande à la personne âgée de donner son consentement avant qu'elle puisse comprendre le type d'informations qu'on lui demandera de partager.

Importance d'établir la confiance

Malgré des points de vue divergents sur le processus de consentement, les répondants s'accordent à dire que l'établissement d'une relation de confiance avec les personnes âgées est crucial pour le succès d'ESOGER. Un répondant a exprimé la nécessité pour l'intervenant de s'identifier clairement auprès de la personne âgée : « L'organisme a besoin de clairement s'identifier en appelant et avoir la certitude que la personne appelée comprend qui les appelle et la raison²¹. »

Pour les diverses raisons évoquées par les parties prenantes, il est nécessaire d'intégrer des mesures proactives pour instaurer la confiance. Premièrement, il existe une certaine méfiance à l'égard du système de santé public, car les aînés craignent d'être placés dans des établissements de soins de longue durée contre leur gré. Deuxièmement, de nombreux aînés sont régulièrement contactés par de multiples organismes et peuvent oublier à qui ils ont déjà parlé et à qui ils ont donné leur consentement. Troisièmement, les escroqueries téléphoniques ciblent souvent les personnes âgées : « Avec toutes les fraudes – il faut créer un lien et le sécuriser²². » Pour ces raisons, il est important d'établir clairement qui appelle, le but de l'appel et le fait que la personne âgée n'est pas obligée de répondre.

Un autre détail, qui sort un peu du cadre de ce rapport, concerne le numéro de téléphone affiché lorsque la personne âgée est appelée. La Croix-Rouge, par exemple, appelle les aînés à partir d'un numéro « 1-800 », ce qui peut donner l'impression que l'appelant est un télévendeur. Lorsque la Croix-Rouge laisse un message sur la boîte vocale

²⁰ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

²¹ Ibid.

²² Ibid.

de la personne âgée, elle lui demande de rappeler le numéro 1-800 avec un poste téléphonique à 8 chiffres, ajoutant de la confusion à l'option de rappel.

5.3. Autres suggestions des parties prenantes

❖ *QR3 : Comment l'outil pourrait-il mieux répondre aux besoins des parties prenantes?*

Alors que la majorité des parties prenantes apprécient la brièveté, la convivialité et la capacité d'ESOGER à fournir une évaluation rapide des adultes âgés à risque, nous notons également dans cette section de nombreuses suggestions d'amélioration faites par les parties prenantes. Nous détaillons trois niveaux de suggestions sur le contenu d'ESOGER, y compris des améliorations à considérer par les concepteurs : des suggestions ciblées pour de nouvelles questions jugées importantes ; des problèmes critiques qui devraient être davantage soulignés ; et enfin, des suggestions très précises portant sur des formulations particulières pour améliorer les questions existantes.

5.3.1 Suggestions ciblées pour de nouvelles questions

Certaines parties prenantes ont identifié des lacunes dans les questions posées et ont fait des suggestions ciblées pour l'outil ESOGER. Sur le plan thématique, ces suggestions peuvent être regroupées en trois domaines liés à la vulnérabilité et au risque : l'autonomie, le cadre de vie et les chutes.

Deux personnes ont identifié la nécessité d'évaluer l'**autonomie** en ajoutant plus de questions : « Pour ma part, c'est les dimensions d'autonomie et de problèmes de santé qui manquent dans le questionnaire, mais sinon, comme j'ai dit, ça aborde pas mal tout globalement, donc c'est excellent²³. » Selon ces personnes, les informations liées à l'autonomie pourraient être révélées par des questions ciblées sur des sujets tels que la capacité de la personne âgée à faire ses propres tâches ménagères.

²³ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

Une partie prenante considère que le **cadre de vie** devrait être davantage évalué : « Dans quel environnement est-ce que la personne vit ; si c'est un milieu défavorisé, bruyant, salubre etc.²⁴ ». Cet élément inclut la présence d'escaliers dans le logement.

Deux parties prenantes ont identifié la nécessité de poser des questions sur les **chutes**, en disant qu'il s'agit d'un sujet habituel dans d'autres évaluations cliniques courantes pour les personnes âgées. Ces questions pourraient prévenir les hospitalisations. Une des personnes interrogées dit : « Elle [la patiente] peut bien vous dire, j'ai un déambulateur, mais elle peut oublier de mettre ses freins et elle tombe à de multiples reprises. [...] on peut éviter une hospitalisation²⁵. »

5.3.2 Problèmes critiques qui devraient être davantage soulignés

Dans la section ci-dessus, nous présentons de nouveaux thèmes qui, selon les parties prenantes, devraient être abordés par ESOGÉ. Ci-dessous, nous relayons certains problèmes qui sont déjà soulevés dans ESOGÉ, mais qui, selon les parties prenantes, devraient être soulignés, développés ou clarifiés. En particulier, nous abordons les thèmes socio-économiques, accès à la nourriture, accès aux médicaments et aux soins.

Socioéconomie

Une partie prenante a demandé plus de détails sur le statut socio-économique des personnes âgées. Selon le répondant, le Supplément de revenu garanti (SRG) serait un bon indicateur, mais il a dit comprendre qu'il soit potentiellement difficile de poser cette question et d'y répondre. Il pensait qu'une question sur la location ou la propriété du logement pourrait fournir des informations utiles. Même s'il comprenait pourquoi le code postal avait été la mesure choisie, il a souligné qu'il existe des inégalités importantes au sein d'un même quartier. Le code postal « permet de faire le lien avec des données

²⁴ Ibid.

²⁵ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

sociodémographiques, mais qui seront moins propres à la personne, mais en même temps c'est moins menaçant pour la personne²⁶. »

Accès à la nourriture

Les parties prenantes ont estimé que l'accès à la nourriture devrait être davantage développé dans le questionnaire. Environ 28 % des données secondaires du rapport ESOGER que nous avons examinées mentionnent l'accès à la nourriture, ce qui signifie que le sujet était à nouveau soulevé par les utilisateurs en plus des questions standard d'ESOGER et élaboré dans les cases pour les commentaires qualitatifs.

Accès aux médicaments

Les parties prenantes ont suggéré la nécessité de repenser la question sur l'accès aux médicaments, car elle n'est pas bien comprise par les personnes âgées. Les intervenants ont souvent eu besoin de reformuler ou de donner des exemples pour que la personne interrogée comprenne la question : « Des fois, il faut reformuler la question : “Avez-vous des difficultés d'accès aux médicaments ou aux soins physique,” parce qu'ils ne comprennent pas dans quel sens, ou d'où viendrait la difficulté. [...] Les personnes ne comprennent pas quels types de difficultés ils pourraient avoir pour l'accès aux soins de base, donc là, on donne des exemples²⁷. »

Termes utilisés pour nommer les aidants

Les parties prenantes ont identifié le besoin de repenser la terminologie avec laquelle le rôle de proche aidant est abordé. Une question portant sur l'anxiété, par exemple, demande : « Sur une échelle de 0 à 10, dans quelle mesure votre conjoint a-t-il été anxieux au cours des derniers jours? » Dans une question précédente, le terme « aidant » est utilisé. Les parties prenantes se demandent pourquoi le terme « conjoint » est utilisé dans une question et « aidant » dans une autre. Ils ont noté que parfois, le proche aidant de l'aîné n'est pas son conjoint. Cela a créé une confusion sur la signification réelle des questions posées et ils ne

²⁶ Ibid.

²⁷ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

savaient pas s'ils devaient comprendre le terme « conjoint » dans ESOGER comme étant synonyme « d'aidant ». L'évaluation des données secondaires des rapports d'ESOGER a révélé que 24 % des bénévoles ont demandé aux personnes âgées des détails supplémentaires ou des clarifications sur les aidants et leur niveau d'anxiété. Cela souligne la nécessité d'envisager l'intégration de toutes les formes de relations de soins informelles dans l'évaluation et la nécessité de clarifier les termes afin qu'ils reflètent les réalités de la prise en charge.

5.3.3 Suggestions spécifiques pour améliorer le questionnaire existant

Certaines parties prenantes ont noté des commentaires précis et suggéré des corrections sur le contenu des questions existantes.

Il y a trois suggestions reliées à l'**introduction/préambule** : au lieu d'écrire « bonnes questions²⁸ », dites « questions pertinentes²⁹ » ; au lieu d'écrire « risk score » ou « score de risque³⁰ », utilisez le terme « résultat³¹ » ; « Centre social » est une notion très vague.

Les intervenants ont fait deux suggestions reliées à la partie **script**. Premièrement, « J'ai quelques questions » est vague. Durée? Sur quel sujet? La justification de l'appel doit être simplifiée dans sa formulation et être plus claire. Deuxièmement, assurez-vous que la question sur le fait d'être « patient de l'HGJ » soit supprimée dans la nouvelle version.

Une suggestion a été faite concernant les questions **d'évaluation**. Il y a une question sur COVID-19 et le fait d'être guéri (ou non). Que se passe-t-il s'ils ne sont pas guéris?

5.3.4 Impressions sur les changements entre E-V1 et E-V2

De manière générale, les répondants ont réagi favorablement aux changements proposés à E-V1 et mis en œuvre dans E-V2. Une partie prenante a déclaré : « Je trouve les

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ Ibid.

changements excellents³² ». Les organismes ont reconnu qu'ESOGER était un outil puissant en période de crise, comme pendant les pandémies, mais ils ont aussi reconnu son utilité au-delà.

La reformulation de la question « êtes-vous un homme » dans la nouvelle version est appréciée pour permettre aux personnes de s'identifier : « C'est important de respecter l'individualité de la personne³³. » Cependant, il a également été mentionné que les appelants attribuent généralement le sexe en fonction du nom et de la voix, sans nécessairement poser la question. Une partie prenante a mentionné que des questions plus théoriques pourraient prêter à confusion.

6. CONCLUSION

❖ QR1 : Quels sont les aspects généraux d'ESOGER qui ont été bénéfiques ou inefficaces du point de vue des parties prenantes?

Dans ce rapport, nous avons cherché à comprendre si et comment ESGER était bénéfique pour les parties prenantes. ESGER est un outil convivial qui peut être administré rapidement. Il a été déployé dès le début de la pandémie de COVID-19 et a constitué, pour certaines organisations, un outil supplémentaire dans leur arsenal en temps de crise, que ce soit dans le diagnostic ou dans le soutien aux personnes âgées dans le besoin. Alors que la vulnérabilité des personnes âgées s'est accrue pendant la pandémie, certaines organisations ont dû faire face à leurs propres défis qui entravaient leur capacité de fournir des services sociaux et de santé. En tant qu'outil pouvant être administré rapidement et à distance pour évaluer les niveaux de risque, ESGER pourrait représenter un moyen de compenser les lacunes du système en période de crise. Les parties prenantes qui disposent déjà d'un personnel hautement qualifié ayant développé leur expertise respective en matière d'évaluation de la vulnérabilité ont également apprécié la possibilité d'intégrer des

³² N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

³³ Ibid.

informations qualitatives dans le rapport et de signaler subjectivement les cas nécessitant une attention, une orientation et un suivi.

❖ QR2 : Si les parties prenantes ont utilisé cet outil, alors quelle a été leur expérience spécifique dans cet emploi?

Les parties prenantes ont trouvé l'outil très utile et simple à utiliser et n'ont formulé que des commentaires mineurs pour améliorer l'interface. Elles ont exprimé beaucoup plus de commentaires sur la difficulté d'accès dans la langue de leur choix dans l'interface et sur la langue vernaculaire utilisée. Elles ont recommandé que la terminologie soit clarifiée à certains égards et qu'elle soit mieux adaptée aux utilisateurs locaux. Elles ont également souligné la nécessité de mieux intégrer ESOGER dans le flux de communication au sein des organisations et d'adapter l'outil pour faciliter cette intégration. Cela inclut, par exemple, de trouver des moyens pour que les recommandations soient visibles dans le rapport final.

❖ QR3 : Comment l'outil pourrait-il mieux répondre aux besoins des parties prenantes?

Les parties prenantes ont fait des suggestions concernant de nouvelles questions à ajouter ou des thèmes qui devraient être mieux développés dans ESOGER. Elles ont notamment suggéré d'ajouter des questions sur les chutes récentes et d'ajouter des questions spécifiques pour mieux évaluer le cadre de vie et l'autonomie. Par ailleurs, elles ont identifié des thèmes qui pourraient être plus développés dans le questionnaire, par exemple, le statut socio-économique et l'accès aux médicaments. Lorsque la Croix-Rouge fait répondre au questionnaire, il est souvent nécessaire d'approfondir les questions une fois que la personne âgée y a répondu. Pourtant, il est indispensable de rechercher un équilibre entre la brièveté et la simplicité et ces recommandations. Les parties prenantes ont clairement indiqué qu'elles souhaitaient que l'outil reste simple, court et accessible. Pour reprendre les mots d'un participant à cette étude : « Il est beau et on espère qu'il ne va pas se complexifier

– c’est pas long, c’est clair³⁴ ». Un autre a mentionné qu’ESOGER est « un bel outil : une belle porte d’entrée qui vient cibler les grandes lignes et aller chercher les besoins qui sont urgents. Ça fait le tour, vraiment, des besoins primaires³⁵. »

En conclusion, les parties prenantes étaient unanimes sur un point : elles ont apprécié d’être consultées dans le processus de modification de l’outil et elles sont désireuses de continuer à être impliquées dans une approche de laboratoire vivant (LV). Dans les recherches futures et dans notre prochain rapport, nous nous pencherons plus en détail sur certaines ambiguïtés qui ont commencé à émerger concernant la mise en œuvre d’ESOGER. Les parties prenantes ont leurs propres cultures organisationnelles, leurs mandats et pratiques existantes, réunissant un ensemble important de connaissances relatives à des considérations clés telles que l’éthique, la formation, les relations au sein de dyades de personnes âgées et d’aidants naturels. Nous espérons que les résultats présentés dans ce rapport, ainsi que les prochaines étapes de l’étude qualitative, soutiendront le CRIUGM dans sa mise en œuvre du modèle LV pour façonner une version d’ESOGER pour les personnes proches-aidantes. ESOGER.

³⁴ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

³⁵ N.d.T.: Citation en français dans le texte original anglais.

7. ANNEXES

Annexe 1 - Grilles d'entrevue

Pré-Entrevue - Criblage des Parties Prenantes -- Organismes communautaires

Nom de la partie prenante:

Date de la rencontre:

Interviewer:

Introduction

- Introduire l'équipe CONCORDIA
- Préciser que cet appel dure juste quelques minutes - le temps de comprendre le rôle de la personne par rapport à l'outil ESOGER et présenter cette étude.
- Objectifs de notre étude:
 - Comprendre l'expérience ESOGER pour les utilisateurs
 - Avoir leurs avis sur les derniers changements pour ESOGER V2
 - Comprendre comment ESOGER s'intègre dans leurs structures de suivi et d'intervention

Section 1: ROLE / EXPERIENCE avec ESOGER

Questions	Notes
Êtes vous familier/ère avec l'outil ESOGER? Si oui - voir ci-dessous. Si non - voir <u>section</u>	
Pourriez-vous nous en dire plus sur votre rôle dans votre organisme?	

<p>Avez-vous utilisé cet outil vous-même avec des répondants/patients?</p>	
<p>Si oui:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● A quelle fréquence utilisez-vous ESOGER environ? ● Savez-vous combien de personnes âgées ont été appelées avec l'outil ESOGER? ● Savez-vous si d'autres personnes utilisent cet outil dans votre organisme? (essayer de voir si on peut les contacter) 	
<p>Si non:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Connaissez-vous quelqu'un dans votre organisme qui l'aurait utilisé et pourrait nous donner leur avis? ● Comment pourrions-nous les contacter? ● Souhaiteriez-vous quand même participer à cette étude? 	
<p>SI OUI - ILS SOUHAITENT PARTICIPER:</p> <p><i>L'équipe du Dr. Beauchet a développé une nouvelle version d'ESOGER et nous essayons d'avoir l'avis des organismes partenaires. Nous allons vous envoyer la dernière version du questionnaire, ainsi que l'outil actuel en ligne afin que vous puissiez le tester dans son environnement virtuel. Ensuite, nous allons organiser un appel avec vous afin d'entendre vos impressions et de comprendre votre processus d'utilisation de l'outil ESOGER.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Peut-on confirmer votre adresse email? 	

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">● Serait-il possible de fixer une date dès maintenant pour l'appel vidéo qui suivra? | |
|--|--|

S'ils ne sont pas familier avec l'outil ESOGER:

ESOGER est un outil qui a été mis en place depuis COVID-19 afin de localiser des personnes âgées, isolées et vulnérables afin de permettre une intervention ciblée et rapide, si besoin. Nous travaillons sur une nouvelle version et l'avis des organismes utilisateurs est clefs pour finaliser sa conception. *Nous allons vous envoyer la dernière version du questionnaire, ainsi que l'outil actuel en ligne afin que vous puissiez le tester dans son environnement virtuel. Ensuite, nous allons organiser un appel avec vous afin d'entendre vos impressions et de comprendre votre processus d'utilisation de l'outil ESOGER.*

Connaissez-vous quelqu'un d'autre dans votre organisme qui l'aurait utilisé ou qui serait directement concerné et pourrait nous donner leur avis? Comment pourrions-nous les contacter?

Grille d'Entrevue - Parties Prenantes - Organisme communautaire

Introduction

Introduction

- Introduire l'équipe CONCORDIA
- Préciser que cet appel dure juste quelques minutes - le temps de comprendre le rôle de la personne par rapport à l'outil ESOGER et présenter cette étude.
- Objectifs de notre étude:
 - Comprendre l'expérience ESOGER pour les utilisateurs
 - Avoir leurs avis sur les derniers changements pour ESOGER V2
 - Comprendre comment ESOGER s'intègre dans leurs structures de suivi et d'intervention

Nom de la partie prenante:

Date de l'entrevue:

Interviewer:

Preneur de Notes:

Section 1: Contexte

Questions	Notes
Selon vous, pourquoi est-ce que ESOGER a été mis en place?	
Est-ce que vous trouvez cet outil utile?	
En quoi cet outil est en phase avec le mandat de votre organisme?	
Est-ce que vous comptez continuer de l'utiliser? Si non/oui : pourquoi?	
Selon vous, pour quels type d'organisme ou d'intervenant est-ce utile d'utiliser ESOGER ?	

Selons vous, pour quel profil de personnes âgées / répondants est-ce qu'Esoger est le plus pertinent?	
<p><i>Si jamais ils n'ont jamais utilisé ESOGER:</i></p> <p><i>Est-ce que vous pensez qu'ESOGER peut vous être utile?</i></p> <p><i>A quelle fréquence est-ce que vous utiliseriez ESOGER?</i></p>	

Section 2: Introduire la notion d'interface en ligne - demandez les détails de leur expérience

Questions	Notes
Comment avez-vous accédez a ESOGER en ligne? Comment avez-vous obtenu le lien?	
Quelles sont vos impressions de l'interface du questionnaire ESOGER en ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?	
Comment est-ce que l'outil, cette plateforme en ligne, pourrait mieux correspondre aux besoins de vos répondants/patients?	
<p>Quelles modifications apporteriez-vous à l'interface?</p> <p>S'il y a : ces changements sont-ils indispensables afin qu'ESOGER soit utilisé par votre organisme?</p>	
Une partie de ce projet vise à adapter cet outil pour qu'il soit utilisé directement par les proches-	

aidants. Auriez-vous des commentaires/recommandations pour cette nouvelle version? (contenu, design etc...).	
--	--

Section 3: Introduire - CONTENU - les questions, formulation et compréhension

Questions	Notes
Quelle est votre impression générale des questions posées par l'outil ESOGER?	
<p>Êtes vous en général à l'aise pour poser ces questions?</p> <p>Avez-vous trouvé certaines question plus délicate à poser?</p>	
Le répondant/patient est-il/elle plutôt à l'aise pour répondre aux questions?	
<p>Il y a-t-il des questions que vous auriez aimé changer ?</p> <p>Ou bien d'autres questions que vous aimeriez ajouter?</p>	
Quelles questions ou section du questionnaire est-ce que vous trouvez plus pertinentes?	
En général, il vous faut combien de temps pour passer au travers de ce questionnaire?	
<ul style="list-style-type: none"> ● Pourriez-vous nous raconter un exemple dans lequel ESOGER a bien fonctionné? <ul style="list-style-type: none"> ○ Pourquoi ESOGER a été utile dans ce cas? ○ Pourriez-vous nous en dire plus sur le patient (sans divulguer d'information personnelles!) 	

<ul style="list-style-type: none"> ○ Est-ce que les recommandations fournies par l'outil étaient adaptés et utiles? ○ Avez-vous une idée de ce que le répondant à fait après avoir reçu ces recommandations? 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Pourriez-vous nous raconter un exemple dans lequel ESOGER n'a PAS bien fonctionné? <ul style="list-style-type: none"> ○ Pourquoi ESOGER a été utile dans ce cas? ○ Pourriez-vous nous en dire plus sur le patient (sans divulguer d'informations personnelles!) ○ Est-ce que les recommandations fournies par l'outil étaient adaptées et utiles? ○ Avez-vous une idée de ce que le répondant à fait après avoir reçu ces recommandations? ○ Auriez-vous une suggestion pour faire en sorte qu'ESOGER ait mieux fonctionné dans cette situation? 	
<p>S' ils ont pris le temps de regarder ESOGER V2 - avez-vous des commentaires sur les ajustements qui ont été effectués?</p> <p>Notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● La partie identification des patients ● 	
<p><i>IF YOU HAVE TIME:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Avez-vous reçu une formation pour utiliser ESOGER? <ul style="list-style-type: none"> ○ si non avez-vous essayé la formation en ligne sur le site d'ESOGER? 	
<p><i>S'ils n'ont PAS utilisé l'outil:</i></p>	

<p>Selon votre expérience, trouvez-vous que ce questionnaire permet de conduire des évaluations concluantes?</p> <p>Ou au contraire, quelles pourraient être des barrières à son utilisation ou à certains aspects du contenu?</p>	
--	--

Si pertinent: analyse du contenu ESOGER V2

Nous avons quelques changements pour la nouvelle version d’ESOGER V2.

Pourriez-vous nous donner votre avis sur les changements suivants:

1. La section COVID demande également la situation du vaccin
2. le questionnaire EsOGER V2 a changé pour la partie identification:
 - “Êtes-vous un homme” a été supprimée et remplacée par : “quel est votre sexe déclaré sur vos documents d’identité?”
 - Votre mois et année de naissance

:

RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ

((Questionnaire ER2))

Pouvez-vous me donner le mois et l'année de votre naissance?	Mois	Année	Ne sait pas
Quel est votre sexe déclaré sur vos documents d'identité ?	OUI	NON	
Prenez-vous plus de 5 médicaments différents par jour ?	OUI	NON	
Avez-vous une aide à domicile formelle ou informelle ?	OUI	NON	
Utilisez-vous une aide pour marcher ?	OUI	NON	
Pouvez-vous me dire quels mois et année sommes-nous ?			
Seulement si la personne répond pour elle-même.			
Répond correctement	A fait une erreur	Non applicable	

3. Pour la partie socio-économique - changements: on ne demande plus s’ils reçoivent l’aide GIS - mais indiquent leur code postal.

QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Vivez-vous dans une résidence personnelle (condo, appartement, maison) ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Propriétaire	Locataire
--------------	-----------

Si Non:

Vivez-vous en résidence collective (RPA, etc.) ?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous un médecin de famille régulier ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Ce médecin pratique-t-il en GMF ?

OUI	NON
-----	-----

Pouvez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal ?

Recevez-vous actuellement des services de la part de votre CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EESAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?

--	--

Êtes-vous né.e au Canada ?

OUI	NON
OUI	NON

4. Nouvelle section par rapport à la déshydratation a été rajoutée:

RISQUE SPÉCIFIQUE DÉSHYDRATATION

Applicable seulement en période de fortes chaleurs

Niveau de déshydratation

Votre territoire est-il en veille / alerte de chaleur accablante ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui:

Avez-vous soif ou très soif en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de vomissements en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de maux de tête en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous fatigué.e et / ou ressentez-vous des étourdissements quand vous vous levez en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de crampes musculaires en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

RISQUE SPÉCIFIQUE DÉSHYDRATATION

Applicable seulement en période de fortes chaleurs

Niveau de déshydratation

Votre territoire est-il en veille / alerte de chaleur accablante ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui:

Avez-vous soif ou très soif en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de vomissements en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de maux de tête en ce moment ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous fatigué.e et / ou ressentez-vous des étourdissements quand vous vous levez en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

Souffrez-vous de crampes musculaires en ce moment?

OUI	NON
-----	-----

QUESTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

Vivez-vous dans une résidence personnelle (condo, appartement, maison) ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Êtes-vous propriétaire ou locataire ?

Propriétaire	Locataire
--------------	-----------

Si Non:

Vivez-vous en résidence collective (RPA, etc.) ?

OUI	NON
-----	-----

Avez-vous un médecin de famille régulier ?

OUI	NON
-----	-----

Si Oui:

Ce médecin pratique-t-il en GMF ?

OUI	NON
-----	-----

Pouvez-vous me donner les 3 premiers caractères de votre code postal?

Recevez-vous actuellement des services de la part de votre CLSC (Centres locaux de services communautaires) ou d'un EÉSAD (entreprise d'économie sociale en aide à domicile) ?

OUI	NON
-----	-----

Êtes-vous né.e au Canada ?

OUI	NON
-----	-----

RISQUE SPÉCIFIQUE SANTÉ

((Questionnaire ER2))

Pouvez-vous me donner le mois et l'année de votre naissance?

Quel est votre sexe déclaré sur vos documents d'identité ?

Prenez-vous plus de 5 médicaments différents par jour ?

Avez-vous une aide à domicile formelle ou informelle ?

Utilisez-vous une aide pour marcher ?

Pouvez-vous me dire quels mois et année sommes-nous ?

Seulement si la personne répond pour elle-même.

Mois	Année	Ne sait pas
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
OUI	NON	
Répond correctement	A fait une erreur	Non applicable

Section 4: Introduire - SUIVI ET INTERVENTION suite à l'utilisation d'ESOGER

Questions	Notes
<p>Une fois que vous avez pu interroger une personne aînée avec ESOGER, quelles sont en général vos prochaines étapes?</p> <p>Que se passe-t-il après avoir reçu les recommandations de la plateforme ESOGER?</p>	
<p>Pourriez-vous nous raconter quelques-unes des recommandations que vous avez reçues à travers ESOGER?</p> <p>Quels ont été les résultats des recommandations reçues? En d'autres mots, parlez-nous de ce qui arrive après avoir reçu les recommandations de la plateforme.</p> <p>Pensez-vous que ces recommandations vous ont amené / ou ont amené la personne aînée à prendre de bonnes actions?</p>	
<p>Trouvez-vous que la recommandation est souvent représentative de la situation de la personne aînée interrogée?</p> <p>Faites-vous confiance aux recommandations de la plateforme?</p> <p>Est-ce que vos impressions à vous sont souvent en ligne avec la plateforme?</p>	
<p>Trouvez-vous que l'utilisation de ce questionnaire incite la personne ciblée à prendre des mesures</p>	

adaptées si besoin?	
Trouvez-vous que les ressources proposées aident à accélérer l'accès aux soins nécessaires pour les personnes âgées?	
<p><i>S'ils n'ont pas utilisé l'outil</i></p> <p>Comment envisagez-vous une suite à ces évaluations au sein de votre organisme?</p> <p><i>Comment est-ce que cette évaluation peut faciliter le travail de vos intervenants? Quelles seraient les actions concrètes que votre équipe pourrait entreprendre suite à l'utilisation de ce questionnaire?</i></p>	

Section 5: Conclusion - ESOGER PPA

Un grand merci pour toutes vos réponses. c'est très utile pour nous d'avoir des retours des organismes directement concernés et des utilisateurs.

Questions	Notes
Avez-vous quelque chose à rajouter?	
<p>Nous souhaitons développer une version adaptée aux proches-aidants. Nous aimerions cette fois intégrer les organismes qui collaborent sur ces sujets dès le début de sa conception.</p> <p>Seriez-vous intéressé.e à participer au développement de cet outil?</p> <p>Si oui (et s'il reste du temps): quel rôle pensez-vous que votre organisme peut jouer dans sa conception?</p> <p>Seriez-vous prêt à participer à une discussion</p>	

groupée avec d'autres intervenants pour cet outil?

<p>groupée avec d'autres intervenants pour cet outil?</p>	
---	--

Annexe 2 - Révision de la version française

Veillez trouver ci-dessous nos suggestions sur la version anglaise d'ESOGER en ligne (V1) et la V2 reçue sous format Excel. Les changements sont indiqués en rouge.

Suggestions pour la version Française d'ESOGER V1 (Version Québécoise)

- Avez-vous été dépisté(e) positif de la COVID?

Suggestions pour la version française d'ESOGER V2

- Avez-vous de la difficulté à respirer?
- Est-ce qu'au moins une personne avec qui vous vivez ou une personne que vous fréquentez quotidiennement a été dépistée positive de la COVID dans les 12 derniers mois?
- Est-ce que la personne avec qui vous vivez fait de la température supérieure ou égale à 38 degrés C/100 F?
- Est-ce que la personne avec qui vous vivez a de la difficulté à respirer?
- Est-ce que vous manquez de soins?

Note générale: ajouter une "reformulation" pour chaque question peut créer de la confusion si on pense à une version pour les proches aidants. Une suggestion serait de choisir une seule des deux versions de la question, mais s'assurer que c'est la plus simple, claire et adaptée au contexte.

Annexe 3 - Révision de la version anglaise

Veillez trouver ci-dessous nos suggestions sur la version anglaise d'ESOGER en ligne (V1). Les changements sont indiqués en rouge.

Page 1: Preamble

- "Preamble" → "Preamble"
- Actuel: "ESOGER1 is a short (5 min) survey to be undertaken over the phone with the elderly person or a caregiver."
 - Changement proposé: "ESOGER1 is a short (5 min) survey to be **taken** over the phone with the **older adult** or a caregiver."
- Actuel: "These, in turn, will generate a result which can be immediately interpreted, or "risk score," which proposes to trigger certain specific actions in response to certain results, such as communicating with a social centre or nurse, or requesting physician intervention"
 - Changement proposé: These, in turn, will generate a result, **or "risk score,"** which can be immediately interpreted **and** which proposes to trigger certain specific actions in response to certain results. **These include** communicating with a social centre or nurse, or requesting physician intervention"
 - Suggestion: split sentences for ease of reading
- Actuel: "By clicking on the box below, you agree having read and accepting our conditions."
 - Changement proposé: By clicking on the box below, you agree having read and **accepted** our conditions"

Page 2: Introduction

- "elderly person.s" - typo, changer vers "**older adult**" ou "**senior**"
- "Are you willing to answer them", changer pour: "**Would you be willing to answer them?**", c'est un ton plus chaleureux
- Actuel: "Can you verbally confirm to me that you consent to us contacting in the future you for researches in relation with this questionnaire ?"
 - Changement proposé: "Can you verbally confirm to me that you consent to us contacting **you** in the future for **research** in relation **to** this questionnaire?"
- Actuel: "Write down the reasons invoked by this patient"
 - Changement proposé: "Write down the reasons **stated** by **the** patient"
- Actuel: "In the same purpose, we would like to access your medical file to collect some data."
 - Changement proposé: "**For** the same purpose, we would like to access your medical file to collect some data."
- Actuel: "Click here to read the full consent."
 - Changement proposé: "Click here to read the full consent **form/document**"

- Actuel: “Improve the ESGER questionnaire so we can better identify people that are at risk for their health and make appropriate recommendations to help them”
 - Changement proposé: “Improve the ESGER questionnaire so we can better identify people whose health is at risk and make appropriate recommendations to help them
- Actuel: “After this questionnaire, we would also like to access your medical file and collect certain additional data for research purposes such as your medication, your medical history and results to some questionnaires that your doctor ask you to complete during past consults at the Jewish General Hospital, the first digits of your postal code and your year of birth.”
 - Changement proposé: “After this questionnaire, we would also like to access your medical file and collect certain additional data for research purposes such as your medication, your medical history and results to some questionnaires that your doctor has asked you to complete during past consultations at the Jewish General Hospital, the first digits of your postal code and your year of birth.”
- Actuel: “Can you verbally confirm to me that you consent to us contacting in the future you for researches in relation with this questionnaire ?”
 - Changement proposé: “Can you verbally confirm to me that you consent to us contacting you in the future for research in relation to this questionnaire?”

Page 3 - Questionnaire:

- Actuel: “Have you been screened COVID positive ?”
 - Changement proposé: “Have you tested positive for COVID-19?”
- Actuel: “ Do you cough?”
 - Changement proposé: “Do you have a cough?”
- Actuel: “Reformulation: Are you missing food?”
 - Changement proposé: “are you running out of food?” or “do you have too little food?”
- Actuel: “Do you have visits from delivery people, from the post office?”
 - Changement proposé: “Did you have visits from delivery people, from the post office?”
- Actuel: “Do you have visits from your family, neighbours?”
 - Changement proposé: “Did you have visits from your family, neighbours?”
- Actuel: “How have you been in contact with other professionals?” - spécifier quel genre de professionnels
- Actuel: “Did you visit emergency room?”
 - Changement proposé: “Did you visit the emergency room?”

Page 4: Questionnaire

- “Wear a disposable mask only if you're sick” - il serait bien de clarifier car actuellement ça semble signifier qu’une personne ne devrait seulement mettre un masque que si il/elle est malade. Cela pourrait créer de la confusion dans les lieux publics là où les masques sont obligatoires

- Actuel: “And in the meantime, feel free to join us at any time if you feel the need!” - feel free to “**contact**” plutôt que “join”
- Actuel: “Caller Subjective Impression: Need of being called by a nurse?”
 - Changement proposé: “Caller Subjective Impression: Need **for** being called by a nurse?”

ESOGER Preamble:

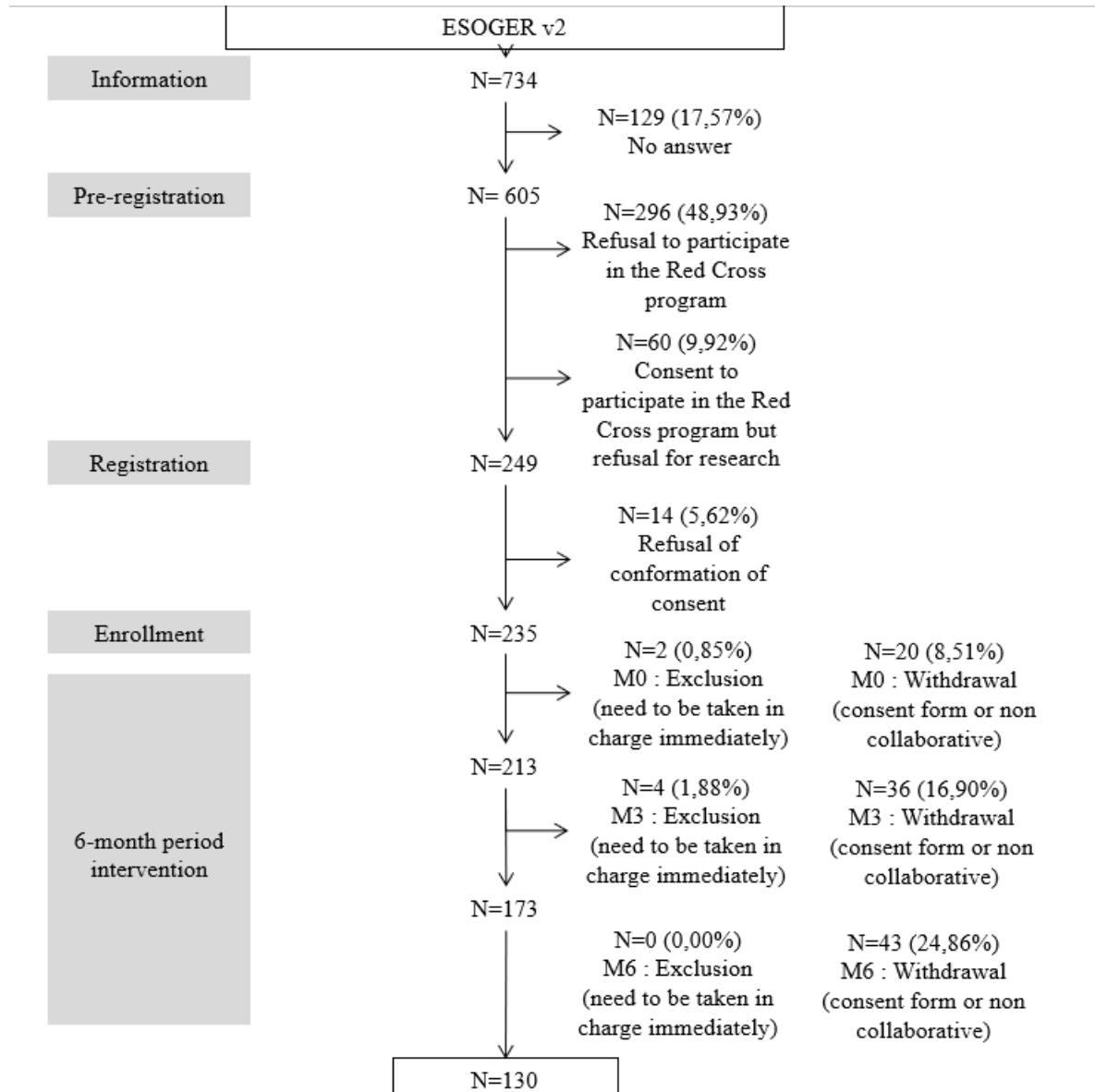
- Actuel: “COVID-19 has given way to an unprecedented health care crisis, especially with regard to elderly persons aged 70 and above, who risk suffering from direct, more frequent and more serious complications from the infection than young persons would.”
 - Changement proposé: COVID-19 has given way to an unprecedented health care crisis, especially with regard to **older adults** aged 70 and above, who risk suffering from direct, more frequent and more serious complications from the infection than young persons
- Actuel: “Furthermore, the current social distancing recommendations which are being undertaken as a preventative measure may increase the risk of indirect complications for elderly persons, such as lack of follow-up, greater risk of chronic illness decompensation due to health care channel reorganization and other factors, including anxiety, depressive symptomatology, nondisclosure of symptoms for fear of needing to travel to the hospital, poor access to medication due to confinement, lack of food...”
 - Changement proposé: “Furthermore, the current social distancing recommendations, which are being undertaken as a preventative measure, may increase the risk of indirect complications for **older adults. These can include** a lack of medical follow-up, greater risk of chronic illness decompensation due to health care channel reorganization **as well as** other factors, including anxiety, depressive symptoms, nondisclosure of symptoms **due to** fear of needing to travel to the hospital, poor access to medication due to confinement, lack of food **etc.**”
- Actuel: “These, in turn, will generate a result which can be immediately interpreted, or “risk score,” which proposes to trigger certain specific actions in response to certain results, such as communicating with a social centre or nurse, or requesting physician intervention”
 - Changement proposé: These, in turn, will generate a result , or **“risk score,”** which can be immediately interpreted and which proposes to trigger certain specific actions in response to certain results, such as communicating with a social centre or nurse, or requesting physician intervention.

Notes générales:

- Au lieu de “elderly person” ou “elders” utiliser “older adult” or “seniors.”
- À la page 3, il est demandé si la personne vivant avec la personne âgée pourrait répondre à quelques questions. Le script n’est pas clair sur quand est-ce que la personne répondant aux questions redevient la personne âgée. Un peu de texte additionnel pour clarifier serait préférable

- La question par rapport à si le répondant est un patient au HGJ et la demande du code postale sera supposément retirée dans la version ESOGER V2

Annexe 10 : Diagramme de flux de l'étude quantitative



Annexe 11 : Tableaux de résultats de l'étude quantitative

Table 1. Baseline characteristics of participant in control and intervention group

	Total population (n=157)	Participants		P-Value*
		Control (n=77)	Intervention (n=80)	
Age (years)				
Mean±SD	76.4±5.5	76.0±5.6	76.8±5.5	0.874
> 85, n (%)	12 (7.6)	5 (6.5)	7 (8.8)	0.595
Female, n (%)	103 (65.6)	50 (64.9)	53 (66.3)	0.862
Place of living personal home, n (%)	145 (92.4)	70 (90.9)	75 (93.8)	0.503
Home support [†] , n (%)	43 (27.4)	24 (31.2)	19 (23.8)	0.297
Social isolation [‡] , n (%)	63 (40.1)	30 (39.0)	33 (41.3)	0.770
ADL score (/6)				
Mean±SD	5.4±1.0	5.3±0.9	5.4±1.0	0.894
Abnormal score (<5)	22 (14.0)	14 (18.2)	8 (10.0)	0.140
IADL score (/4) [§] , mean±SD				
Mean±SD	3.6±0.7	3.6±0.8	3.7±0.6	0.128
Abnormal score (<4)	44 (48.0)	22 (28.6)	22 (27.5)	0.881
Polypharmacy [¶] , n (%)	55 (35.0)	27 (35.1)	28 (35.0)	0.993
Walking aid, n (%)	28 (24.2)	22 (28.6)	16 (20.0)	0.210
Temporal disorientation ^{**} , n (%)	13 (8.3)	8 (10.4)	4 (5.0)	0.169

SD: Standard deviation

ADL: Activities of daily living

IADL: Instrumental activities of daily living

*: Comparison based on unpaired *t*-tests or chi-squared, as appropriate

†: Receiving help from family, friend or professional for daily living activities

‡: Living alone and no home support

||: Ranging from 0 (worst score, full dependent) to 6 (best score, independent)

§: Ranging from 0 (worse score, non-autonomous) to 4 (best score, autonomous)

¶: Number of therapeutic classes taken daily ≥ 5

** : Inability to name day's date

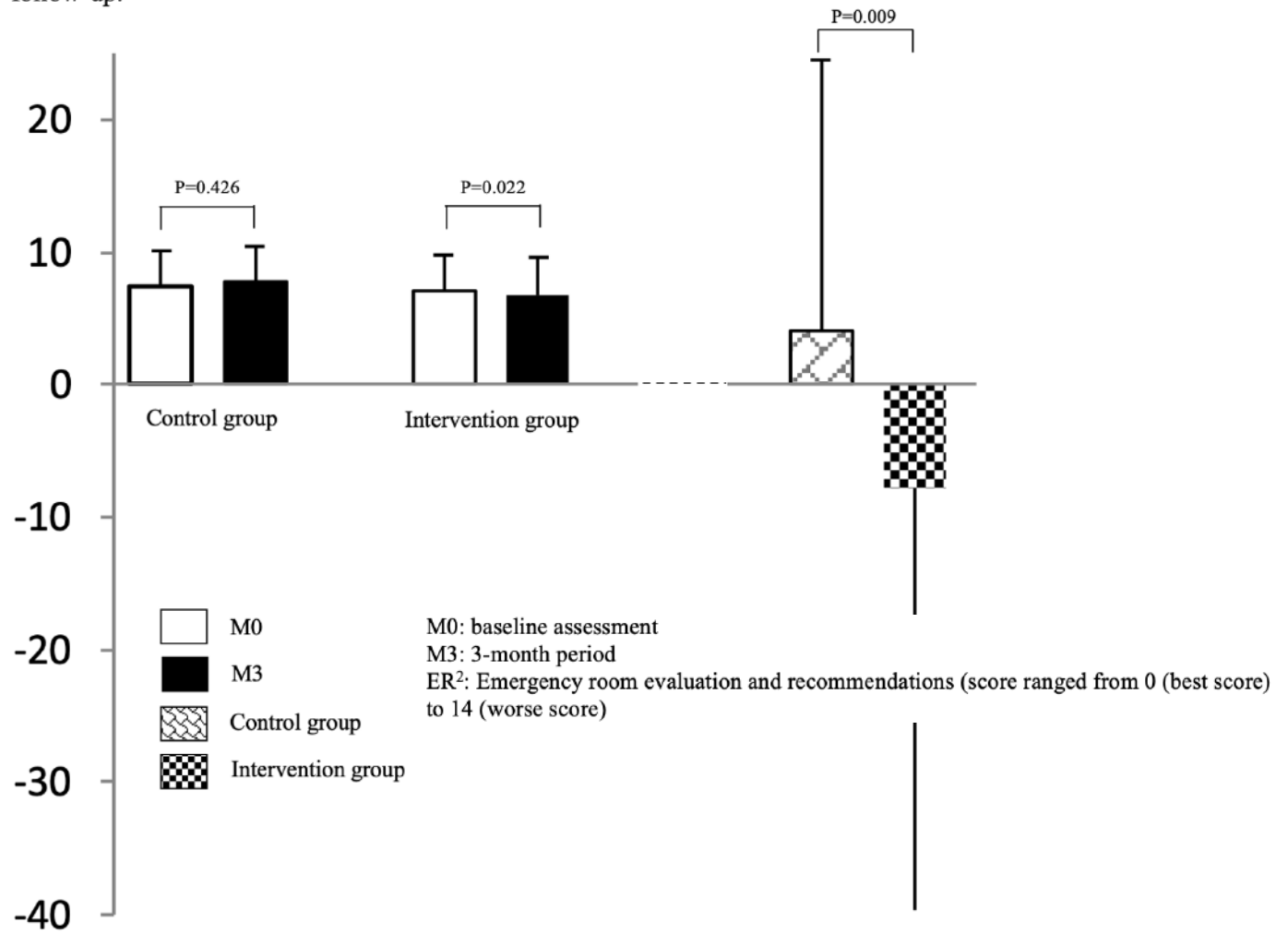
Table 2. Comparison of incident adverse events over the 3-month follow-up period in control and intervention group

	Participants		P-Value*
	Control (n=77)	Intervention (n=80)	
Physician consultation [†] , n (%)	58 (75.3)	45 (56.3)	0.012
Emergency department visit, n (%)	21 (27.3)	9 (11.3)	0.011
Hospitalization, n (%)	15 (19.5)	5 (6.3)	0.013

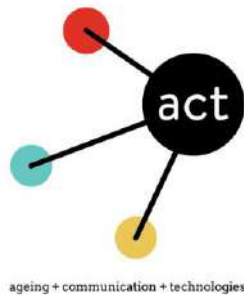
Table 3. Logistic regressions showing the association between intervention (independent variable) and incident adverse events (separated model for each variable) in participants over the 3-months follow-up period (n=157)

	OR	[95% CI]	P-Value
Physician consultation*	0.45	[0.95;0.23]	0.036
Emergency department visit	0.36	[0.92;0.14]	0.032
Hospitalization	0.30	[0.95;0.10]	0.040

Figure 1. ER² score in control and intervention groups at baseline and after 3-month follow-up.



Annexe 12 : Rapport complet de l'étude qualitative (Phase 3)



Analyse qualitative des rétroactions des acteurs de la Croix-Rouge et des expériences des bénéficiaires du Programme Proximité Aîné et de l'outil d'Évaluation SOcio-GéRiatrique (ESOGER)

Camille Normandin, Jacqueline Matskiv, Albane Gaudissart, Constance Lafontaine et Kim Sawchuk

Préparé pour le Dr. Olivier Beauchet

11 juillet 2023

Table des matières	
Introduction	1
Questions de recherche	3
Méthodologie	3
Limites et obstacles	4
Recrutement	4
Retraits et refus	5
Confusion et nombre d'appels élevé	5
1. Les rétroactions des acteurs de la Croix-Rouge	6
1.1. Les défis rencontrés lors des appels	6
1.1.1. Expériences affectives	6
1.1.2. Confusion et méfiance	7
1.1.3. Questions et sujets sensibles	8
1.1.4. Barrières linguistiques, difficultés techniques et auditives	8
1.2 Défis liés à l'outil et au processus (questionnaire/plateforme)	9
1.2.1 Le processus de consentement	9
1.2.2 Questions (formulation, ordre)	10
1.2.3 Fonctionnalité	11
1.2.4 Stratégies adoptées	11
2. L'expérience des bénéficiaires âgés	13
2.1. Les impressions générales du programme de la Croix-Rouge	13
2.1.1 Impressions positives : Sécurité, soutien amical et rapidité	13
2.1.2 Impressions négatives	15
2.2 Impressions du questionnaire	16
2.3 Réflexions des participants sur la télésanté	17
2.5 Réflexions des participants sur le partage d'informations personnelles par téléphone	18
3. Une réponse mitigée du secteur communautaire	19
4. Conclusion	20
4. Résumé des recommandations	21
Recommandations sur ESOGER	21
Annexe	23

Annexe 1: Liste des entretiens semi-dirigés	23
Annexe 2: Grille d'entretien (Bénéficiaires)	24
Annexe 3: Grille d'entretien (Bénévole de la CR)	25
Annexe 4: Grille d'entretien (Gestionnaire de la CR)	27
Annexe 5: Grille d'entretien (Membres de l'équipe de recherche/appelants)	30

Introduction

Ce document constitue le deuxième et dernier rapport qualitatif d'un projet de recherche interdisciplinaire subventionné par le *Fonds de Recherche du Québec - Société et Culture (Programme de recherche-action pour un vieillissement actif de la population du Québec pendant une période de confinement : numéro de subvention 2021-0QBA-297388)* intitulé *Évaluation SOcio-GéRiatrique (ESOGER) : Un outil clinique télépratique pour lutter contre l'altération de l'état de santé et l'isolement social des personnes âgées vulnérables*. Ce rapport présente les résultats d'une étude qualitative de la deuxième version de l'outil d'évaluation sociogériatrique ESOGER, qui vise à recueillir les commentaires des acteurs de la Croix-Rouge³⁶ et des utilisateurs finaux³⁷ (à savoir les personnes âgées sans médecin de famille) sur l'efficacité et la valeur perçue de l'outil, ainsi que sur les changements apportés à celui-ci entre sa version initiale et sa dernière version. Cette recherche a été menée par la Dr Kim Sawchuk et son équipe du Laboratoire *Aging, Communication and Technologies (ACTLab)*³⁸, et est le résultat d'une collaboration entre ce dernier et le Dr Olivier Beauchet et son équipe du *Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM)*. La collecte des données pour cette étude s'est déroulée entre mai et septembre 2022.

L'objectif global de ce projet de recherche est de co-développer et de tester de manière itérative l'outil de télé-dépistage ESOGER par des méthodes à la fois quantitatives et qualitatives. Les principaux objectifs qualitatifs sont les suivants : a) recueillir et formaliser les commentaires des parties prenantes sur la version initiale d'ESOGER et porter ces résultats à l'attention de l'équipe du Dr Beauchet afin d'adapter et d'améliorer l'outil afin de répondre aux besoins des utilisateurs cibles (à savoir les organisations communautaires) et des utilisateurs finaux (à savoir les personnes âgées), et b) fournir des recommandations ciblées en fonction des premiers résultats afin de favoriser le succès du déploiement et de la mise en œuvre de l'initiative ESOGER.

³⁶ Ceux-ci inclut un bénévole et une gestionnaire de la Croix-Rouge, ainsi que deux membres de l'équipe de recherche quantitative qui ont également fait usage d'ESOGER

³⁷ Usagers finaux renvoient à des personnes âgées de 65 ans et plus, sans médecin de famille (population orpheline), ayant rempli le questionnaire ESOGER par téléphone et reçu des services (ou non, selon leurs résultats) via l'organisme de la Croix-Rouge et des services connexes

³⁸ Avec la collaboration de Sylvie St-Jacques en révision; Marie-Ève Ducharme, Andréa Tremblay aux entretiens semi-dirigés

Notre premier rapport³⁹, qui s'inscrit en continuité des résultats du travail initial effectué par l'équipe du Dr Nadia Sourial au CRIUGM, a présenté les perspectives d'un éventail d'acteurs professionnels et communautaires sur la facilité d'utilisation et le potentiel d'ESOGER, en fournissant des recommandations pour mettre en œuvre une deuxième version adaptée de l'outil en 2021. La majorité des personnes interrogées à ce stade initial de la recherche n'avaient pas encore acquis une expérience significative avec l'outil, mais ont néanmoins été en mesure de fournir des informations précieuses sur la base de leur expertise professionnelle. Les participants à cette étude ont formulé un certain nombre de recommandations, notamment : 1) adapter et/ou simplifier le langage du questionnaire ; 2) réviser le rapport d'évaluation produit par ESOGER pour mieux faciliter le transfert d'informations ; 3) revoir le processus de consentement ; et 4) envisager l'ajout de questions sur des sujets, tels que les chutes, la mobilité et l'autonomie, afin de fournir une image plus complète de la santé et du contexte socio-économique de la personne âgée. Le principal défi identifié était d'intégrer ces aspects et ces modifications tout en préservant la brièveté et la simplicité du questionnaire.

Le présent rapport se veut comme un complément au premier. L'objectif de cette deuxième et dernière étude qualitative était double : d'une part, recueillir les commentaires sur la deuxième version d'ESOGER auprès d'utilisateurs ayant une expérience significative de l'outil (principalement des bénévoles et des professionnels de la Croix-Rouge) sur sa facilité d'utilisation et, d'autre part, interroger les personnes âgées sur leurs expériences avec ESOGER et les services connexes qu'elles ont reçus dans le cadre du *Programme Proximité Aînés* (PPA) de la Croix-Rouge (pour lequel ESOGER est l'outil de dépistage principal). Ensemble, les deux rapports fournissent des informations provenant d'un éventail de parties prenantes pertinentes — des utilisateurs potentiels et des représentants de communautés sélectionnées aux professionnels de la Croix-Rouge et aux personnes âgées elles-mêmes. De même, les conclusions vont de recommandations ciblées pour le questionnaire et la plateforme numérique à des considérations plus générales sur le rôle, la valeur et l'avenir de ces initiatives du point de vue des acteurs communautaires et des personnes âgées bénéficiaires.

Ainsi, le présent rapport se concentre principalement sur **la rétroaction des acteurs de la Croix-Rouge et l'expérience des bénéficiaires**, ainsi que sur la manière dont le questionnaire lui-même, le moyen de communication qu'est le téléphone, les besoins et les situations uniques des personnes

³⁹ Gaudissart, A., Matskiv, J. (2022). *Personnes âgées en attente de prise en charge médico-sociale au GAMF du CCSMTL : Évaluation de l'intégration d'un nouveau partenaire - La Croix Rouge Canadienne*. Centre de Recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal (CRIUGM).

âgées/des aidants et les secteurs montréalais des soins de santé et de la communauté se conjuguent pour créer un ensemble particulier d'obstacles et d'opportunités pour toutes les parties impliquées. Étant donné que c'était la première fois que nous interrogeons directement des personnes âgées dans le cadre de cette recherche, nous avons sollicité leurs commentaires non seulement sur l'initiative ESOGER-Croix-Rouge, mais aussi sur l'adoption plus générale de la télésanté depuis le début de la pandémie, dans le but de contextualiser leurs réponses par rapport à leurs expériences antérieures. En outre, il convient de noter que la perspective de notre présent rapport se concentre sur les *défis* des appelants de la Croix-Rouge, et ne représente pas nécessairement entièrement leur expérience dans le cadre de l'étude. La raison pour laquelle nous nous sommes adressés aux acteurs de la Croix-Rouge était d'apporter des améliorations à l'outil, ce qui explique dans une large mesure pourquoi leurs commentaires vont essentiellement dans ce sens.

Questions de recherche

1. Du point de vue des acteurs de la Croix-Rouge, quels sont les principaux obstacles et leviers associés à ESOGER, tel qu'il est utilisé dans le cadre du *Programme Proximité Aînés* de la Croix-Rouge ?
2. Quelles sont les impressions des personnes âgées sur les évaluations et/ou les services qu'elles ont reçus dans le cadre du *Programme Proximité Aînés* ? Comment ces impressions sont-elles liées à leurs réflexions et à leurs expériences en matière de télésanté en général ?
3. En tant qu'outil, comment ESOGER pourrait-il mieux répondre aux besoins des appelants et des bénéficiaires ?

Méthodologie

L'équipe de recherche a mené des entretiens semi-dirigés auprès de 15 bénéficiaires : 11 avec des personnes âgées et des proches aidants⁴⁰ (huit en français, trois en anglais), et quatre avec des utilisateurs d'ESOGER affiliés à la Croix-Rouge⁴¹ (tous en français). Il convient de noter que deux des quatre utilisateurs d'ESOGER interrogés ont joué un double rôle entre l'équipe de recherche quantitative et la Croix-Rouge au cours de l'étude. Les entretiens ont eu lieu entre le 27 mai et le 20 juillet 2022. Les personnes âgées ont été recrutées parmi les participants à l'étude médicale, après leurs évaluations ESOGER. Les acteurs

⁴⁰ Afin d'alléger la lecture du rapport, les termes « usagers » ou « bénéficiaires » seront utilisés pour nommer ces personnes

⁴¹ Afin d'alléger la lecture du rapport, les termes « acteur de la Croix-Rouge », « appelant » seront utilisés pour nommer ces personnes

de la Croix-Rouge ont été recrutés soit directement, soit par le biais d'un appel à la participation diffusé en interne par les membres de l'équipe de la Croix-Rouge. Les entretiens ont été menés par téléphone ou à l'aide du logiciel de vidéoconférence Zoom et enregistrés, avec le consentement des participants, en vue d'une transcription verbatim. La liste anonymisée des entretiens et les grilles d'entretien sont disponibles à l'Annexe 1. Les données ont été codées et analysées thématiquement par deux membres de l'équipe à l'aide du logiciel de codage qualitatif *Atlas.ti* (version 22.2.4).

Limites et obstacles

Recrutement

Un obstacle important que nous avons rencontré lors de l'étude était le recrutement. En effet, notre premier objectif était d'atteindre 20 bénéficiaires (personnes âgées et proches aidants âgés). Dans la réalité, nous avons effectué 11 entrevues, puisque certains n'étaient pas aptes de répondre à nos questions (ou n'étaient pas à l'aise de le faire), ne se rappelaient pas d'avoir répondu à ESOGER, ne répondaient pas à nos appels, ou avaient retiré leur participation du projet de recherche. Sur 11 tentatives réussies, neuf de nos bénéficiaires étaient des personnes proches aidantes. Il est à noter qu'il était beaucoup plus facile de rejoindre et de faire des entrevues avec les proches aidants en raison des défis de santé éprouvés par les personnes âgées visées par ESOGER. Par exemple, certaines personnes qui ne sont pas des personnes proches aidantes ne se rappelaient pas de l'appel ESOGER ou d'avoir consenti à participer l'étude qualitative. Dans notre liste d'appel, les personnes proches aidantes contactées étaient plus disponibles et ouvertes à répondre à nos questions

Du côté de la Croix-Rouge, le roulement du personnel que vivait l'organisation nous a posé beaucoup d'obstacles. En effet, au cours de notre période de collecte de données, l'équipe de la Croix-Rouge a perdu un analyste, un coordinateur, de nombreux bénévoles et une infirmière de liaison. En raison du temps nécessaire pour pourvoir ces postes et pour que les nouveaux arrivants acquièrent une expérience significative de l'outil, nous n'avons pu effectuer qu'une seule entrevue avec une gestionnaire à la Croix-Rouge. De plus, seulement un bénévole a répondu à notre appel à participation, même après avoir offert une carte cadeau afin de motiver la participation à l'étude. Nous avons donc choisi de compléter nos entrevues en faisant une avec deux membres de l'équipe de recherche qui ont fait des appels au nom des bénévoles de la Croix-Rouge afin d'aider au recrutement de l'étude quantitative. Bien que ces deux appelantes soient membres de l'équipe de recherche du CRIUGM, elles étaient en mesure d'apporter

plusieurs commentaires sur le questionnaire ESOGER grâce à leur expérience particulière au sein du projet. En conséquence, nous leur avons posé des questions axées sur leur expérience comme appelantes, plutôt que sur la pertinence du programme et de l'outil en général.

Retraits et refus

Une deuxième limite est l'absence d'inclusion des personnes qui ont abandonné l'étude, des anciens bénévoles et employés de la Croix-Rouge, et des représentants du secteur communautaire non impliqués dans l'initiative ESOGER-Croix-Rouge. Bien que nous reconnaissons l'importance de ces voix et la perspective cruciale qu'elles offrent, notre capacité à les inclure a été limitée en raison de diverses circonstances. En particulier, nous avons été contraints de demander aux employés actuels de la Croix-Rouge de nous aider à contacter leurs anciens collègues. C'est une chose que nous avons suggérée à la direction de la Croix-Rouge, mais qu'elle a déclinée. En outre, nous étions également dans l'incapacité de communiquer avec les participants qui s'étaient rétractés, dû à notre protocole d'éthique de recherche. Enfin, nous avons décidé d'éviter de contacter les organisations communautaires non impliquées dans le *Programme Proximité Aînés* en raison de notre mandat de recherche, des tensions existantes autour du projet (décrites plus en détail dans la section 3) et de la tendance, observée au-delà de la portée de cette étude, de solliciter à l'excès (tout en sous-rémunérant souvent) les organisations communautaires de base pour leur expertise. Bien qu'elle soit incroyablement importante, l'équipe de recherche qualitative a également estimé que cette consultation communautaire n'aurait pas l'impact escompté à ce stade final du projet, et qu'elle serait donc plus fructueuse dans les phases antérieures des futures initiatives de recherche. Nous avons plutôt choisi de consulter des documents publics décrivant la position d'un acteur clé du secteur communautaire aîné de Montréal sur le *Programme Proximité Aînés* et les initiatives connexes, dans l'intention de compléter et de contextualiser nos résultats sans exacerber les tensions et surcharger les organisations déjà à bout de souffle.

Confusion et nombre d'appels élevé

Un dernier obstacle rencontré lors de la collecte des données a été une confusion générale parmi nos bénéficiaires concernant la myriade d'appels qu'ils recevaient de la part de la Croix-Rouge et des équipes de recherche respectives. En effet, les bénéficiaires ont eu des difficultés à faire la distinction entre les appels ESOGER et les questionnaires additionnels administrés par l'équipe quantitative dans le cadre de leur étude. De plus, au cours de notre recherche, nous avons appris que la Croix-Rouge réalisait sa propre évaluation de ses services, ce qui aurait pu mener à plus de confusion. Dans le contexte où l'on ajoute à

ces appels ceux d'un analyste, d'une infirmière et, potentiellement, d'un ou de deux prestataires de services, il est possible que le bénéficiaire soit rapidement désorienté. En outre, certaines difficultés à aligner les procédures et protocoles de recherche quantitative et qualitative ont causé un délai de quelques semaines entre l'évaluation ESOGER initiale et l'entrevue qualitative, ce qui a pu compliquer la distinction entre les appels reçus par le bénéficiaire. Cette confusion a rendu plus ardu pour certains usagers l'évaluation du processus général du *Programme Proximité Aîné*, ainsi que les services qu'ils ont reçus.

1. *Les rétroactions des acteurs de la Croix-Rouge*

Nous avons recueilli la rétroaction de quatre acteurs de la Croix-Rouge, soit un bénévole, une gestionnaire et deux auxiliaires de recherche associées au projet ayant fait usage de l'outil dans le cadre du *Programme Proximité Aîné*. Lors de nos entrevues, nous avons identifié les défis rencontrés lors des appels et leurs stratégies afin d'y pallier, ainsi que des recommandations afin d'améliorer l'outil ESOGER et son fonctionnement.

1.1. Les défis rencontrés lors des appels

Les appelants ont détaillé un certain nombre de difficultés auxquelles ils ont été confrontés lors des appels téléphoniques ESOGER avec les personnes âgées. Certains défis, tels que les problèmes auditifs, techniques et les soupçons de fraude sont directement liés au téléphone comme médium, tandis que d'autres sont plus spécifiques à la nature du programme *Proximité Aîné* et du questionnaire lui-même.

1.1.1. Expériences affectives

Les trois appelants que nous avons interrogés estiment avoir reçu une formation adéquate avant de commencer à administrer ESOGER. Cependant, comme nous n'avons parlé qu'à un seul bénévole, il est difficile de dégager un consensus général sur leur expérience avec la formation. Tous les appelants ont indiqué que le rôle exigeait un certain niveau d'adaptation et d'improvisation, lequel découle de l'expérience sur le terrain et de la pratique. Dès lors, les acteurs de la Croix-Rouge avancent qu'ils ont parfois fait face à des situations imprévues et ont donc adopté leur approche par essais et erreurs. Pour certains appelants, cela signifie également d'apprendre à gérer l'aspect émotionnel ou affectif des appels.

À ce sujet, deux acteurs de la Croix-Rouge témoignent du fait qu'elles sont de plus en plus impliquées émotivement dans les appels. Elles témoignent de deux types d'appels qui se démarquent dans leur mémoire. D'un côté, l'appel est positif et ponctué de rires et de partage d'anecdotes. De l'autre, face

à une situation de précarité, les acteurs de la Croix-Rouge se sentent parfois mal formés ou «désarmés».

Par exemple, un appelant raconte:

« Il y avait une personne qui me disait, “je mange juste du kraft dinner une fois par jour” [...] il y avait une autre personne qui habitait dans un hôtel depuis longtemps; elle n’avait plus de logement. Elle m’a parlé pendant une heure. [...] Avec la dame qui était mal nourri, je ne savais vraiment pas comment réagir. J’ai rappelé la personne deux jours après pour voir si la Croix Rouge a intervenu, quelque chose que je ne fais plus maintenant. J’étais emotionally involved ».

Dans le même ordre d’idées, les appelants notent que parfois, les bénéficiaires divulguent des informations personnelles ou sensibles (comme des détails sur leur état de santé ou leurs diagnostics), ou font des demandes qui ne sont pas dans leur champ d’action, simplement parce qu’ils sentent qu’ils n’ont personne d’autre vers qui se tourner. Face à cela, les appelants se sentent parfois démunis par le fait qu’ils n’ont pas de moyen pour répondre à leurs besoins : *« Mais très souvent, ils me donnent une condition très spécifique à eux, et là je dois juste dire je m’excuse, je ne peux pas résoudre vos problèmes et je ne peux pas vous faire des promesses que je ne peux pas garder. C’est très souvent l’affaire. »*

1.1.2. Confusion et méfiance

L’un des principaux défis évoqués par les acteurs de la Croix-Rouge est la confusion et la méfiance des répondants quant à la nature des appels. Ces derniers se demandent parfois comment la Croix-Rouge a obtenu leurs coordonnées. Comme l’a souligné un appelant, cette situation est exacerbée par le fait qu’il s’agit d’un appel provenant d’un numéro inconnu ou masqué, ce qui rend difficile de prouver ses liens avec la Croix-Rouge. Il revient donc aux acteurs de la Croix-Rouge de prouver ou de justifier la nature de leur appel, ce qui peut être décourageant. Comme l’explique un bénévole: *«J’avais l’impression que j’étais dans un interrogatoire!»*. Un autre appelant a déclaré que la nature du programme peut rendre complexe la tâche de convaincre les répondants de ses avantages :

« J’ai reçu des questions où on me demande “spécifiquement, c’est quoi que vous pouvez m’offrir?” Comme ils voulaient savoir une liste. Et moi, il fallait que réponde “ce qui arrive c’est que quand vous remplissez ces questionnaires, un analyste à la Croix-Rouge va vous rappeler pour vous donner les recommandations. Et ça, ça dépend d’où vous vivez, des règlements spécifiques, des disponibilités des services, etc...” ».

Tous ces éléments font qu'il est parfois difficile d'obtenir l'adhésion des bénéficiaires et de maintenir le moral des bénévoles.

1.1.3. Questions et sujets sensibles

Les soupçons décrits précédemment peuvent avoir été accentués par le caractère sensible de certaines questions d'ESOGER. À cet égard, un appelant avance: «*On pose des questions délicates, je les comprends [...] j'ai appris qu'il faut que je comprenne chaque question, à quoi elles servent.*». En faisant référence aux questions socio-économiques d'ESOGER (telles que «êtes-vous né au Canada ?»), elle ajoute qu'elle craignait que ces questions puissent être perçues comme «offensantes» ou discriminatoires par certains. En ce sens, une appelante a raconté avoir été parfois confrontée à une réticence de la part des bénéficiaires, lorsqu'il s'agissait de questions sur la vaccination et l'isolement social, conséquemment au contexte des mesures de confinement liées à la COVID-19. Dès lors, certains bénéficiaires ont pris soin de préciser qu'elles n'avaient pas eu de contacts physiques étroits, de peur d'être montrées du doigt parce qu'elles n'avaient pas respecté les mesures de distanciation sociale qui étaient en vigueur au moment de l'appel⁴².

Cependant, il convient de noter que ce n'est pas tous les acteurs de la Croix-Rouge interviewés qui nous ont fait part de la même expérience. À propos de la question «Êtes-vous propriétaire ou locataire?», deux personnes ont déclaré qu'ils n'avaient pas rencontré de problèmes ou d'hésitations. En revanche, deux autres ont déclaré qu'ils avaient rencontré des résistances chez des bénéficiaires, lesquels hésitaient à répondre ou s'interrogeaient sur l'objectif de la question. En ce qui concerne la question sur le sexe (qui implique son indépendance par rapport au genre), les appelants ne nous ont signalé aucune réaction négative de la part des bénéficiaires. Si la nature potentiellement délicate de ces questions n'est pas un problème en soi, elle peut amener l'appelant à justifier les raisons pour lesquelles elles sont posées. De plus, nous pensons qu'il est pertinent dans l'avenir d'approfondir ces résultats, par une étude qualitative plus ciblée sur les impressions et opinions des personnes âgées sur les questions sur le sexe et le genre.

1.1.4. Barrières linguistiques, difficultés techniques et auditives

Deux actrices de la Croix-Rouge, faisant également partie du CRIUGM, ont indiqué qu'elles avaient rencontré à quelques reprises des bénéficiaires allophones. Face à cette barrière linguistique, les appelantes ont soit traduit spontanément les formulaires de consentement et le questionnaire (si elles

⁴² En particulier en réponse à la question «Au cours de la semaine dernière, avez-vous eu des contacts (téléphone ou visites) avec des gens ?

parlaient la langue), soit ont dû exclure le répondant en raison d'un manque de ressources dans sa langue. Elles ajoutent que bien que les langues soient vérifiées par la Croix-Rouge, il y a eu un certain manque de coordination sur ce point avec l'équipe de recherche. Nous reconnaissons qu'il y a une limite au nombre de langues dans laquelle le service peut être offert. Néanmoins, les acteurs de la Croix-Rouge estiment que le plurilinguisme d'une équipe peut être un aspect intéressant à développer.

Outre les barrières linguistiques, les acteurs de la Croix-Rouge nous ont également confié avoir été fréquemment confrontés à des problèmes auditifs ou techniques de la part des bénéficiaires. Dès lors, le téléphone n'est pas toujours le médium le plus accessible pour tous. Dans le même sens, les personnes âgées et/ou des proches aidants interviewés nous ont partagé les problèmes auditifs comme des obstacles à l'utilisation du téléphone comme moyen de rejoindre des professionnels de la santé et/ou des services sociaux (à ce propos, voir la section 2.3). De surcroît, deux proches aidants que nous avons interrogés ont expliqué qu'il serait tout simplement impossible pour leurs proches de répondre à de tels questionnaires de santé par téléphone en raison de leur conditions de santé.

1.2 Défis liés à l'outil et au processus (questionnaire/plateforme)

En général, les acteurs de la Croix-Rouge ont décrit la plateforme comme étant facile à utiliser et le questionnaire comme étant simple à administrer. Les acteurs de la Croix-Rouge, qui étaient familiers avec la version précédente d'ESOGER, ont apprécié les changements apportés. Ils qualifient la nouvelle version comme plus claire et plus exhaustive, et décrivent la transition vers la nouvelle plateforme comme étant facile et fluide.

Bien que l'utilisation du questionnaire ne soit pas toujours intuitive du premier coup — par exemple, certains bénévoles ont initialement créé des profils sous leur propre nom — une actrice de la Croix-Rouge commente qu'«il faut seulement bien le faire la première fois.». Néanmoins, un certain nombre de problèmes mineurs, de suggestions et d'observations ont été soulevés par les personnes interrogées à propos du questionnaire, des formulaires et de la plateforme, dont certains font écho à des conclusions antérieures.

1.2.1 Le processus de consentement

Le processus de consentement est l'un des éléments d'ESOGER qui entrave le déroulement fluide de l'expérience, tant pour l'appelant que pour le bénéficiaire. Faisant écho aux commentaires de notre précédent rapport, les appelants ont décrit la procédure comme étant laborieuse et peu pratique, notamment en raison de la contrainte d'administrer deux formulaires de consentement distincts. Bien que

les appelants soient encouragés à paraphraser les formulaires de consentement par souci de brièveté et de simplicité, comme l'explique une gestionnaire de la Croix-Rouge, il reste «deux textes lourds d'affilée [que] les répondants ont de la misère à suivre», ajoutant que «les bénévoles sont découragés, et il y a de la résistance au niveau des personnes âgées.» En effet, elle ajoute que le processus de consentement constituait l'un des plus grands obstacles à la rétention des participants à l'étude et au moral des bénévoles.

En outre, un autre appelant a souligné certaines répétitions entre le formulaire de consentement de la Croix-Rouge et certaines questions d'ESOGER (par exemple, le code postal), suggérant que ces dernières soient réorganisées ou éventuellement remplies automatiquement sur la base d'informations ayant déjà été enregistrées dans le cadre du processus de consentement. Ces commentaires témoignent de la nécessité de réévaluer le processus de consentement dans son ensemble, en particulier dans le cadre des études/collaborations de recherche, qui peuvent rendre la participation particulièrement contraignante pour les bénéficiaires.

1.2.2 Questions (formulation, ordre)

Les acteurs de la Croix-Rouge ont formulé un certain nombre de commentaires sur des thèmes et des questions spécifiques d'ESOGER. En termes de rétroaction générale, un bénévole soulève qu'il serait pertinent d'inclure plus de questions sur la santé mentale. Par exemple, si un usager final évalue son niveau d'anxiété comme étant élevé, des questions de suivi pourraient être posées sur la source et/ou les symptômes associés, ce qui permettrait de découvrir d'autres problèmes de santé connexes.

Par ailleurs, le bénévole ajoute que certains bénéficiaires — en particulier les couples — ne se considèrent pas toujours comme des *proches aidants*, même s'ils se qualifient comme tels selon les critères ESGER. Ainsi, cela peut être source de confusion pour les deux parties:

« Le bénéficiaire ne s'est jamais considéré proche aidant, mais apparemment, il reçoit toujours de l'aide quotidienne, mais entraide, entre les partenaires bien sûr, parce qu'ils vont partager les tâches quotidiennes. [Ils disent] "je ne suis pas aidant" parce que dans leur tête un aidant c'est [quelqu'un qui prend] soin de sa mère qui a 90 [ans]. ».

Dès lors, une explication et une mise en contexte pourraient s'avérer pertinentes en ce qui concerne la section du questionnaire relative aux proches aidants, en particulier dans le cas d'une situation d'aide

mutuelle. Nous recommandons ainsi que le terme proche aidant soit défini explicitement dans le questionnaire.

En outre, les acteurs de la Croix-Rouge ont suggéré les modifications suivantes :

1. Supprimer les questions sur le fait d'être connu d'une Entreprise d'Économie Sociale en Aide à Domicile (EÉ SAD) et d'être suivi par un professionnel de l'EÉ SAD, ou les poser indirectement si possible. Un bénévole note que la plupart des personnes interrogées ne savent pas ce qu'est une EÉ SAD, même lorsque l'acronyme est expliqué.
2. Reformuler la question sur la proche aide (*« recevez-vous, de façon continue ou occasionnelle, une aide dans les actes de la vie quotidienne de la part d'une personne de votre entourage ? »*), ou indiquer explicitement que c'est l'objectif de cette question.
3. Définir le terme « proche aidant » selon les critères utilisés et expliquer sa signification dans une évaluation de santé.
4. Contextualiser la question sur les contacts sociaux au cours de la dernière semaine en indiquant explicitement qu'elle porte sur l'isolement social.
5. Enlever la troisième sous-question⁴³ qui suit les questions commençant par « dans les six derniers mois... », car elle est redondante (réponse sous-entendue par les réponses précédentes).

1.2.3 Fonctionnalité

Les acteurs de la Croix-Rouge ont émis peu de commentaires sur la plateforme en ligne en soi, seulement deux remarques ont été exprimées. D'une part, un bénévole a souligné que l'horloge de la plateforme, qui est censée indiquer le moment où le questionnaire est soumis, n'est pas précise (ce qui signifie que les utilisateurs doivent saisir manuellement l'heure). D'autre part, une autre appelante a noté que la barre de recherche est trop sensible aux caractères spéciaux (ex. é, è, ê), ce qui peut rendre difficile la recherche de noms dans le système.

1.2.4 Stratégies adoptées

Les acteurs de la Croix-Rouge ont fait part d'un certain nombre de stratégies qu'elles ont adoptées au fil du temps pour relever certains des défis décrits ci-dessus, dont beaucoup pourraient inspirer de futures modifications de l'outil et/ou du processus de formation des bénévoles. En ce qui concerne la méfiance des bénéficiaires, une gestionnaire de la Croix-Rouge a indiqué que certains membres de la Croix-Rouge

⁴³ « Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ? »

avaient adopté la stratégie consistant à établir un « mot de passe » commun avec les bénéficiaires, ce qui permet d'établir à la fois la crédibilité et la continuité entre les appels. Une autre appelante a déclaré que lorsque quelqu'un sur sa liste ne répond pas, elle essaie parfois d'appeler une dernière fois avec son numéro personnel, ce qui donne souvent de bons résultats. D'autres fois, elle laisse son numéro aux gens comme mesure de sécurité supplémentaire, « juste pour les rassurer ». Tous les appelants ne sont pas d'accord avec cette stratégie, puisqu'une autre appelante craint que les interlocuteurs ne la considèrent comme un contact principal si elle communique son numéro de téléphone, soulignant qu'elle ne peut pas être une ressource permanente pour eux. Enfin, cette utilisatrice d'ESOGER a estimé que de masquer son numéro l'aidait à maintenir une distance professionnelle entre elle et la personne à l'autre bout du fil.

Dans le cas où les bénéficiaires dévient de la question ou divulguent des informations personnelles, une approche commune consiste à les ramener au questionnaire en posant des questions en rapport avec ce qu'ils racontent, même si cela implique de les poser dans le désordre. À cet égard, quelques acteurs de la Croix-Rouge soulignent la nécessité de trouver un équilibre entre le fait de trop s'impliquer dans une conversation et celui de couper la parole aux gens. Ainsi, des informations pertinentes surgissent parfois de manière inattendue, tandis que d'autres fois, les gens ont simplement besoin d'être écoutés. Dans ces circonstances, les appelants ont tendance à se reposer sur la « boîte ouverte » à la fin du questionnaire pour saisir toute information potentiellement pertinente qui n'a pas été saisie par le questionnaire lui-même.

Face à la confusion des bénéficiaires sur la nature du premier appel de la Croix-Rouge, un bénévole nous a fait part de son approche:

« Au début, ma technique c'est que je vais dire exactement qu'est-ce que je vais demander. Je ne veux pas (...) « entraper » le bénéficiaire ou commencer quelque chose qui ne va pas se terminer. Alors moi, je donne des exemples des questions ESGER directement au début, avant même que je demande le consentement. Je veux qu'ils sachent que ce sont des questions que je vais demander. »

De plus, ce bénévole a rédigé lui-même un script à cette fin, qu'il a utilisé pour chaque appel qu'il a passé. Il explique que cela permettait d'éviter les situations dans lesquelles les répondants étaient pris au dépourvu, en plus d'ajouter un contexte important au processus de consentement.

En ce qui concerne les questions mal comprises ou potentiellement sensibles, chaque appelant avait sa propre série de préambules, de définitions et de modifications (comme le montrent leurs recommandations). Les questions des bénéficiaires varient également en fonction de leur compréhension du projet de recherche et plus généralement du champ et lexique médical. Ceci montre la pertinence de la création d'une «boîte à outil» [*cheat sheet*] plus uniforme pour le questionnaire, qui permettrait aux acteurs de la Croix-Rouge d'avoir une compréhension de base de son contenu et de la raison d'être de chaque question.

2. L'expérience des bénéficiaires âgés

Nous avons interrogé les bénéficiaires⁴⁴ sur plusieurs thèmes, allant de leurs impressions sur le programme de la Croix-Rouge et le questionnaire ESOGER à leurs opinions et expériences en matière de télésanté de manière plus générale. Dans l'ensemble, les usagers avaient des commentaires positifs sur le programme et la majorité d'entre eux souhaitaient continuer à bénéficier des évaluations ESOGER tous les trois mois. Néanmoins, certains usagers ont exprimé leur déception quant aux services (ou à l'absence de services) qu'ils ont reçus. De plus, plusieurs bénéficiaires ont exprimé que leur besoin principal était l'accès régulier à un médecin de famille. Enfin, les usagers ont eu des réactions variées suite à nos questions sur la télésanté, dont un certain nombre d'entre eux (six) exprimant leur ambivalence ou même leur réticence à utiliser régulièrement les services de télésanté (que ce soit en ligne ou par téléphone).

2.1. Les impressions générales du programme de la Croix-Rouge

2.1.1 Impressions positives : Sécurité, soutien amical et rapidité

Nous avons observé que la majorité, soit sept personnes, ont exprimé une impression positive du programme de la Croix-Rouge. À cet égard, une bénéficiaire a déclaré que les appels de la Croix-Rouge lui donnaient un sentiment de sécurité, même si elle ou la personne dont elle s'occupe n'avaient pas de besoins urgents :

« Oui, parce que comme je disais pour le moment ça fonctionne bien et que je me sentais bien supportée par le CLSC... actuellement je n'ai pas de besoins spécifiques. Le CLSC me vient en aide suffisamment, mais le fait que je prenne de l'âge moi-même et que je sois moins alerte

⁴⁴ À titre de rappel, les termes «usagers» et «bénéficiaires» sont utilisés de manière interchangeables afin de référer aux participants âgés de notre étude (personnes âgées de 65 ans et plus et personnes proches aidantes âgées de 65 ans et plus)

moi-même, je me sens plus en sécurité et je sens plus que la personne dont je m'occupe est en sécurité aussi ».

Dans le même ordre d'idées, deux autres usagers ont décrit les appels et services de la Croix-Rouge comme étant utiles dans le cadre de leurs responsabilités de proche aidant, leur procurant une tranquillité d'esprit en compensant les absences ou les oublis potentiels.

En outre, six bénéficiaires témoignent de la rapidité du processus, ce qui a été identifié comme l'un des éléments les plus positifs du programme. Face à de longs délais d'attente, l'accès accéléré aux rendez-vous est décrit par ces bénéficiaires comme la principale valeur du service.

«Je me suis dit: oh my god, il y a des gens qui bougent à quelque part. [...] J'ai eu trois téléphones, mais ça n'a pas duré trois heures non plus. Le premier m'a appelé, il m'a dit que d'ici une semaine, un analyste va appeler, et après ça un autre. Et puis, Bingo ! Après ça dans l'espace de même pas deux semaines, c'est la qu'on a eu les rendez-vous. »

Face aux multiples ressources disponibles, l'outil ESOGER et la Croix-Rouge permettent également d'orienter les bénéficiaires vers les organismes et les services adéquats en fonction de leurs besoins: « *Il y a des bouts que je commençais à me décourager pas mal, je ne savais pas trop quoi faire, et où m'adresser et où aller. Et puis la Croix-Rouge nous a fourni ces informations-là* ». Cette orientation vers les ressources adéquates est particulièrement appréciée par les proches aidants, qui peinent parfois à trouver les ressources adéquates dû à leur horaire chargé.

De plus, plusieurs usagers nous ont témoigné leur découragement face au système de santé et sa complexité. À cet égard, le programme de la Croix-Rouge a permis à des usagers d'obtenir un accès à un médecin de famille et/ou un spécialiste grâce à la clinique *En route* et au service de dépannage. De surcroît, les recommandations d'organismes et de services fournies par la Croix-Rouge peuvent également avoir une fonction préventive. Par exemple, deux bénéficiaires nous ont expliqué que la Croix-Rouge leur a remis des références afin qu'ils puissent communiquer avec des organismes ou le CLSC pour leurs besoins futurs.

La dimension préventive du programme est également relevée par l'intérêt envers les appels de suivi aux trois mois. En effet, presque tous les bénéficiaires (90%) avancent qu'ils aimeraient maintenir les appels de la Croix-Rouge aux trois mois comme service de vigie. Dès lors, plusieurs soulignent ne pas savoir quels seront leurs besoins dans l'avenir, et que leur situation et celle de leur aidé peuvent changer rapidement:

«C'est parce que c'est difficile de voir l'avenir. Parce que moi, mon épouse a une condition et elle a un cancer en plus. Et elle a eu la chimio et tout ça. Je ne peux pas savoir si dans quelques mois je n'aurais pas besoin moi aussi d'aide... parce qu'on n'est pas jeune l'un ou l'autre ».

Un autre aspect positif que nous avons relevé est envers le personnel de la Croix-Rouge: *«The only other thing I would say is, you know, I found everybody is very empathetic. Everybody listens well and they're empathetic»*. À cet égard, une autre bénéficiaire avance qu'elle apprécie le processus d'appel, en soulignant les bénéfices psychologiques de la conversation, qui brisent parfois la solitude et l'ennui.

Finalement, plusieurs usagers ont partagé des témoignages positifs sur les services de santé et sociaux qu'ils ont pu obtenir grâce au programme. Une usagère avance qu'elle l'a trouvé efficace, car elle a pu enfin obtenir un médecin de famille pour son mari, en plus d'un soutien d'une travailleuse sociale du CLSC. Ce dernier était en attente d'un médecin depuis déjà trois ans. Une autre usagère souligne l'utilité du processus, puisque ce dernier a permis de trouver un gériatre à son mari qui souffre de la maladie d'Alzheimer:

« Mais là, je lui ai dit qu'il n'a pas de médecin de famille, c'est là que la Croix-Rouge m'ont dit, ce qu'on va faire, il y a un centre de recherche, avec le Dr Beauchet et tout ça, vous allez avoir un appel et probablement que vous allez voir le Dr Dagenais. Et ça n'a pas pris une semaine et on avait déjà un rendez-vous avec le Dr Dagenais. ».

Ces témoignages attestent du potentiel d'ESOGER afin d'accélérer le parcours du patient vers un spécialiste en fonction des besoins identifiés. Il faut toutefois noter que ces cas ont eu lieu dans le cadre d'un partenariat de recherche qui a bénéficié d'un contact privilégié avec les chercheurs-cliniciens. De surcroît, l'obtention de services ou de suivis est également en fonction de la gravité de la situation de chacun et du score obtenu sous l'évaluation ESGER.

2.1.2 Impressions négatives

Lors de nos entrevues, deux bénéficiaires ont qualifié le processus d'appel comme épuisant par le nombre qui peut parfois être élevé entre les différentes évaluations et suivis. En effet, le rôle d'un proche aidant demande beaucoup de temps, ce qui fait que l'investissement dans les appels et les questionnaires peut sembler être une perte de temps dans un horaire chargé : *« Mais là, vraiment, si c'est aussi contraignant, perdre des heures, je dois faire des courses. Je dois aller à la banque, aller acheter des médicaments à la pharmacie. Ça me prend beaucoup de mon temps ».*

À ce propos, un bénévole avance que l'un des commentaires négatifs qui revient souvent est que les bénéficiaires reçoivent beaucoup d'appels, mais qu'au final, ils ont l'impression que « cela ne va nulle part ». Trois bénéficiaires soulignent alors que leur besoin principal est celui d'obtenir un médecin de famille ou une consultation médicale. Bien que les services de la Croix-Rouge soient complémentaires à l'attente d'un médecin de famille, c'est le besoin principalement exprimé. Ainsi, le processus amène parfois à des frustrations, puisque le processus d'appel, de suivi et de questionnaire est qualifié de «*time consuming*» pour parfois peu de résultat. En outre, une gestionnaire de la Croix-Rouge énonce que certains bénéficiaires retirent leur participation, puisque ce qu'ils veulent est un médecin de famille et le processus est trop fatiguant.

2.2 Impressions du questionnaire

Globalement, les bénéficiaires montrent une impression positive du questionnaire. La durée du questionnaire est jugée courte et les questions sont qualifiées de claires par six personnes. Généralement, l'évaluation est décrite comme complète, par des questions qui abordent les diverses dimensions de la santé, autant d'ordre médical, que social et psychologique: « *Les questions étaient précises et puis... elles englobaient pas mal tout le portrait de ce que je pouvais vivre* ». Cette usagère ajoute qu'elle a apprécié en particulier les questions sur son statut de proche aidant.

Durant nos entrevues, sept bénéficiaires nous ont témoigné que leurs besoins ont été identifiés par le questionnaire. De plus, deux autres bénéficiaires avancent que leurs besoins semblent être identifiés, mais que cela est difficile à déterminer puisqu'ils n'ont pas de besoin particulier. À cet égard, un bénéficiaire témoigne qu'il conserve les références de la Croix-Rouge pour ses besoins futurs.

Il est à noter que les bénéficiaires avaient peu de commentaires sur le questionnaire en soi, même lorsqu'on donnait des exemples des types de questions et de thèmes qu'il comporte. Aucune question ne semblait se démarquer de façon significative dans la mémoire des répondants. Nous concluons qu'il était abstrait pour la plupart des bénéficiaires de commenter un outil d'évaluation biomédical.

Néanmoins, certains ont offert quelques suggestions générales. Une usagère trouve qu'il y a beaucoup de questions sur la santé physique, mais peu qui portent directement sur la dégradation de la condition cognitive et mentale. Par conséquent, incorporer plus de questions sur ce sujet permettrait de mettre en relief la perte d'autonomie qui lui sont associées. Cette usagère explique que la santé physique de sa mère est très bonne, mais qu'elle souffre de la maladie d'Alzheimer:

« Maybe I'm wrong, but my impression was that [the questions] were mainly about her physical well-being. And my mother's physical well-being is fine. She's very, you know, physically fit and independent. But my personal, real problems are her loss of memory. You know, she doesn't know what city she's in. She doesn't know what day it is. She has no idea how old I am. She cannot cook. And she, you know, she has a lot of problems in her day to day living because of her memory loss. I don't know how to evaluate it. And I just thought that there weren't enough questions, specific questions, about that. »

2.3 Réflexions des bénéficiaires sur la télésanté

Nous dénombrons six bénéficiaires ayant eu une expérience préalable avec la télésanté (la définition de télésanté fournie aux répondants réfère simplement au fait de recevoir des services de santé à distance). La COVID-19 a profondément modifié les pratiques en soins et services de santé. Par conséquent, ce facteur a été nommé par trois bénéficiaires comme un vecteur d'accélération de l'adoption et de la familiarisation envers la télésanté⁴⁵.

En règle générale, les usagers n'expriment pas de grande réticence envers la télésanté, mais soutiennent qu'ils préfèrent tout de même les services en présentiel. Les opinions sondées envers la télésanté sont souvent ambivalentes et sont en fonction de la situation dans laquelle la télésanté est déployée. Par exemple, une usagère déclare que, bien qu'elle soit ouverte à faire des suivis par téléphone (après en avoir eu quelques-uns à la suite d'une opération), elle préfère toujours les rendez-vous en personne, où l'on a moins de chances « d'oublier quelque chose ». Néanmoins, la télésanté est décrite comme ayant quelques avantages, tels que la diminution des déplacements ou un renouvellement des prescriptions plus rapide et simple. Au moins trois usagers ont soulevé ces aspects positifs.

D'autres, par contre, soulignent ces limitations, surtout par rapport à l'usage de la technologie, découlant souvent de manque de compétences numériques. En effet, trois bénéficiaires ont exprimé une difficulté de compétence soit de leur part ou celle de leur aidé. Une bénéficiaire souligne qu'elle est un « dinosaure »: « *Moi je suis un dinosaure, j'ai de la misère, j'ai la tablette qui fait juste des jeux, je ne maîtrise pas le clavier (...) j'aime ça rencontrer les gens, les vrais rendez-vous, moi des affaires électroniques, j'ai*

⁴⁵ Cela correspond aux données récentes au Québec sur ce sujet : les chercheurs ont trouvé qu'en 2022, 59% des aînés ont utilisé l'internet pour accéder à des services de santé, en comparaison à 31% en 2019. Voir: Académie de la transformation numérique, Université Laval. (30 novembre 2022). Les aînés connectés au Québec - NETendances 2022. <https://transformation-numerique.ulaval.ca/enquetes-et-mesures/les-aines-connectes-au-quebec-2022>

bien de la misère. ». Outre les difficultés techniques, deux bénéficiaires nous ont partagé que la télésanté est impossible avec leur aidé, dû à des conditions de santé, tel que des problèmes d'audition ou des troubles neuro-cognitifs. La forme de la télésanté cause aussi certaines appréhensions comme l'énonce une bénéficiaire en parlant de son aidé, puisque celle-ci a peur de ne pas être bien comprise au téléphone: « *For her to have a phone conversation, that makes her very nervous, even just like handing her a phone, because she's afraid she won't understand.* »

Ensuite, une autre impression négative transparaît par le fait que la télésanté n'est pas toujours perçue comme offrant un réel support. Par exemple, une bénéficiaire souligne que bien qu'elle obtienne un suivi pour son diabète à distance, elle sent qu'il n'y pas de réel soutien. Aussi, un autre bénéficiaire ajoute que le téléphone ne permet pas de voir le langage corporel de l'autre, ce qui amplifie le côté impersonnel de la télésanté. Cette forme de rendez-vous médical est alors décrit comme « expéditive et rapide », ce qui peut compromettre le sentiment d'être soutenu par les professionnels de la santé.

2.5 Réflexions des bénéficiaires sur le partage d'informations personnelles par téléphone

Les personnes âgées sont souvent méfiantes envers des appels de numéros ou de personnes inconnues, suite aux nombreuses fraudes téléphoniques qui guètent particulièrement cette population. Nous avons alors sondé les bénéficiaires sur leurs impressions envers le partage d'information par téléphone, une question distincte mais pertinente pour les initiatives de télésanté.

Une minorité de usagers (trois) nous partage le fait qu'ils sont méfiantes envers certains appels téléphoniques. Cette méfiance provient, entre autres, par le fait de ne pas être certain que l'on parle à la bonne personne au téléphone. En effet, un bénéficiaire avance qu'il est toujours suspicieux, et ajoute qu'il n'apprécie pas le fait de parler au téléphone en général « *parce qu'on ne voit pas la personne, le langage corporel pour moi c'est très important, au téléphone c'est très anonyme. C'est ça qui me dérange un peu plus* ». Dans le même sens, un bénéficiaire souligne qu'une méfiance provient des arnaques qui se produisent au téléphone: « *Pour vous dire, parfois je ne suis pas sûr et certain que je parle avec la bonne personne. Comme on a entendu pas mal de trucs, parfois on peut avoir des gens malintentionnés* ».

Néanmoins, ces usagers ajoutent que la réticence s'apaise lorsque l'appel provient d'une organisation officielle, telle que la Croix-Rouge ou le bureau de leur médecin. Durant les entrevues, nous avons observé ce phénomène : les usagers étaient réticents et suspicieux au début de l'appel, mais une confiance s'installe graduellement durant l'appel.

Malgré ces doutes, il est intéressant de noter que sept usagers (la majorité) ont exprimé n'avoir aucun problème et être à l'aise avec le fait de partager des informations personnelles au téléphone. « *Bien, je n'ai pas de problème... comme qu'on dit, je n'ai rien à cacher. Je me sens à l'aise* ». Cela pourrait indiquer que l'ambivalence générale des usagers à l'égard de la télésanté est davantage liée à la qualité des soins qu'aux préoccupations en matière de sécurité de données. De plus, cela soulève la question du rôle de la pandémie dans la normalisation du partage d'information personnelle au téléphone. À cet égard, au moins un des bénéficiaires dit y être « habitué depuis la COVID. »

3. Une réponse mitigée du secteur communautaire

Au cours de son développement et de sa mise en œuvre, l'initiative ESOGER-Croix-Rouge s'est trouvée impliquée dans des préoccupations et des conversations plus larges sur le rôle de tels projets et collaborations de recherche vis-à-vis du secteur communautaire des aînés de Montréal. Ces préoccupations ont été initialement mises en lumière au cours de multiples tables rondes organisées à l'automne 2021 avec des intervenants du secteur communautaire, et ensuite confirmées par un avis⁴⁶ public publié par la Coalition pour le maintien dans la communauté (COMACO), une association représentant plus de 80 organismes communautaires de Montréal⁴⁷. Cet avis expose une série de préoccupations relatives aux *Programme Proximité Aîné* et à d'autres initiatives⁴⁸ comparables; il souligne à la fois certains obstacles à l'intégration du projet dans le secteur communautaire, et fait allusion à un ensemble plus large de problèmes qui affectent le milieu en général.

La plupart des préoccupations mises en avant dans l'avis sont de nature juridictionnelle et financière, mettant en évidence certaines frictions entre les secteurs public, communautaire et privé/philanthropique.

Les tensions liées à l'autonomie, au dédoublement et à la division des responsabilités soulèvent nécessairement la question du financement et des ressources. À ce propos, l'avis de la COMACO soulève

⁴⁶ Maryse Bisson, « Avis sur la gériatrie sociale et autre projet » (Coalition pour le maintien dans la communauté - COMACO, février 2022), https://drive.google.com/file/d/1xIX_vl-vJTrGD6bFKAk2nk7aI2yO_DBw/view.

⁴⁷ Il est important de souligner que le processus et l'étendue de la consultation que la COMACO a entreprise avec ses constituants pour rédiger cet avis ne sont pas connus.

⁴⁸ *Pour une communauté bienveillante envers ses aînés* (CCSMTL) et le *Projet Gériatrie Sociale* de la Fondation Ages.

des inquiétudes sur ce qu'ils perçoivent comme une tendance à la privatisation du secteur communautaire (et les conséquences que cela aurait sur la survie des organismes de terrain), ainsi que sur un modèle de financement qu'ils considèrent comme encourageant une compétition malsaine. Ceci, craignent-ils, a le potentiel de détourner les organisations de leur travail.

Ces préoccupations soulignent la nécessité de continuer la consultation entre les secteurs public, communautaire, universitaire et philanthropique, dans des espaces ouverts et exploratoires, tout en abordant des sujets tels que les modèles de financement, le rôle de la recherche dans le secteur communautaire (et vice versa), et le rôle du dernier vis-à-vis du système public, notamment lors de crises sanitaires et sociales telles que la pandémie. Ils soulignent également la nécessité d'une consultation précoce et itérative auprès des parties prenantes dans le cadre de la recherche, tout en attestant du potentiel des modèles horizontaux et interdisciplinaires tels que l'approche du laboratoire vivant.

4. Conclusion

Dans ce rapport, nous avons cherché à identifier les principaux obstacles et leviers associés à ESOGER du point de vue des appelants et des bénéficiaires. Nous avons également interrogé ces derniers sur leur expérience du programme de la Croix-Rouge et sur leurs réflexions concernant la télésanté en général.

Les utilisateurs d'ESOGER ont identifié un certain nombre de défis persistants liés au contenu du questionnaire et au fait qu'il soit administré par téléphone. Ils ont parlé de naviguer entre les limites émotionnelles et les sujets sensibles révélés par le questionnaire, ainsi que des défis tels que la suspicion des répondants, les problèmes techniques et les barrières linguistiques. Par ailleurs, les appelants ont réitéré le besoin de revoir le processus de consentement et de clarifier la formulation et/ou l'objectif de certaines questions dans ESOGER.

Les bénéficiaires ont généralement parlé de leur expérience dans le programme de la Croix Rouge en termes favorables, la majorité des témoignages positifs portant sur la trajectoire clinique (nous n'avons reçu aucun commentaire, ni positif ni négatif, sur la trajectoire communautaire du programme). S'ils avaient peu de commentaires détaillés sur ESOGER lui-même, beaucoup ont décrit le questionnaire comme étant clair, concis et complet.

D'autre part, au moins deux bénéficiaires ont exprimé leur insatisfaction quant au nombre d'appels qu'ils recevaient, et ont trouvé que les évaluations ne menaient à aucun résultat concret. De plus, la majorité des bénéficiaires ont exprimé une ambivalence générale envers l'adoption de la télésanté, notamment en ce qui concerne la qualité des soins. En accord avec ces résultats, les utilisateurs d'ESOGER

(bénévoles et professionnels de la Croix-Rouge) et les bénéficiaires (personnes âgées et proches aidants âgés) d'ESOGER ont formulé une série de recommandations, résumées ci-dessous.

4. Résumé des recommandations

Recommandations relatives à la recherche:

1. Consolider le nombre d'appels que les bénéficiaires reçoivent des différentes parties. Cela peut contribuer à la rétention et à la satisfaction des participants à l'étude, tout en réduisant la confusion et la suspicion.
2. Mener une consultation préalable et/ou régulière avec les parties prenantes des secteurs pertinents (communautaires et autres) touchés par la mise en œuvre d'initiatives de recherche en télésanté. Sonder l'opinion des différents acteurs sur la manière dont les programmes et les priorités de recherche sont établis et mis en œuvre renforcera probablement la motivation à participer à cette recherche, tout en encourageant un sentiment de responsabilité collective et de bénéfice mutuel.

Recommandations sur ESOGER

1. Rendre ESOGER disponible dans un plus grand nombre de langues et/ou de trouver des moyens de tirer parti du multilinguisme des appelants. Cette recommandation est particulièrement pertinente à la lumière de l'isolement social et de la façon dont les barrières linguistiques peuvent y contribuer.
2. Trouver un moyen de sécuriser l'appel, comme un mot de passe. Cela pourrait aider à apaiser les suspicions des personnes âgées concernant les fraudes téléphoniques.
3. Améliorer le processus de consentement (ex. enlever les répétitions) pour éviter de dissuader les répondants et de décourager les appelants.
4. Considérer l'ajout de questions ou sous-questions sur la santé mentale et l'état cognitif du répondant, afin d'obtenir un portrait plus complet de la santé du bénéficiaire
5. Être plus clair dans la définition de proche aidant et reformuler la question sur la proche aidance.
6. Enlever la question sur les EÉSADs ou la formuler d'une manière différente.
7. Contextualiser la question sur les contacts sociaux pour que les répondants comprennent pourquoi elle est posée (isolement social).

8. Enlever la troisième sous-question⁴⁹ qui suit les questions commençant par « dans les six derniers mois...», car elle est redondante (réponse sous-entendue par les réponses précédentes).
9. Envisager la création d'un 'aide-mémoire' universel pour ESOGER afin que tout appelant dispose d'informations pertinentes sur les questions et leurs origines/objectifs.
10. Améliorer la précision de l'horloge sur la plateforme
11. Désensibiliser l'outil de recherche aux caractères spéciaux
12. Diminuer le nombre d'appels, ou les optimiser. Le nombre et la densité du processus peut être lourd pour les bénéficiaires.

⁴⁹ « Était-ce il y a plus de 3 mois mais moins de 6 mois ? »

Annexe 1: Liste des entretiens semi-dirigés

Nom du participant	Rôle ou titre	Date de l'entrevue	Membres de l'équipe de recherche
Participant 1	Bénéficiaire proche aidant	20 juillet 2022	CN
Participant 2	Bénéficiaire proche aidant	20 juillet 2022	CN
Participant 3	Bénéficiaire proche aidant	14 juillet 2022	CN
Participant 4	Bénéficiaire proche aidant	13 juillet 2022	CN
Participant 5	Bénéficiaire proche aidant	11 août 2022	MED
Participant 6	Bénéficiaire	2 août 2022	MED
Participant 7	Bénéficiaire	1 août 2022	CN
Participant 8	Bénéficiaire proche aidant	1 août 2022	CN
Participant 9	Bénéficiaire proche aidant	1 août 2022	CN
Participant 10	Bénéficiaire proche aidant	9 août 2022	AT
Participant 11	Bénéficiaire proche aidant	16 août 2022	CN
Participant 12	Bénévole à la CR	21 septembre 2022	CN, JM

Participant 13	Gestionnaire à la CR	28 septembre 2022	CN, JM, CL
Participant 14	Bénévole à la CR et auxiliaire de recherche	27 mai 2022	CL, JM
Participant 15	Bénévole à la CR et auxiliaire de recherche	27 mai 2022	CL, JM

Membres de l'équipe de recherche: AT = Andréa Tremblay, CN = Camille Normandin, Constance Lafontaine = CL, JM = Jacqueline Matskiv, MED = Marie-Ève Ducharme

Annexe 2: Grille d'entretien (Bénéficiaires)

1. Est-ce que vous pourriez nous raconter votre expérience avec la C-R *[résume les thèmes du questionnaire au besoin]*?
 - a. Comment l'avez-vous trouvé ?
2. Est-ce que vous trouviez que l'évaluation était trop longue ?
3. Avez-vous eu des difficultés à répondre à certaines questions ?
 - a. Si oui, vous souvenez-vous lesquelles ?
4. Qu'avez-vous pensé des thèmes abordés par l'évaluation *[résume les thèmes du questionnaire au besoin]* ? *(éclaircir)*
5. Y a-t-il une question qui se démarque dans votre mémoire ?
 - a. Pourquoi ?
6. Est-ce que l'évaluation a bien identifié vos besoins ?
 - a. Si non, pourquoi?
 - 6.1. Avez-vous des besoins qui n'ont pas été abordés par l'évaluation ?
 - b. Quelles sortes de besoins (par ex. Psychologiques, sociaux) ?
7. **Si proche aidant:** Comment avez-vous trouvé les questions concernant votre statut d'aidant ?
8. Est-ce que vous avez déjà reçu un suivi de la C-R?
 - a. Pouvez-vous nous parler de votre expérience?

[par exemple: Est-ce que le processus était trop long, lourd ou fatiguant? Était-il utile?]
 - b. Est-ce que ces suivis ont répondu à vos besoins?
 - i. Si non, pourquoi?
 - c. Est-ce que la C-R vous a recommandé de contacter certains organismes ?
 - i. Si oui, les avez-vous contactés ? Pouvez-vous nous parler de votre expérience?
9. Comment vous êtes-vous sentis par rapport au fait de partager des informations personnelles par téléphone ?
10. Quelle est votre opinion par rapport à la télésanté, c'est-à-dire d'obtenir des soins à distance *(par ex. remplir une évaluation avec une infirmière par téléphone)?*

11. Si ce service vous était offert, est-ce que vous aimeriez continuer à répondre au questionnaire de la C-R à chaque 3 mois ?
- a. Pourquoi ou pourquoi pas ?
 - b. **SI proche aidant** : Pensez-vous que répondre au questionnaire de la C-R à chaque 3 mois pourrait vous aider dans votre rôle d'aidant ?
12. Avez-vous quelque chose à ajouter?

Annexe 3: Grille d'entretien (Bénévole de la CR)

<p>Pourriez-vous parler de votre expérience avec le PPA ?</p> <p>Vous travaillez comme bénévole depuis combien de temps?</p> <p>Environ combien d'appels avez-vous effectués ?</p>	
<p>Avez-vous reçu de formation avant de commencer à faire des appels? Si oui, quel type?</p>	<p>Suffisant ? Suggestions ?</p>
<p>1. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire ESOGER avec des personnes âgées par téléphone ?</p>	<p>(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?</p>
<p>2. Y a-t-il des cas/appels qui se distinguent dans votre mémoire ? Pouvez-vous les décrire en termes généraux ? Qu'est-ce qui les distingue des autres ?</p>	
<p>3. Avez-vous eu des cas où le bénéficiaire a démontré une réticence à donner des renseignements personnels au téléphone?</p>	<p>Confusion?</p>
<p>CONTENU</p>	
<p>4. Y a-t-il des confusions communes <i>de la part des bénéficiaires</i> par rapport aux questions ?</p> <p>Suivi: Avez-vous adapté la façon dont vous effectuez les appels / demandez certaines questions au fil du temps ?</p>	<p>Par rapport au processus en général ?</p>
<p>5. Nous aimerions avoir vos commentaires sur votre expérience par rapport aux questions socio-économiques d'ESOGER:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En particulier, la question 'Êtes-vous 	

<p>propriétaire ou locataire ?' - Et, la question 'Êtes-vous né.e au Canada ?'</p>	
<p>6. Est-ce que vous trouvez que les répondants se sentent mal à l'aise pour répondre à certaines questions ? Si oui, lesquelles ? Ex: question de sexe (genre?)</p>	
<p>7. Est-ce que vous utilisez souvent la boîte ouverte à la fin du questionnaire ? Si oui, pour quel type de commentaire/d'information ?</p>	
<p>8. Est-ce que vous ajouteriez des questions ? Est-ce que vous apporteriez des changements à certaines questions ? Si oui, lesquelles ?</p>	
<p>9. Vous êtes-vous déjà senti mal préparé pour répondre à une demande d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?</p>	
<p>10. Quelles sont vos impressions de l'interface du questionnaire ESOGER en ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?</p>	
<p>11. Si vous pouviez modifier quelque chose sur la plateforme, que changeriez-vous, le cas échéant ?</p>	
<p>12. Section pour le proche aidant ? Quelle a été votre expérience avec la section de proche aidant ?</p>	
<p>13. Quelque chose à ajouter ? <i>Qu'est-ce qui vous a amené à devenir bénévole dans ce programme?</i></p>	

Annexe 4: Grille d'entretien (Gestionnaire de la CR)

TÉLÉSANTÉ/GÉNÉRAL	
Quelle est votre relation avec l'outil ESOGER ? De quelle façon utilisez-vous l'outil dans vos activités quotidiennes ? À quelle fréquence ?	
1. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire ESOGER avec des personnes âgées par téléphone ?	(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?
2. Avez-vous adapté la façon dont vous formez les bénévoles pour effectuer des appels au fil du temps ? Si oui, comment ?	
3. Avez-vous eu des cas où le bénéficiaire a démontré une réticence à donner des renseignements personnels au téléphone? Est-ce que cela arrive souvent ?	Confusion?
4. Est-ce que l'équipe s'est déjà sentie mal préparée pour répondre à une demande d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?	
5. Quels sont les défis les plus importants qui vous ont été rapportés par les bénévoles?	
6. Pouvez-vous nous parler des rapports entre vous et les organismes communautaires concernant ESOGER. Par exemple, avec quels organismes avez-vous eu le plus de relations ? Comment l'outil est perçu?	
CONTENU/QUESTIONNAIRE	
7. Y a-t-il des confusions communes de la part des bénévoles OU des bénéficiaires par rapport à certaines questions ?	

<p>Qu'en est-il du processus en général ?</p>	
<p>8. Nous aimerions avoir vos commentaires sur certaines questions dans ESOGER, notamment les questions socio-économiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la question 'Êtes-vous propriétaire ou locataire ?' - Et, la question 'Êtes-vous né.e au Canada ?' 	<p><i>Si elle n'a pas effectué des appels elle-même, demande si elle a reçu des commentaires de son équipe (bénévoles, analystes, etc).</i></p>
<p>9. Est-ce que vous trouvez que les bénéficiaires se sentent mal à l'aise pour répondre à certaines questions ? Ou peut-être les bénévoles se sentent mal à l'aise pour <i>demande</i> certaines questions ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	<p><i>Ex: questi on de sexe (genre?)</i></p>
<p>10. Est-ce que vous utilisez/les bénévoles utilisent souvent la boîte ouverte à la fin du questionnaire ? Si oui, pour quel type de commentaire/d'information ?</p>	
<p>11. Est-ce que vous ajouteriez des questions au ESOGER ? Ou bien est-ce que vous apporteriez des changements à certaines questions ?</p> <p>Si oui, lesquelles ?</p>	
<p>INTERFACE/plateforme</p>	
<p>12. La nouvelle version de la plateforme a été lancée en avril dernier. Y a-t-il eu des obstacles liés à ce changement? Ou des ajustements que vous avez dû faire en équipe ?</p>	
<p>13. Quelles sont vos impressions générales de l'interface du questionnaire ESOGER en</p>	

ligne? Trouvez-vous la navigation plutôt facile?	
14. Y a-t-il un aspect de la plate-forme/de l'interface que vous changeriez ou modifieriez ?	
Quelque chose à ajouter ?	

Annexe 5: Grille d'entretien (Membres de l'équipe de recherche/appelants)

1. Avez-vous reçu de formation avant de commencer à faire des appels? Si oui, quel type?	
2. Selon vous, quels sont les principaux défis liés à la réalisation du questionnaire par téléphone ?	(par exemple, affectifs/communicationnels, technologiques - mauvaise connexion, etc., linguistiques, etc.) Peux-tu nous donner des exemples?
3. Y a-t-il des cas/appels qui se distinguent dans votre mémoire ? Pouvez-vous les décrire en termes généraux ? Qu'est-ce qui les distingue des autres ?	
4. Y a-t-il des questions, des commentaires ou des confusions communs ? Avez-vous adapté la façon dont vous effectuez les appels au fil du temps ?	
5. Avez-vous jamais ressenti mal préparées pour répondre à une demande d'un bénéficiaire ? Si oui, pouvez-vous décrire la situation en termes généraux ?	