

PLAN TRIENNAL DE DÉPLOIEMENT DE L'APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂÎNÉES

MIEUX RÉPONDRE AUX BESOINS

ÉVOLUTIFS DES PERSONNES ÂÎNÉES

DANS LEUR COMMUNAUTÉ



ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

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, section **Publications**.

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

DÉPÔT LÉGAL

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

ISBN : 978-2-550-98468-9 (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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

DIRECTION DES TRAVAUX

Sylvain Gagnon Sous-ministre adjoint à la Direction générale des aînés et des proches aidants
Sabrina Marino Directrice du Secrétariat aux aînés

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 prêt de services au Secrétariat aux aînés

COLLABORATION PRINCIPALE

Catherine Savard Conseillère stratégique et adjointe exécutive au Secrétariat aux aînés

REMERCIEMENTS

Le Secrétariat aux aînés (SA) du MSSS remercie toutes les personnes, les organisations, les établissements du RSSS, les représentants du MSSS qui ont contribué de près ou de loin à alimenter les réflexions ayant conduit à l'élaboration de ce plan de déploiement. Ce document démontre la volonté partagée de mieux répondre aux besoins des personnes âgées dans leur communauté. À travers les actions proposées, il apporte et soutient des changements concrets et durables dans les façons de faire pour agir et intervenir précocement et préventivement avec le concours des personnes âgées, les citoyens, les partenaires (communautaires, privés et publics) pour faire une réelle différence dans la vie des personnes âgées et celles des communautés locales.

AVANT-PROPOS

Le vieillissement accéléré de la population québécoise conditionne des changements qui permettent d'adapter les services de proximité aux besoins de la population âgée qui souhaite pour la grande majorité demeurer chez elle, dans sa communauté.

Il a été documenté que l'accès aux services et leur parcours au sein du RSSS, mais aussi ceux de la communauté, peuvent être parsemés de contraintes et comporter des défis. Des situations réelles où des besoins ne sont pas repérés ou le sont au mauvais moment, une prestation de services qui ne comble pas ou pas totalement les besoins, une offre de services comportant des lacunes qui se traduisent par des bris, des carences ou des doublons de services sont parmi les conditions recensées. Ces problématiques organisationnelles influencent la qualité de vie au quotidien des personnes âgées. Elles sont importantes à considérer parce qu'elles peuvent engendrer des pertes d'autonomie fonctionnelles qui nécessitent des consultations en milieu hospitalier, voire un changement de milieu de vie.

Ces constats font prendre conscience que le RSSS ne peut être responsable de tous les services qui influencent l'état de santé et de bien-être des personnes âgées (conditions de logement, sécurité alimentaire, revenu de base, effets des changements climatiques, etc.). La responsabilité du RSSS doit comprendre le partage de leadership entre les différents acteurs des communautés locales. Les effets pour les personnes âgées et pour la société sont à ce point importants qu'il a été admis qu'il fallait d'ores et déjà faire autrement.

Faire autrement, sans réinventer, en œuvrant judicieusement à partir de ce qui est déjà en place et accessible à tous, c'est ce à quoi les cinq composantes essentielles définies dans le cadre de référence de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* (ci-après « Cadre de référence » et « Approche ») réfèrent afin d'assurer une adaptabilité aux réalités locales et de favoriser le maintien à domicile.

De manière à s'assurer que la mise en pratique de l'Approche soit cohérente avec les orientations ministérielles, il appert qu'une importante gestion de changement doit être planifiée, accompagnée et soutenue par l'implication de toutes les parties prenantes. L'esprit de la gouverne s'inscrit dans une dynamique de coconstruction fondée sur les forces vives en place dans la communauté et sur les opportunités pour demeurer centré sur des solutions qui visent à préserver et à améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées. La mise en pratique est inspirée par l'importance d'œuvrer ensemble pour atteindre ces objectifs collectifs. L'imputabilité associée aux résultats, fruits de la concrétisation de ces orientations, relève des hautes directions territoriales du RSSS soit de la coordination des activités par Santé Québec avec les établissements. Elle prend une importance d'autant plus grande dans le contexte des actions s'inscrivant en amont et contribuant au virage en soutien à domicile.

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ITMAV	Initiative de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
LSSSS	Loi sur les services de santé et de services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
RLS	Réseau local de services OU Réseaux locaux de services
RTS	Réseau territorial de services OU Réseaux territoriaux de services
SA	Secrétariat aux aînés

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	4
INTRODUCTION.....	6
1. PLAN DE DÉPLOIEMENT	8
2. MISE EN PRATIQUE.....	9
2.1 PREMIÈRE PARTIE : LE SOUTIEN MINISTÉRIEL.....	9
2.2 DEUXIÈME PARTIE : LE DÉPLOIEMENT TERRITORIAL ET LOCAL.....	12
2.2.1 Des mesures globales	12
2.2.2 Des mesures spécifiques, par composante.....	15
2.2.2.1 COMPOSANTE 1 – LE PORTRAIT DE LA COMMUNAUTÉ : UNE CARTE SOCIALE	15
2.2.2.2 COMPOSANTE 2 – LA FORMULATION ET LA COMMUNICATION D’UNE VISION : UN LEADERSHIP PARTAGÉ	18
2.2.2.3 COMPOSANTE 3 – TISSÉ SERRÉ, LA FORCE D’UNE COMMUNAUTÉ : LA CONCERTATION	19
2.2.2.4 COMPOSANTE 4 – L’INTÉGRATION D’ACTIVITÉS DANS LES PRATIQUES COLLABORATIVES : UN CONTINUUM DE SERVICES.....	21
2.2.2.5 COMPOSANTE 5 – L’ÉVALUATION DU CONTINUUM DE SERVICES : DES RÉSULTATS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE	26
3. SÉQUENCE DE DÉPLOIEMENT.....	29
CONCLUSION	30
ANNEXE 1 : TABLEAU SYNOPTIQUE DE L’APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂNÉES	31
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU PLAN DE DÉPLOIEMENT	32
ANNEXE 3 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU MSSS ET DE SANTÉ QUÉBEC	34

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 Planification du soutien ministériel.....	10
TABLEAU 2 Planification générale, territoriale et locale.....	13
TABLEAU 3 Planification spécifique pour la composante 1.....	16
TABLEAU 4 Planification spécifique pour la composante 2.....	18
TABLEAU 5 Planification spécifique pour la composante 3.....	20
TABLEAU 6 Planification spécifique pour la composante 4.....	21
TABLEAU 7 Planification spécifique pour la composante 5.....	27
TABLEAU 8 Résumé du déploiement par année.....	29

INTRODUCTION

En 2024, le MSSS publiait le Cadre de référence de *l'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*. La pertinence de la mise en œuvre de cette Approche réside dans la volonté collective de *mieux répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées dans leur communauté*. Ce document est le premier à fédérer une façon d'œuvrer de manière concertée et coordonnée pour *agir précocement, ensemble (avec, par et pour les personnes âgées), là où ça compte*. Ces orientations ministérielles sont disponibles à l'adresse www.msss.gouv.qc.ca, section Publications.

Le Cadre de référence jette les bases pour orienter et guider une façon d'agir et d'intervenir en proximité, avec le concours des citoyens aînés, d'autres citoyens, ainsi que des partenaires communautaires, privés et publics des réseaux locaux de services (RLS). Il apporte une vision, des fondements, une définition et des orientations s'inscrivant dans une perspective simple et logique, novatrice et respectueuse des réalités locales, ainsi que des personnes âgées, en appui aux conditions pour favoriser leur maintien à domicile.

La vision gouvernementale est claire. Elle s'appuie sur l'application concrète et optimale de la responsabilité populationnelle des établissements de la santé et des services sociaux¹ (ci-après « établissement ») prévue dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS)² et réitérée dans les récentes orientations documentées dans le *Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé* et la *Loi sur la gouvernance du système de santé et de services sociaux*, ainsi que la mise en place de Santé Québec.

C'est donc sous la responsabilité d'un établissement que s'articule l'Approche. L'établissement partage son leadership en suscitant, animant et soutenant les parties prenantes des communautés locales pour agir précocement à partir des déterminants de la santé, de manière concertée et coordonnée, et ce, afin que la contribution de chacun s'inscrive en soutien à l'offre de service de l'autre et que les savoirs citoyens soient pris en compte.

En rejoignant les personnes âgées et en repérant celles qui nécessitent de l'aide, des services sont préventivement instaurés en adéquation avec leurs besoins, le plus près possible de leur milieu de vie. Cette logistique contribue à éviter ou à retarder le recours à des services institutionnels, ainsi qu'à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. Ces pratiques collaboratives et ces initiatives locales reposent sur une réponse réellement accessible et globale aux besoins évolutifs des personnes âgées à travers le déploiement d'un continuum de services. La fluidité du continuum de services joue ainsi un rôle dans le maintien de la qualité de vie des personnes âgées. Bien que la mise en pratique de l'Approche prenne forme avec l'apport essentiel de toutes les parties prenantes, l'imputabilité des résultats locaux et territoriaux en matière de préservation et d'amélioration de santé et de bien-être de la population âgée est celle des établissements de santé et de services sociaux. Santé Québec coordonnera les activités du Plan triennal de déploiement de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées – *répondre aux besoins des personnes âgées dans leur communauté* (ci-après Plan de déploiement) avec les établissements.

1. La notion d'établissements réfère dans ce plan d'action 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.

2. Gouvernement du Québec, mise à jour juin 2021 - Chapitre S-4-2 Loi sur les services de santé et les services sociaux.

RÉSUMÉ DES GRANDES LIGNES DE L'APPROCHE :

La vision

- Influencer positivement **l'état de santé et de bien-être de la population aînée**;
- 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.

Les fondements

Des assises qui nous précèdent et qui nous guident vers :

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

La définition

- Une **façon d'agir et d'intervenir** tous ensemble précocement avec, par et pour les personnes aînées avec les citoyens et partenaires communautaires, privés et publics, tout au long des multiples transitions au cours de leur vie, et dans les parcours de services;
- De manière **coordonnée et intégrée**, dans le sens d'un continuum de services;
- À l'échelle d'une communauté locale, en **proximité**;
- En réponse aux **besoins évolutifs** des personnes aînées en considérant leur autonomie et leur pouvoir d'agir.

Les orientations ministérielles :

Des composantes incontournables prennent appui sur les déterminants de la santé :

Première composante : le portrait de la communauté : *une carte sociale*

Deuxième composante : la formulation et la communication d'une vision : *un leadership partagé*

Troisième composante : tissé serré, la force d'une communauté : *la concertation*

Quatrième composante : une intégration d'activités dans les pratiques collaboratives : *un continuum de services*

Cinquième composante : l'évaluation du continuum de services : *des résultats de santé et de bien-être.*

Le tableau synoptique de l'Approche présente le visuel de celle-ci à l'annexe 1.

1. PLAN DE DÉPLOIEMENT

Conscient de la portée et du potentiel de l'Approche, avec ce Plan de déploiement, le MSSS réitère son engagement à poursuivre ses efforts afin de briser l'isolement social et améliorer l'accessibilité aux services de santé de même que la qualité de vie des personnes âgées, particulièrement de celles en situation de vulnérabilité. Il s'inscrit ainsi en soutien aux établissements dans l'appropriation de cette Approche, à sa mise en pratique et à l'actualisation pérennes de ses orientations.

Ce Plan de déploiement compte 26 mesures qui visent la mise en pratique et l'appropriation des cinq composantes essentielles de l'Approche. Ces actions concrètes seront réparties sur une période de trois années.

L'engagement, la mobilisation et l'adhésion des parties prenantes, c'est-à-dire les personnes âgées, les citoyens et les partenaires locaux, voire territoriaux, selon les situations, sont nécessaires pour s'assurer qu'elles œuvrent *ensemble*. Cette cohésion soutient l'instauration d'initiatives représentatives des couleurs locales, les unes plus ingénieuses que les autres, dans l'optique d'une appropriation et d'une intégration pérenne des orientations ministérielles, et ce, en tout respect de l'autonomie des personnes et de chaque organisation. Il s'agit donc d'une mise en pratique provinciale graduelle et personnalisée à chaque RLS.

L'objectif au cœur de ce Plan de déploiement est de *répondre aux besoins évolutifs des personnes âgées dans leur communauté*. Les actions et interventions visent les effets suivants 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, continus et coordonnés au moment opportun et selon l'intensité requise, dans leur communauté;
- Influencer positivement leur maintien à domicile.

Plus globalement, le Plan de déploiement vise à moderniser l'offre de service et la réponse aux besoins des personnes âgées en :

- Utilisant de façon efficiente les structures et ressources de tout un RLS;
- Coconstruisant un continuum de services innovant qui s'améliore en continu;
- Renforçant les pratiques collaboratives interprofessionnelles et intersectorielles;
- Partageant le leadership avec, par et pour les personnes âgées, les citoyens ainsi qu'avec les partenaires communautaires, privés et publics, incluant le RSSS;
- Assurant une cohérence nationale respectueuse des particularités territoriales, culturelles et populationnelles;
- Énonçant des activités incontournables;
- Assurant une mise en pratique locale pérenne.

2. MISE EN PRATIQUE

Cette section propose deux parties.

La première aborde le soutien ministériel s’inscrivant en amont du déploiement dans les réseaux territoriaux et locaux de services, tout au long du déploiement, ainsi que par des activités de consolidation permettant d’assurer la pérennité de l’Approche, puis des résultats en matière de santé et de bien-être des personnes âgées. Les mesures concrètes de soutien proposées visent à mettre le maximum de conditions gagnantes en place pour que les établissements, avec leurs parties prenantes, puissent déployer l’Approche dans leur région respectueuse (territoire et réseaux locaux de services), et que ces conditions favorisent l’atteinte des résultats escomptés.

La seconde partie porte sur des mécanismes qui permettront aux établissements d’assurer et d’assumer leur imputabilité dans la mise en pratique de l’Approche. Elle traite ensuite de manière plus spécifique, par composante, de moyens particuliers pour faire vivre chacune d’entre elles.

Pour ce faire, chacune de ces sections présente des mesures, puis y associe un échéancier et des indicateurs pour suivre l’atteinte des cibles. Des activités de redditions de comptes permettront d’apprécier le déploiement de l’Approche, particulièrement pour la seconde partie du Plan de déploiement. De plus, un bilan des réalisations sera rendu disponible par chaque territoire. Ces portraits permettront au MSSS de prendre les mesures nécessaires pour s’assurer que les actions correspondront aux orientations et à leur actualisation. Un comité de vigie sous la gouvernance du MSSS s’assurera que la mise en pratique de l’Approche se traduise par des résultats en termes de préservation et d’amélioration de l’état de santé et de bien-être de la population âgée du Québec. Un comité de suivi sous le leadership de Santé Québec coordonnera avec les établissements les activités du Plan de déploiement. L’annexe 2 présente le tableau synoptique du Plan de déploiement. L’annexe 3 expose les principaux rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec.

2.1 PREMIÈRE PARTIE : Le soutien ministériel

Cinq mesures structurantes sont portées par le MSSS avec la collaboration de Santé Québec, des établissements et des partenaires nationaux qui, selon les contextes, agissent à titre d’experts.

Les mesures 1, 2, 3, 4 et 5 visent à :

- Comprendre l’Approche et les effets positifs d’œuvrer ensemble et en proximité, sur la qualité de vie des personnes âgées;
- Agir en tant que levier pour mieux œuvrer ensemble;
- Rendre disponible une contribution externe, experte et objective quant aux enjeux vécus sur le terrain;
- Gérer efficacement, de manière centrée pour atteindre les résultats visés par l’Approche.

TABLEAU 1 : Planification du soutien ministériel

MESURES	ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
1	Publiciser et promouvoir l'Approche sur le plan provincial	Dans les huit mois suivant la publication du Cadre de référence	<p>Nombre de véhicules promotionnels</p> <p>1</p> <p>Nombre de séances d'information réalisées auprès des parties prenantes particulièrement concernées par l'Approche</p> <p>10</p> <p>Nombre de personnes rejointes</p> <p>500</p>
2	Soutenir l'appropriation de l'Approche par les parties prenantes	À débiter avant l'An 1, après la diffusion du Cadre de référence et pendant toute la durée du Plan de déploiement	<p>Taux de participation des établissements aux ateliers d'appropriation</p> <p>100 %</p> <p>Taux d'appropriation de l'Approche par les participants par RLS</p> <p>75 %</p> <p>Date de diffusion des guides de mise en pratique et outils afférents, le cas échéant</p> <p>Dans un délai de six semaines post-atelier d'appropriation</p>
3	Accompagner le changement	Représentation à la Table nationale de concertation clinique pour l'identification par établissement d'une direction responsable et imputable de l'Approche	Six mois après la diffusion du Cadre de référence
		Nombre d'activités de révision de processus, d'analyses de données, et de cheminement avec les partenaires	Une par RLS
4	Réaliser des activités de recherche, d'évaluation et d'innovation	Date de diffusion de contenus permettant d'alimenter les réflexions quant à différentes façons de faire	Après le déploiement de la Composante 1
5	Effectuer un transfert de connaissances	Date de création des communautés de pratiques fonctionnelles	Après le déploiement de la Composante 1
		Nombre de participants par catégorie d'organisations partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Un pour les groupes communautaires • Un pour les groupes privés • Un pour les groupes publics autres que le RSSS • Et un pour le RSSS

MESURE 1

Publiciser et promouvoir l'Approche sur le plan provincial

Cette mesure consiste à réaliser des activités d'information pour sensibiliser les personnes âgées, les citoyens, les partenaires communautaires, privés et publics aux orientations ministérielles, aux responsabilités et à l'imputabilité des parties prenantes associées à l'Approche.

Cette mesure vise à :

- Sensibiliser la population aux réalités des personnes âgées et à la force d'une communauté;
- Sensibiliser les parties prenantes au potentiel ainsi qu'à l'importance de l'entraide et du soutien qui se traduisent par des gestes simples et qui peuvent faire une différence dans la vie d'une personne âgée, notamment en ce qui concerne son maintien à domicile.

MESURE 2 :

Soutenir l'appropriation de l'Approche par les parties prenantes

Cette mesure consiste à mettre en place des mécanismes qui favorisent une familiarisation avec l'Approche par territoire de manière à l'intégrer plus facilement aux pratiques courantes des partenaires communautaires, privés et publics. C'est notamment à travers des ateliers d'échange et de partage, des guides de mise en pratique ainsi que par l'évaluation de l'appropriation que les leaders des RLS saisissent la portée de l'Approche, de même que les ajustements et les changements positifs qu'elle génère.

Cette mesure vise à :

- S'assurer d'une compréhension de l'Approche par les parties prenantes;
- Permettre le développement de compétences;
- Favoriser une mise en pratique locale pérenne et cohérente de l'Approche avec les orientations du Cadre de référence.

MESURE 3 :

Accompagner le changement

L'envergure du changement à réaliser pourrait nécessiter différentes formes d'accompagnement des établissements, notamment pour réviser des processus et des façons de faire. Des fonctions associées à l'intégration de l'Approche aux pratiques courantes, ainsi qu'à l'atteinte des résultats escomptés, sont nécessaires. Une présentation aux hautes directions des établissements est prévue pour qu'elles identifient au sein de leur organisation une direction responsable et imputable de l'Approche. Ce mandat peut être assuré par deux directions habiles à transiger avec des partenaires.

Cette mesure vise à :

- Prendre des engagements clairs par chaque établissement du RSSS visé par l'Approche;
- Favoriser un leadership territorial et local;
- S'assurer d'un partage de leadership et d'une imputabilité assumée par les parties prenantes en regard de l'Approche.

MESURE 4 :

Réaliser des activités de recherche, d'évaluation et d'innovation

Le concept de l'Approche fait appel à des façons différentes d'œuvrer ensemble vers un même but. La recherche menant aux activités les plus pertinentes, les plus adaptées et les plus prometteuses font en sorte qu'elles soutiennent l'adaptation pour offrir les services qui répondent au mieux aux besoins évolutifs des personnes âgées. L'accès à ces informations peut inspirer des façons plus adaptées d'agir et d'intervenir.

Cette mesure vise à :

- Maintenir une organisation pertinente de services qui sait s'adapter aux nouveaux contextes et aux nouvelles réalités qui se présentent;
- Apprécier les effets de l'Approche;
- Favoriser le déploiement de pratiques innovantes.

MESURE 5 :

Effectuer un transfert de connaissances

Le transfert de connaissances vise à promouvoir et diffuser les bonnes pratiques et à en assurer l'appropriation pour veiller à leur pérennité. Il s'actualise notamment par des activités formatives et des échanges au sein de communautés de pratiques.

Cette mesure vise à :

- Favoriser la diffusion, l'intégration et la systématisation des pratiques;
- Accroître l'utilisation des connaissances dans les pratiques sectorielles et intersectorielles.

2.2 DEUXIÈME PARTIE : Le déploiement territorial et local

Responsables de l'état de santé et de bien-être de leur population, les établissements sont imputables des résultats de la mise en pratique de l'Approche. Ainsi, des mesures globales et spécifiques (par composante) sont prévues pour déployer l'Approche dans chacun des RLS. Ces mesures sont portées par les établissements du RSSS avec la collaboration de l'ensemble des partenaires, avec les personnes âgées et les citoyens, dans les communautés territoriales et locales. Les parties prenantes sont soutenues par des experts, le cas échéant. Le MSSS assure la vigie et Santé Québec coordonne le tout avec les établissements.

2.2.1 Des mesures globales

Trois mesures générales soutiendront l'actualisation de la vision, la définition et les orientations de l'Approche.

Les mesures 6, 7 et 8 visent à :

- Vulgariser l'Approche dans un contexte régional et local;
- Mettre en place une structure de gouvernance régionale ou locale;

- Mobiliser les personnes âgées, les citoyens et les partenaires;
- Favoriser l'appropriation des orientations ministérielles par l'ensemble des parties prenantes.

TABLEAU 2 : Planification générale, territoriale et locale

MESURES		ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
6	Publiciser et promouvoir l'Approche au niveau territorial et local	Au cours des trois mois suivant le déploiement des moyens utilisés au niveau provincial – <i>réf. : mesure 1-</i> et annuellement par la suite	Nombre de véhicules promotionnels annuels adaptés aux territoires Nombre de séances d'information réalisées auprès de chaque RLS annuellement Taux d'appréciation par les participants	Un véhicule réalisé par RLS 2 80 % et plus
7	Mettre en place ou ajuster, le cas échéant, une structure de gouvernance territoriale et locale	Au cours des six mois précédant le début de l'implantation de l'Approche et l'ajuster selon les contextes par la suite (avant l'An 1)	Mise en place et révision, le cas échéant, de la structure de gouvernance territoriale et locale en place	Quatre semaines post-atelier d'appropriation de l'Approche
8	Assurer un déploiement territorial et local	Selon la séquence prévue au calendrier de déploiement par réseau territorial de services (RTS) et RLS - <i>ref. 3. Séquence de déploiement de l'Approche-</i>	État de mise en pratique de l'Approche selon les échéanciers prévus à la séquence provinciale d'appropriation de l'Approche Date d'entrée en fonction d'une ressource responsable de l'Approche Date de mise en disponibilité d'un Plan de déploiement par RTS et RLS	Conformité avec la séquence provinciale prévue Au moins une semaine avant les ateliers Quatre semaines après les ateliers d'appropriation de l'Approche

MESURE 6

Publiciser et promouvoir l'Approche sur le plan territorial et local

Cette mesure est étroitement liée à la mesure 1. Toutefois, son action est ciblée et adaptée aux réalités régionales et locales. Conséquemment, elle consiste à réaliser des activités régionales et locales pour sensibiliser les personnes âgées, les citoyens, les partenaires communautaires, privés et publics à

l'importance de travailler ensemble pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Elle fait le lien avec les orientations ministérielles, les responsabilités et l'imputabilité de l'établissement dans sa mobilisation citoyenne et partenariale permettant d'œuvrer ensemble à la mise en pratique de l'Approche. Des activités promotionnelles adaptées aux couleurs régionales et locales ainsi que des sessions d'information sont prévues.

Cette mesure vise à :

- Assurer aux personnes âgées un environnement où elles se sentent en sécurité et où elles peuvent continuer à vivre dans leur communauté le plus longtemps possible et dans les meilleures conditions de vie;
- Sensibiliser la population territoriale et locale aux réalités des personnes âgées et à la force d'une communauté;
- Sensibiliser les parties prenantes territoriales et locales au potentiel et à l'importance de l'entraide ainsi que du soutien qui se traduisent par des gestes simples pouvant faire une grande différence dans la vie d'une personne âgée, notamment en ce qui concerne son maintien à domicile.

MESURE 7

Mettre en place ou ajuster, le cas échéant, une structure de gouverne territoriale et locale

Cette mesure consiste à ajuster les façons de travailler d'un établissement avec l'ensemble des parties prenantes en mettant à contribution les personnes âgées au cœur des échanges qui les concernent, et ce, dans le même esprit que celui de « patient-partenaire », déjà connu. Les décisions sont décentralisées et partagées pour qu'elles se rapprochent des communautés locales.

La gouvernance responsable d'accompagner le changement est instaurée sur le plan stratégique, tactique et opérationnel. Le leadership est assuré et assumé par l'établissement. Une personne est nommée responsable de l'Approche et relève d'un haut dirigeant. La structure est composée de l'établissement avec ses partenaires communautaires, privés et publics ainsi qu'avec des citoyens âgés et des citoyens à l'échelle locale. Cette composition est complétée au besoin par une contribution territoriale lorsque les enjeux dépassent ceux du niveau local. Selon les contextes ou les enjeux, un soutien expert peut être envisagé, particulièrement quand les parties prenantes estiment qu'il serait préférable de recourir à de telles ressources. Des pratiques collaboratives et concertées sont mises de l'avant pour être cohérentes avec les orientations de l'Approche.

Cette mesure vise à :

- Renforcer la mobilisation citoyenne et partenariale territoriale et locale;
- Instaurer un changement de culture et de pratiques organisationnelles au sein du RSSS dans le partage du leadership, la participation citoyenne âgée, citoyenne et partenariale, afin de favoriser des activités coordonnées et en continuité, en amont des services offerts par l'établissement et avec celui-ci;
- Favoriser la reconnaissance par les personnes âgées et les partenaires locaux de leur contribution à l'état de santé et de bien-être optimal de la population âgée, comme une pièce constitutive du continuum de services intégrés fondés sur les services de tous les partenaires.

MESURE 8

Assurer un déploiement territorial et local

Cette mesure consiste à faire en sorte que la gouvernance élabore un plan de déploiement par RTS et RLS, et qu'elle coordonne les actions pour s'assurer de l'atteinte des objectifs selon les échéanciers convenus.

Pour soutenir le changement à entreprendre, elle identifie et légitime une ressource de l'établissement pour agir comme répondant de l'Approche. Le leadership de ce répondant est partagé avec les vis-à-vis de son établissement ainsi qu'avec les partenaires communautaires, privés et publics. Visible et accessible, cette ressource maîtrise parfaitement l'Approche et est en mesure d'agir ou de réagir positivement pour constamment œuvrer dans le sens des orientations ministérielles, à partir des priorités et des solutions locales mises de l'avant. Elle est une référence pour assurer la mobilisation des parties prenantes et tirer profit de leurs savoirs et compétences. Elle informe les hauts dirigeants des obstacles et s'assure de la mise en place de solutions organisationnelles et stratégiques.

L'établissement détermine des mécanismes clairs pour assurer un leadership fonctionnel visant la transversalité de la fonction au sein de l'établissement et ainsi donner l'exemple pour une application avec les partenaires des RLS du RTS.

Cette mesure vise à :

- Avoir une fonction en responsabilité (ex. : direction, coordination, professionnel) au sein des communautés locales et pour le territoire, pour favoriser les échanges et stimuler l'émergence de solutions aux couleurs locales et territoriales entre les parties prenantes;
- Assurer l'imputabilité de l'établissement quant aux résultats escomptés.

2.2.2 Des mesures spécifiques, par composante

Intimement liée aux réalités locales, l'intensité des travaux à réaliser par composante se construit nécessairement à partir de ce qui est déjà en place. Chaque composante doit s'intégrer aux pratiques régulières des RLS. Ainsi, une composante en particulier pourrait générer peu d'effort pour la faire vivre à un moment précis alors qu'elle nécessitera davantage d'investissement avec l'évolution du portrait de la communauté, par exemple. Cette souplesse à transiger avec chacune des composantes témoigne de sa réelle intégration dans les pratiques au cœur des communautés.

Il est à noter que des informations étayées par composante et comprenant des exemples sont davantage explicitées dans le Cadre de référence aux sections correspondantes.

Les échéanciers présentés pour chaque mesure font souvent référence à une année de déploiement. La section 3 portant sur la *Séquence de déploiement de l'Approche*, après la présente partie, propose un tableau où on retrouve, par année, les composantes qui devraient être déployées par RTS et RLS.

2.2.2.1 COMPOSANTE 1 – LE PORTRAIT DE LA COMMUNAUTÉ : UNE CARTE SOCIALE

Le portrait de la communauté présente :

- les besoins de la population âgée;
- les ressources (services ou activités) disponibles pour répondre à ses besoins;
- l'état des collaborations entre les différents partenaires.

Il est maintenu à jour (minimalement une fois par année) à une fréquence qui est conditionnée par l'évolution des changements au niveau des besoins, de l'offre et de la prestation de services, ainsi que des collaborations entre les partenaires préalablement identifiés.

Toutes les parties prenantes participent activement à la démarche de recension de l'information autant dans l'élaboration que dans la mise à jour du portrait.

Les mesures 9, 10 et 11 visent à :

- Élaborer un portrait de la communauté et le maintenir à jour;
- S'assurer de la mobilisation de toutes les parties prenantes;
- Se donner une vue d'ensemble permettant d'éviter l'information en vase clos;
- Développer une compréhension commune des besoins et des difficultés locales d'organisation de services;
- Favoriser les arrimages pour éviter les redondances et les lacunes de services;
- Développer une connaissance commune des services disponibles;
- Réaliser le diagnostic réel des services, ressources et collaborations par RLS, sinon par RTS (selon le contexte régional).

TABLEAU 3 : Planification spécifique pour la composante 1

MESURES		ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
9	Réunir les parties prenantes	Après les activités préalables au déploiement, durant l'An 1	Taux de représentativité des parties prenantes	<ul style="list-style-type: none"> • 25 % personnes âgées; • 25 % partenaires communautaires; • 25 % partenaires privés; • 25 % partenaires publics (autres que l'établissement)
10	Identifier ou mettre à jour les besoins de la population âgée, les ressources et l'état des collaborations pour y répondre		<p>Date de disponibilité ou de mise à jour du portrait de la communauté</p> <p>Date de disponibilité des outils pour soutenir l'exercice entre les partenaires d'appropriation de la Composante 1</p>	<p>Avant la fin de l'An 1 et avant de débiter les activités de la Composante 2</p> <p>Trois semaines après l'atelier</p>
11	Prioriser les actions		Date de diffusion du Plan comprenant les actions prioritaires convenues et réparties entre les différents partenaires, dans chaque RLS	Quatre semaines après l'atelier d'appropriation de la Composante 1, avant de débiter les activités de la Composante 2

MESURE 9

Réunir les parties prenantes

Les parties prenantes sont regroupées dans deux catégories : le public cible et les acteurs clés.

Le public cible correspond à la population des personnes de 50 ans et plus pour les actions centrées sur les déterminants de la santé. Il inclut également les personnes généralement âgées de 65 ans et plus, mais non exclusivement celles dont le contexte est susceptible d'influencer leur autonomie ou leur maintien à domicile parce qu'elles se sentent seules, sont isolées socialement et/ou présentent des signes de fragilités et/ou de vulnérabilité.

Les acteurs clés sont des citoyens dont l'implication contribue à améliorer les conditions de vie de la population âgée, le réseau de proximité des personnes âgées (citoyens qui côtoient, soutiennent et accompagnent des personnes âgées en particulier) et le réseau de partenaires communautaires, privés et publics.

Réunir les parties prenantes consiste à s'assurer qu'elles sont mises à contribution pour assurer le continuum de services requis pour la population âgée.

Cette mesure vise à :

- Favoriser l'association et la mobilisation des personnes âgées, des citoyens, des partenaires communautaires, privés et publics pour considérer largement toutes les dynamiques et avis visant à documenter les besoins des personnes âgées.

MESURE 10

Identifier ou mettre à jour les besoins de la population âgée, les ressources et l'état des collaborations pour y répondre

Une connaissance à jour des besoins de même qu'un portrait objectif des ressources et collaborations disponibles et habilités pour répondre adéquatement aux besoins sont des assises essentielles pour ajuster l'offre et la prestation de services. Les échanges autour de ce portrait créent une dynamique centrée sur des solutions et sur des alternatives innovantes axées sur le potentiel des communautés locales.

Cette mesure vise à :

- Documenter objectivement les besoins, les services et les collaborations pour réaliser une carte sociale fidèle à la réalité de la communauté avec l'ensemble des parties prenantes.

MESURE 11

Prioriser les actions

En cours d'exercice pour réaliser un portrait de la communauté à jour, plusieurs besoins à considérer peuvent émerger. Réalistement, une priorisation doit leur être accordée de manière à concentrer les efforts à réaliser pour mettre en place des solutions concrètes. Les actions non priorisées pourront être éventuellement reprises ou considérées à travers celles qui seront travaillées.

Cette mesure vise à :

- Identifier des ajustements requis à l'offre et à la dispensation des services, ainsi que pour les collaborations nécessaires afin que les relations partenariales soient fluides;
- Favoriser une reconnaissance convenue des priorités d'actions;
- S'assurer que les partenaires soient responsables et imputables des actions sous leur juridiction.

2.2.2.2 COMPOSANTE 2 – LA FORMULATION ET LA COMMUNICATION D'UNE VISION : UN LEADERSHIP PARTAGÉ

La vision prend comme assise le portrait de la communauté. Elle considère tous les niveaux hiérarchiques (stratégique, tactique et opérationnel) et est partagée par le plus grand nombre de parties prenantes possible pour favoriser la circulation de l'information à partir de leviers qui fonctionnent.

Le message communiqué présente ce qui est à améliorer et les modifications que la situation induit sous deux axes :

1. personnes âgées : production d'un continuum de services et;
2. résultat : travail en partenariat pour améliorer l'état de santé et de bien-être de la population âgée.

Conséquemment, le message évolue avec les échanges et l'environnement qui subissent des modifications. La vision est teintée par l'importance d'œuvrer ensemble pour se doter d'un continuum de services dans la perspective d'une amélioration continue. Pour ce faire, le leadership de l'établissement est partagé avec les parties partenaires pour éviter une centralisation.

Les mesures 12 et 13 visent à :

- Donner une impulsion pour signifier le changement à réaliser;
- Porter un message commun et rassembleur;
- Assurer un partenariat renforcé par l'action collective.

TABLEAU 4 : Planification spécifique pour la composante 2

MESURES		ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
12	Convenir de la vision	Après avoir réalisé le portrait de la communauté, durant l'An 1	Date d'adoption de la vision convenue entre les parties prenantes	Durant l'An 1, avant le déploiement de la Composante 3
13	Communiquer la vision		Date d'identification des porte-parole stratégiques convenus entre les parties prenantes Nombre de moyens efficaces et diversifiés pour porter le message par RLS	Après l'atelier d'appropriation de la Composante 2, avant de débiter les activités de la Composante 3 Deux moyens

MESURE 12

Convenir de la vision

Le bagage expérientiel et les connaissances des parties prenantes étant différents pour chacune d'elles, une part d'interprétation de ce qui ressort du portrait de la communauté demeure une possibilité. Cette mesure prévoit des actions visant à assurer une compréhension commune pour être en mesure de livrer et de porter un message accordé.

Cette mesure vise à :

- Créer et solidifier des liens entre les parties prenantes;
- Engager des personnes et des organisations dans une vision convenue.

MESURE 13

Communiquer la vision

La vision partagée par les parties prenantes est importante à communiquer pour diffuser les bonnes informations, voire expliquer pourquoi un angle est retenu plutôt qu'un autre. Ce partage est rassembleur et respectueux.

Cette mesure vise à :

- Utiliser différentes formules (visuels, publicités, documentation de référence, outils, etc.) pour vulgariser et rendre accessible la vision;
- Reconnaître et légitimer des porte-parole désignés pour livrer les messages à soutenir globalement auprès des parties prenantes.

2.2.2.3 COMPOSANTE 3 – TISSÉ SERRÉ, LA FORCE D'UNE COMMUNAUTÉ : LA CONCERTATION

Une mobilisation citoyenne aînée, citoyenne et partenariale est articulée autour des intentions communes présentées dans la vision partagée. La relation structurée et durable entre les parties prenantes est engagée vers l'atteinte d'objectifs communs et vers l'amélioration de leur interdépendance pour assurer une continuité dans l'offre de services locale ainsi qu'une concertation efficace.

Des travaux ont été menés dans le cadre du réseau de services intégrés pour les personnes aînées afin de déterminer des lignes directrices portant sur la concertation. Elles sont un point de référence pour guider les manières de se concerter.

Les mesures 14 et 15 visent à :

- Identifier et implanter des mécanismes permettant d'assurer un continuum de services fluide (sans bris, sans lacune et sans doublon);
- Impliquer les parties prenantes dans la prise de décisions, dans les changements et dans les améliorations à apporter;
- Utiliser l'expérience des personnes aînées pour influencer et adapter les services, les ressources et les activités à leurs besoins.

TABLEAU 5 : Planification spécifique pour la composante 3

	MESURES	ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
14	Mettre en place ou consolider, le cas échéant, des mécanismes de concertation adaptés aux particularités locales ou territoriales	Après avoir dégagé une vision partagée, à débiter au cours de l'An 2 et à finaliser durant l'An 3	Date de disponibilité d'une procédure formelle prévoyant le fonctionnement de la structure de concertation (participation, litiges, etc.) Taux de représentativité par catégorie de partenariat dans la signature des ententes formelles (signées)	Après l'atelier d'appropriation de la Composante 3, avant de débiter les travaux de la Composante 4 <ul style="list-style-type: none"> • 25 % partenaires communautaires; • 25 % partenaires privés; • 25 % partenaires publics autres que le RSSS; • 25 % RSSS
15	Identifier et appliquer des solutions concrètes pour assurer un continuum de services		Taux de satisfaction des personnes âgées à l'égard de la fluidité du continuum de services Ajustements apportés au continuum par l'établissement avec ses partenaires, par RLS	80 % de satisfaction élevée Documentation de deux améliorations pour les personnes âgées

MESURE 14

Mettre en place ou consolider, le cas échéant, des mécanismes de concertation adaptés aux particularités locales ou territoriales

Une structure rend possible la tenue d'échanges pour discuter, enrichir, justifier et construire ensemble des solutions adaptées et pérennes.

Cette mesure vise à :

- Développer ou consolider, animer et maintenir des moyens efficaces pour assurer un partenariat entre les acteurs des milieux communautaires, privés et publics.

MESURE 15

Identifier et appliquer des solutions concrètes pour assurer un continuum de services

Le continuum de services peut être parsemé de différentes lacunes. Comme sa visée est qu'il soit fluide, la concertation doit dépasser le simple niveau d'échanges entre les parties prenantes pour se traduire en actions concrètes qui sauront assurer une continuité, une complémentarité et une qualité de services. Les solutions concertées (plutôt qu'isolées et en silo) ont davantage d'incidences sur la population âgée.

Cette mesure vise à :

- Valoriser la mise en commun et le partage d’initiatives porteuses;
- Optimiser le continuum de services, l’adapter aux RLS ou au RTS (par établissement) par l’application de solutions concrètes.

2.2.2.4 COMPOSANTE 4 – L’INTÉGRATION D’ACTIVITÉS DANS LES PRATIQUES COLLABORATIVES : UN CONTINUUM DE SERVICES

L’efficacité de la concertation favorise la collaboration entre les parties prenantes. Le fait de travailler ensemble dans le même sens à partir des données probantes et des priorités convenues contribue à assurer un continuum de services au sein des RLS et RTS, ainsi qu’à répondre au mieux aux besoins des personnes âgées. Les pratiques collaboratives sont axées sur les activités suivantes :

- La promotion de la santé : elle favorise un vieillissement actif;
- La prévention de la maladie et des conditions défavorables à la santé : elle intervient précocement et assure une vigie;
- L’attribution des bons services : elle utilise avec pertinence et efficacité les ressources du milieu, de toute une communauté;
- L’accompagnement à travers les parcours de services : il offre un soutien à la personne âgée.

Les mesures 16 à 23 inclusivement visent à :

- Agir et intervenir en amont des problèmes sinon dès les premiers signes affectant l’autonomie des personnes âgées pour les rejoindre afin qu’elles puissent maintenir leurs acquis et réduire les effets indésirables associés à des situations non souhaitables;
- Créer des mécanismes pour assurer la complémentarité, la continuité ainsi que la qualité des actions et des interventions dans le sens d’un continuum de services fluide;
- Assurer une cohésion entre les différentes collaborations pour maintenir l’efficacité des actions.

TABLEAU 6 : Planification spécifique pour la composante 4

MESURES		ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
16	Diversifier les moyens de rejoindre les personnes âgées	À débuter durant l’An 2 et à finaliser durant l’An 3	Nombre de moyens adoptés par organisation partenaire	Deux moyens par organisation partenaire
17	Repérer et intervenir de manière précoce		Nombre de personnes âgées repérées annuellement Taux de personnes âgées pour qui des services sont instaurés pour donner suite à un repérage	X personnes âgées repérées annuellement (<i>cible déterminée par RLS</i>) X % des personnes âgées jointes (<i>cible déterminée par RLS</i>)
18	Instaurer un mécanisme de recrutement, de sélection et de	Après avoir défini le mécanisme, à partir de l’An 2 et à finaliser durant l’An 3	Date de mise en application ou de révision du processus	Après l’atelier d’appropriation de la Composante 4, durant l’An 3

	suivi des « repérants »		Nombre de « repérants » disponibles par année	X « repérants » disponibles par année (<i>cible déterminée par RLS</i>)
19	Former les « repérants »		Nombre de formations par année par RLS	Deux
			Nombre de « repérants » formés par RLS	X nombre de « repérants » sont formés (<i>cible déterminée par RLS</i>)
20	Convenir des mécanismes pour s'échanger de l'information (nécessaire pour rendre des services personnalisés) entre les partenaires lors d'un référencement	Dès que les processus sont arrimés entre les partenaires, à partir de l'An 2 et à finaliser durant l'An 3	Date de disponibilité de la trajectoire définie conjointement avec les partenaires et considérant les règles de confidentialité à respecter	Après l'atelier d'appropriation de la Composante 4, durant l'An 2
21	Analyser et évaluer les besoins personnalisés	En tout temps, à partir de l'An 2	Date de mise en pratique du mécanisme convenu entre les partenaires (rôles, cheminement, outils, etc.)	Après l'atelier d'appropriation de la Composante 4, durant l'An 2
22	Planifier et coordonner des services personnalisés (services du RLS)		Taux de personnes âgées pour qui les services sont planifiés et coordonnés	X % des personnes âgées ayant un besoin de services reçoivent les services convenus. <i>Ce taux est convenu par RLS et la mesure de cet indicateur est réalisée à partir d'un échantillon convenu par RLS</i>
23	Accompagner les personnes âgées dans leur parcours de services	Selon les besoins, à partir de l'An 2	Taux d'accompagnement des personnes âgées identifiées comme ayant besoin de ce service	X % des personnes âgées identifiées sont accompagnées. <i>Ce taux est convenu par RLS et la mesure de cet indicateur est réalisée à partir d'un échantillon convenu par RLS</i>

MESURE 16

Diversifier les moyens de rejoindre les personnes âgées

Cette mesure consiste à faire en sorte que la promotion soit omniprésente dans tous les parcours de vie des personnes âgées, qu'elles aient besoin de services ou pas, et ce, peu importe l'intensité des services requis. Elle contribue à donner les moyens nécessaires à la population âgée pour qu'elle puisse avoir un maximum de contrôle sur sa santé, voire l'améliorer.

Cette mesure vise à :

- Informer de l'importance de mettre en place des conditions de vie et d'environnements favorables à la santé;
- Favoriser une participation active des personnes âgées;
- Rendre disponibles différents programmes locaux pouvant soutenir les activités de promotion de la santé (démarche Municipalités amies des aînés, etc.);
- Assurer un accès aux informations et aux renseignements sur les services existants et les moyens d'y accéder;
- Renouveler l'offre de service pour demeurer en phase avec les besoins des personnes âgées et pour favoriser leur maintien dans la communauté.

MESURE 17

Repérer et intervenir de manière précoce

Cette mesure consiste à intervenir le plus tôt possible pour prévenir des situations de vulnérabilité, préserver les acquis ou anticiper de potentiels problèmes. Elle réfère aussi à une méthode proactive permettant de détecter rapidement des difficultés, et ainsi d'intervenir en amont de l'apparition des problèmes, sinon dès leurs débuts. Des activités de repérage ciblées ou axées sur des situations pouvant entraîner une perte d'autonomie sont accessibles. Elles sont cohérentes avec les lignes directrices de repérage entérinées et documentées dans le dossier du réseau de services intégrés. Les partenaires réalisent une panoplie d'activités dans cette perspective.

Différents outils existent pour réaliser le repérage d'une personne âgée qui a des besoins. Une grille de repérage reconnue par le MSSS facilite les communications entre les partenaires, les travailleurs de milieu issus du programme Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV)³ et les « repérants ». En rappel, comme défini dans le Cadre de référence, un « repérant » désigne une personne qui effectue le repérage d'une personne âgée qui a des besoins. Des outils complémentaires à la grille de repérage peuvent bonifier les informations colligées avec cette dernière. Ces outils sont convenus entre les partenaires afin d'en faciliter la compréhension et l'utilisation, ainsi que l'échange d'informations pour respecter les rôles et responsabilités de chacun.

Cette activité vise à :

- Favoriser la poursuite des activités sociales;
- Repérer les personnes âgées susceptibles de vivre une situation de vulnérabilité;
- Faciliter les communications entre partenaires;
- Développer, sinon consolider une organisation de services, d'aménagement de milieux de vie et d'infrastructures pour soutenir l'autonomie des personnes âgées (incluant le référencement);
- Retarder, voire éviter (lorsque les conditions sont propices) le recours aux services institutionnels (urgence et hébergement) par l'efficacité de cette mesure.

MESURE 18

Instaurer des mécanismes pour recruter, sélectionner et suivre les « repérants »

Cette mesure de proximité consiste à identifier des personnes ou des organisations de la communauté, du réseau de proximité ou du réseau des partenaires qui ont un intérêt bientraitant pour les personnes âgées. Ces personnes ou organisations souhaitent, par leur regard vigilant, contribuer à assurer la

3. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2023), Programme initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV), guide d'information édition 2023-2024.

sécurité des personnes âgées et les soutenir afin que ces dernières puissent accéder aux services qu'elles pourraient nécessiter. Un processus de recrutement est documenté et articulé. Une sélection des candidats est réalisée en fonction des paramètres définis dans le processus. Les personnes retenues sont suivies par l'organisation responsable de ces activités.

Cette mesure vise à :

- Assurer une vigie de proximité;
- Identifier précocement les personnes;
- Implanter un processus rigoureux de recrutement, de sélection et de suivi des « repérants »;
- Mettre en place un groupe de « repérants » à l'aise avec les personnes âgées et avec les mécanismes requis pour assurer les suivis;
- Maintenir l'intérêt à demeurer un « repérant »;
- Encadrer les « repérants » afin qu'ils exercent leur fonction selon ce qui est prévu dans leur rôle et selon les responsabilités qui leurs sont confiées et attribuées.

MESURE 19

Former les « repérants »

Cette mesure consiste à élaborer un contenu vulgarisé pour former des « repérants ». Ce contenu est basé sur des données scientifiques validées et tient compte des lignes directrices portant sur le repérage du réseau de services intégrés. Il est facilement accessible.

La formation utilise une grille de repérage reconnue par le MSSS.

Les enseignements expliquent le processus à suivre après le repérage d'une personne potentiellement vulnérable.

Cette mesure vise à :

- Habilitier les « repérants » dans l'utilisation de la grille de repérage;
- S'assurer que les « repérants » sont à l'aise à assurer les suivis requis post-administration de la grille de repérage;
- Mobiliser les « repérants » de manière continue.

MESURE 20

Convenir des mécanismes pour s'échanger de l'information (nécessaire pour rendre des services personnalisés) entre partenaires

Cette mesure consiste à déterminer les besoins en ce qui concerne l'échange d'information entre les partenaires, à considérer les règles de confidentialité respectives à chaque partenaire, puis à convenir de moyens et de trajectoires fluides.

Elle prévoit également une légitimité entre les individus et les organisations qui s'échangent de l'information parfois sensible.

Cette mesure vise à :

- Se doter de trajectoires claires, simples et fluides pour faire cheminer les informations pertinentes selon un principe de continuité;
- Respecter les règles de confidentialité en vigueur pour convenir d'un mode d'échange efficace d'information;

- S'échanger les informations pertinentes et nécessaires pour que les personnes âgées aient accès aux services requis, au moment approprié et selon l'intensité requise.

MESURE 21

Analyser et évaluer les besoins personnalisés

Cette mesure consiste à « chercher le sens et la signification à accorder aux informations recueillies dans le but de circonscrire la nature des problèmes et des besoins⁴ » de la personne âgée. Les informations analysées permettent l'exploration des ressources les plus appropriées pour répondre aux besoins présentés. L'analyse donne une vue d'ensemble et précède une évaluation qui apporte des précisions aux besoins exprimés en raffinant l'appréciation de ceux-ci. De manière à s'assurer d'une adéquation entre les services et les besoins, une réévaluation des besoins est réalisée lors de changements dans la situation ou selon une autre fréquence prévue dans les règles de bonnes pratiques du réseau de services intégrés.

Il est à noter que l'évaluation et la réévaluation sont associées au champ de compétences de la personne qui procède à cette activité. Il importe de considérer qu'elles ne sont pas exclusives au RSSS, mais plutôt à tous les secteurs de la communauté.

Des outils liés aux compétences de l'évaluateur sont utilisés.

Cette mesure vise à :

- Clarifier les demandes formulées;
- Circonscrire les réels besoins, leur nature et leur ampleur pour apprécier le degré d'urgence et les facteurs de risque associés;
- Dresser un portrait des besoins à jour;
- Assurer une réponse convenue et acceptée par la personne âgée, adaptée à ses besoins.

MESURE 22

Planifier et coordonner les services personnalisés

Cette mesure consiste à s'assurer qu'une planification de services soit réalisée pour tout besoin évalué (habitation, mobilité et transports, loisirs, santé et services sociaux, etc.). Ceci implique que la personne âgée doit préalablement avoir accepté l'offre de services. La planification est préférablement formelle.

Les ressources de tout un RLS sont mises à contribution dans l'attribution des services. Il est privilégié qu'un besoin soit satisfait par un partenaire en amont de l'établissement lorsque la situation le permet. Cette façon de faire vise à favoriser et à faciliter l'accès aux différents services (partenaires et établissement).

Tout service doit être coordonné. Si un seul service est offert, il est nécessairement coordonné par la personne qui rend ce service. Si plusieurs services sont rendus, la coordination est déterminée en équipe, habituellement par l'intervenant qui a une majeure au dossier. De plus, si l'établissement et un des prestataires de services sont impliqués, d'emblée, la responsabilité de coordonner les services devient sa responsabilité avec la collaboration des organismes.

Cette mesure vise à :

- Assurer une adéquation entre ce qui est planifié en matière de services avec ce qui est réellement rendu;

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2013). *Services sociaux généraux Offre de service Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience.*

- Prévenir des détériorations dans la condition des personnes âgées, lesquelles sont associées à des absences ou à des lacunes dans l'organisation des services;
- Prévoir des mécanismes d'ajustements qui facilitent la prestation de services.

MESURE 23

Accompagner les personnes âgées dans leurs parcours de services

Cette mesure consiste à joindre une personne âgée afin de la soutenir entre autres dans la compréhension des situations qu'elle vit, dans ses cheminements, dans son acceptation de services, etc. L'accompagnement peut aussi prendre la forme de l'initiation de contacts pour mettre en relation la personne âgée avec les personnes ou organisations aptes et habilitées à lui fournir des services, afin qu'elles reçoivent ceux que sa situation nécessite. Dès que le relais est pris par les prestataires de services, les suivis requis sont assurés par ces derniers. Cette façon de faire permet aux accompagnateurs de faire profiter d'autres personnes âgées vulnérables de l'expertise d'accompagnement développée.

L'accompagnement peut être offert par le réseau de proximité ou par le réseau de partenaires, incluant par un travailleur de milieu du programme ITMAV. Les modalités les plus fréquemment rencontrées d'accompagnement de la personne âgée sont :

- des rencontres individuelles (à domicile ou dans un lieu public);
- des échanges téléphoniques ou des télérencontres;
- des échanges électroniques (courriels ou autres);
- des rencontres de groupes;
- l'assistance lors de rendez-vous;
- etc.

Les échanges en personnes sont privilégiés non seulement afin de bien capter tous les messages de la personne âgée (verbaux et non verbaux), mais également pour être en mesure de mieux saisir la dynamique de son environnement.

Cette mesure vise à :

- Créer un lien de confiance entre la personne âgée et l'intervenant pour favoriser un sentiment de confiance envers les services proposés;
- Soutenir les personnes âgées qui ont besoin d'être accompagnées dans leur parcours de services afin d'éviter que des situations se détériorent et qu'elles soient constatées tardivement, car certaines de ces situations pourraient être irréversibles et mener à un changement de milieu de vie;
- Faciliter l'accès aux services requis et ainsi favoriser le maintien à domicile.

2.2.2.5 COMPOSANTE 5 – L'ÉVALUATION DU CONTINUUM DE SERVICES : DES RÉSULTATS DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

L'évaluation du continuum de services constitue le processus permettant d'apprécier les résultats obtenus en matière de préservation et d'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population âgée par RLS et par RTS. Le portrait global des RTS compose le bilan provincial. Ce bilan devient la résultante, le portrait des effets de la mise en pratique de l'Approche. Si l'imputabilité des résultats repose sur le RSSS, ces résultats témoignent de la mobilisation et de l'investissement que toutes les parties prenantes ont consacré à chacune des composantes de l'Approche pour organiser les services en un continuum de services fluide.

La qualité de l'évaluation est conditionnelle à l'objectivité des indicateurs convenus. Un tableau de bord présente les indicateurs retenus par les parties prenantes. C'est dans le cadre d'un processus d'amélioration continue que l'analyse et l'interprétation des résultats gouvernent les ajustements requis. La fréquence de l'évaluation s'établit selon les indicateurs définis. Il est toutefois nécessaire de produire un bilan annuel de l'état de santé et de bien-être de la population aînée.

Les mesures 24, 25 et 26 visent à :

- Apprécier les résultats de santé et de bien-être pour un RLS et RTS par établissement, puis à fournir un portrait provincial pour le MSSS;
- Identifier des pistes d'amélioration appuyées par les résultats obtenus à la suite de l'évaluation réalisée;
- Planifier et mettre en pratique les solutions porteuses ou prometteuses envisagées.

TABLEAU 7 : Planification spécifique pour la composante 5

MESURES		ÉCHÉANCIERS	INDICATEURS DE SUIVI	CIBLES DE SUIVI
24	Définir les indicateurs à suivre par RLS et RTS	Lors du travail sur chaque composante avec une révision annuelle, d'ici la fin de l'An 3	Taux de représentation des parties prenantes à la définition des indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> • 25 % personnes aînées; • 25 % partenaires communautaires; • 25 % partenaires privés; • 25 % partenaires publics (autres que l'établissement)
25	Déterminer les modalités de monitoring des données		<p>Date de disponibilité du tableau de bord convenu par RLS, puis par RTS pour les parties prenantes</p> <p>Date de début d'actualisation du Plan d'action convenu par les parties prenantes par RLS, puis par RTS</p>	<p>C : Après l'atelier d'appropriation de la Composante 5, durant l'An 3</p> <p>Après l'atelier d'appropriation de la Composante 5, durant l'An 3</p>
26	Suivre les résultats en matière de préservation et d'amélioration de santé et de bien-être des populations aînées à l'échelle territoriale et locale et communiquer l'information au MSSS	À partir de l'An 3	<p>Date de bilan annuel (présentation des informations annuelles et analyse comparative entre les années, notamment à partir des données sociodémographiques) du RSSS avec les parties prenantes</p> <p>Date de communication du bilan annuel comparatif au MSSS</p>	<p>Dans le premier trimestre de l'An 3</p> <p>Après l'An 3, annuellement</p>

MESURE 24

Définir les indicateurs à suivre par RLS et RTS

Cette mesure consiste à déterminer les indicateurs de suivis requis pour être en mesure d'apprécier la préservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes âgées. Toutes les parties prenantes sont mises à contribution dans le processus pour retenir les indicateurs les plus représentatifs et significatifs.

Ces indicateurs apportent un éclairage sur les réalités locales, puis territoriales. Les portraits territoriaux concourent à réaliser les résultats à l'échelle provinciale.

Cette mesure vise à :

- Développer un sentiment de responsabilité collective envers l'atteinte du résultat global;
- Mobiliser les parties prenantes dans les travaux à réaliser pour atteindre les résultats escomptés.

MESURE 25

Déterminer les modalités de monitoring des données et informations

Cette mesure consiste à identifier les outils qui permettront de suivre globalement la démarche et d'apprécier rapidement et simplement les résultats des actions posées. Ces outils sont notamment un plan d'action et un tableau de bord par RLS, puis par RTS.

Le plan d'action recense les actions à privilégier et à poser, par qui, et avec quels échéanciers pour atteindre les cibles fixées avec les indicateurs retenus. Le tableau de bord recense l'ensemble des indicateurs identifiés comme importants et nécessaires à suivre pour apprécier non seulement la fluidité du continuum de services, mais également ses effets sur la préservation ainsi que sur l'amélioration de la santé et le bien-être des personnes âgées.

Les gabarits de plan d'action et de tableau de bord sont laissés à la discrétion de chaque territoire, le but étant qu'il identifie ensemble les moyens qui répondent au mieux au besoin de recueillir des informations. La modalité d'accès à ces informations, en temps réel de préférence, est également laissée à la discrétion de chacun des territoires.

La participation au choix de ces outils, à la définition de leurs contenus ainsi qu'à leurs modalités d'accès, doit être convenue entre les parties prenantes de chaque communauté locale et territoriale.

Cette mesure vise à :

- Assurer une qualité de l'information;
- Analyser rigoureusement les informations recueillies;
- Interpréter les données qui permettent une appréciation en ce qui a trait aux résultats tout en donnant des pistes pour appliquer les ajustements requis aux façons de faire.

MESURE 26

Suivre les résultats en matière de préservation et d'amélioration de santé et de bien-être des populations âgées à l'échelle territoriale et locale

Cette mesure consiste à recourir aux données objectives (données socio-démographiques notamment) permettant aux parties prenantes d'accéder aux informations requises pour apprécier les résultats induits avec la mise en pratique de l'Approche. Les moyens rendant accessibles les informations pertinentes

respectent les règles de confidentialité qui influencent l'accès aux informations, donc aux résultats. Des indicateurs de suivi et de résultats ou d'effets sont prévus. Une analyse des données est réalisée pour procéder à l'ajustement des moyens, le cas échéant, selon les résultats obtenus.

Cette mesure vise à :

- Avoir une répercussion positive des effets des changements induits avec l'Approche sur l'état de santé et de bien-être de la population aînée, fondée sur des informations crédibles et robustes;
- Agir dans le sens d'un levier pour guider les ajustements à réaliser dans le continuum de services.

3. SÉQUENCE DE DÉPLOIEMENT

Globalement, la planification réalisée prévoit un déploiement progressif étalé sur trois années. Préalablement au déploiement de l'Approche, une appropriation des orientations ministérielles est d'abord prévue pour tous les établissements visés. Les participations citoyenne et partenariale sont implicites. Par la suite, le déploiement se réalisera par composante de façon simultanée pour tous ces établissements. Cette méthode permettra un avancement semblable d'un territoire à l'autre en plus de favoriser le soutien interrégions, passant par le partage expérientiel de différentes initiatives locales ainsi que de solutions prometteuses et inspirantes potentiellement exportables. Une fois l'Approche implantée, les établissements auront la responsabilité avec leurs partenaires de la faire vivre au quotidien selon leurs couleurs locales, et d'en assurer sa pérennité. Le comité de vigie du MSSS pourra réagir pour s'assurer que ce qui s'implante s'inscrive en cohérence avec les orientations de l'Approche pour atteindre les résultats escomptés en matière de santé et de bien-être pour les personnes aînées.

Le tableau qui suit résume ces informations.

TABLEAU 8 : Résumé du déploiement par année

Activités préalables au déploiement		
Publication du Cadre de référence		
Diffusion du plan de déploiement		
Activités de communications		
Déploiement de l'Approche		
An 1	An 2	An 3
Déploiement de la composante 1	Finalisation du déploiement de la composante 3	Finalisation du déploiement de la composante 4
Déploiement de la composante 2	Début de déploiement de la composante 4	Déploiement de la composante 5
Début de déploiement de la composante 3		
Activités de consolidation et pérennité		
Ajustement, amélioration, renforcement <i>là où il y a eu des retards dans le déploiement ou là où des solutions alternatives sont nécessaires</i>		
Intégration des composantes entre elles		
Mécanismes permettant d'assurer la pérennité et les résultats de l'Approche en matière d'amélioration et de maintien de l'état de santé et de bien-être populationnel aîné		

CONCLUSION

Le Cadre de référence de *l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées* a défini les orientations ministérielles permettant à la société québécoise de s'adapter aux besoins des personnes âgées et à leur souhait de demeurer à domicile. Pour ce faire, l'action concourt à coconstruire un continuum de services avec la visée et la portée d'influencer l'état de santé et de bien-être des personnes âgées.

La mise en pratique de ces orientations prévue dans ce Plan de déploiement commande une importante gestion du changement pour pérenniser ces orientations et les intégrer aux activités courantes des réseaux locaux de services.

L'Approche œuvre autour d'actions et d'interventions concertées où la collaboration de chacun (les personnes âgées, les autres citoyens et les partenaires) fait en sorte que la force d'une communauté locale mobilisée où les services sont de proximité peut faire une différence dans la vie d'une personne âgée.

C'est dans ce contexte que les 26 mesures proposées dans ce Plan de déploiement ont été élaborées avec la réelle intention de faire cette différence dans la vie des personnes âgées. L'accompagnement, l'implantation et le suivi de cet important changement doivent permettre à ce que l'Approche soit exploitée à son plein potentiel, le plus rapidement possible, au plus grand bénéfice de la population âgée du Québec.

Le Cadre de référence de l'Approche concluait avec les mots de Mark Twain : « Ils ne savaient pas que c'était impossible, alors ils l'ont fait ». Le Plan de déploiement conclut : Ensemble, on le fait!

ANNEXE 1 : TABLEAU SYNOPTIQUE DE L'APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂNÉES

APPROCHE INTÉGRÉE DE PROXIMITÉ POUR LES PERSONNES ÂNÉES SYNTHÈSE | CADRE DE RÉFÉRENCE À L'INTENTION DES ÉTABLISSEMENTS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (RSSS)

L'approche intégrée de proximité pour les personnes âgées, c'est une façon d'agir et d'intervenir précocement avec, par et pour les personnes âgées avec les citoyens et partenaires communautaires, privés et publics de manière coordonnée et intégrée, en proximité et en réponse aux besoins évolutifs des personnes âgées

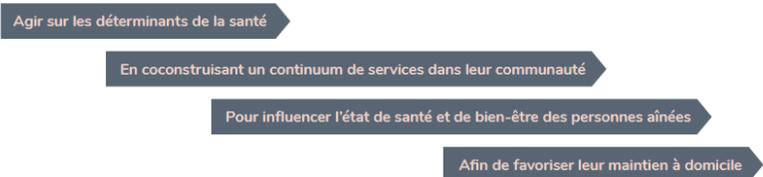
Vision	Responsabilité et imputabilité	Retombées positives pour les personnes âgées	Objectifs
<ul style="list-style-type: none"> Influencer positivement l'état de santé et de bien-être de la population âgée Maximiser le potentiel des communautés locales Contribuer à favoriser le maintien à domicile, à retarder ou à éviter le recours aux structures hospitalières et d'hébergement 	<p>Avec, par et pour les personnes âgées, les établissements du RSSS :</p> <ul style="list-style-type: none"> Suscitent, animent et soutiennent les collaborations citoyennes et partenariales Partagent le leadership avec les partenaires communautaires, privés et publics 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<p>Servir de référentiel pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> Moderniser l'offre de services et la réponse aux besoins des personnes âgées Utiliser de façon efficiente les structures et ressources de tout un réseau local de services Coconstruire un continuum de services innovant 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
Fondements	Parties prenantes		
<p>Des assises qui nous précèdent et qui nous guident vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> Un vieillissement actif Une responsabilité populationnelle Un réseau de services intégrés Un soutien dans la communauté 	<p>Les personnes âgées – Le réseau de proximité – Le réseau de partenaires</p>		



AMÉLIORER LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE DES PERSONNES ÂNÉES RÉPONDRE À LEURS BESOINS DANS LEUR COMMUNAUTÉ

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

- Environnement économique et de travail**
 - Revenu
 - Éducation, alphabétisation
 - Emploi
 - Sécurité alimentaire
- Environnement bâti**
 - Qualité de l'air et de l'eau
 - Habitation, logement et mobilité
 - Aménagement du territoire
- Environnement social**
 - Réseau de soutien social (voisinage, famille, amis)
 - Respect et inclusion sociale
 - Relations intergénérationnelles
- Caractéristiques, expériences et comportements individuels**
 - Prédispositions génétiques et biologiques
 - Expériences de la petite enfance et autres étapes de vie
 - Saines habitudes de vie
 - Compétences et aptitudes
- Système de soins et de services sociaux**
 - Progrès biomédical
 - Accès, qualité, continuité
 - Continuum d'actions pour promouvoir, guérir, soutenir



ANNEXE 2 : TABLEAU SYNOPTIQUE DU PLAN DE DÉPLOIEMENT

LES OBJECTIFS	LES MESURES
LE SOUTIEN MINISTÉRIEL	
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre l'Approche et les effets positifs d'œuvrer ensemble et en proximité sur la qualité de vie des personnes âgées • Agir en tant que levier pour mieux œuvrer ensemble • Rendre disponible une contribution externe, experte et objective face aux enjeux vécus sur le terrain • Gérer efficacement, de manière centrée sur l'atteinte des résultats visés par l'Approche 	1. Publiciser et promouvoir l'Approche sur le plan provincial
	2. Soutenir l'appropriation de l'Approche par les parties prenantes
	3. Accompagner le changement
	4. Réaliser des activités de recherche, d'évaluation et d'innovation
	5. Effectuer le transfert de connaissances
LE DÉPLOIEMENT TERRITORIAL ET LOCAL, DES MESURES GLOBALES SOUS LA COORDINATION DE SANTÉ QUÉBEC AVEC LES ÉTABLISSEMENTS	
<ul style="list-style-type: none"> • Vulgariser l'Approche dans un contexte régional et local • Mettre en place une structure de gouvernance régionale ou locale • Mobiliser les personnes âgées, les citoyens et les partenaires • Favoriser l'appropriation des orientations ministérielles par l'ensemble des parties prenantes 	6. Publiciser et promouvoir l'Approche sur le plan territorial et local
	7. Mettre en place ou ajuster, le cas échéant, une structure de gouvernance territoriale et locale
	8. Assurer un déploiement territorial et local
LE DÉPLOIEMENT TERRITORIAL ET LOCAL, DES MESURES SPÉCIFIQUES, PAR COMPOSANTE SOUS LA COORDINATION DE SANTÉ QUÉBEC AVEC LES ÉTABLISSEMENTS	
Composante 1 : Le portrait de la communauté, <i>une carte sociale</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un portrait de la communauté et le maintenir à jour • Se donner une vue d'ensemble permettant d'éviter l'information en vase clos • Développer une compréhension commune des besoins et des difficultés locales d'organisation de services • Favoriser les arrimages pour éviter les redondances et les lacunes de services • Développer une connaissance commune des services disponibles 	9. Réunir les parties prenantes
	10. Identifier ou mettre à jour les besoins de la population âgée, les ressources et l'état des collaborations pour y répondre
	11. Prioriser les actions

Réaliser le diagnostic réel des services, ressources et collaborations par RLS, sinon par RTS (selon le contexte régional)	
Composante 2 : La formulation et la communication de la vision, un leadership partagé	
<ul style="list-style-type: none"> • Donner une impulsion pour signifier le changement à réaliser • Porter un message commun et rassembleur • Assurer un partenariat renforcé par l'action collective 	12. Convenir de la vision
	13. Communiquer la vision
Composante 3 : Tissé serré, la force d'une communauté, la concertation	
<ul style="list-style-type: none"> • Identifier et implanter des mécanismes permettant d'assurer un continuum de services fluide (sans bris, sans lacune et sans doublon) • Impliquer les parties prenantes dans la prise de décisions, dans les changements et dans les améliorations à apporter • Utiliser l'expérience des personnes âgées pour influencer et adapter les services, les ressources et les activités à leurs besoins 	14. Mettre en place ou consolider, le cas échéant, des mécanismes de concertation adaptés aux particularités locales ou territoriales
	15. Identifier et appliquer des solutions concrètes pour assurer un continuum de services
Composante 4 : L'intégration d'activités dans les pratiques collaboratives, un continuum de services	
<ul style="list-style-type: none"> • Agir et intervenir en amont des problèmes sinon dès les premiers signes affectant l'autonomie des personnes âgées pour les rejoindre afin qu'elles puissent maintenir leurs acquis et réduire les effets indésirables associés à des situations non souhaitables • Créer des mécanismes pour assurer la complémentarité, la continuité ainsi que la qualité des actions et des interventions dans le sens d'un continuum de services fluide • Assurer une cohésion entre les différentes collaborations pour assurer une efficacité des actions 	16. Diversifier les moyens de rejoindre les personnes âgées
	17. Repérer et intervenir de manière précoce
	18. Instaurer un mécanisme de recrutement, de sélection et de suivi des « repérants »
	19. Former les « repérants »
	20. Convenir des mécanismes pour s'échanger de l'information (nécessaires pour rendre des services personnalisés) entre partenaires lors d'un référencement
	21. Analyser et évaluer les besoins personnalisés
	22. Planifier et coordonner les services personnalisés (services du RLS)
23. Accompagner les personnes âgées dans leurs parcours de services	
Composante 5 : L'évaluation du continuum de services : des résultats de santé et de bien-être	
<ul style="list-style-type: none"> • Apprécier les résultats de santé et de bien-être pour un RLS et RTS par établissement, puis à fournir un portrait provincial pour le MSSS • Identifier des pistes d'amélioration appuyées par les résultats obtenus à la suite de l'évaluation réalisée • Planifier et mettre en pratique les solutions porteuses ou prometteuses envisagées 	24. Définir les indicateurs à suivre par RLS et RTS
	25. Déterminer les modalités de monitoring des données
	26. Suivre les résultats en matière de préservation et d'amélioration de santé et de bien-être des populations âgées à l'échelle régionale et locale et communiquer l'information au MSSS

ANNEXE 3 : RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU MSSS ET DE SANTÉ QUÉBEC

Le résumé qui suit présente spécifiquement le partage des rôles et des responsabilités entre le MSSS et Santé Québec. Cette dernière œuvre en étroite collaboration avec les établissements et implicitement avec l'ensemble des parties prenantes de l'Approche. Il est à noter que les rôles et responsabilités de toutes les parties prenantes sont décrits à la section 8 du Cadre de référence.

MSSS	SANTÉ QUÉBEC
Gouvernance	
<ul style="list-style-type: none"> • Définition des orientations (Cadre de référence) • Publication des orientations • Communication des orientations • Définition de la structure de gouvernance nationale (comités de vigie et de suivi) • Responsable du comité de vigie 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux établissements dans l'instauration d'une gouvernance territoriale et locale • Vigie pour la nomination d'une direction responsable de l'Approche et de son imputabilité, pour chaque établissement • Responsable du comité de suivi
Appropriation des orientations	
<ul style="list-style-type: none"> • Planification, animation d'ateliers d'appropriation 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien à la préparation aux ateliers territoriaux et locaux selon les réalités régionales • Suivis post-ateliers avec les établissements
Mise en pratique	
Déploiement	
<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un Plan de déploiement pour le RSSS • Publication du Plan de déploiement • Suivi de la mise en pratique via le comité de vigie 	<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration d'un Plan de déploiement par établissement inspiré par celui du MSSS • Suivi de la mise en pratique avec les établissements et le comité de suivi via les bilans ainsi que les redditions de comptes prévus au Plan de déploiement
Reddition de comptes	
<ul style="list-style-type: none"> • Définition et validation des indicateurs ainsi que des cibles attendues • Détermination des paramètres de reddition de comptes 	<ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de la reddition de comptes avec les établissements selon les paramètres déterminés par le MSSS
Suivi des mesures prévues au Plan de déploiement	
<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité et imputabilité pour les mesures 1 à 5 • Vigie pour les mesures 6 à 26 	<ul style="list-style-type: none"> • Responsabilité et imputabilité dans la coordination avec les établissements des mesures 6 à 26
Activités de recherche, d'évaluation des résultats en continu, d'innovation et de transfert de connaissances	
<ul style="list-style-type: none"> • Élaboration, signature et suivi d'ententes avec les partenaires concernés • Suivi via le comité de vigie 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordination de la participation avec les établissements • Activités monitorées avec le comité de suivi
Pérennité au terme du déploiement de l'Approche	
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi via le comité de vigie • Détermination de mesures pour assurer la pérennité de l'Approche 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi via le comité de suivi • Coordination avec les établissements des mesures pour assurer la pérennité de l'Approche selon les paramètres déterminés par le MSSS

**Santé
et Services sociaux**

Québec

