



Nova Scotia Health Frailty and Elder Care Network : Le programme *Dignity of Risk*



SYMPOSIUM INTERNATIONAL SUR LA DIGNITÉ DU RISQUE
29 AVRIL 2026
CATHERINE-ANNE MURRAY, DOR TEAM LEAD, OTREG(NS)



Déclaration de la conférencière

- Aucun conflit d'intérêts à déclarer.



**Symposium
sur la dignité
du risque**

Le programme *Dignity of Risk*



01

Frailty and Elder Care Network
Le programme *Dignity of Risk* (DoR)

02

Formation de DoR :
par ateliers et webinaires

03

Mise en oeuvre de DoR :
par un projet pilote et des plans de soins
basés sur la Clinical Frailty Scale (CFS)

04

Ressources de NS Health

05

Perspectives futures

Frailty and Elder Care Network

Améliorer les soins aux personnes âgées vivant avec la fragilité.

Centré sur les patients, axé sur les résultats.



Devenir une organisation amie des aînés

Promouvoir la dignité et l'autonomie dans le vieillissement en remettant en question l'âgisme en santé



Adopter une approche systémique de l'évaluation et de la gestion de la fragilité

Faire progresser la reconnaissance, la gestion et les soins liés à la fragilité dans les systèmes de santé et les communautés



Réduire les préjudices hospitaliers non intentionnels

Soutenir les personnes âgées afin qu'elles restent indépendantes, récupèrent plus rapidement et puissent retourner vivre à leur domicile



Fragilité

Dignité du risque

Programme de mobilité précoce

Équipe de soins aux aînés

Délirium



Frailty and Elder Care Network

Formation 2024 - 2025



Total :

~200 séances (1-3h), en présentiel ou virtuelles
> 2400 participants, à l'échelle provinciale

Sujets :

Fondements de la fragilité, Clinical Frailty Scale (CFS), Dignité du risque, Âgisme, Attitudes surprotectrices, Crainte de l'imputabilité, Accent excessif sur la sécurité, Élargissement de l'évaluation/gestion des risques, Accompagnement des proches

Public cible : Personnel de soins directs, responsables, médecins, IPPL, QIPS, grand public

Résultats : Sondages: Pré (n=685); Post (n=253) (ateliers - Fragilité/Dignité du risque : 2-3h)

Résultats des ateliers DoR



- Sondage Pré : Connaissances variables sur la dignité du risque, mais jugée très importante à intégrer dans les soins aux personnes âgées
- Sondage Post :
 - Confiance accrue pour intégrer la dignité du risque dans la pratique
 - Confiance accrue pour tenir des discussions sur les risques constructives avec les proches aidants

« Créer une culture positive autour du risque signifie changer le langage, passer de la sécurité à l'atténuation des risques. »

*« La vie comporte des risques, peu importe l'étape ou les capacités. **Le risque n'est pas une mauvaise chose.** »*

Constats post-ateliers



- Accent accru sur l'autonomie plutôt que sur la sécurité absolue
- Plus grande confiance pour discuter et documenter les risques
- Reconnaissance du besoin d'un changement de culture en santé
- Expansion de l'éducation et du soutien à l'échelle du système
- Utilisation d'outils comme la Clinical Frailty Scale (CFS)

« Le grand objectif de l'éducation n'est pas la connaissance, mais l'action. »
— Herbert Spencer

Projet pilote de soins tenant compte de la fragilité et de la dignité du risque



- Hôpital général urbain, été 2025
- **Unité de médecine Générale en soins aigus** (>70% patients 65ans+, score CFS obtenu)
- Atelier sur la fragilité et la dignité du risque (2-3h) suivi par 56 % du personnel pré-pilote
- 2 responsables du Réseau (Infirmière et ergothérapeute) présentes sur le terrain (6 sem)
- **Élaboration et mise à l'essai de plans de soins CFS** (score CFS 3 à début 6)
- Soutien de l'équipe de science de l'implantation (suivi des changements, observations des gestionnaires, sondages auprès des prestataires de soins)

DoR au point de service : plans de soins CFS (scores 3-6)



Patient Plan of Care

Clinical Frailty Scale **5* – Mild Frailty**- Frailty and Dignity of Risk Management
Strengths: Independent with mobility and ADLs. May have Mild Dementia
**Consider re-assessing CFS score if patient had a significant medical event while in hospital or a hospital stay that has led to an increase frailty level*

Initiated by: _____
Date: _____

Formal supports (Continuing Care, VON, or private) – specify: _____

Patient Care Needs	Goals <i>(individualized, relevant and measurable)</i>	Plan/Actions/Interventions <i>How is the patient going to meet the care goal?</i>	Evaluation/Outcomes <i>Has the patient met the care goal?</i>	Date Initials
<u>Mobility</u>	Prevent deconditioning to support patient returning home	- Indicates to be done for all patients ☐ Indicates an individualized selection		
Baseline: independent	Specify: _____	Promote Independence – Mobility & Toileting		
Current / Date _____/_____/_____	_____	Mobilized within 24 hours of admission P.A.C.E. screen prior to mobilizing - Educate patient on bed controls & call bell system - Keep bed position low, brakes on - Personal belongings, call bell, walking device all within in reach (ex: <i>glasses, hearing aids, walker</i>) - Ensure appropriate nonslip footwear		
Update/Date/Initials: _____/_____/_____				

- **Remplace 7 plans de soins**
(mobilité, chutes, Braden, nutrition, douleur, délirium, toilettes)
- **Dépistage de la mobilité PACE** par le personnel infirmier dans les 24 heures suivant l’admission
- Optimise les forces et capacités résiduelles, **emphase mobilité + aller aux toilettes**, tout en **gérant simultanément plusieurs risques** pour préserver indépendance + autonomie.
- Éducation/participation du patient + famille : [*Immobilité, Chutes & Dignité du risque*](#)
- Intègre *What Matters Most** + s’arrime avec les initiatives de retour à domicile, telles *Home First* et *SAFER-f*

*Initiative de planification des soins en Nouvelle-Écosse, encourageant les patients à réfléchir à leurs valeurs et à discuter de leurs souhaits en matière de soins de santé avec leurs proches et les professionnels de la santé **avant** que leur état ne se détériore gravement.

Résultats du projet pilote



Liste à cocher des prestataires (complétée au début, au milieu, et à la fin du projet pilote):

- Augmentation de l'utilisation d'un langage axé sur les forces
« J'ai utilisé un langage axé sur les forces et les capacités plutôt qu'un langage axé sur les déficits dans ma documentation de plan de soins (ex : CFS 4/5 – était autonome pour aller aux toilettes à la maison et n'avait pas besoin de produits pour l'incontinence et de protections absorbantes à l'hôpital). »
- Augmentation de la mise en œuvre des plans de soins considérant la fragilité et la dignité du risque
« J'ai activement mis en œuvre des plans de soins qui reflètent les objectifs, les valeurs et les capacités des patient (ex : CFS 5 - Pour favoriser l'autonomie dans les déplacements et les activités de la vie quotidienne, retirer les dispositifs contraignants tels que les alarmes et les barrières de lit). »
- Participation accrue des proches dans les discussions équilibrées sur le risque
« J'ai impliqué les proches de manière à soutenir — et non à supplanter — l'autonomie du patient (ex : encourager et accompagner la famille dans sa mobilisation auprès du patient). »



Résultats du projet pilote

Sondage auprès des prestataires de soins – 3 mois post :

- Changement de culture modérément positif + adhésion accrue aux soins considérant la dignité du risque et la fragilité.
« J'ai constaté des changements positifs dans notre approche de l'autonomie des patients depuis le début du projet. »
« Je consacre plus de temps à documenter les préférences et décisions des patients afin d'améliorer la qualité des soins. »
- Valeur perçue élevée, surtout chez le personnel moins expérimenté
« Je consacre plus de temps à communiquer les décisions relatives aux risques et aux avantages avec les patients et leurs familles, et j'ai le sentiment que c'est du temps bien investi (par exemple, l'immobilité, les lésions de pression, les avantages de la mobilité). »
- L'accompagnement actif et les ajustements itératifs ont favorisé une mise en œuvre plus fluide et un engagement plus fort
Le projet suggère que l'intégration des principes de la dignité du risque dans la pratique hospitalière quotidienne est facilitée par un leadership visible, des outils compatibles avec les flux de travail et des rappels réguliers — et non par la formation seule.

Ressources sur la fragilité et la dignité du risque (NS Health)

- Bibliothèque: [Home - Frailty and Elder Care Network - LibGuides at Nova Scotia Health](#)

Les ressources sur la dignité du risque :

- Guide « former les formateurs »
 - Mobilité – “a positive risk worth supporting” (activité d’animation)
 - Immobilité, chutes, et dignité du risque – matériel éducatif pour patients et familles
 - Langage : quoi faire et ne pas faire (bonnes et mauvaises pratiques)
 - Considérations relatives à la documentation
-
- Plans de soins CFS (scores 3-6)
 - Trousse de mise en oeuvre (projet pilote)

Orientations actuelles et futures

- Soins primaires – soins éclairés par la fragilité et la dignité du risque dans des pratiques cliniques collaboratives
- Capacité et dignité du risque - priorité à l'évaluation et à la gestion des risques fondées sur des données factuelles
- Partenariats en amélioration continue de la qualité :
 - Documentation – principes de dignité du risque / langage de risque équilibré
 - Analyse des événements graves à signaler (chutes, lésions de pression) + recommandations
- Influence sur les politiques, normes et lignes directrices :
 - Plan stratégique du Réseau de la fragilité 2025-2027
 - Politiques de prévention des chutes et de planification des soins
 - Normes de travail en soins aigus – Fragilité et dignité du risque

Merci

*« La population vieillissante ne doit pas être perçue uniquement comme un défi ou un fardeau, mais comme une **opportunité** essentielle d'innover dans nos systèmes de santé, d'améliorer la qualité de vie et de tirer parti de la sagesse et de l'expérience que les personnes âgées apportent à nos communautés. »*

—Dr. Rockwood

