

# APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂÎNÉES

CADRE DE RÉFÉRENCE



AGIR PRÉCOCEMENT ENSEMBLE LÀ OÙ ÇA COMPTE

## ÉDITION

### La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document a été rédigé à l'intention du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Il est disponible uniquement en version électronique à l'adresse [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca), section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Des termes génériques ont été utilisés dans le même objectif, soit :

Le mot « service » comprend des soins lorsqu'il est pertinent de les considérer;

La désignation « personne aînée » correspond à la définition du public cible mentionnée dans ce cadre de référence;

Le terme « établissement » réfère à la structure du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qui rend les services aux personnes de son réseau territorial de services (RTS).

## DÉPÔT LÉGAL

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2024  
Bibliothèque et Archives Canada, 2024

ISBN : 978-2-550-95193-3 (version pdf)

Tous les droits sont réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

©Gouvernement du Québec, 2024

## DIRECTION DES TRAVAUX

---

Le cadre de référence portant sur l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* a été élaboré par la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sous la direction de madame Natalie Rosebush, sous-ministre adjointe, puis de monsieur Sylvain Gagnon à compter de janvier 2023. Le Secrétariat aux aînés a assuré la coordination des travaux, sous la direction de madame Sabrina Marino.

## COORDINATION DES TRAVAUX, ÉLABORATION, RECHERCHE ET RÉDACTION

---

Cathy Bérubé	Directrice des pratiques cliniques et des projets novateurs au centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie, en mandat confié au Secrétariat aux aînés
--------------	---

## COLLABORATIONS PRINCIPALES

---

Sophie-Émilie Morissette (jusqu'en mars 2023)	Secrétariat aux aînés
Catherine Savard	Secrétariat aux aînés

## CONSULTATIONS ET COLLABORATIONS

---

Les organisations suivantes ont contribué à alimenter les réflexions qui se sont traduites par la rédaction des orientations ministérielles décrites dans ce cadre de référence.

### DU MSSS :

#### **Direction générale des aînés et des proches aidants :**

- Direction des services aux aînés et aux proches aidants
- Direction du Secrétariat aux aînés
- Direction du soutien à domicile

#### **Direction générale de la santé publique :**

- Direction du développement, de l'adaptation et de l'intégration sociale

#### **Direction générale des programmes dédiés aux personnes, aux familles et aux communautés :**

- Direction générale adjointe des orientations et des programmes relatifs aux clientèles spécifiques et à l'action communautaire
- Direction de la coordination des orientations et de l'adaptation aux réalités de la diversité

#### **Direction générale de la coordination réseau et ministérielle et des affaires institutionnelles**

- Direction du bureau de l'innovation

#### **Direction générale des ressources humaines et de la rémunération**

- Direction de l'analyse stratégique en ressources humaines

#### **Direction générale de la planification stratégique et de la performance**

- Direction de l'évaluation
- Direction de la planification stratégique et de la reddition de comptes

## DES ÉTABLISSEMENTS:

Les directions du soutien à l'autonomie des personnes âgées

## DES PARTENAIRES:

Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées

Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale

Coalition pour le maintien dans la communauté

Comité consultatif sur la gérontologie et la gériatrie sociale

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Communauté bienveillante du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Conférence des tables régionales de concertation des aînés du Québec

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Conseil de la Nation Atikamekw

Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke

Fédération de l'âge d'or du Québec

Fédération des centres d'action bénévole du Québec

Fondation pour l'avancement de la gérontologie et de la gériatrie sociale

Géiatres répondants (groupe de travail avec le MSSS)

Travailleurs de milieu du programme Initiative de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV)

Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés

Les petits frères

Médecins-conseils (groupe de travail avec le MSSS)

Nation Naskapi

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Réseau de coopération des entreprises d'économie sociale en aide à domicile

Réseaux universitaires intégrés de santé et de services sociaux de l'Université McGill, de l'Université de Montréal, de l'Université de Sherbrooke et de l'Université Laval

Service d'intervention de proximité Domaine-du-Roy

## SECRÉTARIAT

---

Elisabeth Jean	Secrétariat aux aînés
Wanesa Sitthy	Secrétariat aux aînés
Marie-Ève Roy	Secrétariat aux aînés

## RÉVISION LINGUISTIQUE

Gilles Bourdage

## ÉDITION

Direction des communications

## REMERCIEMENTS

Le Secrétariat aux aînés du MSSS remercie toutes les personnes, les organisations, les établissements, les représentants du MSSS pour le partage de connaissances et d'expertise, notamment dans le cadre des projets pilotes, ainsi que le temps investi dans les différents échanges qui ont permis la réalisation de ce cadre de référence.

Il est également reconnaissant envers tous les collaborateurs qui ont contribué à alimenter ou à valider des contenus du cadre de référence.

# MESSAGE DU SOUS-MINISTRE ADJOINT

---

La récente révision législative visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, notamment pour les personnes âgées, induit la nécessité de faire autrement. Celle-ci passe entre autres par une gouvernance de proximité pour agir précocement, ensemble (avec, par et pour les personnes âgées), là où ça compte.

Bien que différents enjeux liés au vieillissement accéléré de la population posent des défis, le succès des changements escomptés pourra se mesurer en termes de préservation et d'amélioration des conditions de vie et de santé des personnes âgées. Cette réussite est intimement liée à la mise en place de stratégies associées à la participation et à l'accompagnement des personnes âgées, les citoyens et les partenaires communautaires, privés et publics. Elle est également associée à des communications efficaces et soutenues, ainsi qu'à une vision commune et partagée avec l'ensemble des parties prenantes impliquées.

La pertinence d'une stratégie de mobilisation citoyenne et partenariale locale prend appui sur la nécessité de :

- rejoindre préventivement les personnes âgées, en amont de l'apparition des problèmes;
- repérer les personnes présentant des besoins en agissant précocement pour favoriser leur maintien à domicile et ainsi éviter ou retarder le recours à des services hospitaliers et d'hébergement;
- répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées, de manière coordonnée et concertée.

Le gouvernement du Québec s'est engagé à soutenir le maintien de l'autonomie des personnes âgées et à réaliser un virage important vers le soutien à domicile (SAD). Cette façon de faire inclut les actions essentielles des partenaires communautaires, privés et publics, en complémentarité des services. En ce sens, le point d'ancrage passe par la coconstruction de solutions locales qui permettent l'ajustement des services en fonction des réels besoins des personnes âgées.

L'intérêt de poser des gestes concrets ensemble date de plusieurs années. L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées propose, pour la première fois, une façon de faire certes ambitieuse et maintes fois démontrées qui engage à la fois les personnes âgées et les partenaires pour favoriser la qualité de vie et le bien-être de la population vieillissante.

Ce cadre de référence appelle à la responsabilité populationnelle des établissements du réseau de la santé et des services sociaux et à l'imputabilité des présidents directeurs généraux pour concrétiser ces orientations en une priorité territoriale. Le leadership en matière de vieillissement populationnel doit être motivé par une gestion de changement de même qu'une mobilisation citoyenne et partenariale pour mieux travailler ensemble à soutenir la volonté des personnes âgées dans leur maintien à domicile le plus longtemps possible, en santé et en sécurité.

Parce que les personnes âgées sont expertes de leur vécu, parce que seul, le RSSS ne peut y arriver : nous avons besoin les uns des autres. C'est pourquoi il faut travailler ensemble.

Sylvain Gagnon,  
Sous-ministre adjoint  
Direction générale des aînés et des proches aidants

# LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

<b>CLSC</b>	Centre local de services communautaires
<b>DGAPA</b>	Direction générale des aînés et des proches aidants
<b>FADOQ</b>	Fédération de l'âge d'or du Québec
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>INSPQ</b>	Institut national de santé publique du Québec
<b>ITMAV</b>	Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
<b>IPCDC</b>	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
<b>IVPSA</b>	Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés
<b>LSSSS</b>	Loi sur les services de santé et les services sociaux
<b>LMRSSS</b>	Loi modifiant le réseau de la santé et des services sociaux
<b>MADA</b>	Municipalité amie des aînés
<b>MRC</b>	Municipalité régionale de comté
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la Santé
<b>RLS</b>	Réseau local de services
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>RSS</b>	Région sociosanitaire
<b>RTS</b>	Réseau territorial de services
<b>SAD</b>	Soutien à domicile

# SOMMAIRE EXÉCUTIF

---

Cette section propose une **synthèse** du présent cadre de référence élaboré à l'intention des établissements du RSSS.

## La définition de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées

- Une **façon d'agir et d'intervenir** précocement avec, par et pour les personnes âgées avec les citoyens et les partenaires communautaires, privés et publics;
- De manière **intégrée**, dans le sens d'un continuum de services coordonnés;
- À l'échelle d'une communauté locale, en **proximité**;
- En réponse aux **besoins évolutifs** des personnes âgées.

## Les parties prenantes

- Les **personnes âgées**;
- Le **réseau de proximité**: citoyens de l'entourage d'une personne âgée qui la côtoient, la soutiennent et l'accompagnent;
- Le **réseau de partenaires** communautaires, privés et publics.

## Les retombées positives pour les personnes âgées

- Soutenir leur **participation citoyenne**, leur **autonomie** et leur **pouvoir d'agir**;
- Maximiser les possibilités de **préserver** ou d'**améliorer leur santé et leur bien-être**;
- Favoriser l'accès à des **services de qualité** au moment opportun et selon l'intensité requise, dans leur communauté;
- Influencer leur **maintien à domicile**.

## Fondements

- Un vieillissement actif;
- Une responsabilité populationnelle;
- Un réseau de services intégrés;
- Un soutien dans la communauté.

## Responsabilité et imputabilité

Avec, par et pour les personnes âgées, les établissements du RSSS:

- **Suscitent, animent et soutiennent** les collaborations citoyennes et partenariales;
- **Partagent** le leadership avec les partenaires communautaires, privés et publics.

## Composantes de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées

Prenant assise sur les **déterminants de la santé**, un continuum de santé et de bien-être est visé tout au long des parcours de vie. Les composantes essentielles et incontournables de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées sont les suivantes :

1. Dresser un **portrait évolutif** de la communauté;
2. Définir et communiquer une **vision** partagée;
3. Coconstruire un continuum de services innovant, fruit de la **concertation** avec les personnes âgées, les citoyens et les partenaires;
4. Développer des **pratiques collaboratives** visant :
  - La promotion de la santé;
  - La prévention des problèmes (sociaux et de santé) et des conditions défavorables par entre autres, les activités de repérage de personnes présentant des besoins;
  - L'attribution du bon service, rendu par la bonne personne, au bon moment;
  - L'accompagnement dans les parcours de services lorsque requis;
5. Évaluer le continuum de services en termes de **résultats de santé et de bien-être** pour la population âgée.

## Vision du cadre de référence

- Influencer positivement **l'état de santé et de bien-être de la population âgée**;
- Maximiser le **potentiel des communautés locales**;
- Contribuer à favoriser **le maintien à domicile**, à retarder ou à éviter le recours aux structures hospitalières et d'hébergement.

## Objectifs du cadre de référence

Servir de **référentiel** pour :

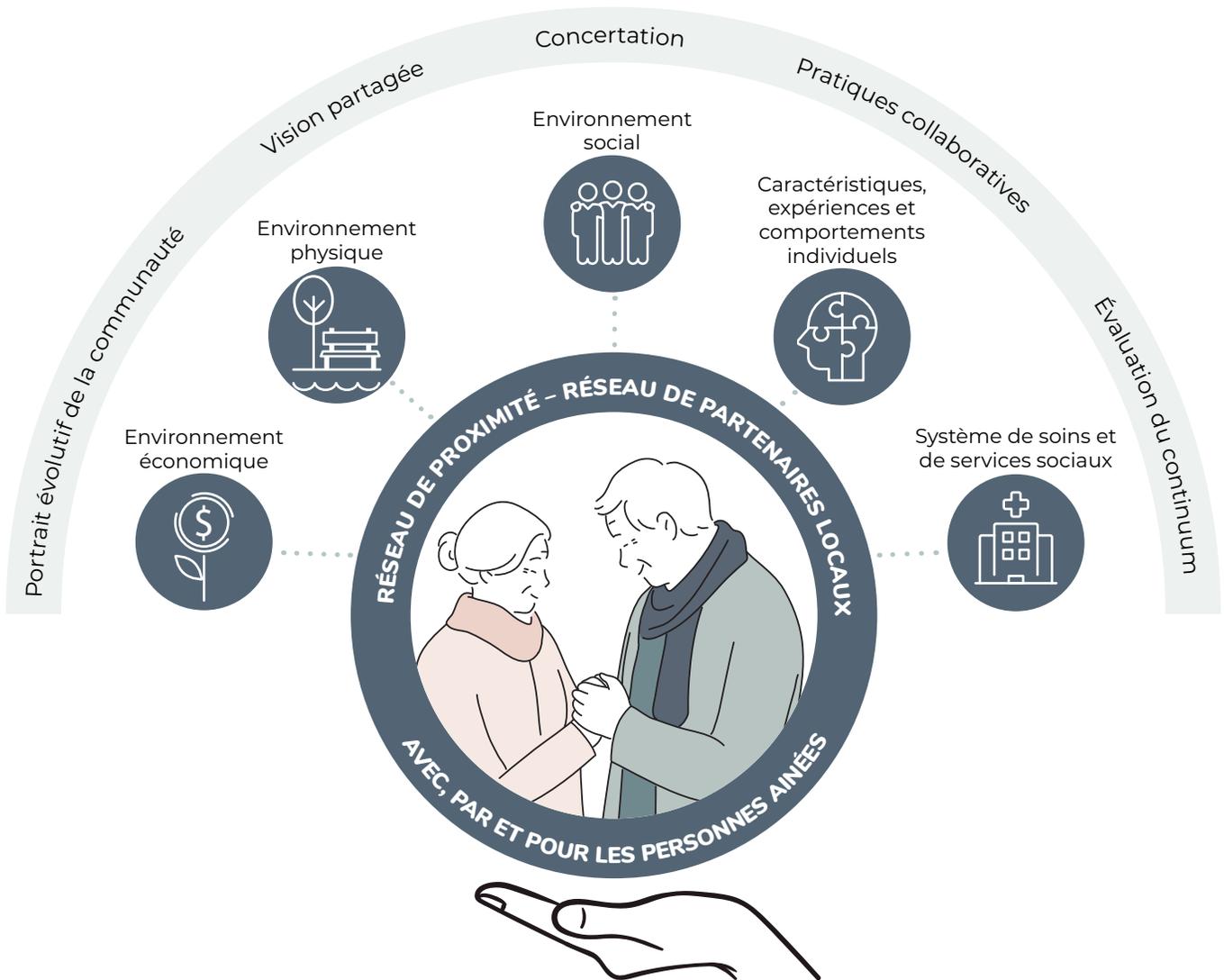
- **Moderniser** l'offre de services et la réponse aux besoins des personnes âgées;
- **Utiliser de façon efficiente** les structures et les ressources de tout un réseau local de services (RLS);
- **Coconstruire** un continuum de services et l'améliorer en continu;
- **Renforcer les pratiques** collaboratives interprofessionnelles et intersectorielles;
- **Partager le leadership** avec les personnes âgées, les citoyens ainsi que les partenaires communautaires, privés et publics;
- **Assurer une cohérence nationale** respectueuse des particularités territoriales, culturelles et populationnelles;
- **Énoncer des activités incontournables**;
- **Assurer une mise en pratique locale pérenne**.

## Déploiement

- Une mise en pratique provinciale **graduelle et adaptée** à chaque RLS;
- Différentes mesures pour soutenir l'**appropriation et l'intégration** pérenne des orientations ministérielles prévues dans ce cadre de référence.

La figure qui suit présente un visuel de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*.

**FIGURE 1**  
**REPRÉSENTATION DE L'APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ**  
**POUR LES PERSONNES ÂNÉES.**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>iii</b>	<b>MESSAGE DU SOUS-MINISTRE ADJOINT</b>	
<b>v</b>	<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b>	
<b>1</b>	<b>PRÉAMBULE</b>	
<b>3</b>	<b>INTRODUCTION</b>	
<b>7</b>	<b>DONNÉES ET INFORMATIONS PERTINENTES À CONSIDÉRER</b>	
<b>9</b>	<b>PREMIÈRE PARTIE: LES CONCEPTS</b>	
	1. La vision.....	<b>9</b>
	2. Les fondements.....	<b>10</b>
	2.1 Un vieillissement actif.....	10
	2.2 Une responsabilité populationnelle.....	12
	2.3 Un réseau de services intégrés.....	13
	2.4 Un soutien dans la communauté.....	14
	3. La définition.....	<b>15</b>
	4. Les parties prenantes.....	<b>15</b>
	4.1 Le public cible.....	16
	4.2 Les acteurs clés.....	16
<b>19</b>	<b>DEUXIÈME PARTIE: LA MISE EN PRATIQUE</b>	
	5. La toile de fond.....	<b>19</b>
	6. Les cinq composantes.....	<b>23</b>
	6.1 Le portrait de la communauté: <i>une carte sociale</i> .....	24
	6.2 La formulation et la communication d'une vision: <i>un leadership partagé</i> .....	26
	6.3 Tissé serré, la force d'une communauté: <i>la concertation</i> .....	27
	6.4 Une intégration d'activités dans les pratiques collaboratives: <i>un continuum de services</i> .....	29
	6.4.1 La promotion de la santé: <i>un vieillissement actif</i> .....	30
	6.4.2 La prévention: <i>agir précocement et en vigie</i> .....	33
	6.4.3 L'attribution des bons services: <i>une question de pertinence et d'efficience</i> .....	36
	6.4.4 L'accompagnement à travers les parcours de services: <i>un soutien</i> .....	38
	6.5 L'évaluation du continuum de services: <i>des résultats de santé et de bien-être</i> .....	39

## 42 TROISIÈME PARTIE: LES MODALITÉS

7. La gouvernance .....	42
8. Les rôles et les responsabilités.....	43
8.1 Les personnes âgées comme public cible.....	43
8.2 Le réseau de proximité des personnes âgées .....	44
8.3 Le réseau de partenaires .....	44
8.3.1 Les établissements du RSSS .....	45
8.3.2 L'organisme hôte responsable du programme ITMAV .....	45
8.4 <i>Ensemble</i> , les personnes âgées citoyennes, leur réseau de proximité et le réseau de partenaires d'une communauté locale .....	46
9. Des mesures concrètes de soutien.....	47

## 49 CONCLUSION

## 50 BIBLIOGRAPHIE

### TABLEAU 1

Résumé des principaux déterminants de la santé .....	20
--	----

### TABLEAU 2

Actions de prévention du continuum de santé et de bien-être .....	21
---	----

### FIGURE 1

Représentation de l' <i>approche intégrée de proximité pour les personnes âgées</i> .....	vii
---	-----

### FIGURE 2

Écosystème de l' <i>approche intégrée de proximité pour les personnes âgées</i> .....	18
---	----

### FIGURE 3

Représentation du continuum de santé et de bien-être .....	21
--	----

### FIGURE 4

Démarche menant à la réalisation d'un portrait de la communauté.....	25
--	----

### FIGURE 5

Démarche menant à la définition de la vision.....	27
---	----

### FIGURE 6

Dynamique entourant la concertation.....	29
--	----

### FIGURE 7

Promotion de la santé.....	32
----------------------------	----

### FIGURE 8

Prévention dans une logique d'intervention précoce.....	35
---	----

### FIGURE 9

Cheminement associé à la prévention dans une logique de repérage.....	35
---	----

### FIGURE 10

Cheminement associé à l'attribution des services.....	37
---	----

### FIGURE 11

Accompagnement d'une personne âgée .....	39
--	----

### FIGURE 12

Processus d'évaluation.....	41
-----------------------------	----

# PRÉAMBULE

---

Préoccupé par le vieillissement accéléré de la population québécoise et déterminé à agir autrement pour y faire face, le gouvernement du Québec s'est engagé à poursuivre ses efforts afin de briser l'isolement social, d'améliorer l'accessibilité aux services du RSSS et d'optimiser la qualité de vie des personnes âgées, particulièrement de celles en situation de vulnérabilité. Agir de manière préventive, dans leur communauté, avec l'implication de différents partenaires a été l'une des voies favorisées. Dans cette foulée, de novembre 2019 jusqu'en mars 2024, des projets pilotes de gérontologie et de gériatrie sociale ont été soutenus par le MSSS dans sept régions socio-sanitaires (RSS)<sup>1</sup>. Un comité consultatif composé des responsables de ces projets pilotes, d'experts issus de diverses sphères d'activité, de représentants des communautés ethnoculturelles, des Premières Nations et Inuits ainsi que du MSSS a été mis en place notamment pour coconstruire le concept dans une perspective intégratrice.

À l'instar de l'évaluation des projets pilotes et de plusieurs autres initiatives locales, c'est en cohérence avec ses autres orientations que le MSSS privilégie une *approche intégrée<sup>2</sup> de proximité<sup>3, 4, 5</sup> pour les personnes âgées*. Sa pertinence prend appui sur :

- La nécessité de répondre aux besoins grandissants et particuliers des personnes âgées, en nombre et en complexité;
- Une gouvernance axée sur la participation citoyenne;
- La mobilisation citoyenne et partenariale pour optimiser la concertation et la collaboration du milieu à l'échelle d'un RLS, voire d'un RTS;
- Des pratiques prometteuses influencées par les initiatives et les forces locales pour agir sur les déterminants de la santé dans une perspective d'amélioration continue.

- 
1. Les projets pilotes se sont réalisés dans les RSS suivantes : Bas-Saint-Laurent (Les Basques), Saguenay-Lac-Saint-Jean (La Baie et Domaine-du-Roy), Capitale-Nationale (Québec-Basse-Ville), Estrie, Montréal (Nord-de-l'Île et Centre-Sud-de-l'Île).
  2. Par intégration, on entend une gamme de services de qualité, accessibles, continus, complémentaires et coordonnés impliquant un ensemble de partenaires.
  3. La proximité est une adaptation aux caractéristiques uniques et spécifiques de chaque territoire et de chaque RLS à l'intérieur de ce territoire. Elle assure une visibilité et une accessibilité. Elle contribue au développement d'une communauté locale et à l'engagement des personnes dans leur prestation de services.  
Dans un contexte de services, elle se décline à l'intérieur d'un continuum de services. Elle fait référence non seulement à un repère social, local et territorial, mais également à une approche personnalisée, fondée sur une relation de confiance où les personnes présentant des besoins sont rejointes.
  4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence*.
  5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux – le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

L'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* rejoint la préoccupation constante que doivent entretenir tous les acteurs d'une communauté locale au regard du pouvoir d'agir des personnes âgées et de leur autonomisation<sup>6, 7, 8</sup>. Elle s'insère dans l'ensemble des actions et des interventions, et parfois même à travers les services<sup>9</sup> en place. L'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* vise à rejoindre les personnes âgées et à repérer celles pour qui les besoins requerraient qu'elles aient un accès précoce à des services de qualité en adéquation avec ceux-ci, le plus près possible de leur milieu de vie. Ces services sont coordonnés et offerts en continuité ainsi qu'en complémentarité par les différents partenaires d'un RLS dont le but est de préserver et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées, selon les orientations ministérielles de ce cadre de référence.

- 
6. L'autonomisation est un processus par lequel une personne ou un groupe social maîtrise des moyens pour se conscientiser, renforcer son potentiel pour se développer, améliorer ses conditions de vie et celles de son environnement.
  7. OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (2003).
  8. INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, vol. 11, n° 01, Gouvernement du Québec.
  9. Le terme « service » englobe les services de santé. La portée associée aux services renvoie à ceux offerts par le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'à ceux dispensés par des partenaires des RLS et des RTS.

# INTRODUCTION

---

La société québécoise connaît un accroissement important et rapide de sa population vieillissante, représentant ainsi un défi démographique sans précédent<sup>10</sup>. Largement documenté, le souhait des personnes âgées est majoritairement de demeurer chez elles, dans leur communauté. Si plusieurs d'entre elles requièrent peu ou pas de services des différents prestataires de leur communauté locale, d'autres en auront besoin selon une gamme diversifiée et des intensités variées.

Différents facteurs exercent une influence sur le vieillissement, la santé et la qualité de vie des personnes âgées. Les conditions dans lesquelles elles vivent, le type de milieu dans lequel elles évoluent ainsi que les habitudes acquises tout au long de leur vie expliquent en bonne partie leur état de santé<sup>11</sup>. Plusieurs de ces facteurs ont connu une évolution au cours des dernières années qui peut précariser la santé et la qualité de vie des personnes âgées. On peut penser à la sécurité alimentaire, au logement, au revenu de base, aux effets des changements climatiques, dont la chaleur extrême, les inondations et le verglas qui sont particulièrement préoccupants, à un point tel qu'ils occupent régulièrement une bonne part de l'actualité.

Une proportion appréciable de personnes âgées présente des incapacités modérées ou sévères. Certaines sont dites fragiles<sup>12, 13, 14</sup> ou vulnérables<sup>15, 16</sup>. Ces circonstances<sup>15</sup> peuvent évoluer vers une forme de limitation. Précédant ces conditions, la fragilité est sensible à des interventions qui pourraient modifier son cours ou la retarder. La fragilité d'une personne âgée peut aussi augmenter sa vulnérabilité. Beaucoup moins documentée que la fragilité, la vulnérabilité peut varier dans le temps, englober ou non la fragilité, voire l'accélérer. Ces situations peuvent entraîner une détérioration grave et rapide de l'état de santé. Conséquemment, les personnes âgées sont plus à risque d'être hospitalisées, d'avoir besoin de soins de longue durée ou même de décéder. Ces connaissances rappellent et confirment l'importance d'agir précocement et préventivement, idéalement en amont de l'apparition des problèmes, puisque différentes interventions peuvent

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble - Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
11. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble - Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. p. 23.
12. La fragilité est associée à un état médical individuel observé à partir d'un cumul d'indicateurs affectant le fonctionnement de plusieurs organes et systèmes dont les causes multidimensionnelles (physique, psychologique, sociale et environnementale) sont interreliées. Elle se manifeste par une capacité diminuée à composer avec des facteurs de stress interne ou externe.
13. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2012). Xue, QL. *The frailty syndrome: definition and natural history*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028599/>.
14. LÉGIS QUÉBEC (2022). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
15. La vulnérabilité s'observe chez les personnes présentant une capacité diminuée à demander ou à obtenir de l'aide de façon temporaire ou permanente en raison d'une contrainte, d'une maladie ou d'une incapacité. Elle est associée à une forme d'agression de l'environnement sur la personne induite par une combinaison de facteurs internes (finances, éducation, compétence, santé) et externes (réseau familial, amical, protection sociale, etc.).
16. HERVÉ, M., KOSTER, R., DUCLOS, A., BÉLAND, F., DUCHÊNE, J. (2022). *Fragilité, vulnérabilité et ressorts de santé des personnes âgées. Points communs, différences et perspectives opérationnelles*, p. 135-165. <https://doi.org/10.4000/popvuln.1645>. World Health Organization, *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*.

assurer la réversibilité des épisodes de vulnérabilité. De manière analogue, l'isolement social<sup>17</sup> et le sentiment de solitude<sup>18, 19, 20, 21</sup> sont aussi à considérer<sup>22</sup> puisqu'ils peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être des personnes âgées.

Quelle que soit la condition des personnes âgées, les communautés doivent pouvoir compter sur des ancrages significatifs pour promouvoir un mode de vie sain contribuant à produire la santé, à prévenir et à combattre les problèmes ainsi que les conditions défavorables à la santé dans la perspective d'un vieillissement actif et en santé. Cet éventail de possibilités doit permettre à tous les acteurs de s'y retrouver afin d'agir et d'intervenir *là où ça compte*, notamment en agissant sur les déterminants de la santé qui sont modifiables pour ainsi influencer positivement l'état de santé et de bien-être de la population.

Les besoins des personnes âgées peuvent donc être multiples, varier d'une personne à l'autre et évoluer dans le temps. Conséquemment, ce phénomène amène la société, les décideurs et les personnes âgées à se questionner sur leurs pratiques et leur implication face aux problématiques émergentes et à adapter les environnements sociaux et bâtis<sup>23, 24</sup> de même que l'offre de services de la communauté aux besoins de la population âgée. Ce repositionnement dans les façons de faire nécessite une attention particulière pour d'abord rejoindre les personnes âgées et ensuite intégrer les services des différents partenaires des secteurs communautaires, privés et publics selon un partage approprié et convenu des responsabilités pour constituer un continuum de services.

Ce principe rappelle l'une des orientations phares inscrite dans la politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté au Québec*<sup>25</sup> afin que la communauté soit perçue comme un lieu privilégié d'ancrage pour répondre aux besoins des personnes âgées, coordonner les efforts et assurer la continuité des services. À ce propos, le Plan stratégique 2019-2023<sup>26</sup> du MSSS

- 
17. L'isolement social renvoie à des situations où les interactions sont rares en nombre, en durée et en fréquence, mais également en qualité en termes de rôles et de contacts sociaux ou d'échanges mutuels.
  18. La solitude réfère à un sentiment de détresse accompagnant la perception d'un écart entre la qualité et la quantité des interactions qu'une personne a, par rapport à ce qu'elle souhaiterait avoir.
  19. CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS, REVUE EXPLORATOIRE DE LA LITTÉRATURE: *l'isolement social des aînés, 2013-2014* [en ligne], Ottawa, Gouvernement du Canada, 2014 [cité le 21 mai 2020]. <https://central.bac-lac.gc.ca/item?id=Em12-7-2014-fra&op=pdf&app=Library>  
CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS, *Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014* [en ligne], Ottawa, Gouvernement du Canada, 2014 [cité le 21 mai 2020]. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf).
  20. BUREAU, G., CARDINAL L., CÔTÉ, M., GAGNON, É., MAURICE A., PAQUET, S., ROSE-MALTAIS, J. et TOURIGNY, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement*, Québec, FADOQ-Régions de Québec et de Chaudière-Appalaches (FADOQ-RQCA).
  21. WISTER, A.V., et KADOWAKI, L. (2021). *Isolement social chez les aînés en temps de pandémie*. [canada.ca/publiccentre-EDSC](https://canada.ca/publiccentre-EDSC).
  22. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Santé. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-limitations-activites-maladies-chroniques-veillissement-methodologie-et-description-population-visee-volume-1.pdf>.
  23. Les environnements bâtis et sociaux font référence à l'aménagement urbain, à la participation citoyenne, aux services de proximité, etc. Ils sont inclusifs, stimulants et sécuritaires. Ils permettent aux personnes âgées de continuer à mener une vie active et riche de sens. Ils favorisent le développement de la communauté, l'épanouissement des individus et ont des effets sur la santé populationnelle.
  24. Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (2<sup>e</sup> édition) et Institut national de santé publique (2022) – Environnement bâti.
  25. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
  26. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Plan stratégique 2019-2023*.

mentionnait que l'action intersectorielle, la responsabilité envers la population, la lutte contre les inégalités sociales en santé, le partenariat avec les usagers et la gestion de proximité agissent comme leviers pour s'améliorer collectivement. En ce sens, ce changement dans les façons de faire est corroboré dans le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*<sup>27</sup> diffusé en mars 2022, le *Rapport pour une gouvernance renouvelée*<sup>28</sup> rendu disponible en juin 2022, ainsi que la récente *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*<sup>29</sup> adoptée en décembre 2023. Dans cette même lignée, l'évaluation des projets pilotes de gérontologie et de gériatrie sociale renforce la nécessité de changer les façons de faire pour adapter les services aux besoins. Ses constats font ressortir un consensus sur les besoins grandissants des personnes âgées qui ne sont pas toujours identifiés ou satisfaits, ainsi que l'urgence d'agir autrement, autant en ce qui concerne la coordination et la collaboration que la complémentarité et la continuité des services offerts et rendus par les différents prestataires.

Cette situation interpelle la responsabilité des décideurs envers la population de chaque territoire. Dans l'esprit des engagements gouvernementaux à l'égard des personnes âgées dans la communauté, un établissement<sup>30</sup> du RSSS a la responsabilité de mettre en place les moyens nécessaires pour que les services offerts soient accessibles et répondent aux besoins de la population desservie par son territoire. Ces services correspondent non seulement à ceux proposés par l'établissement, mais aussi à ceux de ses partenaires. Cette responsabilité doit assurément considérer les réalités territoriales et locales de chaque région, en passant par des collaborations structurées et respectueuses de l'autonomie de chacune des organisations partenaires.

À travers ce cadre de référence inspirant le changement à réaliser, le MSSS convie les établissements du RSSS et leurs partenaires à la mise en pratique de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* afin d'influencer positivement leur état de santé et de bien-être. Elle s'intégrera aux pratiques d'une communauté de manière renouvelée. Ainsi, tous les acteurs d'un RLS, soit les personnes âgées citoyennes, les autres citoyens et l'ensemble des partenaires communautaires, privés et publics (sectoriels et intersectoriels), y compris les établissements du RSSS, seront appelés à développer ensemble un leadership partagé via des façons adaptées à leur réalité pour concevoir les services et assurer que les personnes âgées puissent y accéder et recevoir ceux requis par leur condition.

---

27. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé*.

28. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux*.

29. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*.

30. La notion d'établissement renvoie dans ce cadre de référence à ceux qui offrent à la population des services généraux et spécialisés correspondant aux cinq grandes missions définies par la LSSSS (LRRQ, chapitre S-4.2) : centre local de services communautaires, centre hospitalier, centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, centre de réadaptation.

*L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées s'articulera autour :*

- De l'application concrète et optimale de la responsabilité populationnelle de l'établissement du RSSS qui, avec ses partenaires, offre des services complémentaires et mène des actions axées sur les déterminants de la santé où chacun s'inscrit en soutien à l'offre de services de l'autre et des actions où les savoirs citoyens sont pris en compte;
- D'une réponse réellement accessible, globale et coordonnée aux besoins évolutifs des personnes âgées grâce au déploiement d'un continuum de services.

À la suite de la section portant sur les données et informations pertinentes à considérer, la première partie du cadre de référence présente les différents concepts qui servent d'assise à l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. La seconde partie expose les éléments nécessaires à sa mise en pratique. Quant à la troisième partie, elle aborde les modalités de soutien essentielles à son déploiement.

# DONNÉES ET INFORMATIONS PERTINENTES À CONSIDÉRER

En appui aux thèmes abordés en introduction, des renseignements complémentaires permettent d'apprécier plus spécifiquement certains aspects présentés.

## Plus de personnes âgées et une longévité de vie accrue

En 2021<sup>31</sup>, le groupe des 65 ans et plus représentait plus de 1,7 million de personnes, soit 20,3 % de la population totale. Selon les projections, cette proportion atteindra le quart de la population en 2031 et s'établira à 27,4 % en 2066, soit 2,7 millions de personnes<sup>32, 33</sup>. Les 85 ans et plus représentaient 13 % des 65 ans et plus en 2016: leur nombre devrait quadrupler en 2066 (188 000 comparativement à 736 000) et leur proportion augmenter à 26,9 %. Le nombre de centenaires est également en augmentation. Il correspondait à environ 2 800 personnes en 2020 et à environ 3 200 en 2021<sup>34, 35</sup>. Bien que les projections puissent varier, le scénario de référence indique que ce nombre pourrait passer à 45 200 en 2066<sup>36</sup>.

## La population âgée, un groupe hétérogène

Alors que 70 % des personnes de 65 à 74 ans sont globalement en bonne santé, ce pourcentage passe à 56 % pour les 75 à 84 ans, puis à 39 % pour celles de 85 ans et plus<sup>37</sup>.

31. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2021). Le bilan démographique du Québec – Édition 2021, 1, Québec, 120 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>.
32. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2019). Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066. Québec, 85 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf>.
33. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Mise à jour 2021 des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2020-2066. Bulletin sociodémographique, juin 2021, vol. 25, n° 5.
34. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2020). Le bilan démographique du Québec – Édition 2020, 1, Québec, 120 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2020.pdf>.
35. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Le bilan démographique du Québec – Édition 2021, 1, Québec, 120 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>.
36. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2019). Démographie. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf>.
37. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). Zoom santé, Vieillir en santé au Québec: portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-34-vieillir-en-sante-au-quebec-portrait-de-la-sante-des-aines-vivant-a-domicile-en-2009-2010-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>.

## Un taux d'incapacité global qui présente une augmentation avec l'âge<sup>38</sup>

Cet important phénomène qui n'est pas généralisé à toutes les personnes âgées nécessite qu'on lui accorde une attention particulière puisque les incapacités pourraient générer différentes formes de dépendance. La réduction de la capacité à réaliser des activités de la vie quotidienne pour les personnes en ménage privé ou collectif non institutionnel passe d'une estimation de 48 % pour le groupe des 65 à 74 ans à 63,9 % pour les 75 à 84 ans pour atteindre 84 % chez les personnes de 85 ans et plus.

## La fragilité<sup>39</sup>

Bien que la prévalence de la fragilité puisse varier d'une étude à l'autre, il est tout de même estimé qu'elle affecte 10,7 % des personnes de 65 ans et plus. Augmentant avec l'âge, elle touche environ 15,7 % des personnes de 80 à 84 ans et 26,1 % des 85 ans et plus.

## L'isolement social et le sentiment de solitude<sup>40</sup>

Ces deux conditions génèrent un accroissement de 50 % du risque de mortalité, sans compter leurs effets sur la santé cardiovasculaire, cognitive et mentale ainsi que sur l'autonomie fonctionnelle. Ils comportent également un risque accru de maltraitance et de malnutrition, ainsi qu'une plus faible propension à adopter ou à maintenir des comportements favorables à la santé (saine alimentation, pratique d'activités physiques, faible consommation d'alcool et/ou de tabac). On remarque de plus que les personnes âgées qui se sentent seules ou qui sont isolées socialement présentent une vulnérabilité accrue et une récupération plus lente lors de catastrophes naturelles (inondations, canicules, etc.), faisant en sorte que leur contribution sociale est globalement diminuée.

## Des leviers structurants dans la communauté<sup>41</sup>

Des partenaires issus de différents secteurs exercent une influence sur l'état de santé et de bien-être d'une communauté. L'environnement social et économique y contribue pour environ 50 %, alors qu'approximativement 10 % sont associés à l'environnement physique. Le déterminant associé au système de soins y participe pour environ 25 %. La biologie et la génétique y concourent, quant à elles, pour environ 15 %.

---

38. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). Santé. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-limitations-activites-maladies-chroniques-veillissement-methodologie-et-description-population-visee-volume-1.pdf>.

39. *Ibid.*

40. *Ibid.*

41. Adaptation du graphique du Canadian Institute for Advanced Research, cité dans The standing senate committee on social affairs, science and technology. *The Health of Canadians – The Federal Role*, 2001, vol 1, p. 81.

# PREMIÈRE PARTIE : LES CONCEPTS

Cette section aborde des principes généraux sur lesquels est basée l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Elle présente des notions de référence essentielles visant à appuyer sa mise en pratique.

## 1. LA VISION

Agir précocement ensemble, citoyens et partenaires, avec, par et pour les personnes âgées, là où ça compte par une *approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* est le premier cadre de référence ministériel qui allie les forces des personnes et des organisations d'une communauté locale à celles du RSSS dans l'optique d'un vieillissement actif et en santé. Il contribue à définir le Québec de demain en matière d'adaptation des actions et des services d'une communauté locale pour être en harmonie avec les besoins évolutifs des personnes âgées. Le Québec pourra ainsi profiter de la contribution de chacune des parties prenantes pour se propulser vers des façons de faire novatrices et inspirées d'initiatives locales.

Ce cadre de référence soutient les établissements du RSSS avec leurs partenaires communautaires, privés et publics dans la mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Il souhaite donner des orientations solides et cohérentes pour améliorer l'accessibilité, la qualité, la continuité, la complémentarité et la coordination des services de proximité. Il aspire aussi à favoriser la participation sociale des personnes âgées. Les orientations énoncées favoriseront la mobilisation<sup>42, 43, 44</sup> des parties prenantes pour rejoindre les personnes âgées dans leur milieu et agir de façon précoce et préventive sur les déterminants de la santé. Cette mobilisation des personnes âgées, des citoyens et des partenaires est également escomptée pour coconstruire un continuum de services de qualité au sein d'un RLS afin que les effets de ce dernier se répercutent sur l'état de santé et de bien-être de la population âgée.

Plus spécifiquement, la nécessité de faire autrement motive les aspirations suivantes :

- Présenter les orientations ministérielles pour situer l'ensemble des actions et interventions à entreprendre et servir de référentiel pour moderniser les services et l'accompagnement requis en fonction des besoins évolutifs des personnes âgées;

---

42. La mobilisation est définie comme un processus global où les forces vives d'une communauté se regroupent pour atteindre un objectif commun. Les acteurs développent une vision des besoins et des stratégies pour réussir le changement envisagé. Des mécanismes de participation et de communication favorisent la consultation et la participation des acteurs concernés à la démarche. Des ententes de partenariat sont conclues pour partager les enjeux et les ressources.

43. FAUBERT, C. (2020). *Fostering Community Mobilization, Capacity, and Ownership of a Community-University Initiative: An Intermediary Change Agent's Perspective*, thèse de doctorat, Ottawa, Université d'Ottawa, 2008.

44. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020), *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés, 2<sup>e</sup> édition et sa boîte à outils*.

- Créer des liens, en fonction des réalités locales des communautés, entre les différents partenaires communautaires, privés et publics, ainsi que renforcer les pratiques de collaboration interprofessionnelle et intersectorielle;
- Adapter l'offre et la réponse aux besoins en ayant recours au capital humain en place et en utilisant les structures de façon efficiente;
- Favoriser une cohérence nationale respectueuse des particularités territoriales ainsi que des réalités culturelles et populationnelles;
- Affirmer les activités incontournables et proposer des modalités pour soutenir les établissements du RSSS dans la mise en pratique pérenne de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*;
- Poursuivre l'innovation dans une perspective d'amélioration continue.

## 2. LES FONDEMENTS

*L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* prend appui sur quatre grandes orientations gouvernementales et ministérielles qui l'ont précédée, à savoir :

- Un vieillissement actif;
- Une responsabilité populationnelle;
- Un réseau de services intégrés;
- Un soutien dans la communauté.

Toujours d'actualité et fortes de leur vision respective, ces orientations inspirent *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*, lui apportent une contribution et s'y amalgament en lui donnant des leviers d'action et d'intervention pour préserver et améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées.

Cette section présente sommairement chacune de ces orientations afin de mieux saisir leur apport à *l'approche intégrée de proximité des personnes âgées*.

### 2.1 UN VIEILLISSEMENT ACTIF

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>45</sup> a adopté en 2002 un cadre d'orientation définissant le concept de vieillissement actif qui renvoie à une vision positive du vieillissement. Cette dernière a inspiré la politique gouvernementale *Viellir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*<sup>46</sup> publiée en 2012 et les plans d'action gouvernementaux portés par le MSSS qui en ont découlé. Leurs fondements visent à optimiser les possibilités de bonne santé des personnes âgées, à favoriser leur participation sociale dans la communauté et à créer des environnements sains, sécuritaires et accueillants pour qu'elles puissent accroître leur qualité de vie.

45. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Viellir en restant actif: cadre d'orientation*.

46. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Viellir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.

La transversalité et l'interdépendance de la participation, de la santé et de la sécurité des personnes âgées s'inscrivent dans tous les secteurs d'activité (santé et services sociaux, emploi, logement, transport, aménagement du territoire, inclusion sociale, etc.). Tous les acteurs d'une communauté sont conviés à améliorer les conditions de vie des personnes âgées. Ces contributions encouragent :

- Une perception positive du vieillissement en :
  - Misant sur le potentiel et les capacités des personnes qui avancent en âge afin qu'elles puissent participer à tous les aspects de la vie dans leur communauté et contribuer à la prise de décisions (pouvoir d'agir) qui les concernent,
  - Agissant pour éliminer les discriminations liées à l'âge,
  - Favorisant une solidarité et une équité intergénérationnelle;
- Une mobilisation et une concertation des personnes âgées, des citoyens et des partenaires dans une perspective de développement des communautés pour répondre adéquatement aux besoins de santé et de bien-être des personnes âgées;
- Une action et une convergence de moyens à travers une stratégie partenariale aux paliers local, régional et national.

La place que les personnes âgées prendront pour définir avec les autres citoyens les services qui leur sont destinés est importante car, en plus d'enrichir la communauté, elle peut permettre de donner encore plus de sens à leur vie<sup>47</sup>. Plusieurs études ont documenté des effets positifs sur la santé et le bien-être<sup>48, 49</sup> la réduction de la morbidité<sup>50</sup> et de la mortalité<sup>51, 52</sup> et une diminution des sentiments dépressifs<sup>53</sup>.



*Vieillir en demeurant actif maximise les possibilités de bonne santé, de participation sociale et de sécurité pour renforcer la qualité de vie des personnes âgées<sup>54</sup>.*

- 
47. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC ET INSTITUT SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS DE L'UNIVERSITÉ (2007). *La participation sociale, défi des sociétés vieillissantes. Consultation publique sur les conditions de vie des aînés, septembre*. [http://www.ivpsa.ulaval.ca/Upload/fil\\_16.pdf?1190138218793](http://www.ivpsa.ulaval.ca/Upload/fil_16.pdf?1190138218793). (Consulté le 22 mars 2012).
  48. CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC (2008). Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*.
  49. LITWIN, Howard et SHIOVITZ-EZRA, Sharon (2006). The association between activity and wellbeing in later life: *What really matters? Ageing and Society* (vol. 26, p. 225-242).
  50. AVLUND, K., LUND, R., HOLSTEIN, B. E., DUE, P., SAKARI-RANTALA, R. et HEIKKINEN, R.-L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology* (vol. 59, n°1, s. 44 s. 51).
  51. MAIER, Heiner et L. KLUMB, Petra (2005). Social participation and survival at older ages: Is the effect driven by activity content or context? *European Journal of Ageing* (vol. 2, n°1, p. 31-39).
  52. MUSICK, M. A. et HERZOG, A. R. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology* (vol. 54B, n°3, s. 173-s. 180).
  53. YUNGQING, LI et KENNETH F. FERRARO (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? *Journal of Health and Social Behavior* (vol 46, n°1, p. 68-84).
  54. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.

## 2.2 UNE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Introduite en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et de services sociaux, et confirmée en 2005 avec la révision de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), la responsabilité populationnelle<sup>55</sup> implique l'obligation d'agir pour préserver et améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire, particulièrement au sein des communautés locales. Elle amène également l'obligation de reconnaître la contribution des savoirs citoyens dans la réflexion et la prise de décision concernant l'organisation des services. La responsabilité des établissements du RSSS consiste à susciter, animer et soutenir les collaborations et partenariats, ainsi qu'à partager collectivement cette responsabilité<sup>56</sup>.

La participation citoyenne étant au cœur de la responsabilité populationnelle<sup>57</sup>, elle prend différentes formes selon le contexte, les sujets et les enjeux:

- La communication pour informer et sensibiliser;
- La consultation pour recueillir des informations et des opinions, réaliser des discussions et faire participer le public;
- L'engagement des citoyens et la création de partenariats.

Elle nécessite que les partenaires communautaires, privés et publics collaborent pour agir sur les plans local et régional<sup>58</sup>.

Cette gouvernance est établie en fonction des besoins populationnels (plutôt que des individus qui consomment des services) avec une considération pour les facteurs environnementaux (physique, social et économique des secteurs de l'éducation, de l'emploi, des municipalités, etc.) qui ont un effet sur la santé et le bien-être. Les partenaires assument collectivement leurs responsabilités en mettant à profit les leviers et compétences de chacun au bénéfice de la population, de la planification de la mise en œuvre jusqu'à la poursuite d'interventions.

Depuis 2016, le RSSS travaille à un chantier prioritaire qui vise l'amélioration de l'accessibilité, de la qualité, de la continuité et de la complémentarité des services de proximité<sup>59</sup>. Ces travaux constituent un apport important pour la mise en œuvre opérationnelle de la responsabilité populationnelle utilisée comme stratégie d'intervention collective. L'intervention dans la communauté devient alors l'amorce et l'ancrage pour l'intervention. Ce moyen permet d'aborder les réalités de la communauté dans leur globalité, de redéfinir les modalités de gouvernance pour accroître les collaborations intersectorielles, ainsi que d'implanter des mesures concertées et globales à partir des déterminants de la santé.

---

55. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). Responsabilité populationnelle. Unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population!

56. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). La stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, p. 2.

57. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle. Disponible en ligne: [La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle \(gouv.qc.ca\)](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF).

58. PROJET DE LOI 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF>.

59. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité.

*La réponse aux besoins des personnes âgées d'une communauté locale est l'affaire de tous.*



*L'accès à des services de proximité renforce la capacité d'un établissement du RSSS avec ses partenaires à adapter les services aux caractéristiques populationnelles locales et régionales.*

*Ensemble, ils améliorent l'expérience des services et consolident les pratiques collaboratives interprofessionnelles et intersectorielles.*

## 2.3 UN RÉSEAU DE SERVICES INTÉGRÉS

Le MSSS a publié en 2001 les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* dans lesquelles il prône la mise en œuvre d'un fonctionnement en réseau de services intégrés<sup>60</sup>. Ce fonctionnement permet de répondre au bon besoin en ayant recours au bon service, lequel est rendu par la bonne personne, au bon moment, par la bonne structure, et ce, à tous les niveaux du continuum de services d'une communauté.

Pour que les services puissent être intégrés, il faut :

- Des interventions qui s'appuient sur le développement de partenariats et la concertation entre les partenaires communautaires, privés et publics du RTS et des RLS comme pierre angulaire de cette stratégie afin d'avoir la responsabilité complète des services pour les personnes âgées d'un territoire<sup>61</sup>;
- La mise en place de ressources qui veillent au bien-être des personnes âgées, y compris la famille, les amis, les voisins, les bénévoles, les commerces de proximité du quartier, etc.;
- La promotion d'activités préventives visant à accroître la possibilité de s'adapter au vieillissement pour vivre chez soi le plus longtemps possible, de façon sécuritaire ou selon un niveau de risque considéré comme acceptable par la personne âgée;
- Un repérage précoce des personnes âgées en situation de vulnérabilité avant que le processus de perte d'autonomie ne s'installe ou ne soit trop avancé, puis une orientation vers les services appropriés;
- Une coordination de l'accès aux services à partir de l'évaluation des besoins, la planification des services requis, la prestation des services rendus, ainsi que le suivi, la réévaluation des besoins et les ajustements des services;
- L'utilisation de mécanismes facilitant le travail interdisciplinaire et intersectoriel avec les partenaires par la mise en place de structures de collaboration et d'échange d'informations;
- Une prise de décisions à partir de standards de qualité et de performance ainsi que des meilleures pratiques;

60. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, au Québec.*

61. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Lignes directrices sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.*

- L'implantation de solutions pérennes;
- L'évaluation de la satisfaction des besoins;
- L'imputabilité des résultats.



*Une vision globale de l'accessibilité et de l'organisation des services, centrée sur les forces et les capacités d'une communauté est nécessaire pour répondre adéquatement aux besoins multiples et évolutifs des personnes âgées.*

## 2.4 UN SOUTIEN DANS LA COMMUNAUTÉ

Soutenir les personnes âgées pour qu'elles puissent demeurer chez elles le plus longtemps possible, dans leur communauté, est fondamental. Cette perspective s'inscrit en cohérence avec l'article 1 de la LSSSS<sup>62</sup>. Cet article vise la préservation et l'amélioration de la capacité d'agir des personnes dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles souhaitent assumer, notamment en agissant sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être. Cela rejoint également l'esprit de la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*<sup>63</sup> de même que la vision de la politique de soutien à domicile *Chez soi, le premier choix*<sup>64</sup> de 2003 et de ses précisions en 2004<sup>65</sup>, mise au goût du jour avec les *Orientations en soutien à domicile – Actualisation de la politique de soutien à domicile «Chez soi: le premier choix»* de 2023<sup>66</sup>.

Le soutien dans la communauté fait appel à l'action concertée, collective et solidaire de tous les acteurs d'un RLS. Ensemble, les personnes âgées, les citoyens, l'établissement du RSSS ainsi que ses partenaires communautaires, privés et publics de tous les secteurs d'activité (municipal, transport, éducation, emploi, finances, etc.) ajustent leur réponse aux besoins des citoyens, notamment ceux des personnes âgées.



*L'intégration d'une diversité d'actions interdépendantes permet d'accéder à une variété de mesures et de services qui soutiennent la personne âgée à l'intérieur d'un continuum de services, afin qu'elle puisse demeurer dans sa communauté, et ce, à toutes les étapes de sa vie.*

- 
62. LÉGIS QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/20010401>.
63. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
64. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi: Le premier choix – La politique de soutien à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>.
65. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Chez soi: le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001352/>.
66. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Orientations en soutien à domicile – Actualisation de la politique de soutien à domicile «Chez soi: le premier choix»*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-00135>.

### 3. LA DÉFINITION

Inspirée des suggestions du comité consultatif, des leçons tirées des projets pilotes, de diverses expériences prometteuses ainsi que du contexte ayant mené à l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées, la définition de cette approche s'énonce de la façon suivante :

**Une façon d'agir et d'intervenir tous ensemble (personnes âgées, citoyens et partenaires), de manière intégrée, coordonnée (continuum) et en proximité (communauté locale), afin de répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées.**

**Elle vise à préserver et à améliorer leur santé<sup>67, 68</sup>, leur bien-être physique, mental, cognitif, social, culturel et spirituel, leur autonomie et leur qualité de vie.**

**Les actions et interventions se réalisent avec, par et pour les personnes âgées en considérant leur autonomie et leur pouvoir d'agir, et ce, tout au long des multiples transitions au cours de leur vie et dans les parcours de services.**

### 4. LES PARTIES PRENANTES

L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées a été réfléchi et envisagée pour répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées. Pour les rejoindre et œuvrer avec elles, des acteurs clés sont ciblés.

67. La notion de santé réfère à la définition de l'OMS qui l'exprime par un état de bien-être physique, mental et social complet. Elle ne la limite pas uniquement à l'absence de maladie ou d'infirmité. Elle constitue « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Elle implique la satisfaction de tous les besoins fondamentaux de la personne, qu'ils soient affectifs, sanitaires, nutritionnels, sociaux ou culturels. « La santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu » et représente donc cette « capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu, et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie ». Le vieillissement en bonne santé est le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être. Les aptitudes fonctionnelles d'un individu sont déterminées par ses capacités intrinsèques (c'est-à-dire l'ensemble de ses capacités physiques et mentales), les environnements dans lesquels il évolue (pris au sens le plus large et incluant les environnements physique, social et politique) et ses interactions avec ceux-ci.

68. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants des 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.* <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.

## 4.1 LE PUBLIC CIBLE

L'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* vise :

- La population des personnes de 50 ans et plus pour les actions centrées sur les déterminants de la santé;
- Les personnes âgées dont la situation est susceptible d'avoir un effet sur leur autonomie ou leur maintien à domicile parce qu'elles ont le sentiment d'être seules, sont isolées socialement et/ou présentent des signes de fragilité et/ou de vulnérabilité.

De manière non exclusive, elles sont généralement âgées de 65 ans et plus (âge de référence documenté dans la littérature à partir duquel des signes de fragilité sont plus susceptibles d'apparaître<sup>69, 70</sup>), mais parfois il s'agit d'adultes plus jeunes présentant une perte d'autonomie s'apparentant à celle d'une personne plus avancée en âge.

## 4.2 LES ACTEURS CLÉS

Les acteurs clés sont des personnes et des organisations de la communauté. Ils constituent une communauté bientraitante<sup>71, 72</sup> en étant des personnes âgées elles-mêmes ou en interagissant avec elles, ils sont en mesure de déceler précocement des besoins exprimés, perçus ou démontrés<sup>73</sup>. Leur action est primordiale pour identifier des situations problématiques touchant des déterminants de la santé (ex.: habitation, transport) et intervenir sur ces situations à l'échelle populationnelle. Ils peuvent aussi intervenir à l'échelle individuelle pour repérer des personnes en situation de vulnérabilité et agir tôt pour prévenir des détériorations rapides de l'état de santé global. Ainsi, les acteurs clés dans la mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* sont :

- Des **personnes âgées citoyennes** dont l'implication concourt à améliorer les conditions de vie de la population âgée;

---

69. RICHARD et al (2013); LEE, L., HECKMAN, G. et MOLNAR, F. J. (2015). La fragilité: Détecter les patients âgés à risque élevé d'issues défavorables, sources des données. Une recension a été effectuée dans PubMed-MEDLINE de 1990 à 2013 pour trouver des articles rédigés en anglais exclusivement, à l'aide des groupes suivants de mots clés et d'en-têtes MeSH: frail elderly, frail, frailty; aged, geriatrics, geriatric assessment, health services for the aged; primary health care, community health services et family practice.

70. RICHARD, L., TREMBLAY, M.-C., GAUVIN, L. (2013). L'approche écologique: une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés. Dans: Lucie Richard et coll. dir. Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique. Guide à d'aide à l'action franco-québécois. Saint-Denis: INPES. Coll. Santé en action. 112 p.

71. La bienveillance est définie comme « [u]ne approche valorisant le respect de toute personne, ses besoins, ses demandes et ses choix, y compris ses refus. Elle s'exprime par des attentions et des attitudes, un savoir-être et un savoir-faire collaboratif, respectueux des valeurs, de la culture, des croyances, du parcours de vie et des droits et libertés des personnes. Elle s'exerce par des individus, des organisations ou des collectivités qui, par leurs actions, placent le bien-être des personnes au cœur de leurs préoccupations. Elle se construit par des interactions et une recherche continue d'adaptation à l'autre et à son environnement ».

72. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). Reconnaître et agir ensemble – Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées 2022-2027, p. 25.

73. CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL, LEBEL, P., (2022). Modèle logique de la communauté bienveillante RSL Jeanne-Mance. Présentation PowerPoint.

- Un **réseau de proximité** constitué de citoyens qui côtoient, soutiennent et accompagnent les personnes âgées. Il est composé, par exemple, de personnes proches aidantes, de voisins, d'amis, de bénévoles, etc.;
- Un **réseau de partenaires** composé de personnes et/ou d'organisations qui jouent ou sont appelées à jouer un rôle important auprès des personnes âgées comme :
  - les travailleurs de milieu, notamment issus du programme Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV<sup>74</sup>);
  - les organismes communautaires, les associations et groupes sociaux qui offrent des services et des activités aux personnes âgées;
  - les regroupements existants sous forme de table ou de comité de concertation représentant les intérêts des personnes âgées;
  - les travailleurs embauchés de gré à gré, notamment ceux de la modalité allocation directe/ chèque emploi-service;
  - les entreprises d'économie sociale, notamment celles offrant de l'aide à domicile;
  - les entreprises privées comme les groupes de médecine familiale (GMF), les pharmacies communautaires, les ambulanciers, les différents commerces, etc.;
  - les organisations publiques comme les services de police, le transport, le milieu scolaire, le centre d'urgence 9-1-1 et autres à travers des mécanismes permettant l'intersectorialité;
  - les services municipaux, dont ceux impliqués dans la mise en œuvre d'une démarche Municipalité amie des aînés<sup>75</sup> (MADA)<sup>76</sup>;
  - le RSSS, notamment les établissements avec les travailleurs, les intervenants de liaison et pivots, les guichets d'accès, le responsable de la concertation locale (animation, mobilisation), les organisateurs communautaires, etc.

---

74. Un travailleur de milieu du programme ITMAV est un travailleur relevant habituellement d'un organisme communautaire. Allant à la rencontre des personnes âgées, il repère celles en situation de vulnérabilité ou à risque de fragilisation en collaboration avec les autres acteurs du milieu. Personne de confiance et de référence, ce travailleur joue un rôle clé dans le milieu :

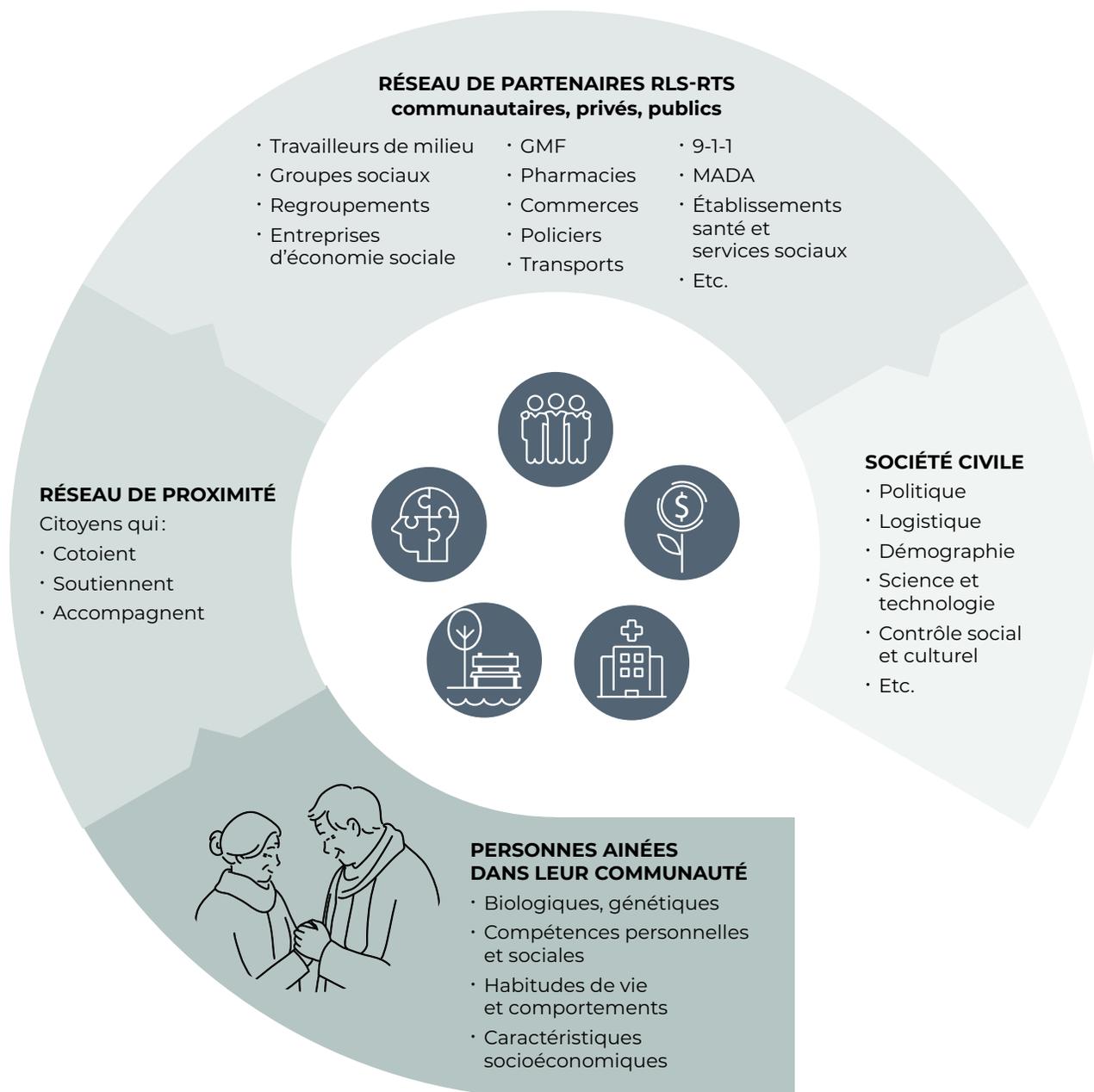
- Pour les réseaux de proximité et de partenaires où les personnes sont sensibilisées et formées à détecter des situations nécessitant potentiellement un suivi auprès des personnes âgées;
- Pour les personnes âgées :
  - Il vulgarise les ressources et les accompagne (si nécessaire) dans leurs démarches pour qu'elles puissent recevoir les services requis par leur condition;
  - Il développe une approche préventive afin d'identifier précocement et prévenir différents problèmes (isolement, abus, violence, négligence, maltraitance, etc.);
  - Il assure un relais d'informations auprès des instances concernées et collabore avec elles afin que les personnes âgées puissent recevoir les services requis par leur situation;
  - Il valorise leurs capacités d'agir et de faire, puis les encourage à participer à la vie sociale de leur communauté.

75. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés* (2<sup>e</sup> édition).

76. Le niveau gouvernemental le plus près des citoyens et de leurs préoccupations demeure les municipalités et les municipalités régionales de comté (MRC). Celles-ci sont les plus aptes à intervenir pour créer et offrir des milieux de vie favorables à la santé. Le pouvoir d'agir des communautés peut être soutenu par le programme MADA pour la réalisation ainsi que la mise en œuvre de politiques et de plans d'action pour adapter leurs infrastructures aux réalités des personnes âgées. L'implantation de cette démarche favorise et soutient le nécessaire changement de culture et de mentalité pour faire du Québec une société inclusive pour tous les âges.

L'écosystème de l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées est schématisé dans la figure qui suit.

**FIGURE 2**  
**ÉCOSYSTÈME DE L'APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ**  
**POUR LES PERSONNES ÂÎNÉES**



# DEUXIÈME PARTIE : LA MISE EN PRATIQUE

Les concepts de référence soutenant l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* ayant été présentés, cette seconde partie s'attarde aux éléments qui visent à outiller les communautés locales pour passer de sa conceptualisation à sa mise en pratique. Les informations présentées tiennent compte des bonnes pratiques et visent à alimenter les réflexions des parties prenantes au regard de ce qui est à réaliser.

Ces contenus constituent **des guides** pour maximiser le potentiel de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Il s'agit donc d'un **référentiel, définissant le « quoi »**, plutôt que d'une solution unique à appliquer. Il laisse ainsi place à **la créativité et à l'innovation locale, au « comment »**, pour organiser le continuum de services de manière à préserver et améliorer l'état de santé et de bien-être de la population âgée locale.

En route vers la mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*...

## 5. LA TOILE DE FOND

Les travaux de la Charte d'Ottawa<sup>77, 78</sup> sont reconnus pour leur contribution à la valorisation de la promotion globale de la santé. Ces derniers ont influencé ceux menés par l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC)<sup>79, 80</sup>, un consortium formé de plusieurs partenaires<sup>81</sup> proposant des adaptations visant à préserver et améliorer la santé et le bien-être de la population.

Leur analyse conclut que cet objectif peut être atteint en travaillant efficacement sur les deux axes du continuum de santé et de bien-être (promotion et prévention) pour soutenir la responsabilité populationnelle des établissements du RSSS. Le premier axe vise à « produire de la santé ». Quant au second axe, la terminologie a été adaptée au contexte du jour « prévenir et combattre les

---

77. Le nom de cette charte tire son origine de la première conférence internationale sur la promotion de la santé tenue à Ottawa. Cette conférence est issue d'un mouvement de santé publique mondial pour agir sur la santé. Porteuse de valeurs fortes, notamment l'équité et la démocratie (participation de la population), elle demeure une référence pour ajuster la pratique et les stratégies de santé publique.

78. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). Promotion de la santé, Charte d'Ottawa.

79. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Analyser les interventions: quelles sont les forces et les limites des interventions actuelles?*

80. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Déjà 10 ans, c'est le temps d'un bilan*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilité-populationnelle/documentation-publication/publications-1-inspq>.

81. Le consortium IPCDC regroupe des représentants du MSSS, de l'Institut national de santé publique (INSPQ), des universités québécoises, des agences de santé et de services sociaux, de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, des centres de services de santé et de services sociaux, de l'Observatoire québécois des réseaux locaux de services et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

problèmes ainsi que leurs conditions défavorables sur la santé<sup>82</sup>». Ce dernier axe intervient sur les facteurs de risque et les conséquences des problèmes en prévention (primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire), alors que le premier agit en amont des problèmes<sup>83</sup> sur les déterminants de la santé, donc en promotion de la santé.

En filigrane des activités essentielles permettant d'agir dans le sens de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*, l'action sur les déterminants de la santé<sup>84</sup> est cruciale puisque ces derniers exercent inévitablement une influence sur l'état de santé et de bien-être des personnes âgées. Le fait de catégoriser les déterminants de la santé est important puisque cela permet d'identifier les déterminants sur lesquels on peut agir ou ceux sur lesquels d'autres acteurs peuvent intervenir. Le tableau qui suit propose une présentation succincte de ces déterminants proposés par l'IPCCD. Selon d'autres références, certains déterminants pourraient se retrouver dans d'autres catégories. L'important n'est pas tant la catégorie comme telle, mais le fait que les déterminants soient considérés.

**TABLEAU 1**  
**RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ<sup>85</sup>**

CATÉGORIES	DÉTERMINANTS
 Environnement économique et de travail	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revenu;</li> <li>• Éducation et littératie;</li> <li>• Emploi;</li> <li>• Insécurité alimentaire.</li> </ul>
 Environnement bâti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualité de l'air et de l'eau;</li> <li>• Habitation, logement et mobilité;</li> <li>• Aménagement du territoire.</li> </ul>
 Environnement social (voisinage, famille, amis)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réseau de soutien social;</li> <li>• Respect et inclusion sociale;</li> <li>• Relations intergénérationnelles.</li> </ul>
 Caractéristiques, expériences et comportements individuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prédispositions génétiques et biologiques;</li> <li>• Expériences de la petite enfance et des autres étapes de vie;</li> <li>• Saines habitudes de vie;</li> <li>• Compétences et aptitudes.</li> </ul>
 Système de soins et de services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Progrès biomédical;</li> <li>• Accessibilité, qualité et continuité des services de santé et des services sociaux;</li> <li>• Continuum d'action pour promouvoir, guérir et soutenir.</li> </ul>

82. SYME, S.L. (2013). *Health Promotion and Disease Prevention Among the Elderly*. <https://journals.openedition.org/popvuln/pdf/1645>.

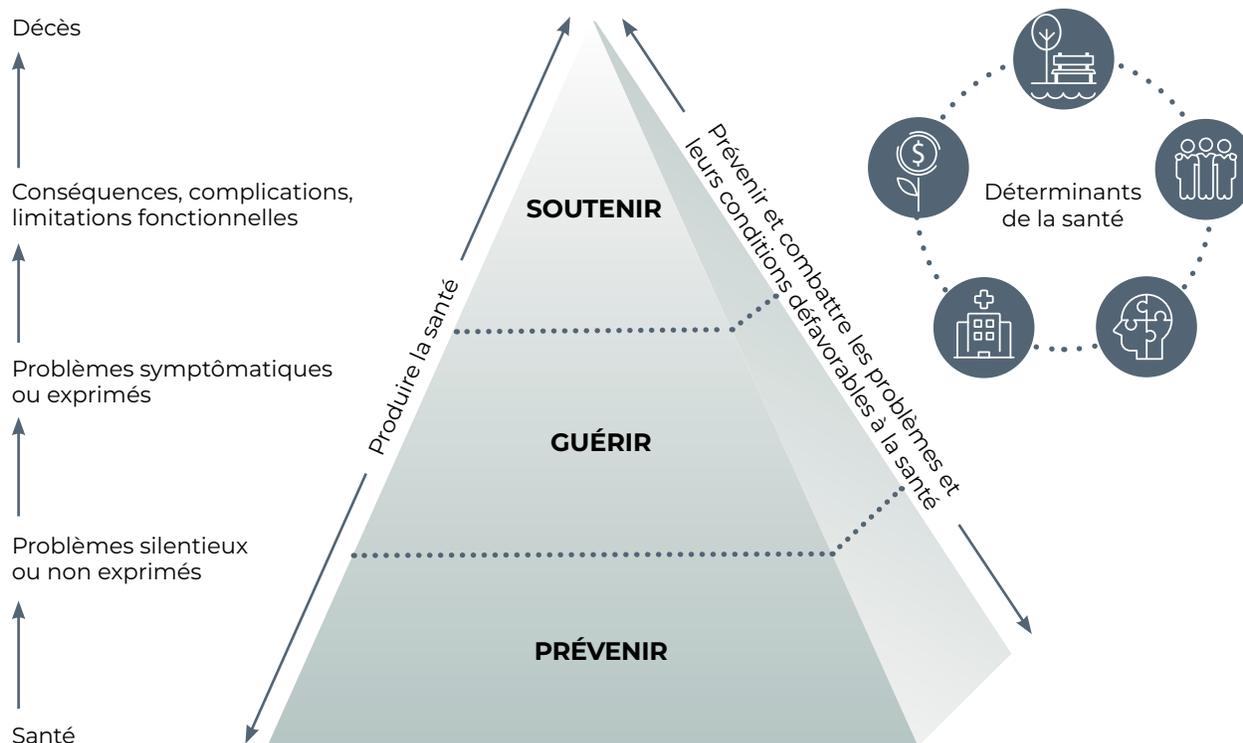
83. La notion de problème réfère à une contrainte de santé physique, mentale ou psychosociale ou à toute situation ou condition adverse sur les plans social, économique, environnemental, etc.

84. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Déterminants de la santé*. Disponible en ligne: [Déterminants de la santé | Exercer la responsabilité populationnelle | INSPQ](#).

85. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Déterminants de la santé*. Disponible en ligne: [Déterminants de la santé | Exercer la responsabilité populationnelle | INSPQ](#).

Inspiré de différents échanges, le MSSS propose le visuel qui suit pour illustrer le continuum de santé et de bien-être.

**FIGURE 3**  
**REPRÉSENTATION DU CONTINUUM DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE**



La **promotion de la santé** (représentée par la couleur qui couvre toute la pyramide) est omniprésente dans le continuum de santé et de bien-être. La **prévention** se décline quant à elle en trois moments et selon différents niveaux d'action. Le tableau qui suit résume les actions de prévention.

**TABLEAU 2**  
**ACTIONS DE PRÉVENTION DU CONTINUUM DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE**

PRÉVENIR	GUÉRIR	SOUTENIR
<p><b>Prévention PRIMAIRE:</b> actions sur les facteurs de risque et de protection d'un problème que l'on souhaite prévenir</p> <p><b>Prévention SECONDAIRE:</b> actions pour prévenir les manifestations d'un problème déjà existant, qu'il soit silencieux (aucun symptôme) ou non exprimé par la personne aînée</p>	<p><b>Prévention TERTIAIRE:</b> actions pour éliminer le problème, prévenir sa réapparition, éviter ou atténuer ses conséquences, compenser les limitations</p>	<p><b>Prévention QUATERNAIRE:</b> actions pour assurer le soutien et les soins de fin de vie</p>

Le fait d'agir en promotion vise à favoriser une santé optimale pour tous, et ce, peu importe l'état des personnes âgées: autonomisation, renforcement des aptitudes personnelles et sociales, éducation, revenu, alimentation, habitation, soutien social, communautés saines, sécuritaires et inclusives, etc. Ce faisant, la logique du continuum de santé et de bien-être fait en sorte que la personne âgée pourrait bénéficier simultanément d'actions préventives se situant à plusieurs moments de ce continuum. Par exemple, une personne âgée pourrait être soutenue dans l'amélioration de son alimentation, tout en recevant des services spécialisés pour des cataractes et de la réadaptation à la suite d'une fracture. Cette même personne pourrait aussi bénéficier de nouvelles mesures réglementaires régissant la location d'un appartement ou la résiliation d'un bail.

La santé et le bien-être revêtent un caractère multidimensionnel<sup>86</sup> et, pour les influencer, la collaboration citoyenne et partenariale de différents secteurs d'activité (éducation, emploi, logement, transport, environnement, etc.) est un incontournable. Leur action sur les deux axes (produire la santé, puis prévenir et combattre les problèmes et leurs conditions défavorables à la santé) peut se situer à un ou à plusieurs niveaux<sup>87</sup>:

- En assurant une visibilité ainsi qu'une répartition équitable des services et des ressources par territoire pour permettre d'en améliorer l'accès, et ce, grâce aux interventions systémiques des partenaires intersectoriels;
- En travaillant dans les milieux afin de s'adapter aux caractéristiques locales et territoriales, au développement de la communauté et à la création d'environnements favorables à la santé et à la qualité de vie;
- Par l'engagement et la participation des personnes âgées et des citoyens en offrant une gamme de services complémentaires sur le plan individuel.

Dans tous les cas de figure, cette action doit permettre un ajustement de la manière d'organiser les services en fonction des besoins des personnes âgées, là où elles se trouvent dans leur parcours de vie. Les mécanismes de concertation doivent aplanir les obstacles pour assurer un continuum de services fluide. Ces mécanismes sont particulièrement importants, car plus les interventions sont réalisées en amont des problèmes, plus ils auront des effets pour « produire la santé » ainsi que « prévenir et combattre les problèmes et leurs conditions défavorables à la santé ».

Concrètement, cette collaboration se traduit notamment par l'implication, l'engagement et la participation à des séances d'information, à des consultations et à différentes activités, dont des activités de sensibilisation. Une attention particulière est alors accordée aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie, aux environnements ainsi qu'aux disparités associées à la répartition du pouvoir, aux ressources, aux biens et aux services qui peuvent créer des inégalités de santé.

Ces notions portant sur le **continuum de santé et de bien-être** inspirent le **continuum de services**. C'est dans le même esprit que ce dernier ne peut être représenté par une trajectoire linéaire à travers laquelle chemine irrémédiablement la personne âgée. Le continuum de services se présente plutôt comme l'éventail de l'ensemble des services nécessaires pour répondre à tous les besoins de la population âgée dont l'état peut évoluer favorablement ou défavorablement, selon ses

---

86. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2022). *Déterminants de la santé*.

87. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultat d'une réflexion commun*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>.

différentes facettes. Le continuum de services représente donc l'offre de services locale, voire territoriale, où chacun des partenaires communautaires, privés et publics est responsable de son instauration, de son ajustement, de sa bonification de manière à ce que les services soient intégrés (coordonnés, complémentaires, en continuité et en intégralité), accessibles et équitables.

Les effets ou la portée de la réponse aux besoins populationnels des aînés seront guidés par la pertinence des actions à poser, laquelle peut être appréciée à partir des paramètres suivants:

- L'accès aux services pour connaître la capacité à rejoindre les personnes aînées;
- La continuité et la complémentarité des interventions des différents partenaires afin de s'inscrire en cohérence et d'éviter un travail en silo, les doublons, les carences et les lacunes de services;
- L'intensité requise estimée à partir des meilleures pratiques;
- La participation des personnes aînées et des citoyens ainsi que l'autonomie et la capacité d'agir des personnes aînées (*avec, par et pour les personnes aînées*) en tenant compte de leurs forces, de leurs limites, de leurs aspirations et de leurs choix<sup>88, 89</sup>;
- La qualité des interventions jugées efficaces et fondées sur des consensus d'experts;
- L'efficacité dans l'atteinte des objectifs fixés par les partenaires;
- L'efficacité dans l'utilisation optimale des ressources de toute la communauté.

## 6. LES CINQ COMPOSANTES

La toile de fond étant définie, voici maintenant la présentation des cinq composantes incontournables qui fédèrent *l'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées* en termes de possibilités d'actions. Elles forment un tout indissociable pour réaliser sa mise en pratique, atteindre la finalité escomptée et jeter les bases d'une vision commune au sein d'une communauté.

Pour chacune des composantes, quelques conditions gagnantes et défis sont mentionnés. En guise de complément, des exemples sont également proposés. Ces listes sont volontairement non exhaustives. Elles visent plutôt à attirer l'attention sur des éléments qu'il pourrait être nécessaire de considérer pour exploiter efficacement chacune d'entre elles. Un repère visuel résume chaque composante à la fin de la présentation de chaque liste.

Voici donc un descriptif de ces composantes essentielles, influencées par les déterminants de la santé.

---

88. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Favoriser la bientraitance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes – Cadre de référence.*

89. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Reconnaître et agir ensemble - Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027.*

## 6.1 LE PORTRAIT DE LA COMMUNAUTÉ : UNE CARTE SOCIALE

Pour bien jouer leur rôle, il est nécessaire que les parties prenantes aient accès aux informations concernant les **besoins de la population âgée** au sein de leur RLS (ou du territoire de CLSC) et qu'elles maîtrisent ces renseignements. Il en est de même pour les **ressources disponibles**, les moyens susceptibles de pouvoir répondre aux besoins ainsi que les meilleures pratiques reconnues. À cela s'ajoute la lecture de l'état des **liens de collaboration et de partenariats existants** qui guident la capacité d'agir<sup>90</sup> de la communauté.

Les connaissances qui documentent le portrait de la communauté devraient permettre de développer une vision commune des différents éléments à considérer pour induire des stratégies d'amélioration ou de renforcement des liens entre eux, selon ce qui est requis et attendu en agissant sur les déterminants de la santé et selon ce qui est à travailler en priorité. Ce portrait de la communauté ou carte sociale indique également les **autres ressources qui pourraient devenir des collaborateurs ou des partenaires ainsi que la meilleure façon d'établir ces liens**.

La réalisation d'un portrait initial est importante. Toutefois, pour s'assurer que les services à rendre s'adaptent aux besoins, ce portrait doit être **maintenu à jour** dans le temps pour considérer les différents changements concernant les besoins, mais également ceux ayant trait aux services et aux dynamiques d'offres de services. Il existe différents modèles de carte sociale. Les parties prenantes sont invitées à choisir ensemble le gabarit qui répond le mieux à leurs besoins.

La notion de RLS<sup>91, 92, 93, 94</sup> réfère généralement à un territoire local contenu dans une région sociosanitaire<sup>95</sup> et associé à un RTS (sauf pour les régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James). Les RLS sont subdivisés par des territoires de centre local de services communautaires (CLSC). En ce qui a trait à la notion de proximité, le nombre de partenaires à mobiliser est important. On comprend qu'un plus petit groupe est potentiellement plus facile à mobiliser qu'un plus grand. Compte tenu de la variabilité de cette dernière information selon les régions et de l'importance d'agir près des milieux de vie, les parties prenantes pourraient convenir de réaliser un portrait de la communauté selon un découpage à l'échelle d'un RLS ou d'un territoire de CLSC, voire en fonction d'une considération pour des habitudes de consommation naturelles,

---

90. TROTTIER, L.-H., (2013). *La responsabilité populationnelle: des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. Disponible en ligne: [Guide-GC-RP-REV2\\_2013-10-16 \(santecom.qc.ca\)](http://Guide-GC-RP-REV2_2013-10-16_santecom.qc.ca).

91. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Découpage territorial*.

92. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Glossaire. Définition des termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux*.

93. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux – le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

94. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Projet clinique-cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.

95. Une RSS représente une unité géographique définie. Par décrets gouvernementaux, le RSSS est composé de 18 RSS. Le territoire d'un établissement constitue un RTS (art. 6, LMRSSS). Il y a 22 RTS. Ils visent à assurer des services continus et de proximité coordonnés par un établissement (art. 1, LMRSSS). Une région peut compter un ou plusieurs RTS. Un établissement du réseau de la santé et des services sociaux assume les responsabilités des instances locales comprises dans son RTS. On compte 93 RLS à l'exclusion des régions du Nord-du-Québec, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Semblables aux territoires de MRC, 166 territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC) composent les RLS. Ce fin découpage vise des caractéristiques populationnelles relativement homogènes.

plutôt qu'uniquement par RLS. Cette attention pour un découpage plus représentatif des réalités locales est laissée à la discrétion des partenaires des RLS dans le but que le portrait de la communauté reflète le plus possible sa couleur locale.

De plus, dans certaines régions, des services sont rendus régionalement plutôt que localement. Dans ces circonstances, la contribution des partenaires régionaux devra être considérée pour alimenter la carte sociale du RLS.

### Des conditions gagnantes :

- Créer une image (ou un répertoire) de l'ensemble des acteurs qui jouent un rôle auprès des personnes âgées du RLS;
- S'assurer de mobiliser tous les partenaires communautaires, privés et publics afin d'avoir une vision globale;
- Recenser toutes les informations (ressources, services, activités) pertinentes à considérer pour apprécier globalement tous les besoins de la population âgée;
- Identifier conjointement des actions prioritaires sur les déterminants de la santé pour maintenir la mobilisation des parties prenantes;
- Maintenir à jour le portrait de la communauté pour rester à l'affût des besoins émergents ainsi que des services et activités disponibles.

### Les principaux défis :

- Considérer toutes les informations pertinentes afin que le portrait soit représentatif des besoins et des ressources de la communauté;
- S'assurer que l'intérêt demeure centré sur l'objectif visé afin d'éviter la compétition entre les parties prenantes.

Quelques exemples:

- Une coanimation soutenue par l'établissement;
- Une recension d'informations (portrait de l'état de santé et des inégalités sociales de santé, ressources et services disponibles ainsi que leurs forces et limites, plaintes formulées, conclusions d'enquêtes, satisfaction à l'égard des services, etc.);
- Un aide-mémoire en suivi des échanges pour présenter les services et activités disponibles, ceux qui ne le sont pas, etc.

## FIGURE 4 DÉMARCHE MENANT À LA RÉALISATION D'UN PORTRAIT DE LA COMMUNAUTÉ



## 6.2 LA FORMULATION ET LA COMMUNICATION D'UNE VISION : UN LEADERSHIP PARTAGÉ

**Partant du portrait de la communauté et des priorités convenues**, le niveau stratégique du réseau de partenaires intervenant sur le plan local, sinon régional, a notamment la responsabilité de se donner une vision pour l'ensemble du RTS, avec une considération pour les particularités locales pour chaque RLS (ou tout autre découpage selon ce qui a été précisé précédemment). Le niveau stratégique ne définit pas seul la vision. Il mobilise toutes les parties prenantes pour l'articuler en cohérence avec les ajustements générés par la mise en pratique de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Il fait connaître également cette vision partagée par le plus grand nombre de parties prenantes.

Le **message** porté par le niveau stratégique vise à donner une impulsion à tous les niveaux hiérarchiques pour **transmettre un portrait de ce qui est à améliorer et des modifications que la situation entraîne**. Le changement apportant son lot d'inquiétudes et de réticences, celles-ci peuvent être amenuisées par les efforts investis pour bien connaître la vision. Les messages peuvent évoluer en fonction des différents échanges ou de l'environnement qui se modifie. Ils visent à favoriser l'adhésion et l'engagement des parties prenantes autour d'actions communes.

Inspirée des travaux de l'IPCDC<sup>96</sup>, la vision locale de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* devrait être élaborée selon deux perspectives :

- **La perspective « personne âgée »** : la production d'un continuum de services centré sur la personne âgée où l'amélioration continue de la qualité des services et des processus est visée;
- **La perspective « résultat »** : un travail en partenariat pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population âgée.

Le **leadership partagé crée et solidifie les liens** entre les parties prenantes. Il **engendre une capacité collective à répondre aux besoins populationnels relatifs aux aînés** en tissant le partenariat et en renforçant l'action collective.

### Des conditions gagnantes :

- Réussir à rapprocher les partenaires, à susciter une adhésion;
- Construire à partir de ce qui est existant et l'améliorer;
- Assumer ses responsabilités en fonction des rôles complémentaires à jouer ensemble.

### Les principaux défis :

- Communiquer de façon efficace en tout temps;
- Partager le leadership plutôt que de le centraliser.

---

96. TROTTIER, L-H. (2013). *La responsabilité populationnelle: des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. [Guide-GC-RP\\_REV2\\_2013-10-16 \(santecom.qc.ca\)](#).

Quelques exemples:

- L'implantation d'un comité directeur;
- L'organisation d'événements (ex.: salon sur le vieillissement);
- L'élaboration d'ententes types.

**FIGURE 5**  
**DÉMARCHE MENANT À LA DÉFINITION DE LA VISION**



### 6.3 TISSÉ SERRÉ, LA FORCE D'UNE COMMUNAUTÉ : LA CONCERTATION

La mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* vise à assurer une réponse optimale aux besoins populationnels des aînés en développant, animant et soutenant un partenariat entre les acteurs des milieux communautaires, privés et publics. La concertation<sup>97</sup> réfère à une **relation structurée et durable entre les parties prenantes** qui conviennent d'harmoniser, lorsque nécessaire, leur vision et leurs actions. Ces partenaires s'engagent, à l'égard d'objectifs communs, à **améliorer les interdépendances qui les unissent** malgré leurs intérêts parfois divergents.

L'influence de la concertation joue un rôle majeur dans le fonctionnement d'une communauté, la composition de l'offre de services, sa complémentarité, sa disponibilité, son adaptabilité aux particularités territoriales ainsi que son articulation dans les parcours de services. Elle commande<sup>98</sup> une gestion en réseau où l'implication des parties prenantes est nécessaire dans la pratique d'un leadership de collaboration, donc partagé. En plus d'agir comme levier de mobilisation, d'adhésion et d'engagement auprès de toutes les ressources de la communauté, ce type de leadership favorise la collaboration et la communication entre les parties prenantes.

Puissant catalyseur de forces, la concertation vise à **identifier et implanter des solutions viables et pérennes à des doublons, à des lacunes ou à des carences de services en diminuant les obstacles** documentés avec la carte sociale, tels que des difficultés d'accès à des services de proximité, au logement, au transport, l'insécurité alimentaire, le manque de sécurité dans le voisinage, l'absence

97. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Lignes directrices ministérielles sur la composante « concertation des partenaires RTS-RLS »*. Document inédit.

98. TROTTIER, L.-H. (2013). *La responsabilité populationnelle: des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. [Guide-GC-RP\\_REV2\\_2013-10-16 \(santecom.qc.ca\)](#).

de lieux de participation sociale, etc. Non seulement la concertation permet d'éviter de dupliquer les services, elle optimise l'offre de services en place en plus de valoriser la mise en commun et le partage d'initiatives porteuses contribuant au continuum de services.

### **Des conditions gagnantes :**

- Créer des alliances et des opportunités autour d'une intention commune fondée sur les déterminants de la santé et faciliter l'action en proximité;
- Impliquer les parties prenantes, dont les personnes âgées, dès le début du déploiement afin de maintenir la mobilisation active;
- Associer des personnes et des organisations ayant une notoriété locale reconnue pour faciliter le rayonnement et la crédibilité des travaux entrepris;
- Soutenir le déploiement pour maintenir se concentrer sur les orientations.

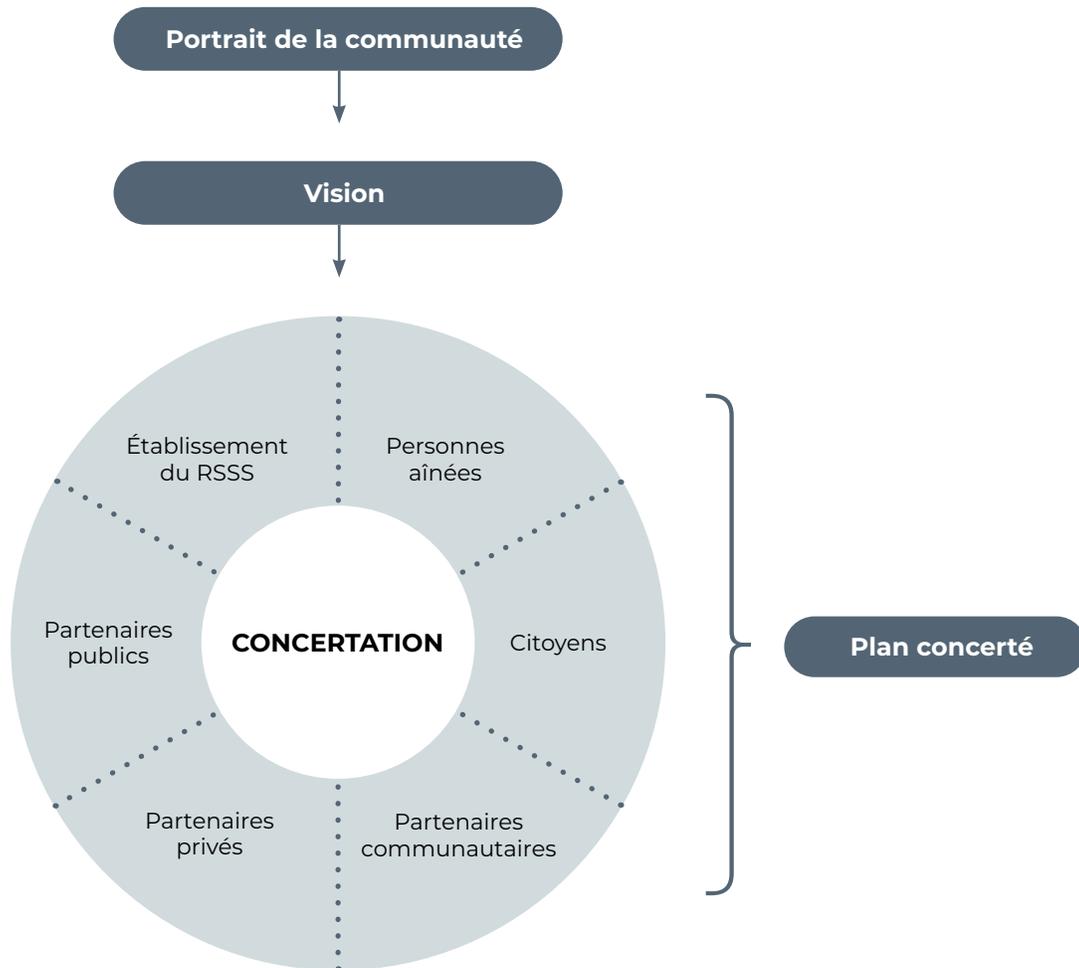
### **Les principaux défis :**

- Ajuster les activités aux disponibilités des parties prenantes afin de maintenir actif leur engagement;
- Marquer la quotidienneté des actions de la communauté de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* afin d'agir en complémentarité;
- Adapter les offres de services de chacun des partenaires selon l'objectif collectif convenu.

#### Quelques exemples:

- L'élaboration d'un plan intersectoriel où sont précisés les objectifs, les actions, les rôles et responsabilités selon différentes stratégies de promotion de la santé comme :
  - L'éducation à la santé auprès de la population âgée;
  - Le soutien pour le développement des communautés;
  - L'arrimage et la cohésion entre les différents services;
  - L'influence sur les politiques publiques ayant des impacts sur la population âgée et l'organisation des services comme dans les domaines de la justice, du transport, de l'éducation, de la sécurité publique, de la santé et des services sociaux, du milieu municipal, etc.;
  - Une représentation pour le changement des normes sociales comme l'âgisme;
  - La représentation de la population âgée pour la défense des droits;
- Une méthodologie pour soutenir les réflexions;
- Des formations;
- La reconnaissance de ressources imputables par organisation pour mettre en place des solutions concrètes et assurer des services fluides.

**FIGURE 6**  
**DYNAMIQUE ENTOURANT LA CONCERTATION**



## 6.4 UNE INTÉGRATION D'ACTIVITÉS DANS LES PRATIQUES COLLABORATIVES : UN CONTINUUM DE SERVICES

Basées sur des données probantes, des pratiques collaboratives s'instaurent et se développent pour constituer un continuum de services qui influencera les résultats en termes de santé et de bien-être de la population âgée.

Cette dynamique contribue à maintenir la mobilisation des parties prenantes tout au long du déploiement de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. La coordination les rassemble autour de la prise de décision pour déterminer l'apport respectif et contributif de chacune d'elles. La complémentarité de leurs actions permet de créer une passerelle entre les différentes organisations.

Cette composante comprend **quatre activités, toutes indispensables pour assurer un continuum de services**. Elles s'inscrivent dans une démarche structurée, établie en fonction des priorités convenues entre les parties prenantes dans le cadre du travail réalisé au sein des composantes présentées précédemment. Toutes les activités devraient démontrer l'intention d'agir sur les déterminants de la santé et sur l'amélioration des services et de leur accès afin qu'ils soient de qualité, s'inscrivent en continuité et en complémentarité, qu'ils répondent aux besoins présents et émergents tout en contribuant au développement de pratiques prometteuses et novatrices.

Ces actions de proximité peuvent être réalisées par plusieurs personnes ou organisations issues du domaine communautaire, du privé ou du public. Pour les personnes âgées non connues de ces réseaux ou encore lorsque certains de leurs besoins n'ont pas obtenu de réponse, selon le cas, plusieurs de ces actions de proximité peuvent faire partie du rôle des travailleurs de milieu du programme ITMAV.

Pour chacune des pratiques collaboratives, selon la condition de la personne âgée, le travailleur de milieu joue un rôle important de repérage, d'accompagnement et de relais vers les services et ressources nécessaires et rendus par les partenaires de la communauté. Le travailleur de milieu module ses actions en fonction de ce qui est requis.

Les activités permettant d'assurer un continuum de services sont présentées dans les lignes qui suivent.

#### 6.4.1 LA PROMOTION DE LA SANTÉ : UN VIEILLISSEMENT ACTIF

Le capital santé d'une personne âgée est fortement influencé par ses comportements et ses habitudes de vie. La Charte d'Ottawa<sup>99</sup> présente la santé comme une ressource et non comme un but à atteindre. Le changement associé à la modification du comportement ou d'une habitude de vie défavorable à la santé et au bien-être n'a pas d'âge. Conséquemment, il est judicieux d'investir dans l'information et les apprentissages axés sur la qualité de vie en accordant une importance à la création d'environnements favorables à la santé des personnes âgées. C'est en ce sens que la charte identifie cinq grandes stratégies pour agir sur la santé<sup>100</sup>, soit :

- Le développement de politiques publiques saines;
- La création de milieux favorables;
- Le renforcement de l'action communautaire et du développement des communautés;
- Le renforcement des aptitudes individuelles;
- La réorientation des services de santé.

---

99. PROMOSANTÉ (2007). *Concepts clés en promotion de la santé: définitions et enjeux*.

100. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2022). *Déterminants de la santé*.

Les activités de promotion (ex.: saines habitudes de vie) visent à sensibiliser, éduquer et outiller les personnes âgées pour qu'elles aient un pouvoir sur leur vie. Ainsi, elles renforcent l'action communautaire locale, laquelle ne peut relever que du RSSS, puisque la vision des besoins des personnes âgées doit être globale, donc plus large que ce qui est offert par le RSSS. Rejoindre les personnes vieillissantes et agir avec et auprès d'elles sans égard à leur santé et à leur niveau d'autonomie puis mobiliser les acteurs de toute la communauté dans le sens d'une amélioration de leurs conditions de vie et de la réduction des discriminations revêt donc un caractère salutogène<sup>101, 102, 103</sup>. Les aspects associés aux discriminations font référence à l'âge, au genre, à l'orientation sexuelle, à la situation sociale, au revenu, à la religion ou à l'appartenance à des communautés ethnoculturelles ou autochtones.

Comme promoteur de la santé et du bien-être des personnes âgées qu'il soutient, le réseau des partenaires peut jouer un rôle de plaidoyer et de représentation pour la population qu'il dessert. Il peut le faire en association avec d'autres partenaires et auprès des instances qu'il est requis d'interpeller pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées.

### **Des conditions gagnantes :**

- Développer une offre de services à l'intention des personnes âgées pour les inciter à une participation active, laquelle favorise leur santé et leur bien-être;
- Déployer une stratégie de communication permettant d'informer les personnes âgées des services auxquels elles peuvent avoir accès;
- Mettre en place des mesures incitatives pour encourager les personnes âgées à participer à la vie sociale;
- Améliorer le soutien (financier et autres) aux organismes communautaires pour déployer davantage des activités pour promouvoir la santé.

### **Les principaux défis :**

- Accroître l'intérêt et maintenir la volonté d'adopter un comportement ou des habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être des personnes âgées;
- Réduire la fracture numérique pour faciliter et favoriser l'accès à l'information et à la participation sociale des personnes âgées.

---

101. La salutogénèse est un concept positif en psychologie de la santé. Elle réfère à ce qui peut être à l'origine du bien-être et de la santé d'une personne et à ce qui protège une personne contre des agressions de son environnement.

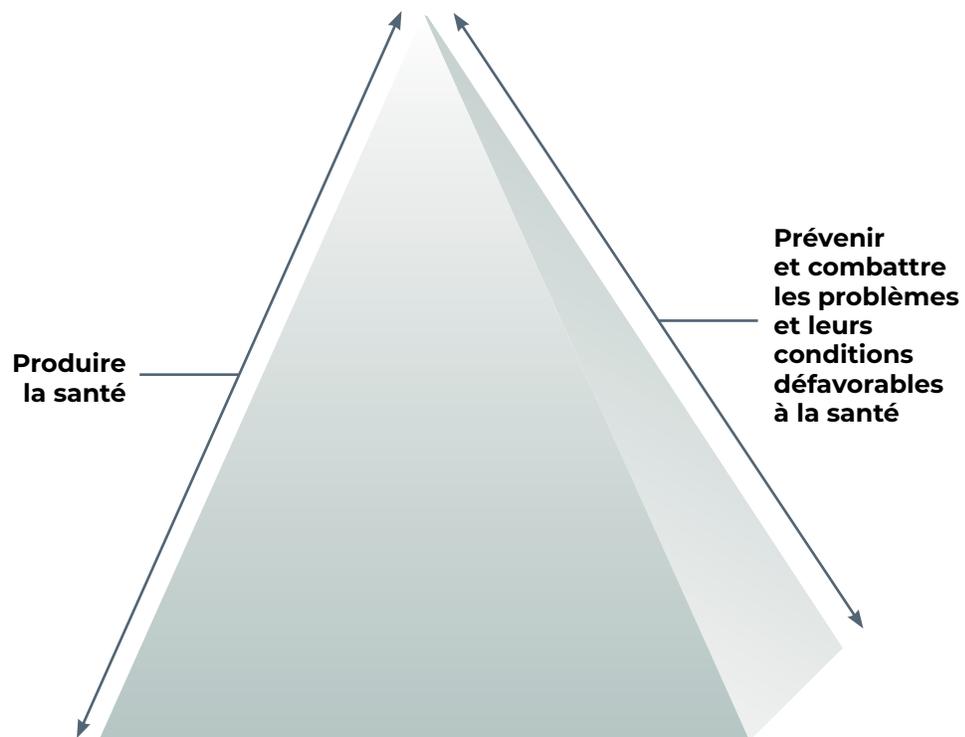
102. FOURMARIER, M. et JOVIC, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*, 2<sup>e</sup> édition. Éditeur: Association de recherche en soins infirmiers.

103. ROY, M. et O'NEIL, M. (2012). La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé.

Quelques exemples:

- Des activités de sensibilisation (saines habitudes de vie, mode de vie physiquement actif, prévention du déconditionnement physique, cognitif, mental et social, etc.);
- Des actions en amont des problèmes (VIACTIVE, téléaccès pour assurer la sécurité à domicile, etc.);
- La présentation des services offerts (kiosque d'information, conférence, appels téléphoniques ciblés, campagne d'information, etc.);
- La mise en place de politiques ou de règlements favorables à la santé;
- Le déploiement d'un plan d'action;
- La création d'environnements favorables à la santé (installation de bancs de parc, de lampadaires, implantation du programme de soutien à la démarche MADA, etc.);
- La création d'un groupe d'entraide;
- L'accès à des projets culturels;
- L'intégration ou le maintien des travailleurs expérimentés;
- Des projets de conciliation travail-retraite;
- Des activités intergénérationnelles.

**FIGURE 7**  
**PROMOTION DE LA SANTÉ**



## 6.4.2 LA PRÉVENTION : AGIR PRÉCOCEMENT ET EN VIGIE

La prévention présente une **logique d'intervention précoce** pour éviter l'apparition de potentiels problèmes ou pour les anticiper. Ainsi, repenser l'organisation des services, l'aménagement des milieux de vie et des infrastructures en créant des environnements accessibles, sécuritaires et favorables à un mode de vie sain soutient les personnes âgées dans la poursuite de leurs activités sociales. Cela contribue également à maintenir leur autonomie et leur santé le plus longtemps possible.

La prévention est également porteuse d'une **logique de repérage pour agir de façon proactive et préventive** telle une force de surveillance qui permet de déceler des difficultés le plus tôt possible et, ainsi, de se donner la possibilité d'agir en amont de l'apparition des problèmes, ou dès leurs débuts, pour éviter ou retarder leurs conséquences. Les personnes âgées sont repérées notamment parce qu'elles se sentent seules, qu'elles sont isolées socialement ou qu'elles sont fragiles ou vulnérables et que ces situations sont à risque de les amener à développer des pertes d'autonomie, associées ou non à des maladies.

À ce sujet, par intérêt à l'égard des personnes âgées et de manière volontaire, d'autres citoyens et des partenaires peuvent être formés pour reconnaître les besoins du public cible. Il est privilégié de créer et d'entretenir, au sein des communautés locales, un réseau de proximité pour l'entraide et la coopération entre les gens, ainsi qu'un réseau de partenaires mobilisés et outillés pour repérer les personnes âgées présentant des besoins. Évidemment, pour constituer ces réseaux, il est de la responsabilité des organismes de considérer l'intérêt des volontaires mais également de leurs antécédents pour assurer la sécurité, l'autonomie et la dignité des personnes âgées.

Faisant suite à un repérage réalisé par un « repérant<sup>104</sup> » formé (du réseau de proximité ou du réseau de partenaires), un lien pourrait par exemple être fait avec un travailleur de milieu du programme ITMAV afin de raffiner la cueillette d'informations, sinon auprès d'un guichet d'accès<sup>105</sup> de l'établissement du RSSS. Ce dernier pourrait être directement interpellé dans la situation où le « repérant » aurait un doute sur la sécurité de la personne âgée repérée ou s'il lui apparaît évident que des services devront être rendus par l'établissement du RSSS. Dans l'incertitude, le guichet d'accès demeure l'avenue à utiliser pour discriminer les situations en vue d'orienter les personnes âgées vers les bonnes structures et ressources. Peu importe où les besoins repérés sont acheminés, le suivi à assurer devrait se traduire par une organisation de services correspondant aux besoins pour préserver l'autonomie et la santé le plus longtemps possible. La prestation de services sera organisée et réalisée par des partenaires communautaires, privés et/ou publics.

Il existe plusieurs outils de repérage pour faire ressortir différents problèmes. Il est recommandé d'utiliser un outil validé scientifiquement et conçu pour le repérage. L'outil retenu doit être convenu entre les parties prenantes. De plus, comme le repérage induit un partage d'informations, des mécanismes efficaces de communication doivent être convenus et implantés entre les divers partenaires. Ils permettront ainsi un échange d'informations pertinentes, essentielles

104. Un « repérant » désigne une personne qui effectue le repérage d'une personne âgée en besoin.

105. Un guichet d'accès est lieu physique, virtuel ou téléphonique où converge un ensemble de demandes d'informations et de services, habituellement à connotation santé et services sociaux, mais non exclusivement. Après avoir accueilli les demandes, une analyse permet d'orienter et de référer vers le ou les services de la communauté les plus pertinents et habilités à répondre adéquatement aux besoins.

et respectueuses des règles de confidentialité en vigueur pour accéder aux services requis, et ce, en adéquation avec les besoins. Cette façon de faire vise à faciliter les communications entre de potentiels partenaires ou entre ceux déjà engagés.

### **Des conditions gagnantes :**

- Réaliser des activités de prévention en s'assurant que les personnes âgées sont parties prenantes;
- Convenir d'un outil validé pour réaliser le repérage;
- Mobiliser et former des personnes et des organisations de la communauté pour le repérage;
- Créer un lien de confiance entre la personne âgée et le travailleur de milieu du programme ITMAV afin que la personne âgée puisse plus facilement accepter d'éventuels services requis par sa condition;
- S'entendre sur les mécanismes de cheminement des repérages réalisés.

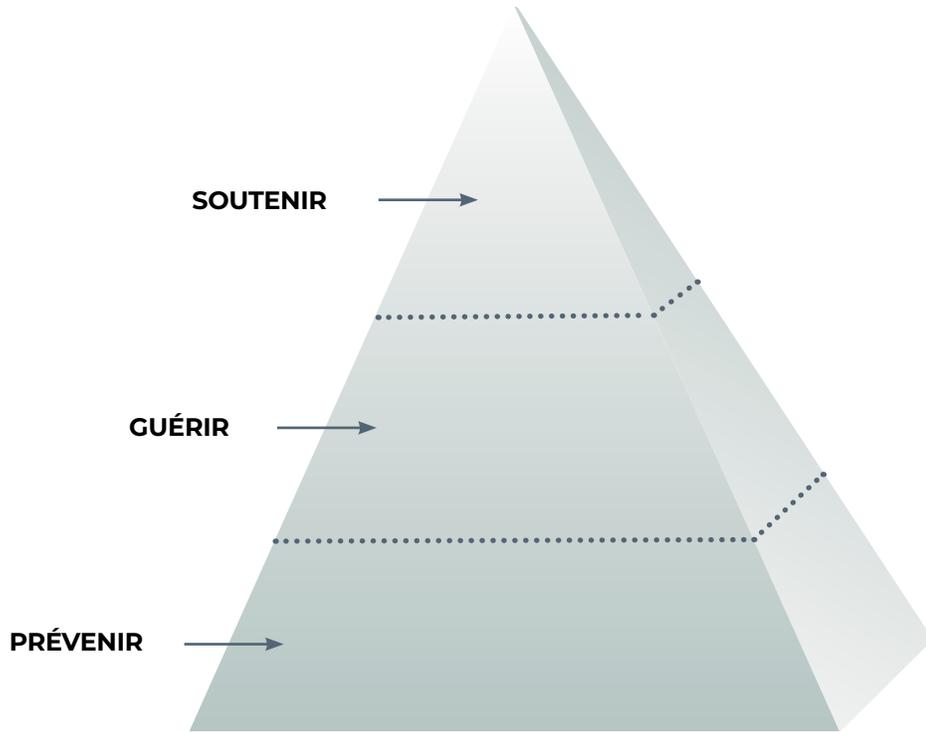
### **Les principaux défis :**

- Offrir sur une base régulière une formation sur le repérage et tenir des activités mobilisatrices pour maintenir l'intérêt et les compétences acquises;
- Encadrer les « repérants » et corriger les problèmes rencontrés à partir des points de vue des personnes âgées;
- Adapter les mécanismes de communication entre les organisations dans le respect des règles de confidentialité en vigueur pour assurer la continuité informationnelle.

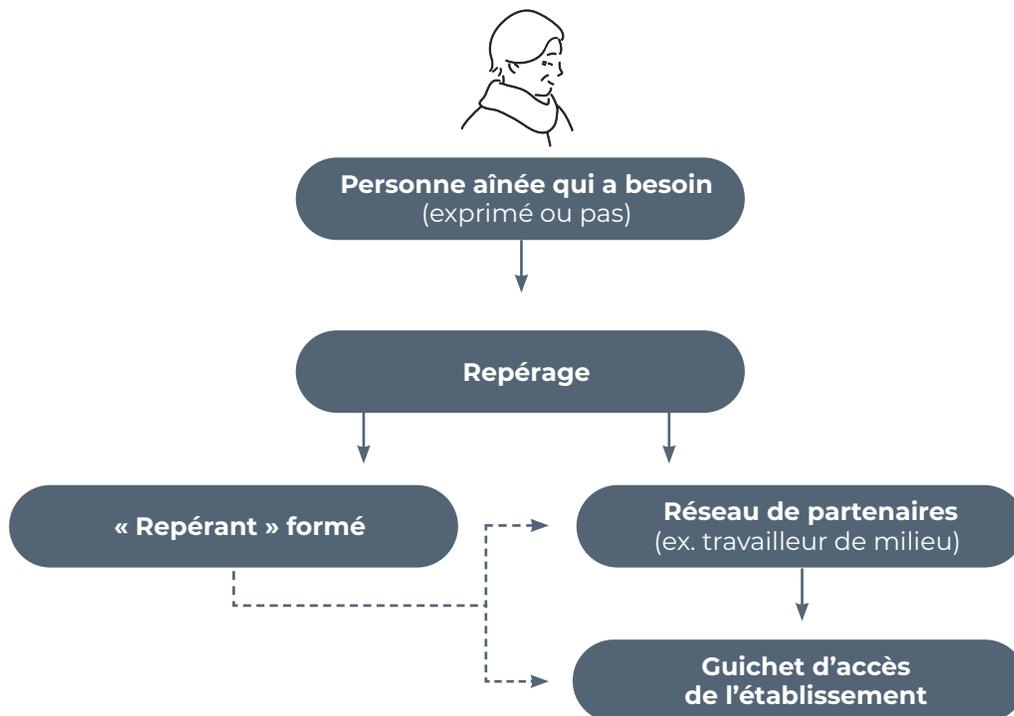
#### Quelques exemples:

- La sensibilisation, la mobilisation, la formation au repérage d'un grand nombre d'acteurs clés (bénévoles, coiffeurs, épiciers, voisins, livreurs de journaux, travailleurs dans les pharmacies, les municipalités, les entreprises d'économie sociale, les professionnels, etc.);
- Une formation reconnue portant sur un repérage ciblé;
- L'utilisation d'un outil de repérage reconnu, validé et pertinent pour la problématique ciblée avec le consentement de la personne âgée;
- L'éducation à la santé auprès de la personne et de son réseau de proximité;
- Le soutien psychologique, familial et social;
- Le repérage de besoins divers;
- Le recrutement et l'entretien d'un réseau de personnes aptes à repérer.

**FIGURE 8**  
**PRÉVENTION DANS UNE LOGIQUE D'INTERVENTION PRÉCOCE**



**FIGURE 9**  
**CHEMINEMENT TYPE ASSOCIÉ À LA PRÉVENTION DANS UNE LOGIQUE DE REPÉRAGE**



### 6.4.3 L'ATTRIBUTION DES BONS SERVICES : UNE QUESTION DE PERTINENCE ET D'EFFICIENCE

Des **actions écosystémiques peuvent être posées au bénéfice de la population âgée en général**. Les préoccupations seront entre autres liées à l'habitation, à la médiation sociale en milieu de vie collectif, à des activités de socialisation, à l'adaptation domiciliaire pour prévenir des chutes, à des adaptations pour intervenir auprès des personnes présentant des troubles cognitifs, etc.

D'autres **actions devront par ailleurs être davantage ciblées en fonction des besoins individuels** des personnes âgées. Pour que les parcours de services soient fluides et que la réponse aux besoins soit optimale à l'intérieur du continuum de services, le principe d'attribution de services en est un de pertinence et d'efficacité. Il correspond au choix du meilleur service à rendre pour répondre au besoin ciblé, au moment approprié, avec l'intensité requise, par l'organisation et l'intervenant appropriés. Ainsi, la personne âgée qui présente des besoins et qui est repérée par un travailleur de milieu, par son réseau de proximité ou par son réseau de partenaires doit **pouvoir accéder aux services requis par sa situation**, partout au sein de son RLS.

Une demande peut ainsi être accueillie par un partenaire de la communauté ou par un guichet d'accès de l'établissement du RSSS. L'analyse réalisée à partir des informations objectivées permet l'instauration ou l'ajustement de l'offre de services selon la situation qui prévaut, ainsi que dans le respect de la mission de chacun. Ce contexte fait en sorte que les services sont rendus par un ou des partenaires, par le RSSS ou par le RSSS avec la collaboration d'un ou des partenaires. Une coordination de services s'avère nécessaire pour assurer la fluidité dans les parcours de services. Le but est de s'assurer que ce qui a été planifié et convenu entre la personne âgée et les prestataires de services s'actualise pour répondre justement aux besoins. Une telle façon de faire s'inscrit en cohérence avec l'esprit d'un réseau intégré de services.

#### **Des conditions gagnantes :**

- Rendre disponible l'expertise et la partager;
- Former et outiller les intervenants pour orienter les personnes âgées vers les bons services;
- Affecter les bonnes ressources pour répondre adéquatement aux besoins, partout dans le continuum de services;
- Prévoir des moments d'échanges sur les pratiques;
- Convenir des outils à utiliser pour faciliter le référencement;
- Créer des liens étroits entre les partenaires (rapprochement) pour favoriser, entre autres, une bonne connaissance du milieu et des services que chacun rend en vue de faciliter la référence à la ou aux ressources les plus appropriées;
- Adopter des mécanismes de référence clairs entre les partenaires.

#### **Les principaux défis :**

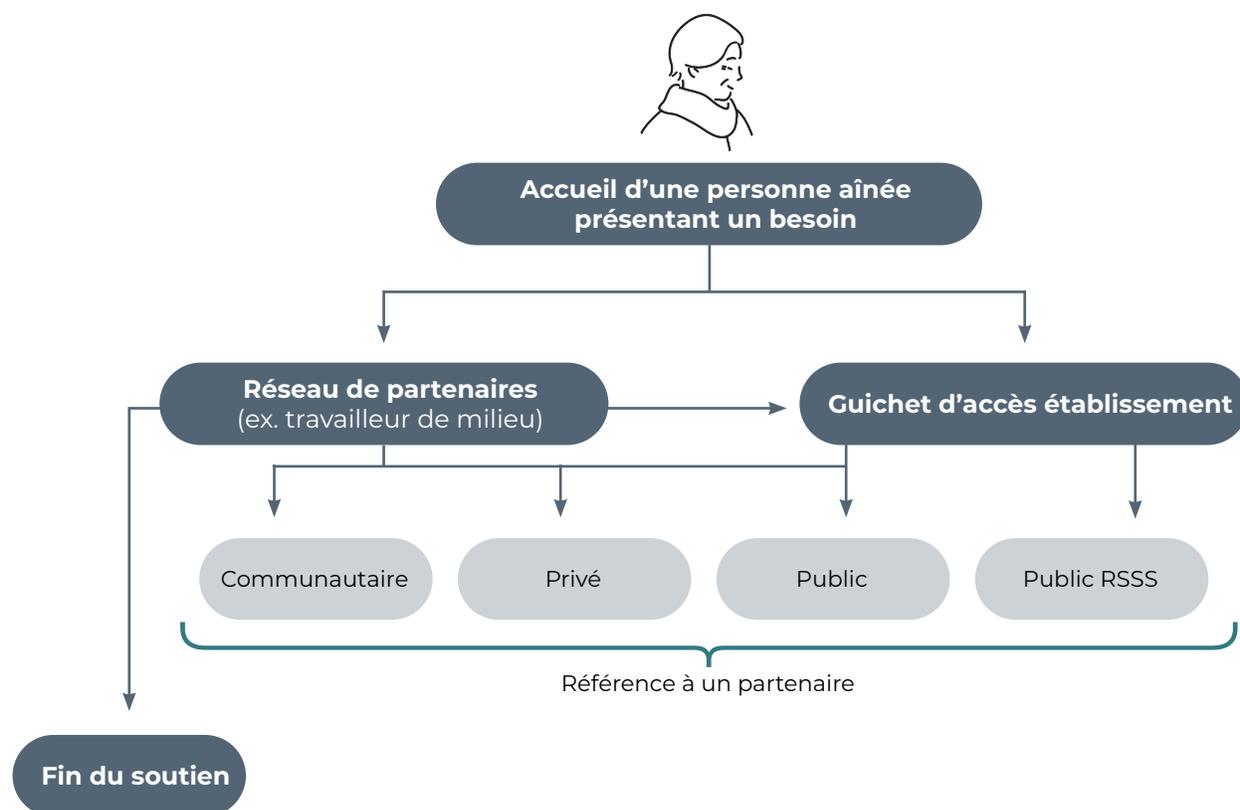
- Convenir de mécanismes de référencement les plus simples possibles et respectueux des règles de confidentialité en vigueur de chaque partenaire;
- Prévoir des mécanismes pour éviter un engorgement lors de périodes où le volume de repérages positifs pourrait être plus important;

- Mettre en place des mécanismes de collaboration et de concertation pour ne pas dupliquer des services et s'assurer que les parcours de services sont exempts de lacunes ou de carences de services au sein de toute la communauté;
- Composer avec la rareté des ressources.

Quelques exemples:

- Des outils objectifs de priorisation;
- L'identification des besoins prioritaires non comblés;
- L'analyse des besoins;
- L'évaluation et la réévaluation des besoins, des situations;
- La dispensation des services: utilisation des meilleurs outils, des meilleures stratégies d'intervention, des meilleurs standards de services;
- L'orientation et la référence selon ce qui est requis;
- Le soutien à la personne aînée et à son réseau de proximité;
- Un arrimage et une coordination des services entre les différents partenaires.

**FIGURE 10**  
**CHEMINEMENT ASSOCIÉ À L'ATTRIBUTION DES SERVICES**



## 6.4.4 L'ACCOMPAGNEMENT À TRAVERS LES PARCOURS DE SERVICES : UN SOUTIEN

La condition de certaines personnes âgées nécessite, pour différents motifs, qu'elles soient assistées dans leur demande d'aide ou pour faciliter leur accès aux services. Pour les personnes âgées dans cette situation, un travailleur de milieu du programme ITMAV pourra, par exemple, réaliser cet accompagnement, après avoir créé un lien de confiance. L'objectif est de s'assurer que le niveau de confiance est suffisamment fort pour que la personne âgée en vienne à accepter de façon éclairée, sans crainte et en tout respect de ses capacités et préférences, les services dont elle a besoin. Selon le contexte et les conditions qui prévalent, si la personne âgée présente des difficultés à consentir ou de compréhension, les stratégies devront être ajustées pour s'assurer d'agir dans son meilleur intérêt. Cette façon de faire valorise la personne âgée et lui redonne son pouvoir d'agir<sup>106</sup>. Une fois les services en place, le relais dans l'accompagnement aux services sera repris par les intervenants qui rendent les services, une fois ceux-ci instaurés.

### **Des conditions gagnantes :**

- Avoir un « contrat moral » clair entre la personne âgée et la personne ou l'organisme qui la soutient, par exemple, un travailleur de milieu du programme ITMAV, afin que celui-ci puisse jouer pleinement son rôle;
- Convenir entre les partenaires des procédures simples faisant en sorte que l'accompagnement puisse se conclure par un accès facilité et fluide aux services requis.

### **Les principaux défis :**

- Accorder de la crédibilité à l'information recueillie par le réseau des partenaires;
- Respecter les responsabilités et le rôle ponctuel du réseau des partenaires.

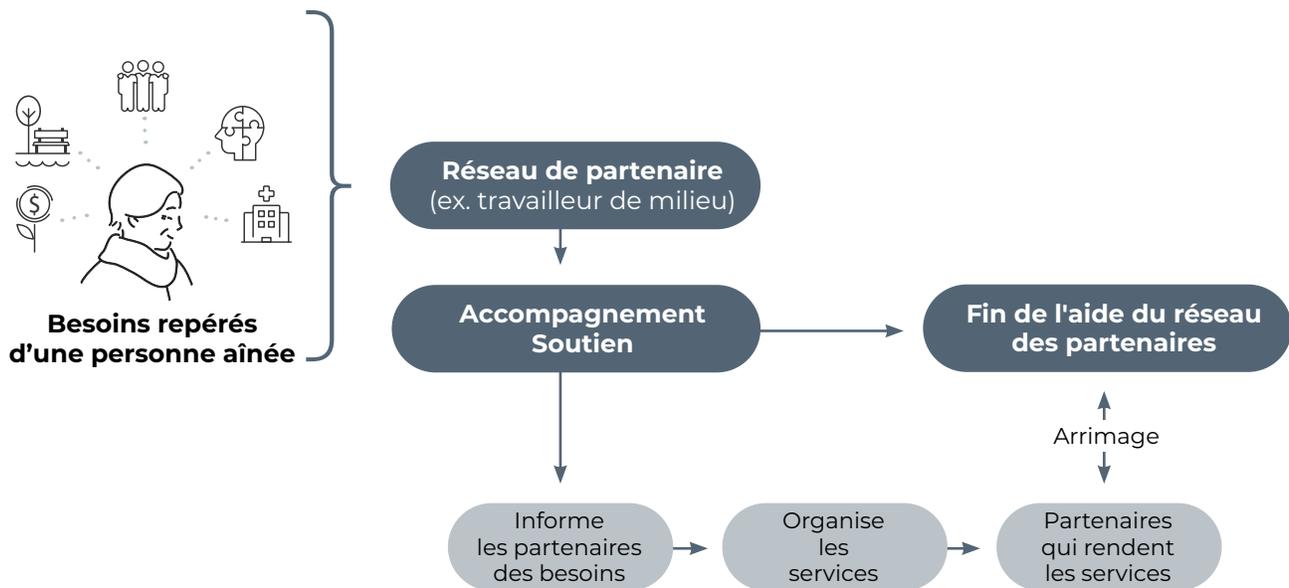
Quelques exemples:

- Un accompagnement de la personne âgée et de ses proches vers les services ou ressources appropriés;
- Un soutien dans la navigation à travers les différents services offerts par les partenaires de la communauté;
- Une représentation de la personne âgée selon les besoins;
- La vulgarisation des informations;
- Un réseautage.

---

106. Réseau FADOQ (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement. Une trousse d'accompagnement*. <https://www.fadoq.ca/wp-content/uploads/2017/12/trousse-daccompagnement.pdf>.

**FIGURE 11**  
**ACCOMPAGNEMENT D'UNE PERSONNE AÎNÉE**



## 6.5 L'ÉVALUATION DU CONTINUUM DE SERVICES : DES RÉSULTATS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

L'évaluation est une démarche nécessaire pour apprécier des résultats permettant de dégager des pistes d'ajustement, voire de correction. La recherche ou la poursuite de l'efficacité s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services à travers tout le continuum de services. Des effets sur l'état de santé et de bien-être de la population âgée sont ainsi appréciés. Les suivis réalisés à la suite des constats dégagés lors de l'évaluation visent à assurer la pérennité de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*.

C'est à partir d'outils qu'une appréciation peut être réalisée. Cette évaluation passe par la détermination et l'analyse d'indicateurs colligés dans un tableau de bord. Depuis le début de ce cadre de référence, on insiste sur l'importance de travailler *ensemble* pour réaliser la mise en pratique de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Par conséquent, ces outils doivent être convenus et décidés par l'ensemble des parties prenantes de la communauté.

Élaborés et sélectionnés avec rigueur, la qualité des indicateurs prime sur leur quantité. Ils devraient être retenus en fonction de la finalité de ce qui doit être apprécié. Pour appuyer le choix d'un indicateur en particulier, la communauté doit s'assurer de pouvoir compter sur des données:

- Pertinentes (appropriées);
- Valides (conformes, exactes);
- Accessibles;
- Fiables (crédibles, fidèles).

De plus, la façon dont l'indicateur est formulé est importante pour assurer son objectivité et avoir la capacité d'utiliser les informations associées. La méthode mnémotechnique SMART<sup>107</sup> peut soutenir cet exercice :

- Spécifiques;
- Mesurables;
- Acceptables ou Atteignables orientées vers l'Action;
- Réalistes;
- Temporelles.

Regroupant tous les indicateurs retenus par l'ensemble des parties prenantes, un tableau de bord est partagé entre les parties prenantes et accessible en temps réel. Son utilité est de faciliter l'analyse et l'interprétation des informations qui y sont colligées dans le but d'envisager des solutions pour répondre aux doublons de même qu'aux lacunes ou carences de services documentées. Leur impact sur le continuum de services influence la santé et le bien-être des personnes âgées. Il existe une panoplie de gabarits de tableaux de bord. Le choix est laissé à la discrétion des RLS en fonction de ce qui convient et répond le mieux à leurs besoins communs et concertés.

Une **lecture spécifique** axée sur des indicateurs en particulier permet d'identifier des forces et/ou des difficultés en lien avec les déterminants de la santé. L'action principale relève possiblement de partenaires différents ou d'une combinaison de partenaires intervenant dans différents secteurs (environnement physique, social, économique ou du RSSS) au sein du continuum de services. L'analyse des données peut mener à des ajustements plus ciblés dans des domaines particuliers et/ou en concertation avec un ensemble de partenaires.

Une **lecture globale** des informations disponibles permet, quant à elle, de mesurer l'effet de la mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* sur la santé et le bien-être de la population âgée. Le résultat est représentatif des effets de l'action concertée entre les parties prenantes. Les constats s'y dégageant permettront d'intervenir auprès des instances concernées pour mesurer la satisfaction des personnes âgées. Ils pourront également contribuer à consolider, voire pérenniser des pratiques porteuses ou prometteuses alors que d'autres nécessiteront des ajustements ou des correctifs pour assurer la fluidité du continuum de services et éviter des doublons, des lacunes ou des carences de services en agissant sur les déterminants de la santé concernés.

### **Des conditions gagnantes :**

- Identifier conjointement des améliorations requises et voir comment les organisations pourraient faire les ajustements nécessaires;
- Légitimer une personne responsable de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* au sein de l'établissement du RSSS et relevant de la haute direction pour que des liens puissent être faits avec ses vis-à-vis dans les organisations de la communauté;
- Établir une définition concertée des indicateurs de résultats et des mécanismes de suivi.

---

107. TRUPHÈME, Stéphane, GASTAUD, Philippe, «Outil 3. La définition des objectifs: la matrice SMART», dans: *La boîte à outils du Marketing digital*, sous la direction de TRUPHÈME, Stéphane, GASTAUD, Philippe. Paris, Dunod (2020). «BàO La Boîte à Outils», p. 18-21. URL: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-marketing-digital--9782100805969-page-18.htm>.

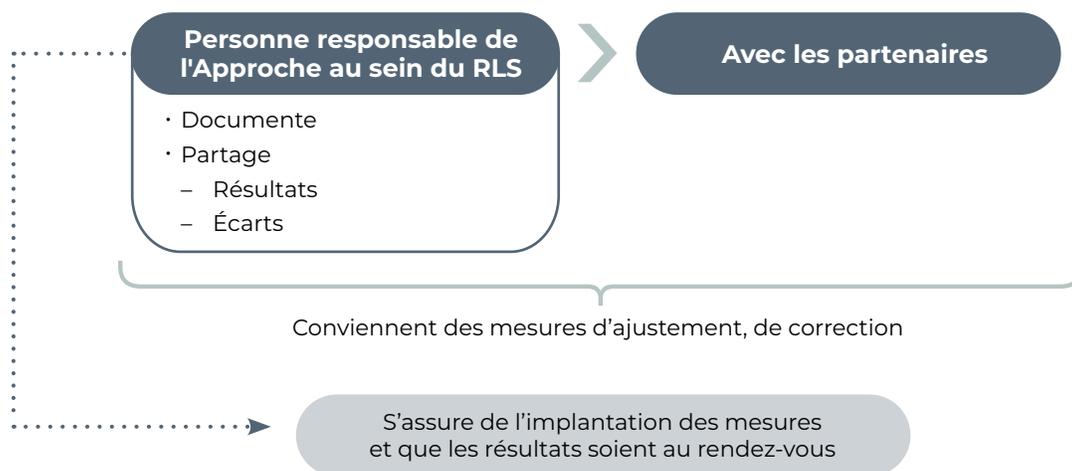
### Les principaux défis :

- Gérer le changement de manière concertée;
- Déterminer les bons indicateurs pour être en mesure d'apprécier les difficultés et les effets de la mise en pratique de l'*approche intégrée de proximité des personnes âgées*;
- Assurer un suivi rigoureux de l'évaluation et des résultats de l'évaluation, puis convenir des échéanciers pour réaliser les ajustements.

Quelques exemples:

- Des indicateurs de résultats communs;
- Un tableau de bord partagé;
- Une personne responsable de l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* qui joue son rôle en s'assurant que des actions sont prises lorsque des écarts sont constatés pour atteindre les cibles convenues;
- L'appréciation exprimée en termes de résultats de santé et de bien-être.

**FIGURE 12**  
**PROCESSUS D'ÉVALUATION**



# TROISIÈME PARTIE : LES MODALITÉS

Cette troisième partie traite des moyens envisagés pour soutenir un déploiement le plus favorable et le plus harmonieux possible, en cohérence avec les orientations ministérielles préalablement présentées.

## 7. LA GOUVERNANCE

Comme mentionné, la responsabilité de préserver et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées a été confiée au RССS. Le leadership partagé et induit par la responsabilité populationnelle implique une mobilisation des personnes âgées, des citoyens et des partenaires locaux dont la voix est essentielle pour organiser les services en continuum afin d'atteindre *ensemble* cette finalité.

Le changement qu'apporte l'*approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* engendre une évolution dans les structures de gouvernance des partenaires. Il vise à leur permettre de mieux travailler ensemble à travers des ajustements aux façons de collaborer et de se concerter. La transversalité recherchée pour assurer la continuité des services et des communications s'accompagne d'une transformation sur le plan des modalités et des outils de gestion. Elle conduit les partenaires à développer l'argumentaire et leur permet de disposer des informations nécessaires à une prise de décision éclairée, en vue d'allouer ou d'affecter les ressources appropriées en adéquation aux besoins populationnels relatifs aux aînés, partout dans la communauté locale.

Les liens de confiance entre les parties prenantes, le partage d'information et la dynamique de concertation au sein de la communauté renforcent leur capacité d'agir. *Ensemble*, ils deviennent les acteurs privilégiés pour planifier, mettre en œuvre, évaluer et faire évoluer les pratiques. Cette façon de faire tient davantage compte des particularités de la communauté. Il s'agit d'un avantage contributif et significatif pour améliorer de façon continue les pratiques<sup>108</sup> et leur qualité en tenant compte de leurs attentes et de leurs réalités spécifiques. Ce processus de coopération volontaire, d'entraide et d'édification des liens sociaux influence les conditions de vie sociales, culturelles, économiques et environnementales<sup>109</sup>.

Le leadership partagé entre les parties prenantes de la communauté contribue à consolider les structures et les processus formels de coordination entre elles. La coordination assurée par un établissement du RССS vise simultanément les niveaux stratégique, tactique et opérationnel des différentes organisations :

108. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015-2025). *Programme national de santé publique. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.

109. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082\\_SanteCommunautes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf).

- Le **leadership stratégique** fait référence à la promotion de la vision, au maintien de la confiance entre les parties prenantes et à la création d'environnements favorables au maintien de la mobilisation dans le temps;
- Le **leadership tactique** s'assure de la présence des conditions nécessaires pour rendre le changement réalisable. Il garantit la cohérence des actions avec la vision tout en préservant des liens d'influence réciproques entre les niveaux stratégique et opérationnel;
- Le **leadership opérationnel** réalise la mise en pratique et les changements. Il identifie les obstacles et les pistes d'amélioration en s'assurant que les solutions mises de l'avant sont adaptées à la réalité locale, qu'elles ont l'effet escompté sur le continuum de services ainsi que sur la préservation et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population aînée.

La concertation s'opérationnalise d'abord en prenant appui sur des échanges d'un même niveau de leadership, à partir de réalités et d'enjeux associés à un même niveau de gouverne. Ces échanges permettent un développement et un raffinement par niveau de leadership. Ils se réalisent également à travers la synergie qui relie les niveaux stratégique, tactique et opérationnel. Ces communications continues permettent l'échange d'information entre les niveaux de gouverne et entre les parties prenantes. Elles permettent également l'arrimage des visions, lesquelles évoluent dans le temps et contribuent au développement d'une communauté.

En somme, l'esprit de la gouverne se réalise à travers une dynamique de coconstruction en œuvrant *ensemble (avec, par et pour les personnes aînées)*, partout dans la communauté locale. En mettant à profit les forces vives des communautés locales et les opportunités qu'elles offrent, il s'en dégage l'identification ainsi que la mise en place de solutions pérennes et adaptées aux besoins des personnes aînées, pour assurer un continuum de services fluide. La qualité du continuum vient directement influencer la santé et le bien-être des personnes aînées.

## 8. LES RÔLES ET LES RESPONSABILITÉS

L'**implication** différente mais complémentaire et indispensable des parties prenantes marque la dynamique de la gouvernance. Conséquemment, des rôles et des responsabilités sont associés à leur niveau d'influence. Le but de la présente section n'est pas d'en dresser une liste exhaustive, mais de faire ressortir essentiellement ce qui les unit et ce qui les distingue en termes de contribution dans *l'approche intégrée de proximité pour les personnes aînées*.

### 8.1 LES PERSONNES AÎNÉES COMME PUBLIC CIBLE

Expertes de leur vécu, les personnes aînées sont mobilisées dans l'identification de leurs besoins et dans toutes les activités les concernant. Elles s'assurent que les services leur étant destinés sont offerts et rendus en cohérence avec ce qu'elles acceptent et qu'il s'agit d'un choix éclairé.

Les personnes âgées ont notamment les responsabilités suivantes<sup>110</sup>:

- Elles agissent pour bénéficier d'une santé, d'une autonomie fonctionnelle et d'un bien-être optimal;
- Elles contribuent à la société en fonction de leurs aspirations et projets de vie;
- Elles se font respecter dans leur dignité et leur différence.

## 8.2 LE RÉSEAU DE PROXIMITÉ DES PERSONNES ÂGÉES

L'entourage des personnes âgées, soit les personnes ou les organisations qui composent leur réseau de proximité, a le privilège d'avoir un lien particulier avec ces dernières. Cette situation les rend donc plus aptes à détecter des changements dans leur situation. Le réseau de proximité a entre autres les responsabilités suivantes:

- Il soutient la personne âgée dans la réponse à ses besoins;
- Il identifie ce qui lui apparaît différent et préoccupant à partir de conditions de référence de la personne âgée qu'il côtoie;
- Il communique les changements observés dès qu'ils sont constatés, afin qu'ils soient objectivés. À cet effet, différentes possibilités s'offrent à lui selon le contexte. Un travailleur de milieu du programme ITMAV peut être mis à contribution de même qu'une organisation de la communauté (communautaire, privée ou publique) susceptible de répondre à la situation qui se présente.

## 8.3 LE RÉSEAU DE PARTENAIRES

Tous les partenaires communautaires, privés et publics collaborent et se concertent pour éliminer les doublons, corriger des lacunes et des bris de services dans l'optique d'agir précocement et préventivement pour implanter un continuum de services fluide. Le rôle de chacun des partenaires est essentiel et d'égale importance. Ils se complètent.

Bien que les établissements fassent partie du réseau de partenaires, des attentes particulières les concernent. Elles sont en lien avec la responsabilité populationnelle qui leur est confiée par la LSSSS. De plus, compte tenu du rôle des travailleurs de milieu du programme ITMAV dans le cadre de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*, des précisions sont de mise.

Voici les informations à ce sujet:

---

110. DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2022). *Modèle logique de la communauté bienveillante* – RSL Jeanne-Mance.

### 8.3.1 LES ÉTABLISSEMENTS DU RSSS

Ils<sup>111</sup> assurent l'accessibilité ainsi que la continuité des services sécuritaires et respectueux des droits des personnes de leur territoire (utilisatrices ou pas de leurs services). La responsabilité populationnelle qui est dévolue à l'établissement fait en sorte qu'il partage son leadership en suscitant, animant et soutenant les collaborations et partenariats avec les autres parties prenantes pour assurer un vieillissement actif, un réseau local de services intégrés et un soutien dans la communauté. Les établissements ont notamment les responsabilités suivantes:

- Ils s'assurent de la participation de la population à la gestion du RSSS;
- Ils planifient et coordonnent les services à offrir à la population de leur territoire selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales;
- Ils assurent la prise en charge de l'ensemble de la population de leur territoire, notamment les clientèles les plus vulnérables;
- Ils établissent des corridors de services et concluent des ententes avec les partenaires de leur RTS;
- Ils assurent le développement et le bon fonctionnement des RLS de leur territoire.

Au sein des établissements, une imputabilité est attribuée à une personne désignée comme responsable de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. Elle est notamment garante de ce qui suit:

- Elle s'assure du déploiement des cinq composantes dans les RLS, de façon pérenne et en cohérence avec les orientations ministérielles;
- Elle s'assure que les dynamiques locales donnent des résultats en termes de préservation et d'amélioration de la santé et du bien-être de la population âgée en passant par des ajustements au continuum de services et en agissant sur les déterminants de la santé avec les parties prenantes.

Les directions régionales de santé publique ont, quant à elles, un rôle particulier pour les fonctions de promotion, de prévention, de protection et de surveillance de toute la population. Leurs actions et offres de services en promotion de la santé sont directement liées aux stratégies de la Charte d'Ottawa, avec une approche populationnelle et un souci pour les inégalités sociales dans l'esprit d'un universalisme proportionné. Pour ce faire, leurs collaborations et partenariats sont non seulement intra-RSSS avec d'autres directions cliniques, mais surtout hors-RSSS avec les municipalités, les partenaires de la communauté, la société civile, etc.

### 8.3.2 L'ORGANISME HÔTE RESPONSABLE DU PROGRAMME ITMAV

Confiée à un organisme à but non lucratif du milieu ayant développé une expertise relative à la population âgée, la gestion de ce programme vise à rendre accessible un travailleur de milieu pour rejoindre et soutenir les personnes âgées en situation de vulnérabilité ou à risque de fragilisation. Ce travailleur de milieu est une personne de confiance et de référence pour les personnes âgées. Il joue un rôle clé dans le milieu. Les responsabilités de l'organisme visent à s'assurer que le travailleur de milieu remplit notamment les fonctions suivantes:

---

111. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Système de santé et de services sociaux, en bref*.

- Il développe une approche préventive afin d'identifier précocement et de prévenir différents problèmes (isolement, abus, violence, négligence, maltraitance, perte d'autonomie, etc.);
- Il repère les personnes âgées en situation de vulnérabilité ou à risque de fragilisation;
- Il vulgarise les services et accompagne (si nécessaire) les personnes âgées dans la recherche de solutions aux problématiques rencontrées;
- Il valorise leurs capacités d'agir et de faire, puis les encourage à participer activement à la vie sociale de leur communauté;
- Il contribue à l'amélioration de leur bien-être et à l'actualisation de leur autonomie;
- Il oriente les personnes âgées repérées vers les bons services ou activités, en collaboration avec les ressources de la communauté, afin qu'elles puissent recevoir les services requis par leur condition;
- Il favorise leur connexion ou reconnexion avec les ressources pertinentes de leur communauté.

L'accompagnement qu'il réalise est de courte durée, le temps que les services requis par la personne âgée s'instaurent. Par la suite, ce travailleur de milieu peut mettre fin à cet épisode de services pour se consacrer à soutenir d'autres personnes âgées présentant des besoins.

Lié à ce programme, l'organisme hôte assure le recrutement, l'encadrement du ou des travailleur de milieu et la mise en pratique des principes enseignés lors de la formation, laquelle est rendue disponible par une organisation experte. Ces mécanismes visent à assurer une sécurité et une qualité de repérage.

## 8.4 ENSEMBLE, LES PERSONNES ÂGÉES CITOYENNES, LEUR RÉSEAU DE PROXIMITÉ ET LE RÉSEAU DE PARTENAIRES D'UNE COMMUNAUTÉ LOCALE

Les personnes âgées contribuent, comme les autres citoyens ainsi que les partenaires communautaires, privés et publics, au développement de leur communauté. Conjointement, ces personnes et ces organisations s'assurent que tout est mis en œuvre pour agir précocement et préventivement en amont des problèmes pour offrir et pour rendre des services selon un continuum. Les membres de la communauté locale portent les intérêts des personnes âgées<sup>112</sup>:

- Ensemble, ils renforcent l'action sur les déterminants de la santé;
- Ensemble, ils encouragent les personnes âgées à prendre part aux décisions qui les concernent;
- Ensemble, ils font évoluer les environnements bâtis et sociaux afin qu'ils soient plus inclusifs, stimulants et sécuritaires;
- Ensemble, ils font la promotion de saines habitudes de vie et posent des gestes pour préserver la santé des personnes âgées;
- Ensemble, ils sont outillés pour repérer des situations qui exposent les personnes âgées à une plus grande précarité;

112. DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2022). *Modèle logique de la communauté bienveillante* – RSL Jeanne-Mance.

- Ensemble, ils soutiennent les personnes âgées qui présentent des besoins dans leur adaptation au vieillissement;
- Ensemble, ils accompagnent les personnes âgées pour qu'elles puissent accéder à des services;
- Ensemble, ils influencent les pratiques qui façonnent les services et définissent une offre de services intégrée, de proximité et de qualité qui répond aux besoins évolutifs de la population âgée;
- Ensemble, ils assurent les suivis requis et l'amélioration continue des arrimages, du réseautage et des services dans une perspective d'imputabilité par rapport à la santé et au bien-être des personnes âgées;
- *Ensemble (avec, par et pour les personnes âgées), ils font une différence là où ça compte pour la santé et le bien-être des personnes âgées.*

## 9. DES MESURES CONCRÈTES DE SOUTIEN

Des personnes ou des organisations reconnues pour leur expertise ont un regard externe face aux enjeux vécus sur le terrain. Leur objectivité permet de proposer et de soumettre des mesures structurantes d'encadrement ou de référence ayant pour effet d'apporter un soutien aux parties prenantes ou de servir de leviers, selon les circonstances. Le MSSS a prévu différentes mesures afin d'assurer une gestion efficace de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* puisqu'il s'agit d'un important changement.

Les mesures mentionnées ci-après ne constituent pas une liste exhaustive, mais les principaux moyens envisagés.

### **L'appropriation des orientations**

Le MSSS prévoit un investissement en soutien aux RLS pour des activités permettant de s'approprier les orientations de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*.

### **L'accompagnement dans le changement**

L'envergure du changement à réaliser pourrait nécessiter différentes formes d'accompagnement pour réviser des processus, analyser des données, gérer le changement, accompagner des équipes, etc. Des mécanismes pourront être mis de l'avant selon les contextes qui se présenteront lors du déploiement.

## **Des activités de recherche, d'évaluation et d'innovation**

La recherche vise à bonifier les connaissances sur le déploiement et à soutenir la mise en pratique de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* dans les RLS. L'évaluation des résultats permettra d'apprécier l'impact de son déploiement sur les personnes âgées et les territoires l'ayant appliquée. De plus, la recension de pratiques prometteuses et des nouvelles tendances permettra de faire évoluer *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*.

## **Un transfert de connaissances**

L'instauration et l'animation en continu de communautés de pratique avec les différents chercheurs et intervenants œuvrant au sein de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* permettront le transfert de connaissances (information sur des données de recherche, partage d'expériences, etc.). Des experts pourront également aider à la production d'avis ponctuels sur les questions et enjeux soulevés de même que sur les contenus en lien avec *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*.

# CONCLUSION

La courbe démographique de la population âgée est en forte croissance au Québec. Combinée aux facteurs qui influencent leur santé et leur bien-être ainsi qu'aux différents constats concluant à la nécessité d'interpeller les personnes âgées, de les accompagner, de leur offrir et de leur rendre des services, la situation commande une multitude d'adaptations coordonnées. Anticiper les besoins des personnes âgées et y répondre le plus justement possible, réfléchir autrement et agir différemment pour œuvrer *avec, par et pour les personnes âgées* est une nécessité pour notre société.

Les politiques gouvernementales s'adressant aux personnes âgées ou exerçant une influence sur leur vie ainsi que tous les services d'une communauté locale sont concernés par la situation qui prévaut. *L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* convie toutes les parties prenantes à unir leurs forces pour s'adapter à ces réalités évolutives. La pierre que chacun pose pour coconstruire cette façon renouvelée d'agir sur les déterminants de la santé contribue à ce que les efforts convergent vers la finalité attendue. Influencer positivement la santé et le bien-être de la population âgée nécessite des efforts concertés pour qu'elle puisse s'épanouir, être active et autonome le plus longtemps possible et, ainsi, continuer à participer et contribuer à la société.

Travailler ensemble, en amont des problèmes, comporte son lot de défis. Cela prend cependant appui sur des fondements dont on ne peut nier la puissance. L'un des piliers importants est sans aucun doute une communauté locale bientraitante, investie, fière, solidaire et responsable à l'endroit de la population âgée de son territoire.

Dans les premiers balbutiements de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*, le Québec de demain était envisagé comme une possibilité. Après avoir défini les orientations ministérielles et documenté des moyens pour soutenir sa mise en pratique, cette possibilité est devenue une opportunité à notre portée qui permet d'envisager le vieillissement comme une force vive au cœur de la société québécoise. Il s'agit d'un grand changement à opérer, un changement réfléchi autant dans sa finalité que dans son parcours pour y arriver. Tout n'est pas défini afin de laisser place à la créativité locale et aux innovations qui pourraient surprendre. Ce défi est à la hauteur de ce que le peuple québécois peut relever en tout respect pour ses bâtisseurs, la population âgée, sachant que les efforts concertés apportent des possibilités quasi à l'infini.



« Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait. »

Mark Twain

# BIBLIOGRAPHIE

- Adaptation du graphique du Canadian Institute for Advanced Research, cité dans The standing senate committee on social affairs, science and technology. *The Health of Canadians – The Federal Role*, 2001, vol 1, p. 81.
- BUREAU, G., CARDINAL L., CÔTÉ, M., GAGNON, É., MAURICE A., PAQUET, S., ROSE-MALTAIS, J. et TOURIGNY, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement: Une trousse d'accompagnement*, Québec, FADOQ-Régions de Québec et de Chaudière-Appalaches (FADOQ-RQCA).
- FAUBERT, C. (2020). *Fostering Community Mobilization, Capacity, and Ownership of a Community-University Initiative: An Intermediary Change Agent's Perspective*, thèse de doctorat, Ottawa, Université d'Ottawa, 2008; MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés, 2<sup>e</sup> édition et sa boîte à outils*.
- CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC (2008). Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval. *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé: Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU CENTRE-SUD-DE-L'ÎLE-DE-MONTRÉAL (2022). LEBEL, P. *Modèle logique de la communauté bienveillante RSL Jeanne-Mance*. Présentation PowerPoint.
- CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS, REVUE EXPLORATOIRE DE LA LITTÉRATURE: *l'isolement social des aînés, 2013-2014* [en ligne], Ottawa, Gouvernement du Canada, 2014 [cité le 21 mai 2020]. <https://central.bac-lac.gc.ca/item?id=Em12-7-2014-fra&op=pdf&app=Library>.
- CONSEIL NATIONAL DES AÎNÉS. *Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014* [en ligne], Ottawa, Gouvernement du Canada, 2014 [cité le 21 mai 2020]. [http://publications.gc.ca/collections/collection\\_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf](http://publications.gc.ca/collections/collection_2015/edsc-esdc/Em12-6-2014-fra.pdf).
- DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA CAPITALE-NATIONALE, INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC, CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC ET INSTITUT SUR LE VIEILLISSEMENT ET LA PARTICIPATION SOCIALE DES AÎNÉS DE L'UNIVERSITÉ (2007). *La participation sociale, défi des sociétés vieillissantes. Consultation publique sur les conditions de vie des aînés, septembre*. [En ligne] [http://www.ivpsa.ulaval.ca/Upload/fil\\_16.pdf?1190138218793](http://www.ivpsa.ulaval.ca/Upload/fil_16.pdf?1190138218793). (Consulté le 22 mars 2012).
- DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL (2022). *Modèle logique de la communauté bienveillante – RSL Jeanne-Mance*.
- FOURMARIER, M. et JOVIC, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*, 2<sup>e</sup> édition. Éditeur: Association de recherche en soins infirmiers.
- Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (2<sup>e</sup> édition) et Institut national de santé publique (2022). *Environnement bâti*.

- HERVÉ, M., KOSTER, R., DUCLOS, A., BÉLAND, F., DUCHÊNE, J. (2022). *Fragilité, vulnérabilité et ressorts de santé des personnes âgées. Points communs, différences et perspectives opérationnelles*, p. 135-165. <https://doi.org/10.4000/popvuln.1645>. World Health Organization, *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2012). *Zoom santé, Vieillir en santé au Québec: portrait de la santé des aînés vivant à domicile en 2009-2010. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/no-34-vieillir-en-sante-au-quebec-portrait-de-la-sante-des-aines-vivant-a-domicile-en-2009-2010-serie-enquete-sur-la-sante-dans-les-collectivites-canadiennes.pdf>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2013). *Santé. Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-limitations-activites-maladies-chroniques-vieillissement-methodologie-et-description-population-visee-volume-1.pdf>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2019). *Démographie. Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2020). *Le bilan démographique du Québec – Édition 2020, 1*, Québec, 120 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2020.pdf>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2021). *Le bilan démographique du Québec – Édition 2021, 1*, Québec, 120 p. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>.
- INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Mise à jour 2021 des perspectives démographiques du Québec et des régions, 2020-2066. Bulletin sociodémographique, juin 2021, (vol. 25, n° 5)*.
- INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, (vol. 11, n° 01), Gouvernement du Québec.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE (2014). *Déjà 10 ans, c'est le temps d'un bilan*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/documentation-publication/publications-1-inspq>.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *Responsabilité populationnelle. Unissons nos forces pour l'amélioration de la santé et du bien-être de notre population!*
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2016). *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082\\_SanteCommunautes.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/082_SanteCommunautes.pdf).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Analyser les interventions: quelles sont les forces et les limites des interventions actuelles?*
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2022). *Déterminants de la santé*. Disponible en ligne: Déterminants de la santé | Exercer la responsabilité populationnelle | INSPQ.

- K. AVLUND, K., LUND, R., HOLSTEIN, B. E., DUE, P, SAKARI-RANTALA, R. et HEIKKINEN, R.L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *Journal of Gerontology*, (vol. 59, n°1, s. 44–s. 51).
- LÉGIS QUÉBEC (2022). *Loi visant à lutter contre la maltraitance envers les aînés et toute autre personne majeure en situation de vulnérabilité*.
- LÉGIS QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, 1991, c. 42, a. 1; 1999, c. 40, a. 269. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2/20010401>.
- LITWIN, Howard et SHIOVITZ-EZRA, Sharon (2006). The association between activity and wellbeing in later life: *What really matters?* *Ageing and Society* (vol. 26, p. 225-242).
- MAIER, Heiner et L. KLUMB, Petra (2005). Social participation and survival at older ages: Is the effect driven by activity content or context? *European Journal of Ageing* (vol. 2, n°1, p. 31-39).
- MUSICK, M. A. et HERZOG, A. R. (1999). Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *Journal of Gerontology* (vol. 54B, n°3, s. 173–s. 180).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *La stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, p. 2.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi: Le premier choix – La politique de soutien à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351/>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Chez soi: le premier choix – Précisions pour favoriser l'implantation de la politique de soutien à domicile*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001352/>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux – le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Projet clinique-cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006). *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*. Disponible en ligne: [La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle \(gouv.qc.ca\)](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultat d'une réflexion commun*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Politique et plan d'action – Vieillir et vivre ensemble – Chez soi, dans sa communauté, au Québec*.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015-2025). *Programme national de santé publique. Pour améliorer la santé de la population du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2017). *Glossaire. Définition des termes relatifs au réseau de la santé et des services sociaux.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2018). *Système de santé et de services sociaux, en bref.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2020). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés (2<sup>e</sup> édition).*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Découpage territorial.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Plan stratégique 2019-2023.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2021). *Projet de loi 83. Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.* <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2005C32F.PDF>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité – Cadre de référence.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Lignes directrices sur le repérage des aînés en perte d'autonomie.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Favoriser la bienveillance envers toute personne aînée, dans tous les milieux et tous les contextes – Cadre de référence.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Lignes directrices ministérielles sur la composante « concertation des partenaires RTS-RLS ».* Document inédit.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Reconnaître et agir ensemble – Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Une gouvernance renouvelée du réseau de la santé et des services sociaux.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Orientations en soutien à domicile – Actualisation de la politique de soutien à domicile « chez soi: le premier choix ».* <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001351>.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2023). *Projet de loi numéro 15 – Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace.*

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2022). *Reconnaître et agir ensemble – Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2022-2027*, p. 25.

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE (2012). Xue, QL. *The frailty syndrome: definition and natural history.* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3028599/>

OFFICE QUÉBÉCOIS DE LA LANGUE FRANÇAISE (2003).

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). Promotion de la santé, Charte d'Ottawa.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Vieillir en restant actif: cadre d'orientation*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin – 22 juillet 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants des 61 États. (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.* <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>.
- PROMOSANTÉ (2007). *Concepts clés en promotion de la santé: définitions et enjeux*.
- RÉSEAU FADOQ (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement. Une trousse d'accompagnement.* <https://www.fadoq.ca/wp-content/uploads/2017/12/trousse-daccompagnement.pdf>.
- RICHARD et al (2013); LEE, L., HECKMAN, G. et MOLNAR, F. J. (2015). *La fragilité: Détecter les patients âgés à risque élevé d'issues défavorables, sources des données.* Une recension a été effectuée dans PubMed-MEDLINE de 1990 à 2013 pour trouver des articles rédigés en anglais exclusivement, à l'aide des groupes suivants de mots clés et d'en-têtes MeSH: frail elderly, frail, frailty; aged, geriatrics, geriatric assessment, health services for the aged; primary health care, community health services et family practice.
- RICHARD, L., TREMBLAY, M-C., GAUVIN, L. (2013). *L'approche écologique: une approche novatrice pour la prévention des maladies et la promotion de la santé des aînés.* Dans: Lucie Richard et coll. dir. *Interventions de prévention et de promotion de la santé pour les aînés: modèle écologique. Guide à l'aide à l'action franco-québécois.* Saint-Denis: INPES. Coll. Santé en action. 112 p.
- ROY, M. et O'NEIL, M. (2012). *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé.*
- SYME, S.L. (2013). *Health Promotion and Disease Prevention Among the Elderly.* <https://journals.openedition.org/popvuln/pdf/1645>.
- TROTTIER, L-H. (2013). *La responsabilité populationnelle: des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle.* Disponible en ligne: [Guide-GC-RP\\_REV2\\_2013-10-16 \(santecom.qc.ca\)](http://Guide-GC-RP_REV2_2013-10-16_santecom.qc.ca).
- TRUPHÈME, Stéphane, GASTAUD, Philippe. «Outil 3. La définition des objectifs: la matrice SMART», dans: *La boîte à outils du Marketing digital*, sous la direction de TRUPHÈME Stéphane, GASTAUD Philippe. Paris, Dunod (2020). «BàO La Boîte à Outils», p. 18-21. URL: <https://www.cairn.info/la-boite-a-outils-du-marketing-digital--9782100805969-page-18.htm>
- WISTER, A.V., et KADOWAKI, L. (2021). *Isolement social chez les aînés en temps de pandémie.* [canada.ca/publiccentre-EDSC](http://canada.ca/publiccentre-EDSC).
- YUNGQING, LI et KENNETH F. FERRARO (2005). *Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? Journal of Health and Social Behavior* (vol. 46, n°1, p. 68-84).

**Santé  
et Services sociaux**

**Québec**

