

UNE COMMUNAUTÉ BIENVEILLANTE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes aînées
du réseau local de services Jeanne-Mance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Le 24 avril 2023



Production du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1560, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 4M1
Téléphone: 514 340-2800, poste 3255
www.ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca
ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca

Direction

Marc Bessette, Directeur SAPA - Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA

Nicolas Rioux, Directeur adjoint SAPA - Soutien à domicile et ressources intermédiaires

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

Rédaction scientifique et coordination des travaux

Dre Paule Lebel

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Médecin conseil, Équipe Personnes âgées

Direction régionale de santé publique de Montréal

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Responsable scientifique du Réseau Résilience Aîné.es Montréal (RRAM)

En première instance de révision scientifique

Dr David Lussier

Médecin gériatre

Directeur associé à l'innovation et à la valorisation des connaissances, CRIUGM

Directeur scientifique d'AvantÂge, IUGM

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

En deuxième instance de révision scientifique

Barbara Fillion, ergothérapeute, M.A. (éd.), agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), DRSP

Marie-Chantal Gélinas, ergothérapeute, agente de planification, de programmation et de recherche (APPR), DRSP

Dre Lise Goulet, Ph.D., médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, INSPQ

Ce travail de collecte d'information, d'analyse, de partage des connaissances et de mobilisation a été rendu possible grâce au soutien financier du Secrétariat aux aînés, MSSS, Gouvernement du Québec.

Infographie

Karyne Bradley, Agence grenade

Ce document est disponible en ligne sur le site Web : <https://ciusss-centresudmtl.gouv.qc.ca/propos/documentation-et-rapports/rapports/communaute-bienveillante-envers-les-personnes-ainees>

© Gouvernement du Québec, 2023

ISBN 978-2-550-94528-40 (en ligne)

Dépôt légal Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023; Bibliothèque et Archives Canada, 2023

Les textes de ce document peuvent être reproduits ou téléchargés pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à condition d'en mentionner la source : Lebel, P. (2023). *Une communauté bienveillante envers les personnes âgées — Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du réseau local de services Jeanne-Mance*. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et acronymes.....	6
Sommaire exécutif.....	8
Introduction.....	12
I. La communauté bienveillante : un projet de gériatrie sociale financé par le Secrétariat aux aînés du MSSS.....	12
II. Les objectifs du document	14
Chapitre 1 – Une communauté bienveillante : pertinence et contexte favorable.....	16
1.1 La précarité des conditions de vie et de santé des personnes âgées montréalaises, dont celles du RLS Jeanne-Mance	17
1.1.1 Les conditions sociales et de santé des personnes âgées de Montréal, et plus particulièrement celles vivant sur le territoire du RLS Jeanne-Mance.....	17
1.1.2 L'isolement social des personnes âgées de Montréal, dont celles du RLS Jeanne-Mance	17
1.1.3 La participation sociale et le faible soutien social des personnes âgées montréalaises	19
1.2 La promotion de la santé et la prévention pour favoriser le bien vieillir chez soi le plus longtemps possible : agir en amont.....	20
1.3 Des initiatives à l'échelle des quartiers par des organismes communautaires : atténuer les inégalités sociales et de santé.....	20
1.4 Les personnes âgées : au cœur de l'action.....	21
1.5 Un contexte favorable au sein du CCSMTL.....	22
Chapitre 2 - Ce qu'est un modèle logique.....	26
2.1 Définition.....	26
2.2 Utilité	26
2.3 Éléments constitutants.....	27
Chapitre 3 - Méthodologie et sources de données utilisées pour l'élaboration du modèle logique.....	30
3.1 Sources de données	30
3.2 Méthodologie pour construire le modèle logique à partir de l'ensemble des sources de données	34

Chapitre 4 - Modèle logique de la communauté bienveillante	35
4.1 Définition, mission, objectifs et valeurs de la communauté bienveillante	35
4.2 Populations visées et réseaux en présence sur le territoire du RLS Jeanne-Mance	36
4.2.1 Les personnes âgées vivant dans la communauté	36
4.2.2 Les personnes entourant les personnes âgées dans leur vie de tous les jours.....	37
4.2.3 Les réseaux en présence	37
4.3 Contexte, facteurs externes et éléments clés de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance	39
4.3.1 Contexte	39
4.3.2 Facteurs externes.....	41
4.3.3 Éléments clés de la communauté bienveillante : principes et stratégies	43
4.3.4 Mesure des effets de la communauté bienveillante	47
4.3.5 Pérennité de la communauté bienveillante.....	50
4.4 Modèle intégrateur d'actions concertées intersectorielles de proximité de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance	51
4.4.1 Les quatre composantes de la communauté bienveillante	51
4.4.2 L'infrastructure de planification et de coordination intersectorielle	51
4.4.3 Le réseau des partenaires communautaires, publics et privés	52
4.4.4 Le réseau de proximité-ami des personnes âgées vulnérables	53
Chapitre 5 - Quatre composantes du modèle logique	54
5.1 Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables	55
5.2 Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque de maladies chroniques	60
5.3 Environnements bâtis favorables à la santé et milieux de vie stimulants, inclusifs et sécuritaires	65
5.4 Réseau de proximité-ami des personnes âgées	72
Conclusion et mise à jour du modèle logique	79
RÉFÉRENCES PAR THÉMATIQUES	81
Liste des annexes	
Annexe A	Liste des personnes chercheuses et personnes expertes, selon différentes thématiques liées au vieillissement, et ressources à consulter
	85
Annexe B	Données sociodémographiques et sanitaires sur les personnes âgées de 65 ans. Territoires de Montréal, reste du Québec, CCSMTL et RLS Jeanne-Mance
	101
Annexe C	Modèle intégrateur et modèle logique.....
	105

Liste des tableaux

Tableau 1	Modèle de communauté bienveillante déposé au Secrétariat aux aînés (2019) : objectifs et interventions.....	13
Tableau 2	Continuum des communautés bienveillante, soignante et compatissante du CCSMTL, selon certaines caractéristiques	24
Tableau 3	Constituants d'un modèle logique d'un programme	27
Tableau 4	Sources de données utilisées pour bâtir le modèle logique de la communauté bienveillante.....	30
Tableau 5	Facteurs qui influencent l'implantation d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées, dans le contexte du RLS Jeanne-Mance	41
Tableau 6	Éléments clés d'un modèle de communauté bienveillante envers les personnes âgées, inspirés de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance	43
Tableau 7	Exemples d'indicateurs des effets d'une communauté bienveillante sur les personnes âgées, les personnes de leur réseau de proximité, les personnes intervenantes et bénévoles mobilisées.....	47

Liste des figures

Figure 1	Cartographie des facteurs de risque de l'isolement social à l'échelle des secteurs de CLSC de la région de Montréal	18
Figure 2	Continuum des communautés : bienveillante-soignante-compatisante. Pour soutenir la santé, le bien-être, la participation et l'inclusion sociale des personnes âgées	23
Figure 3	Exemple d'un modèle logique.....	29
Figure 4	Cartographie des réseaux de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du RLS Jeanne-Mance	39
Figure 5	Application du vieillissement actif dans les municipalités amies des aînés	65

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

APPR	Agent de planification, de programmation et de recherche
CCSMTL	CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
CEPPP	Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CRIUGM	Centre de recherche de l'IUGM
DEUR	Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche
DSP	Direction de santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
DQEPE	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
DSGPU	Direction des services généraux et partenariats urbains
EUSP	Environnements urbains et santé des populations
GAMF	Guichet d'accès à un médecin de famille
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISS	Inégalités sociales et de santé
ITMAV	Initiative de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
LÉA	Ligne Espoir Aîné
LIAM	Ligne Intervenant.e Aîné.e Montréal
LGBTQ+	Personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans, queers et intersexes
MADA	Municipalité amie des aînés
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL	Organisme à but non lucratif
OMHM	Office municipal d'habitation de Montréal
OMS	Organisation mondiale de la santé
PA	Personnes âgées

PARI	Plan d'action régional intégré
PIC-RRAM	Plan d'impact collectif Réseau Résilience Aîné.es Montréal
PIED	Programme Intégré d'Équilibre Dynamique
RLS	Réseau local de services
RPA	Résidence privée pour aînés
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques reliés à la démence
SHDM	Société d'habitation et de développement de Montréal
TNCM	Troubles neurocognitifs majeurs



SOMMAIRE EXÉCUTIF

Une communauté bienveillante envers les personnes âgées

Origine du modèle logique

Le modèle logique d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées présenté dans ce document s'inspire du projet de la communauté bienveillante du réseau local de services (RLS) Jeanne-Mance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL). Il s'agit de l'un des trois projets de gériatrie sociale financés par le Secrétariat aux aînés du MSSS en juin 2019, devant le constat accablant des conséquences majeures de l'isolement sur la santé de nombreuses personnes âgées vivant en situation de vulnérabilité. Le modèle logique actuel repose également sur des consultations auprès d'acteurs clés de différents réseaux (ex. santé, municipal, communautaire, habitation), de personnes âgées, d'expériences similaires dans la communauté et de données probantes issues de recherches passées ou en cours.

Populations âgées et quartiers ciblés

Ce type de communauté bienveillante, développé à l'échelle locale, vise en priorité les secteurs où se concentre une forte proportion de personnes âgées vulnérables du point de vue de leur santé physique, psychologique, sociale et neurocognitive, de leurs caractéristiques sociodémographiques, de la précarité de leurs conditions de vie, de leur situation économique et de leur réseau de soutien social, de même que de leur immigration récente.

Définition, mission, objectifs

La communauté bienveillante (CB) est un système de mobilisation et de collaboration qui s'active sur un territoire de proximité (ex. CLSC) qui rassemble :

- Les personnes âgées (et leurs personnes proches aidantes), en particulier lorsque celles-ci sont en situation de vulnérabilité ou à risque de perte d'autonomie, d'isolement ou d'exclusion sociale
- Les citoyens et citoyennes de tous les âges qui côtoient ces personnes âgées au quotidien (réseau de proximité)
- Les services publics, communautaires et privés susceptibles de les desservir (réseau de partenaires intersectoriels)

La CB s'assure que les personnes âgées puissent : i) bénéficier d'une santé physique, mentale, cognitive et sociale, ainsi que d'une autonomie fonctionnelle et d'une qualité de vie optimales pour leur bien-être général; ii) accomplir leurs aspirations et leurs projets de vie à la hauteur de leurs ambitions; iii) se sentir respectées en tout temps dans leur dignité et leur diversité.

Pour ce faire, la CB développe et coordonne des interventions par des collaborations, des partenariats et des actions concertées qui visent à ce que les personnes âgées puissent : i) être soutenues dans leur adaptation au vieillissement ainsi qu'aux moments charnières de leur vie; ii) être outillées afin d'agir comme partenaires actifs dans la prévention de la perte d'autonomie; iii) poser des gestes qui les gardent en santé; iv) prendre part aux décisions qui les concernent et être invitées à le faire; v) être repérées et accompagnées au bon moment et de façon personnalisée vers des ressources appropriées; 6) évoluer dans des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires.

Valeurs

Ces orientations et ces interventions se fondent sur des valeurs de respect :

- Respect de la dignité humaine des personnes âgées
- Respect de l'expertise de chacun des réseaux
- Participation équitable et engagement de chacun des réseaux
- Collaboration et partage entre les réseaux

Modèle logique intégrateur

Le modèle intégrateur comprend **quatre composantes d'interventions** (repérage et accompagnement; promotion de la santé et prévention; environnements bâtis et milieux de vie; réseau de proximité) qui s'appuient sur une **infrastructure de planification et de coordination intersectorielle** à travers un ancrage communautaire, si possible dans une structure de concertation existante, telle une table de concertation aînée. Une équipe intersectorielle de personnes intervenantes auprès des personnes âgées vulnérables ou isolées ainsi qu'une équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif, complètent cette infrastructure.

Le **réseau des partenaires communautaires, publics et privés**, coordonnent leurs actions, en y intégrant des personnes bénévoles, dont plusieurs sont des personnes âgées elles-mêmes. Ces dernières se voient confier différents rôles d'animation, de formation ou d'accompagnement en tant que personnes paires âgées, ou elles sont invitées à participer à des instances où se prennent des décisions qui les concernent. Le **réseau de proximité-amis des personnes âgées** s'associe à ces partenaires.

Quatre composantes

Pour chacune des quatre composantes de la CB, un modèle logique est proposé. Celui-ci intègre le contexte, les hypothèses, les facteurs d'influence externes, les principes et stratégies, les populations visées, les intrants, les activités, les extrants, de même que des indicateurs de résultats à court (0-2 ans), moyen (3-4 ans) et long termes (5 ans et plus).

Composante 1 : Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables ou isolées

L'objectif est de créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées vulnérables ou isolées dans leur milieu de vie, d'entrer en contact avec elles, de les accompagner vers les services appropriés et de favoriser leur autonomie de même que leur participation sociale.

Exemples d'activités :

- Personnes formées en santé mentale pour repérer les signes de détresse psychologique chez les personnes âgées
- Lignes téléphoniques dédiées aux personnes âgées, avec accompagnement d'une personne intervenante jusqu'à l'obtention d'une ressource ou d'un service approprié
- Équipe clinique intersectorielle capable d'intervenir en situation complexe (ex. : personnes âgées ayant un profil d'insécurité alimentaire, de menace d'éviction du logement, de troubles neurocognitifs à leur début, d'abus financier ou d'isolement social)

Composante 2 : Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque associés aux maladies chroniques

L'objectif est d'implanter des programmes adaptés (niveau de littératie, langue) de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales et de les offrir aux personnes âgées vulnérables du territoire.

Exemples d'activités :

- Ateliers animés à proximité par des personnes intervenantes communautaires ou par des personnes âgées sur des thématiques de santé diverses, en différentes langues, en s'assurant du niveau de littératie (ex. : stimulation de la mémoire, prévention des chutes et du déconditionnement, utilisation appropriée des médicaments et déprescription, cessation tabagique et contrôle de la consommation de substances psychoactives, hygiène du sommeil, adaptation aux transitions de vie)

Composante 3 : Environnements bâtis favorables à la santé et milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires

L'objectif est d'aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires pour les personnes âgées.

Exemples d'activités :

- Approche de Living Lab pour faciliter la coconstruction d'interventions par des personnes âgées et des acteurs clés de la communauté
- Introduction d'une technologie de communication pour soutenir des relations harmonieuses entre les personnes ayant des troubles neurocognitifs et leur entourage
- Interventions de médiation par une équipe clinique intersectorielle dans des milieux de vie collectifs où règnent de la discrimination, de l'intimidation, de la violence
- Représentation auprès des instances municipales pour augmenter l'accessibilité au transport, dont le transport adapté et favoriser l'accès « 15 minutes » aux services

Composante 4 : Création d'un réseau de proximité-ami des personnes âgées

L'objectif est de bâtir un réseau de proximité-ami des personnes âgées composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les personnes âgées vulnérables dans leur quotidien. Ces interactions se font par des gestes simples d'entraide et démontrent un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie.

Exemples d'activités :

- Des personnes bénévoles soutenues par des personnes intervenantes, sont présentes dans des rues de quadrilatères désignés pour faciliter le réseautage entre des personnes âgées vulnérables et leur entourage (ex. : personnes amies et voisines, personnel des commerces, banques et pharmacies de proximité, lieux de culte). Cet entourage bienveillant peut ainsi poser des gestes d'entraide et de surveillance et, au besoin, avec l'accord de la personne âgée, la référer à la ligne téléphonique locale dédiée aux personnes âgées.
- Campagne locale de sensibilisation du grand public à la création de ce réseau de proximité-ami des personnes âgées

Conditions de succès

- Le succès de la communauté bienveillante envers les personnes âgées repose principalement sur la capacité des personnes intervenantes, bénévoles et citoyennes à développer un lien de confiance durable avec les personnes âgées, surtout les plus vulnérables ou isolées. Ceci requiert des habiletés de communication et du temps, car il s'agit d'un approvisionnement mutuel. Au bout du compte, la communauté en entier en profite car elle devient plus solidaire et résiliente.
- S'appuyant sur une vision intégrée de la santé des individus et des communautés et de leurs déterminants, la communauté bienveillante agit autant sur les personnes et les collectivités que sur l'environnement dans lequel elles évoluent. La communauté bienveillante met en valeur ses personnes âgées, au sein des instances décisionnelles et des interventions elles-mêmes. Chaque personne âgée vulnérable ou isolée est appelée à développer son propre pouvoir d'agir, et accompagnée en ce sens.
- Les membres de la communauté bienveillante sont proactifs et rejoignent les personnes âgées où elles sont, dans le respect des volontés des personnes âgées. En ce sens, la formation des personnes intervenantes à un consentement éclairé des personnes âgées est un gage de qualité, en particulier lors de la référence à des ressources et services.
- La majorité des besoins des personnes âgées peuvent être comblés par les ressources et les services offerts dans la communauté, dans la mesure où ils sont adéquatement financés. Les lignes téléphoniques locales avec accompagnement dédiées aux personnes âgées, pilotées par des organismes communautaires, constituent des plaques tournantes pour le dépistage des besoins, la référence et l'accompagnement vers les ressources appropriées. Elles deviennent pleinement efficaces lorsque leur existence est connue de la population, que tous les partenaires l'adoptent comme porte d'entrée et que des corridors de services sont établis avec le réseau de la santé et des services sociaux en cas de priorités liées à la santé.
- Le développement d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées se déploie sur plusieurs années avant qu'elle n'atteigne sa pleine maturité et repose sur des leaders engagés qui créent et soutiennent leur relève.
- Implanter un nouveau modèle d'intervention nécessite un suivi rigoureux afin d'ajuster les pratiques le plus rapidement possible. Le choix d'indicateurs de processus et de résultats pertinents revêt une importance capitale pour les différents partenaires qui doivent être soutenus dans cette démarche, n'étant pas très familiers avec cette approche.
- Les efforts de toutes et tous pour créer et consolider cette communauté bienveillante méritent d'être couronnés par un projet de recherche-action qui en démontrera les effets à long terme sur les personnes âgées, les personnes intervenantes, bénévoles et citoyennes.
- Finalement, un financement pérenne et significatif des organismes communautaires et des équipes de santé publique ainsi que de l'infrastructure de soutien de la communauté bienveillante doit être planifié et mis en œuvre.

ANNEXE C - MODÈLE INTÉGRATEUR ET MODÈLE LOGIQUE

Une communauté bienveillante envers les personnes âgées

Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du réseau local de services Jeanne-Mance

Le 24 avril 2023

PERSONNES ÂGÉES (PA)

- PA de 65 ans + en situation socioéconomique précaire
- PA les plus à risque d'isolement social par cumul de facteurs de risque : vivre seule, incapacité, sous la mesure de faible revenu, 80 ans +, trouble de l'humeur ou anxiété
- Hétérogénéité des PA : autonomie, santé, participation, inclusion sociale
- Attention spécifique aux PA avec troubles neurocognitifs ou problèmes de santé mentale

QUATRE COMPOSANTES

1. REPÉRAGE ET ACCOMPAGNEMENT

Créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées vulnérables ou isolées et de les accompagner vers les services appropriés

2. PROMOTION ET PRÉVENTION

Implanter des programmes adaptés de promotion de la santé, de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales

3. MILIEUX DE VIE ET ENVIRONNEMENTS BÂTIS

Aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires

4. RÉSEAU DE PROXIMITÉ-AMI DES PA

Bâtir un réseau de proximité-ami des PA composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les PA vulnérables dans leur quotidien par des gestes simples d'entraide, avec un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie

RÉSULTATS INDIVIDUS

- Autonomie
- Qualité de vie, bien-être général
- Actualisation de soi, sentiment d'utilité
- Santé physique, cognitive, sociale, psychologique et spirituelle
- Participation sociale et citoyenne
- Réseau social sur qui compter
- Résilience individuelle

RÉSULTATS COMMUNAUTÉ

- Inclusion sociale, absence d'agisme et de racisme
- Équité, cohésion sociale intra et intergénérationnelle
- Résilience communautaire
- Environnements et milieux de vie adaptés



RÉSEAU DES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES, PUBLICS ET PRIVÉS

- CIUSSS, organismes communautaires, EESAD, Ville de Montréal-arrondissement, habitation, pharmacies communales, Réseau résilience Alti.es Montréal, etc.



RÉSEAU DE PROXIMITÉ-AMI DES PA VULNÉRABLES

- Proches aidant.e.s, famille, ami.e.s, voisinage, concierges, maison des jeunes, services de proximité, etc.



INFRASTRUCTURE DE COORDINATION INTERSECTORIELLE DE PROXIMITÉ

- Comité de planification et de coordination intersectorielle dans la communauté
- Équipe intersectorielle d'intervenant.e.s auprès des PA les plus vulnérables ou isolées
- Équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif pour le transfert des connaissances et le développement des compétences des PA, intervenantes, bénévoles et citoyennes du réseau de proximité

UNE COMMUNAUTÉ BIENVEILLANTE ENVERS LES PERSONNES ÂÎNÉES

Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du réseau local de services Jeanne-Mance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Introduction

I. La communauté bienveillante : un projet de gériatrie sociale financé par le Secrétariat aux aînés du MSSS

Le projet de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du secteur Jeanne-Mance du CCSMTL est l'un des trois projets de gériatrie sociale financés par le Secrétariat aux aînés du MSSS en juin 2019 (Québec. MSSS, 2019). Devant le constat accablant des conséquences majeures de l'isolement sur la santé de nombreuses personnes âgées vivant en situation de vulnérabilité, le gouvernement se mobilise en accordant un soutien financier pour la mise en place de mesures concrètes qui amélioreront la qualité de vie et le bien-être de cette population montréalaise.

Tel que le mentionne madame Marguerite Blais, alors ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, la gériatrie sociale permet de rejoindre les aînés directement dans leur communauté, et c'est ce qui fait toute la différence lorsqu'il est question de briser leur isolement social et de favoriser leur vieillissement actif. Le concept de gériatrie sociale est en émergence au Québec, et le financement de tels projets permet de les documenter et de les concrétiser.

Le présent projet (CCSMTL, 2019)¹, d'abord nommé ***Pour une communauté bienveillante envers ses aînés***, a pour objectif de créer un réseau de partenaires capable de repérer les personnes âgées vulnérables et isolées dans leur milieu de vie, d'entrer en contact avec elles, d'intervenir pour améliorer leur qualité de vie, de les accompagner vers les services appropriés ainsi que de favoriser leur autonomie et leur participation sociale, à toutes les étapes du vieillissement. Cette approche de gériatrie sociale vise à établir un lien de confiance avec les personnes âgées plus isolées, fragiles ou démunies, qui passent trop souvent sous le radar des services actuels. Derrière cette grande précarité se trouvent des problématiques complexes aux plans de la santé physique, fonctionnelle, cognitive et mentale, auxquelles s'ajoutent des conditions de vie difficiles. Il s'agit donc de se rallier autour d'une volonté partagée, celle de créer une communauté bienveillante envers les personnes âgées.

Le programme est déployé sur le **territoire du RLS Jeanne-Mance**, comprenant les territoires des CLSC Faubourg, Plateau-Mont-Royal et Saint-Louis-du-Parc, dont la population de 65 ans et plus de 16 730 personnes (2016) est constituée de près de 50 % de personnes économiquement défavorisées et présentant le plus haut taux de personnes âgées vivant seules (55 %) à Montréal.

Le CCSMTL et ses partenaires ont la préoccupation de développer des communautés bienveillantes envers **les personnes âgées, qui seront elles-mêmes des actrices de premier ordre dans toutes les facettes du projet, de la gouvernance à l'évaluation.**

1 Document inédit déposé à madame Marguerite Blais, ministre des Aînés et des Proches aidants, en vue d'un financement.

Le **tableau 1** décrit de façon sommaire les objectifs et interventions proposés dans le projet initial.

TABEAU 1

Modèle de communauté bienveillante déposé au Secrétariat aux aînés (2019) : objectifs et interventions

OBJECTIFS	INTERVENTIONS
1) Créer un modèle de logique enraciné dans la communauté	• Comité de pilotage rassemblant des représentants de différents acteurs du milieu. • Mise en commun intersectorielle de savoirs, savoir-faire et de ressources/outils appropriés • Repérage des lieux et des personnes capables d'entrer en contact avec les personnes âgées • Formation et outils destinés aux personnes capables d'entrer en contact avec les personnes âgées afin qu'elles puissent agir comme relais d'information et d'orientation vers les ressources
2) Mettre en place un maillage inter-réseaux	• Rencontres, formations • Ententes de collaboration et de coordination • Mécanismes de communication intersectoriels • Outil de référencement entre le milieu communautaire et les services du réseau de la santé et des services sociaux
3) Adopter des interventions centrées sur le bien vieillir	• Programmes de prévention • Ateliers donnés par des pairs • Outils et guides de pratique pour les personnes intervenantes en première ligne

D'autres éléments sont venus bonifier les volets initiaux proposés en 2019 et se sont intégrés au modèle logique :

- 1) L'importance d'agir en amont de la vulnérabilité physique et psychosociale et de développer des activités de promotion de la santé et de prévention, en tenant compte des spécificités des différents groupes d'âge dont les besoins diffèrent, en fonction des transitions de vie vécues. Par exemple : 55-64 ans (préparation à la retraite); 65-74 ans (nouveau rôle de proche aidant); 75-84 ans (deuil, déménagement en milieu de vie collectif, apparition d'incapacités); 85 ans et plus (perte d'autonomie, hébergement lié à des troubles cognitifs).
- 2) Le fait d'aménager un environnement bâti favorable à la santé et des milieux de vie qui soient stimulants, inclusifs et sécuritaires pour les personnes âgées qui y vivent.

Pour donner suite à l'obtention de la subvention du Secrétariat aux aînés, un comité tactique a été créé. Il a été animé par **Marc Bessette**, directeur SAPA - Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, puis par **Nicolas Rioux**, directeur adjoint - Soutien à domicile et ressources intermédiaires, Direction du soutien à l'autonomie de la personne âgée (SAPA) du CCSMTL. Le projet a été découpé en quatre lots de travail :

- Comité inter-réseaux
- Programmes préventifs favorisant le bien vieillir
- Partage et vigie des initiatives scientifiques
- Modèle logique et évaluation

En interagissant les uns avec les autres, les personnes participant à ces lots de travail et leurs partenaires ont coconstruit un modèle logique de communauté bienveillante et concrétisé les premiers pas de cette communauté bienveillante, dont l'implantation se poursuit progressivement, en fonction des ressources disponibles et des opportunités qui surgissent.

II. Les objectifs du document

Le modèle logique constitue l'un des livrables qui sera soumis au MSSS au terme du projet, soit au printemps 2023. Il représente la vision d'une communauté bienveillante « optimale » envers les personnes âgées dont les plus vulnérables, inspirée de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du RLS Jeanne-Mance. Le modèle est susceptible d'évoluer en fonction du contexte social, communautaire, organisationnel et politique.

Ce document constitue une première version du modèle logique de la communauté bienveillante envers les personnes âgées. Le modèle sera régulièrement mis à jour selon l'évaluation des pratiques, les ressources disponibles et les nouvelles données scientifiques. Il présente une **vision du futur et des pratiques optimales à développer au sein d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées**.

Sous la direction de monsieur Marc Bessette puis de monsieur Nicolas Rioux, le développement du modèle logique est sous la responsabilité des personnes suivantes:

- **Dre Paule Lebel**, médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, médecin-conseil à la DRSP, directrice scientifique du PIC-RRAM (<https://resilienceaineemtl.ca/>) et conseillère senior au CEPPP.
- En cours d'élaboration, le modèle logique a fait l'objet de consultations auprès des membres du comité tactique de la communauté bienveillante et des partenaires, en particulier **Dr David Lussier**, médecin gériatre, directeur associé à l'innovation et à la valorisation des connaissances du CRIUGM et directeur scientifique d'AvantÂge de l'IUGM, **Marie St-Louis**, chef de service de la mission universitaire sur la gériatrie et le vieillissement, DEUR et **Nicolas Rioux**, directeur adjoint - Soutien à domicile et ressources intermédiaires à la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) du CSSMTL.
- Des collègues de l'équipe aînée de la DRSP de Montréal, **Marie-Chantal Gélinas** et **Barbara Fillion**, et une collègue de l'INSPQ, **Dre Lise Goulet**, ont révisé en tout ou en partie le document.

Ce document a pour objectifs de :

- Brosser le portrait des conditions de vie des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance et le contexte favorable au développement d'une communauté bienveillante
- Présenter une brève définition du modèle logique et préciser son utilité
- Résumer la méthodologie utilisée et les sources de données scientifiques, organisationnelles et expérientielles consultées pour élaborer le modèle logique de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du territoire Jeanne-Mance
- Définir ce qu'est la communauté bienveillante envers les personnes âgées du territoire Jeanne-Mance et les caractéristiques des personnes ciblées
- Préciser le modèle intégrateur d'actions concertées intersectorielles de proximité de la communauté bienveillante qui se décline en quatre composantes :
 - Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables;
 - Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque de maladies chroniques;
 - Environnement bâti favorable à la santé et milieux de vie stimulants, inclusifs et sécuritaires;
 - Réseau de proximité-ami des personnes âgées.
- Présenter brièvement les prochaines étapes de mise en œuvre de la communauté bienveillante.



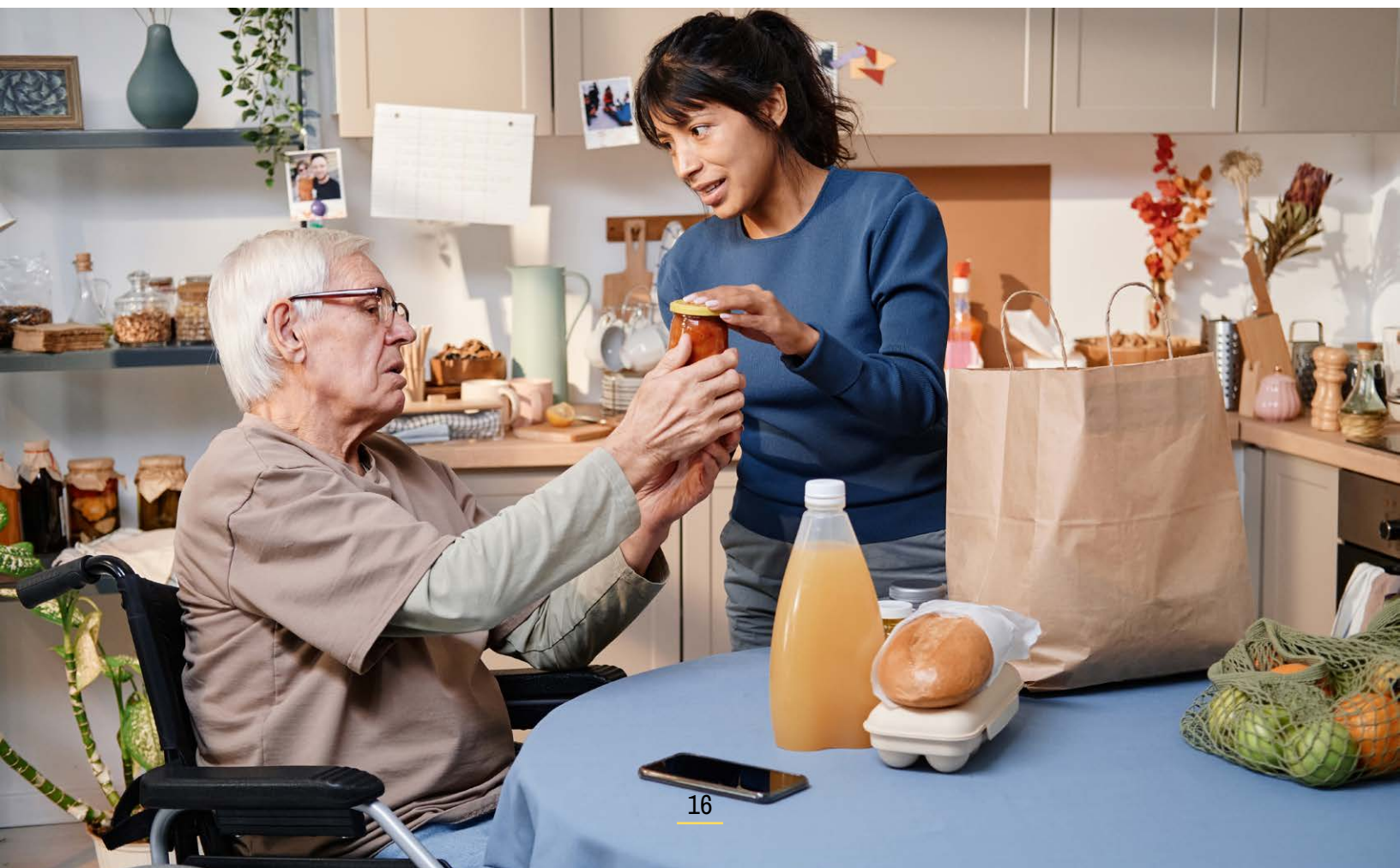
CHAPITRE 1

Une communauté bienveillante : pertinence et contexte favorable

La création et l'implantation d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées du territoire Jeanne-Mance du CCSTML permet d'innover ou d'amplifier des façons de faire pour une population âgée en situation de vulnérabilité ou à risque de perte d'autonomie, d'isolement ou d'exclusion sociale plus grande que dans d'autres territoires montréalais, comme l'indique la cartographie des facteurs de risque d'isolement social présentée dans le portrait des aînés montréalais en 2017 (Markon, 2017).

De plus, **le nombre de personnes âgées montréalaises ne cesse de croître**. Dans un document récent (Lebel et al., 2022), la DRSP de Montréal constate qu'en 2021, les personnes âgées représentaient 16,7% de la population totale montréalaise, soit 323 655 personnes âgées. Les personnes de 85 ans et plus représentaient 16% de cette population âgée (52 100 personnes). Ce nombre représente le quart des personnes de 85 ans et plus de l'ensemble du Québec. Les projections indiquent qu'en 2041, Montréal comptera près d'un demi-million de personnes âgées de 65 ans et plus.

Le **RLS Jeanne-Mance** comprend les territoires des CLSC Saint-Louis-du-Parc, des Faubourgs, du Plateau Mont-Royal. En 2016, il comptait 16 730 personnes âgées (11,5%) dont 2110 personnes de 85 ans et plus. Ce nombre augmentera à 23 705 personnes âgées (14,2%) en 2036, dont près de 4 000 personnes âgées de 85 ans et plus. Selon les projections, la croissance des personnes de 85 ans et plus entre 2021 et 2036 est l'une des plus fortes à Montréal. Cependant, la proportion de personnes âgées demeurera moindre qu'ailleurs à Montréal.



1.1 La précarité des conditions de vie et de santé des personnes âgées montréalaises, dont celles du RLS Jeanne-Mance

1.1.1 Les conditions sociales et de santé des personnes âgées de Montréal, et plus particulièrement celles vivant sur le territoire du RLS Jeanne-Mance

Les conditions sociales et de santé des personnes âgées de Montréal, selon les groupes d'âge, et plus particulièrement celles vivant sur le territoire du RLS Jeanne-Mance, sont en général moins favorables que celles du reste du Québec, comme en témoignent principalement les données du recensement de 2016, dont les faits saillants et les données détaillées sont présentés à l'**annexe B** du document.

En effet, les personnes âgées de 65 ans et plus résidant sur le territoire du CCSMTL se distinguent de celles de Montréal et du reste du Québec par la plus grande proportion de personnes qui vivent seules, qui sont locataires ou qui vivent en ménage collectif, qui vivent sous le seuil de revenu garanti, qui ont une espérance de vie un peu moins longue et un peu plus qui souffrent d'au moins une maladie chronique. Par ailleurs, elles sont plus scolarisées. Environ le tiers des personnes âgées sont immigrantes, dont une proportion importante de femmes vivent seules et sous le seuil de pauvreté, dépensent une proportion plus importante pour leur logement, ne parlent ni le français ni l'anglais et n'ont pas de diplômes d'études.

1.1.2 L'isolement social des personnes âgées de Montréal, dont celles du RLS Jeanne-Mance

Les relations sociales exercent une influence majeure sur l'état de santé. Les personnes isolées ont un risque accru d'être malades et de mourir prématurément (Holt-Lunstad et al., 2015). L'isolement social se caractérise par le manque de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement satisfaisantes. Il constitue un facteur de risque majeur pour la santé des personnes âgées, avec une incidence démontrée sur la santé physique, psychologique et cognitive (Canada. Conseil national des aînés, 2014).

Les facteurs de risque d'isolement social sont nombreux (Freedman et Nicolle, 2020) et la population âgée du secteur Jeanne-Mance en présente plusieurs. Ces facteurs de risque sont :

- Facteurs de risque sociodémographiques : âge avancé, sexe féminin, faible revenu, vivre en milieu urbain à faible revenu
- Facteurs de risque médicaux : multimorbidité, déficience cognitive, perte d'autonomie, fragilité, perte auditive et de la vue
- Facteurs de risque sociaux : vivre seul, vivre loin de la famille, peu d'amis, manque de moyens de transport, aidant d'un proche parent plus âgé, changements dans la vie (ex. déménagement, perte du conjoint, santé en déclin, rétrécissement du réseau social, perte du permis de conduire, perte d'un animal de compagnie)

Une cartographie des territoires de CLSC, selon la présence du nombre de facteurs de risque d'isolement social, a été réalisée (Markon, 2017) (Portrait des aînés de l'île de Montréal, DRSP, 2017) et est présentée à la **figure 1**. Les facteurs de risque suivants ont été retenus, compte tenu des données populationnelles disponibles :

- Vivre seul (2011)
- Vivre avec une incapacité (2011)
- Vivre sous la MFR (après impôt) (2010)
- Être âgé de 80 ans et plus (2011)
- Souffrir de troubles de l'humeur et de l'anxiété (2012)

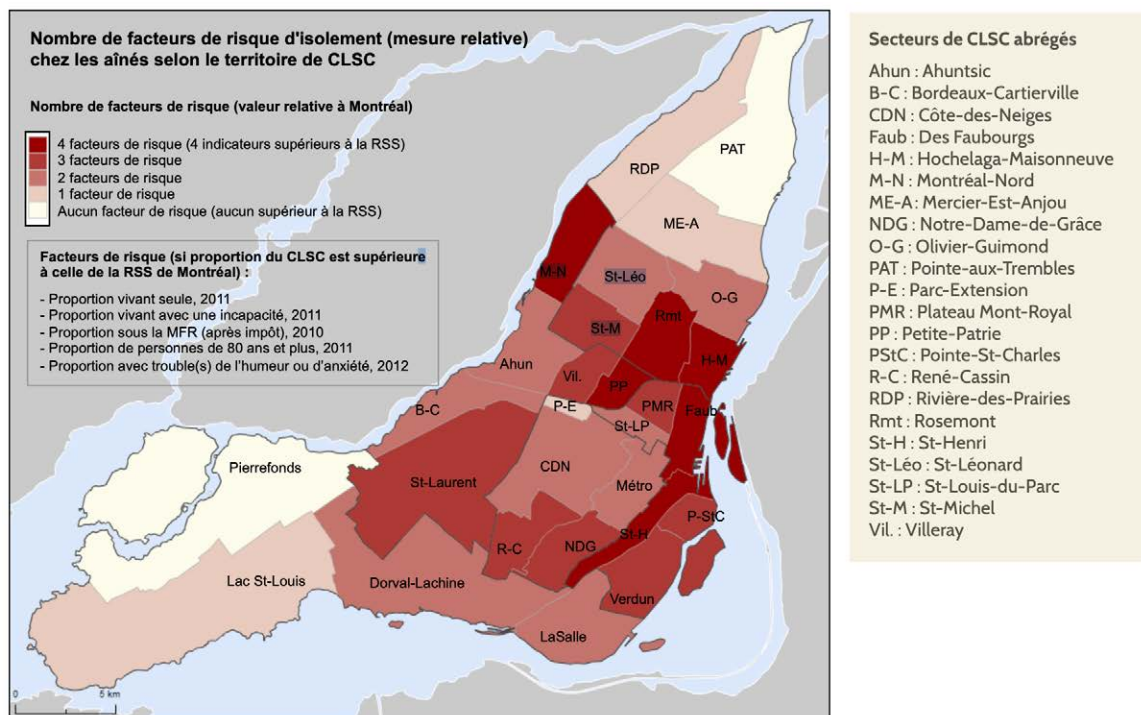
À Montréal, les personnes aînées qui vivent dans les secteurs centraux cumulent plus de facteurs de risque d'isolement que celles vivant dans les secteurs situés aux extrémités de l'île. Le territoire du **CLSC des Faubourgs** est particulièrement touché par la défavorisation sociale (4 facteurs de risque), suivi du **CLSC du Plateau Mont-Royal** (3 facteurs de risque) et du **CLSC Saint-Louis du Parc** (2 facteurs de risque).

En outre, les éléments représentés sur cette carte sont agrégés à l'échelle locale à partir de caractéristiques individuelles (facteurs de risque).

Il importe de garder en tête que **l'environnement peut moduler le risque d'isolement**. L'aménagement du milieu, de même que les dynamiques sociales et les réseaux de coopération ou de solidarité existants peuvent agir comme facteur de protection ou d'exacerbation du risque d'isolement des individus.

FIGURE 1

Cartographie des facteurs de risque de l'isolement social à l'échelle des secteurs de CLSC de la région de Montréal



1.1.3 La participation sociale et le faible soutien social des personnes âgées montréalaises

L'Enquête montréalaise sur les conditions sociales et la participation des personnes de 55 ans et plus, qui s'est déroulée à l'automne 2021 en période de pandémie, révèle les données suivantes :

PARTICIPATION SOCIALE

- Plus d'une personne âgée sur trois (37%) a déclaré avoir **fourni des soins à un proche sur une base régulière** (c'est à dire au moins quelques fois par mois ou plus).
- Avant la pandémie, 1 personne montréalaise sur 3 (1/3) âgée de 55 ans et plus a indiqué faire du bénévolat et le taux de **bénévolat** sur une base mensuelle était de 20%. En 2021, le taux de participation à des activités de bénévolat a chuté de plus de la moitié par rapport à l'année précédant la pandémie.
- Le sentiment d'inutilité augmente avec l'âge. Près de 2 personnes sur 5 (2/5) âgées de 55 ans et plus estimaient n'avoir jamais rien d'important à apporter à la société. Plus de la moitié (1/2) des personnes âgées de 85 ans et plus ont révélé **ne jamais se sentir utiles pour la société**.

RÉSEAU SOCIAL

- Trois personnes âgées montréalaises de 55 ans et plus sur cinq (3/5) déclarent **ne pas avoir quelqu'un sur qui compter pour leur venir en soutien social concret² ou émotionnel³**, en cas de besoin.
- Une personne âgée montréalaise de 55 ans et plus sur 5 (1/5) dit n'avoir aucun membre de sa famille dans la région de Montréal.
- Une personne âgée montréalaise de 55 ans et plus sur 5 (1/5) a dit éprouver souvent le **sentiment d'être isolée des autres depuis le début de la pandémie**. Ce sentiment est plus marqué chez les femmes, les personnes vivant seules, les personnes avec des limitations fonctionnelles et les personnes ayant immigré depuis moins de 5 ans (1/2).

NOTE : Les données de cette enquête montréalaise seront disponibles pour analyse en fonction du territoire spécifique du CCSMTL.

EN CONCLUSION DE CETTE SECTION 1.1 : La précarité des conditions de vie et de santé des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance milite en faveur d'y implanter une communauté bienveillante afin d'apporter une réponse concrète et concertée aux besoins importants de ces personnes âgées, dont un grand nombre sont en situation de vulnérabilité ou d'isolement social. La pandémie a aggravé cette précarité.

2 Le soutien social concret évalue la mesure dans laquelle une personne peut compter sur quelqu'un pour lui fournir une aide matérielle ou de l'aide pour des tâches domestiques.

3 Le soutien social émotionnel ou informationnel consiste à pouvoir compter sur quelqu'un pour nous écouter, nous renseigner ou nous conseiller en situation de crise, quelqu'un à qui se confier et avec qui parler et qui comprend nos problèmes.

1.2 La promotion de la santé et la prévention pour favoriser le bien vieillir chez soi le plus longtemps possible : agir en amont

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans l'appel à l'action « *Un plan pour une Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030* (OMS, 2020) », incite les pays à une « *collaboration concertée, soutenue et aux effets catalyseurs sur une période de 10 ans. Les personnes âgées elles-mêmes seront au centre de ce plan, autour duquel se réuniront les gouvernements, la société civile, les organismes internationaux, les professionnels, les milieux universitaires, les médias et le secteur privé en vue d'améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et des communautés dans lesquelles elles vivent* ».

Le plan d'action de l'OMS repose sur une dizaine de principes directeurs dont :

- Des actions posées dans le sens du développement durable
- L'inclusion sociale et le fait de ne laisser personne de côté
- Les partenariats multipartites afin de partager connaissances, expériences et ressources
- L'équité en matière d'action sur les déterminants de la santé et les facteurs favorables au vieillissement en santé
- La solidarité intergénérationnelle afin de favoriser la cohésion sociale et la volonté de ne pas nuire aux différents groupes d'âge
- L'engagement à long terme, au-delà de cette décade d'actions intensives

La communauté bienveillante envers les personnes âgées du territoire Jeanne-Mance prend ses racines dans les principes émis par l'OMS. La direction SAPA, les équipes territoriales et régionale de santé publique du CCSMTL, leurs partenaires communautaires et municipaux unissent leurs efforts à travers différents comités mis en place pour implanter des interventions sur les principaux déterminants de la santé des personnes âgées de la communauté bienveillante.

1.3 Des initiatives à l'échelle des quartiers par des organismes communautaires : atténuer les inégalités sociales et de santé

Dans un rapport pour le compte de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (Mulligan, 2022), il est fait état des initiatives prises par les communautés à l'échelle des quartiers, par des organismes communautaires ayant établi des partenariats avec les milieux de la santé publique, des soins de santé et d'autres services publics. Ces organisations ont joué un rôle capital dans l'atténuation des multiples iniquités de santé qui ont été mises en lumière durant la pandémie de COVID-19 au Canada. Ces initiatives ont mené à des solutions adaptatives novatrices, y compris les cliniques de vaccination mobiles et éphémères, le porte-à-porte par des personnes de confiance, des suivis informels auprès des personnes vivant seules.

Intervenir directement dans les milieux de vie et dans les quartiers où vivent les personnes âgées vulnérables par des personnes intervenantes, des bénévoles et des proches qui connaissent les ressources locales et gagnent peu à peu leur confiance constitue une stratégie gagnante sur laquelle s'appuie le modèle de communauté bienveillante proposé. Un comité inter-réseaux a été mis en place dès le début des travaux de la création de la communauté bienveillante pour réunir tous les acteurs du quartier.

1.4 Les personnes âgées : au cœur de l'action

Alors que les services de santé et de services sociaux montréalais (services de première ligne, hospitaliers et d'hébergement) sont sous tension et en pénurie de main d'œuvre, la concertation des ressources des réseaux communautaires, de santé et services sociaux et municipaux s'impose. Mais au cœur de cette concertation, les personnes âgées elles-mêmes doivent s'y trouver, de l'avis de plusieurs regroupements de personnes âgées dont le Conseil citoyen du Réseau Résilience aîné.es Montréal. Ce conseil d'une douzaine de personnes âgées montréalaises en faisait l'une de ses recommandations phares dans un rapport sur le bilan postpandémique remis à la Directrice régionale de santé publique de Montréal en juin 2022 (Conseil citoyen, 2022). Une citoyenne proposait une façon de faire concrète :

« Dans toutes les initiatives de santé publique, il faut s'assurer que des personnes âgées participent dès le départ, alors que les idées initiales surgissent. Cette participation AVANT- PENDANT-APRÈS, y compris lors de l'évaluation, fait en sorte qu'elles sont en mode actif et non réactif.

Les personnes âgées doivent accompagner les professionnel.le.s et les gestionnaires lors de la rencontre des personnes de décision pour présenter les recommandations. » (p. 15)

Les pratiques facilitant une participation citoyenne optimale sont décrites dans le document « L'expérience citoyenne au service de la prévention - Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population (Lebel et Dufour, 2020) ». Selon le contexte et les ressources disponibles, les personnes âgées peuvent être consultées, ou encore mieux, travailler en coconstruction avec les professionnel.le.s dans un mode de collaboration ou de partenariat.

Des groupes de discussion se sont tenus avec des personnes âgées vivant dans la communauté des quartiers Centre-Sud et Plateau Mont-Royal du CCSMTL (personnes de 70 ans et plus vivant seules dont des personnes issues de l'immigration) afin de connaître leurs expériences quant aux services offerts aux personnes âgées vulnérables (Direction du programme SAPA, 2022). Leurs propos influencent concrètement le modèle de communauté bienveillante par le ciblage de pistes d'action précises. Des personnes âgées sont appelées à devenir des ressources bénévoles des différents projets de la communauté bienveillante, dont des personnes animant des ateliers en promotion de la santé.



1.5 Un contexte favorable au sein du CCSMTL

Plusieurs recherches, projets et planifications régionale ou territoriales des domaines municipaux, de la santé et des services sociaux sur le vieillissement, ou intégrant les personnes âgées dans un programme s'adressant à toute la population, sont en cours à Montréal.

Des **liens sont créés entre les projets** par le fait que des personnes âgées, des professionnel.le.s, des personnes chercheuses et des gestionnaires participent à plus d'une instance de coordination de ces travaux, par exemple :

- L'élaboration du Plan MADA (Municipalité Amie des Aînés) de la ville de Montréal et de ses arrondissements
- La planification du Plan régional intégré de santé publique (2022-2025) par la DRSP de Montréal et l'équipe territoriale de santé publique du CCSMTL
- Le programme AvantÂge de l'IUGM sur la promotion du bien vieillir
- Les résultats des recherches des personnes chercheuses du CRIUGM et d'autres centres de recherche (ex. CREGÈS)
- La formation de personnes en santé mentale pour repérer les signes de détresse psychologique chez les personnes âgées
- Le Programme de prévention des chutes et du déconditionnement
- Le Plan d'impact collectif Réseau Résilience Aîné.es Montréal (PIC-RRAM, 2020-2025)
- Le continuum des communautés : bienveillante, soignante et compatissante, qui sera décrit dans la prochaine section

Une **synergie des actions de ces programmes et une intégration de nouvelles activités de la communauté bienveillante au sein des programmes qui sont déjà en action facilitent son développement, et particulièrement en contexte de ressources limitées.**

Le continuum des communautés : bienveillante, soignante et compatissante

Trois communautés, représentant un continuum quant à la vulnérabilité des personnes rejointes, coexistent de façon inédite sur le territoire du CCSMTL et bon nombre de leurs clientèles sont des personnes âgées, soit : la communauté bienveillante, la communauté soignante et la communauté compatissante (Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés, s. d.).

Comme l'illustre la **figure 2**, il existe un continuum entre les trois types des communautés de telle sorte qu'une personne âgée peut bénéficier des services de l'une ou l'autre des communautés, selon son état de vulnérabilité physique ou psychosociale. Le **tableau 2** brosse un portrait comparatif de ces trois communautés, selon leur mission et leurs objectifs, les clientèles visées et les interventions inter-réseaux.

FIGURE 2
Le continuum des communautés bienveillante-soignante-compatissante

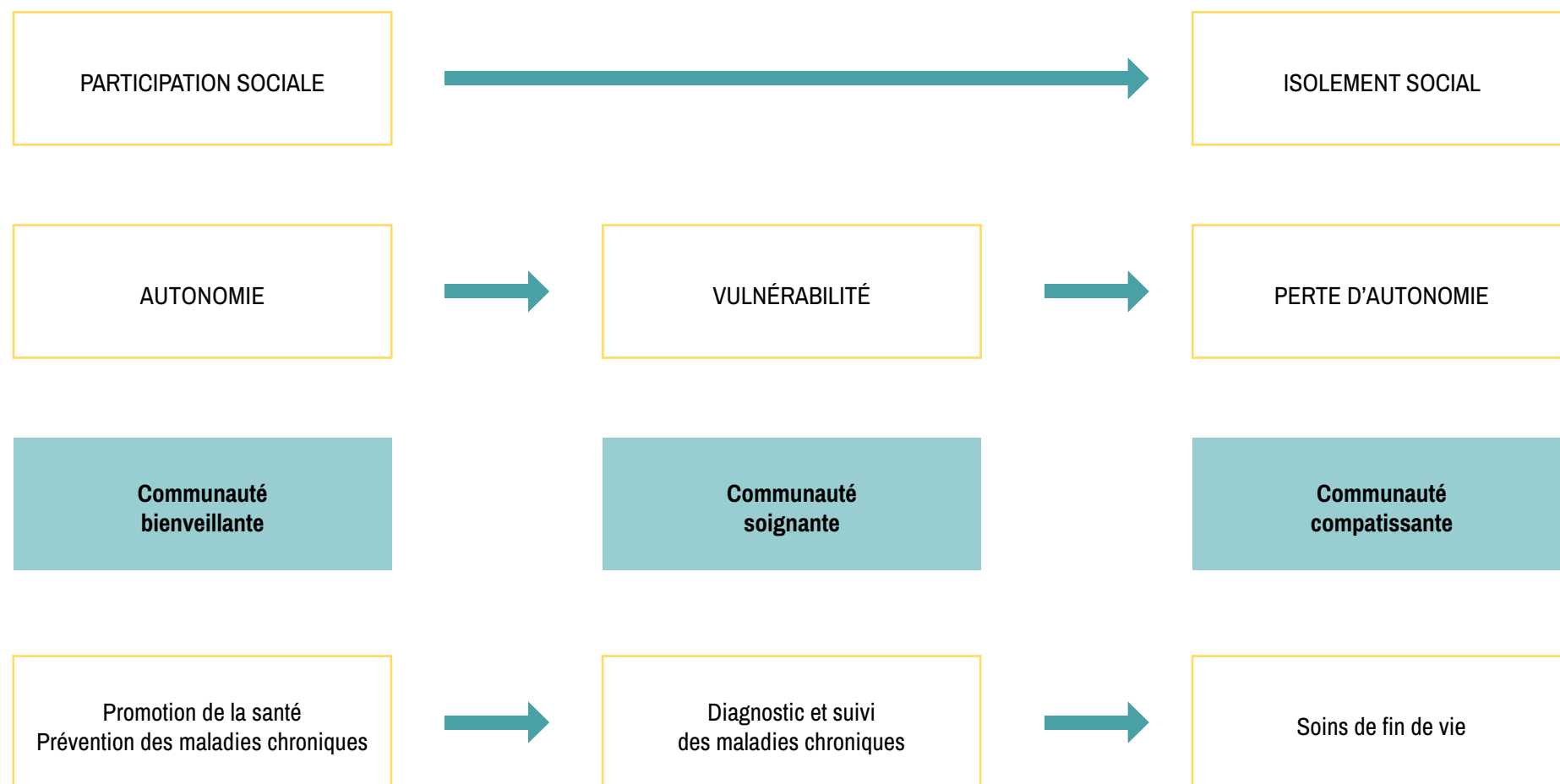


TABLEAU 2

Continuum des communautés bienveillante, soignante et compatissante du CIUSSS
du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, selon certaines caractéristiques

CONTINUUM DES COMMUNAUTÉS		
BIENVEILLANTE	SOIGNANTE	COMPATISSANTE
GROUPES DE LA POPULATION VISÉS DANS LA COMMUNAUTÉ		
Personnes âgées • En bonne santé • Vivant des périodes de transition avec risque de vulnérabilité physique et psycho-sociale • Avec incapacités, isolées ou exclues	Communauté ↔ Soins de proximité • Prendre soin les uns des autres • Reconnaître l'ensemble des personnes recevant des services et des citoyens, citoyennes comme des personnes soignantes	Toute la population et personnes en fin de vie • La mort, ce moment fugitif, trouve son importance comme objet d'une intervention communautaire qu'en rapport avec les personnes vivant le deuil de la disparition. • Solitude • Isolement/exclusion sociale • Détresse • Mourir est un phénomène social, non un problème médical
MISSION ET OBJECTIFS		
Créer un réseau de partenaires capables de : • Repérer les personnes âgées vulnérables et isolées dans leur milieu de vie • Entrer en contact avec elles • Intervenir pour améliorer leur bien-être, les accompagner vers les services appropriés • Favoriser leur autonomie de même que leur participation sociale à toutes les étapes du vieillissement	Intégration de personnes paires accompagnatrices (personnes recevant des services et citoyens, citoyennes) dans les équipes communautaires de proximité • Écouter la personne pour clarifier ses objectifs, forces et compétences • Mettre en relation la personne avec les ressources en elle, avec les professionnel.le.s et la communauté • Accompagner la personne dans l'atteinte de ses objectifs de vie	La période de fin de vie qui constitue l'objet de l'intervention s'étend du diagnostic d'une maladie terminale au dernier souffle. • Les connexions humaines et le soutien de la communauté sont essentiels pour profiter de la vie jusqu'à la fin, faire une différence sur le bien-être. • Éduquer la population à la fin de vie, à l'accompagnement des personnes en fin de vie ou en deuil • Encourager la participation de la communauté dans tous les types de soins de fin de vie • Intégrer la personne mourante dans la société

CONTINUUM DES COMMUNAUTÉS		
BIENVEILLANTE	SOIGNANTE	COMPATISSANTE
INTERVENTIONS INTER-RÉSEAUX		
Valeurs des réseaux Engagement, collaboration et partage, égalité, respect de l'expertise, respect de la dignité humaine des personnes âgées Principes • Participation des personnes âgées • Vision commune, objectifs clairs • Leadership solide • Réponse aux besoins de façon chronologique • Prévention en priorité • Continuum des services et des réseaux • Ancrage des CLSC dans la communauté • Durabilité et pérennité • Ressources humaines et financières adéquates de tous les réseaux Composantes • Promotion de la santé et prévention • Repérage et référencement • Accompagnement et liaison • Accessibilité • Coordination • Formation des personnes intervenantes et bénévoles	Intégrations personnes paires accompagnatrices dans les équipes de soins de proximité (GMF, CLSC) et organismes communautaires Cercle d'apprentissage entre personnes paires accompagnatrices, personnel clinique et personnes intervenantes communautaires Apprivoisement entre soins de proximité et organismes communautaires Maillage intersectoriel dans une perspective de trajectoire de vie (communautaire, première ligne, santé mentale, itinérance, aînés, fin de vie) Modèle de cogouvernance entre volets communautaire, clinique, recherche et personnes paires accompagnatrices Stratégie d'innovation, transfert et pérennisation (MEI 2018-2021)	Cartographie des organismes communautaires (n=40) dans le quartier Centre-Sud (automne 2020) Rencontres de concertation (hiver 2021) : • Identifier les besoins de la communauté et des personnes en lien avec les enjeux touchant la mort, le deuil, la fin de vie et les pertes significatives • Réfléchir à des solutions pour y répondre. Forum citoyen (printemps 2022) invitant tous les membres de la communauté à : • Exprimer leurs préoccupations autour de ces enjeux • Nourrir les réflexions quant aux possibles solutions • Prioriser les actions communautaires à mettre en place et les organismes du milieu devenant parties prenantes du projet

CHAPITRE 2

Ce qu'est un modèle logique

2.1 Définition

Tel que défini par l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2016), un modèle logique est un outil qui illustre de façon visuelle les objectifs, les activités, les ressources et les résultats attendus d'un programme (ici, la communauté bienveillante), en fonction :

- Du contexte et des facteurs externes dans lesquels il est implanté
- Des hypothèses et des stratégies formulées par les partenaires pour atteindre les objectifs visés

Ainsi, par une représentation visuelle du changement qu'on souhaite voir advenir grâce à des ressources et des activités, le modèle logique permet de saisir d'un coup d'œil rapide une réalité relativement complexe.

2.2 Utilité

Un modèle logique permet de mieux comprendre « comment fonctionne » un programme et ce qu'il cherche à atteindre. Plus spécifiquement, un modèle logique :

- Précise le changement attendu des différents partenaires ainsi que leurs attentes
- Simplifie les relations complexes entre les diverses composantes du programme
- Permet de comprendre la voie à suivre pour apporter des changements
- Souligne la compréhension commune des résultats attendus du changement proposé

Le modèle logique soutient les étapes de planification, de mise en œuvre et d'évaluation du programme. Par exemple :

Planification :

- Faciliter l'élaboration des stratégies qui permettent de bâtir et de mettre en œuvre les différentes composantes du programme
- Établir les priorités
- Déterminer de quelle manière les composantes du programme devraient être liées
- Identifier les lacunes dans la logique des composantes du programme
- Communiquer efficacement les approches du programme aux différents partenaires et personnes intervenantes
- Favoriser la collaboration entre les partenaires et préciser leurs rôles et responsabilités

Mise en œuvre :

- Soutenir l'obtention d'un soutien ou d'un financement pour une initiative liée au programme
- Faciliter la reddition de comptes à l'égard des activités planifiées

Évaluation :

- Fournir des indications sur les questions d'évaluation possibles et les mesures ou indicateurs à utiliser afin de conclure à la réussite du programme
- Déterminer dans quelle mesure une intervention est réalisée comme prévu
- Favoriser le suivi du programme afin qu'il reste sur la bonne voie et déterminer les interventions qui doivent être modifiées

Le modèle logique est révisé ponctuellement ou périodiquement, en fonction du contexte dans lequel évolue le programme et des résultats obtenus en cours de route.

« Le modèle logique doit être considéré comme un **outil de travail souple et évolutif**. Sa construction est le plus souvent itérative, le modèle logique initial étant révisé à mesure que la compréhension du programme étudié s'affine. Il ne faut donc pas s'inquiéter de construire un modèle logique « parfait » : il peut falloir plusieurs versions avant d'aboutir à un modèle à la fois simple et incluant tous les éléments importants. (Porteous et al., 2002). D'ailleurs, il n'existe pas de « bonne réponse », de modèle logique unique pour chaque cas (Porteous et al., 2002; Anderson et al., 2011); **le modèle logique ne prétend pas représenter une vérité unique, son propos est de stimuler et de soutenir la réflexion** ». (Morestin et Castonguay, 2013).

2.3 Éléments constitutants

Les éléments constitutants, adaptés de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (2016), comprennent : le contexte, les hypothèses, les facteurs externes, les stratégies, dont les valeurs et les principes, les intrants, les objectifs, les activités, les groupes visés, les extrants, les résultats. Le tableau 3 précise ces éléments.

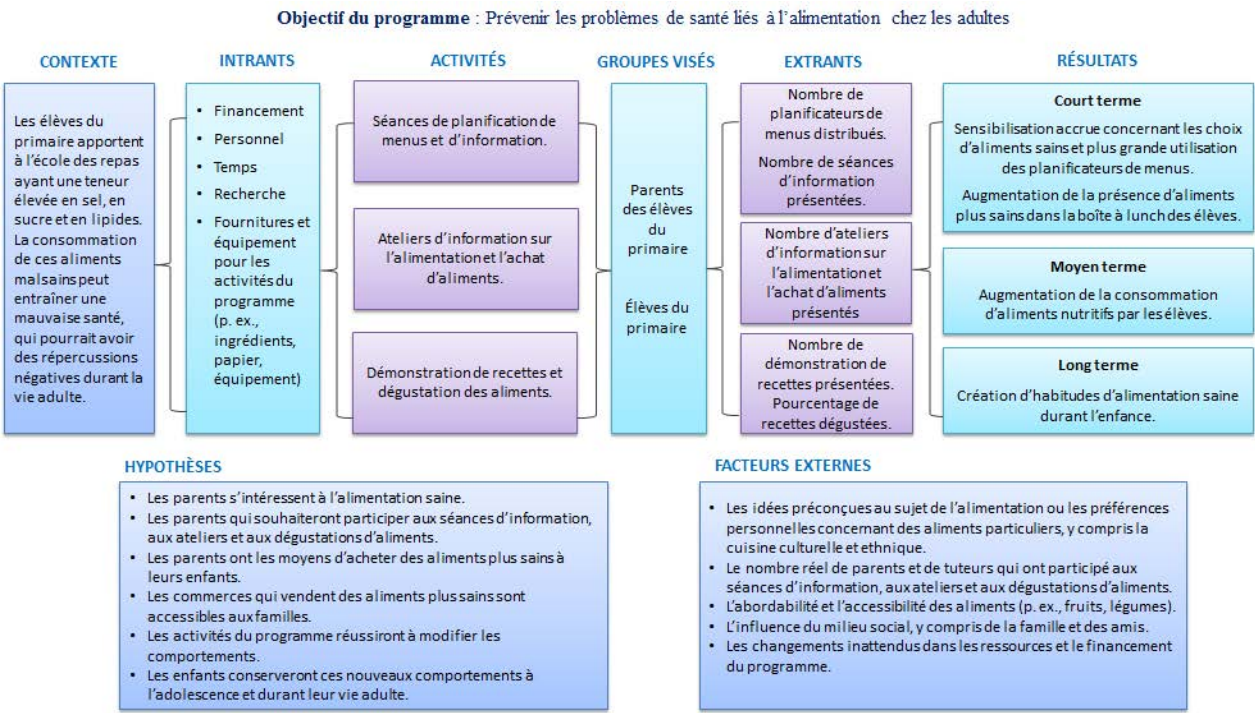
TABLEAU 3
Constituants d'un modèle logique d'un programme

CONSTITUANTS D'UN MODÈLE LOGIQUE D'UN PROGRAMME (Ex. : communauté bienveillante)	CE QUE C'EST...
Contexte	Les circonstances qui ont mené à la création du programme.
Hypothèses	Les théories et les croyances sous-jacentes au programme peuvent influencer l'élaboration des activités qui sont mises en œuvre. La transparence à l'égard de celles-ci permet de rendre explicites les assises sur lesquelles reposent les activités.
Facteurs externes	Les facteurs qui influencent le programme mais qui échappent au contrôle des personnes responsables de la planification et du suivi du programme. Les facteurs peuvent être positifs ou négatifs et sont susceptibles d'avoir des retombées sur la réussite du programme.
Stratégies (valeurs et principes)	Une approche générale visant à favoriser le changement., fondée sur des valeurs et des principes dont les partenaires ont convenu ensemble.

CONSTITUANTS D'UN MODÈLE LOGIQUE D'UN PROGRAMME (Ex. : communauté bienveillante)	CE QUE C'EST...
Intrants	Les ressources humaines, matérielles, informatiques, communicationnelles et financières investies dans le programme. Ceci comprend le temps investi.
Objectifs	Les résultats que le programme espère atteindre à long terme (par exemple, les changements de comportement); en général ceux-ci ne peuvent être entièrement attribués au programme évalué.
Activités	Ensemble des activités ou interventions mises en œuvre lors du programme pour obtenir les résultats voulus. Ce qu'on planifie de faire (par exemple, offrir des ateliers de formation).
Groupe visé	La population qui est visée par le programme.
Extrants (produits livrables)	Les produits tangibles découlant des activités ou des interventions du programme. Les produits peuvent être dénombrés; on les détermine en répondant à la question « combien » (par exemple, le nombre d'ateliers de formation). Les extrants peuvent être des activités quantifiables qui permettent d'établir des valeurs numériques ou des %.
Résultats	Retombées à court, à moyen et à long terme : les changements qu'on espère que le programme apportera pour les publics cibles, dans des collectivités ou au sein de réseaux ou d'organisations. On peut établir les résultats en se demandant : « Qu'est-ce qui s'est passé à la suite de notre travail ? ». À court terme (1-2 ans), les résultats se manifestent souvent par des changements sur le plan des connaissances, des habiletés ou de la sensibilisation, tandis qu'à moyen terme (2-3 ans) et long terme (3 ans +), il s'agit plutôt de changements sur le plan des comportements, des actions entreprises et de l'habileté à faire face aux diverses situations qui peuvent se présenter.

La **figure 3** illustre un exemple d'un modèle logique. À noter que, dans cet exemple, les stratégies proposées ne sont pas présentées. Une boîte supplémentaire aurait pu être ajoutée à cet effet avec celles des hypothèses et des facteurs externes.

FIGURE 3
Exemple d'un modèle logique



Source : Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario) et al., 2016



CHAPITRE 3

Méthodologie et sources de données utilisées pour l'élaboration du modèle logique de la communauté bienveillante

3.1 Sources de données

Plusieurs sources de données ont contribué à bâtir le modèle logique de la communauté bienveillante envers les personnes âgées.

Le **tableau 4** présente de façon succincte ces sources de données.

Échanges au sein des comités (2019-2023)	Revue rapide de littérature (DEUR, 2021) Recension des écrits sur l'isolement social et la solitude durant la pandémie (Paquet, 2020)	Personnes chercheuses du CRIUGM et d'autres CR (2022)
Groupes de discussion sur la participation sociale des personnes aînées montréalaises (2018-2019)	Groupes de discussion auprès des personnes aînées et intervenantes Territoire Jeanne-Mance (2022)	PARI santé publique (2022-2025)
	PIC-RRAM (2020-2025) https://resilienceaineemtl.ca/	

TABLEAU 4

Sources de données utilisées pour bâtir le modèle logique de la communauté bienveillante

Sources de données	Provenance et nature des sources de données
3.1 Échanges entre les membres de comités de la communauté bienveillante (comité stratégique, comité inter-réseaux, comité des programmes éducatifs favorisant le bien vieillir)	L'auteur du rapport, Dre Paule Lebel, et Dr David Lussier ont participé aux échanges avec les membres du comité tactique de la communauté bienveillante et du comité de gériatrie sociale animé par le MSSS (Secrétariat aux aînés), ce qui leur a permis d'être au fait des autres projets de gériatrie sociale en cours au Québec. Paule Lebel a suivi de façon régulière les travaux du comité inter-réseaux et du comité des programmes éducatifs favorisant le bien vieillir (santé cognitive) afin d'en comprendre les fondements et l'évolution : • Observations non participantes par Dre Paule Lebel des rencontres du comité inter-réseaux et échanges avec les personnes chargées de projet (comité inter-réseaux 1.0, Murielle Maillac; comité inter-réseaux 2, François Soucisse). Différents thèmes ont été abordés à travers des groupes de discussion réunissant 30 acteurs et partenaires de 6 réseaux. Quatre actions prioritaires ont fait consensus : 1) optimisation de la concertation et de la collaboration entre les réseaux et mise à jour des services offerts; 2) ligne téléphonique dédiée spécifiquement aux personnes âgées du territoire; 3) service d'accompagnement physique et personnalisé; 4) campagnes de communication s'adressant aux personnes âgées. • Participation au groupe de travail sur l'implantation de l'atelier sur la santé cognitive, développé par Sylvie Belleville, chercheure du CRIUGM, destiné aux personnes âgées vivant dans la communauté et animé par une personne intervenante d'un organisme communautaire; suivis auprès de l'APPR responsable du projet, Josianne Gourde de la DEUR, pour soutenir l'évaluation du projet pilote et en retenir les apprentissages réalisés (printemps-été-automne 2021).
3.2 Revue rapide de la littérature sur les communautés bienveillantes envers les personnes âgées et articles complémentaires (comité Partage et vigie des initiatives scientifiques)	Une revue rapide de la littérature sur les communautés bienveillantes envers les personnes âgées (Djouini et al., 2021) a été réalisée par des APPR et bibliothécaires de la DEUR du CCSMTL, à partir de mots clés dont le choix a été fait avec la contribution de Paule Lebel. Les 26 initiatives identifiées peuvent être regroupées en 5 grandes catégories des communautés bienveillantes : • Communautés et villes amies des aînés (Age-friendly Communities and Cities), • Communautés et villes compatissantes (Compassionate Communities and Cities) • Communautés de retraite naturelles (Naturally Occurring Retirement Community, NORC) • Villages Et enfin, une catégorie autre qui regroupe 11 initiatives ne s'étant pas identifiées comme appartenant à l'un ou l'autre des modèles précédents Paule Lebel a pris connaissance de cette revue rapide et parcouru de façon détaillée plusieurs articles cités dans cette recension. Par la suite, elle a consulté régulièrement de la littérature grise et des articles sélectionnés à partir de la veille documentaire de la Bibliothèque de gériatrie et de gérontologie de l'IUGM, ou par des APPR et médecins de la DRSP, ou par des personnes chercheuses du domaine. Les données scientifiques issues de ces écrits appuient l'élaboration des composantes du modèle logique, en complémentarité avec les autres sources de données expérientielles et organisationnelles.

Sources de données	Provenance et nature des sources de données
3.3 Recension d'écrits sur l'isolement et la solitude des personnes âgées durant la pandémie Paquet et al. (2020)	Synthèse des connaissances sur l'isolement social et la solitude des personnes âgées durant la pandémie de COVID-19.
3.4 Résultats des recherches des personnes chercheuses du CRIUGM et d'autres CR (ANNEXE A)	Paule Lebel, accompagnée à l'occasion de David Lussier, a rencontré à l'hiver 2022, individuellement ou en petits groupes de 2 à 3 personnes, une vingtaine de personnes chercheuses du domaine du vieillissement afin d'identifier des recherches réalisées ou en cours qui peuvent nourrir le modèle logique de données probantes. Les thématiques suivantes ont été abordées : • Santé cognitive, maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (promotion de la santé, prévention, dementia-friendly community) • Interventions éducatives, interventions intergénérationnelles, communications • Repérage des personnes âgées vulnérables, outil d'évaluation des besoins • Promotion de la santé et saines habitudes de vie (nutrition, activité physique, sommeil, continence) • Santé mentale, sommeil, douleur (sommeil, anxiété, dépression, solitude/isolement social) • Milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires
3.5 Groupes de discussion avec les personnes âgées montréalaises sur la participation sociale (2018-2019)	La participation sociale est un facteur de protection reconnu de la santé physique, mentale et cognitive des personnes âgées. Elle regroupe toutes les activités qui suscitent des interactions avec d'autres personnes. Valérie Lemieux, APPR, et Dre Paule Lebel, médecin conseil, de l'Équipe personnes âgées de la DRSP de Montréal ont réalisé entre octobre 2017 et décembre 2018, 15 groupes de discussion (comprenant chacun 6 à 14 personnes âgées de 56 à 98 ans) à travers toute l'île de Montréal. Cette étude qualitative avait pour objectif de comprendre comment se vit la participation sociale des personnes âgées dans un contexte urbain et multiculturel : • La nature de leur participation sociale • Les facteurs qui facilitent ou nuisent à celle-ci • Leur expérience d'âgisme (positive ou négative) À partir d'un cadre d'analyse de la participation sociale des personnes vieillissantes, les formes que prend cette participation sociale chez ces personnes âgées sont décrites. Les expériences des personnes âgées révèlent les facteurs prédisposants et structurels ainsi que les services passerelles (transport, médiation sociale et technologies) qui modulent cette participation. Huit recommandations, ainsi que des actions intersectorielles, dont plusieurs inspirent le modèle de communauté bienveillante, sont proposées afin de contribuer à réduire les écarts entre les personnes les plus favorisées et les moins favorisées en matière de participation sociale (Lemieux et al., 2018; Lemieux et Lebel, 2022)

Sources de données	Provenance et nature des sources de données
3.6 Groupes de discussion avec des personnes intervenantes et des personnes âgées (quartiers Le Plateau et Centre-Sud, printemps 2022)	Afin de comprendre la perception qu'ont les personnes âgées vulnérables à l'égard des services qui leurs sont offerts et leurs craintes, ainsi qu'identifier les meilleures stratégies pour les rejoindre et communiquer avec elles, et adapter les messages, cinq groupes de discussion en présence d'une durée d'une heure trente ont été organisés et ont réuni 32 personnes entre le 12 mai et le 15 juin 2022 (Direction du programme SAPA, 2022) : • Deux groupes regroupant des personnes intervenantes auprès des personnes âgées de divers organismes et professions (10 personnes) • Trois groupes de personnes âgées de 70 ans et plus, vivant seules et habitant dans les quartiers Centre-Sud ou Plateau Mont-Royal, s'exprimant en français (22 personnes) Les questions portaient sur les éléments suivants : • Qui sont les personnes âgées vulnérables et isolées? • Quels sont les problèmes les plus importants rencontrés par les personnes âgées vivant seules dans leur quartier et les plus grandes difficultés vécues? • Quelles seraient les meilleures stratégies à utiliser pour rejoindre ces personnes âgées qui reçoivent peu ou pas de services ou qui sont portées à refuser l'aide offerte? • Quels sont les meilleurs média ou outils de communication à utiliser pour rejoindre les personnes âgées vulnérables et isolées? • À quels besoins ou situations doit-on accorder la priorité?
3.7 Plan d'action régional intégré en santé publique (PARI 2022-2025), DRSP de Montréal	Le plan d'action régional intégré en santé publique (2022-2025) (DRSP, 2023), dont le plan d'action opérationnel est en cours, comporte des déterminants de la santé qui influenceront les actions de la communauté bienveillante envers les personnes âgées dont : • L'adaptation au vieillissement • La résilience des individus • Les habitudes de vie • Le logement • L'aménagement urbain et la mobilité • Le pouvoir d'agir des communautés • Le racisme, la discrimination et les parcours migratoires • La préparation et la réponse aux urgences majeures L'équipe aînée de la DRSP, à laquelle Paule Lebel appartient, élabore ce PARI en partenariat avec les équipes territoriales de santé publique des CIUSSS montréalais dont les organisateurs et organisatrices communautaires et APPR de l'équipe territoriale de santé publique du CCSMTL.

Sources de données	Provenance et nature des sources de données
3.8 Plan d'impact collectif du Réseau Résilience Aîné.es Montréal (PIC-RRAM, 2020-2025)	Le plan d'impact collectif (PIC) du Réseau Résilience Aîné.es Montréal (RRAM), financé par le Programme Nouveaux Horizons pour les Aînés (PNHA) du gouvernement canadien, est sous la responsabilité scientifique de Paule Lebel. Marc Bessette, directeur adjoint SAPA et responsable du projet de la communauté bienveillante, a siégé au comité de pilotage du PIC-RRAM pour représenter le CCSMTL à titre de CIUSSS montréalais. Le comité de pilotage du PIC-RRAM jumelé à son Conseil citoyen d'une douzaine de personnes aînées montréalaises, dont la gouvernance est assurée par la DRSP de Montréal, regroupe des acteurs importants du bien-être et de la sécurité des personnes aînées vivant à Montréal : COMACO, FADOQ, TCAIM, Ville de Montréal, Petits Frères, Communauté soignante, CIUSSS, deux membres du Conseil citoyen. Des liens étroits existent entre les objectifs du PIC-RRAM et de la communauté bienveillante pour lutter contre l'âgisme, l'isolement et l'exclusion sociale et favoriser la résilience des personnes aînées, en les préparant entre autres à des transitions de vie comme la préparation à la retraite, le déménagement en milieu de vie collectif, le deuil, la proche-aidance. Les objectifs, les activités et les nouveautés des 5 volets du PIC-RRAM et du Conseil citoyen sont présentés sur le site web du RRAM : https://resilienceaineemtl.ca/

3.2 Méthodologie pour construire le modèle logique à partir de l'ensemble des sources de données

La convergence des diverses sources de données consultées a permis de jeter les bases du modèle logique de la communauté bienveillante du territoire de Jeanne-Mance.

Les avancées du modèle logique ont été présentées pour validation à quelques reprises en 2021-2022 par Paule Lebel aux membres du comité tactique de la communauté bienveillante et du Comité de gériatrie sociale du MSSS, ainsi qu'à des APPR et médecins de différentes équipes du secteur Environnements urbains et santé des populations (EUSP) de la DRSP.

Les expériences rapportées par les personnes intervenantes et les personnes aînées du territoire Jeanne-Mance, à la suite des groupes de discussion tenus au printemps 2022, ont permis de préciser davantage les caractéristiques des personnes aînées vulnérables et de prioriser certaines actions.

Des exemples concrets de situations vécues dans certains milieux de vie collectifs du territoire Jeanne-Mance démontrent déjà les effets de la collaboration et de la mobilisation intersectorielle préconisées dans le projet de communauté bienveillante.

La définition, la mission, les objectifs, les populations visées et les éléments clés de la communauté bienveillante sont le fruit de la réflexion de l'ensemble des membres du comité tactique et des membres des groupes de discussion tenus avec des personnes aînées et des personnes intervenantes de la communauté, ainsi que des personnes représentant les réseaux intersectoriels.

CHAPITRE 4

Modèle logique de la communauté bienveillante

4.1 Définition, mission, objectifs et valeurs de la communauté bienveillante

Définition

La communauté bienveillante est un système de MOBILISATION ET DE COLLABORATION qui s'active sur un territoire de CLSC qui rassemble :

- Les personnes âgées (et leurs personnes proches aidantes), en particulier lorsque celles-ci sont en situation de vulnérabilité ou à risque de perte d'autonomie, d'isolement ou d'exclusion sociale
- Les citoyens et citoyennes de tous les âges qui côtoient les personnes âgées au quotidien (réseau de proximité)
- Les services publics, communautaires et privés (réseau de partenaires intersectoriels)

Mission

La communauté bienveillante s'assure que les personnes âgées puissent :

- Bénéficier d'une santé physique, mentale, cognitive et sociale, d'une autonomie fonctionnelle et d'une qualité de vie optimales pour leur bien-être général
- Accomplir leurs aspirations et leurs projets de vie à la hauteur de leurs ambitions
- Se sentir respectées en tout temps dans leur dignité et leur diversité

Objectifs

La communauté bienveillante développe et coordonne des interventions par des collaborations, des partenariats et des actions concertées qui visent à ce que les personnes âgées puissent :

- Être soutenues dans leur adaptation au vieillissement ainsi qu'aux moments charnières de leur vie
- Être outillées afin de participer activement à la prévention de la perte d'autonomie physique, psychologique, sociale ou cognitive
- Être en mesure de poser des gestes qui les gardent en santé
- Être habilitées à prendre part aux décisions qui les concernent et invitées à le faire
- Être repérées et accompagnées au bon moment et de façon personnalisée vers des ressources appropriées, surtout quand elles sont en situation de vulnérabilité
- Évoluer dans des environnements bâtis et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires

Valeurs

- Respect de la dignité humaine des personnes âgées
- Respect de l'expertise de chacun des réseaux
- Égalité entre chacun des réseaux
- Engagement de chaque réseau
- Collaboration et partage entre les réseaux

4.2 Populations visées et réseaux en présence sur le territoire du RLS Jeanne-Mance

Les populations visées par les interventions de la communauté bienveillante de Jeanne-Mance sont de deux catégories :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté
- Les personnes de tous les âges entourant les personnes âgées dans leur vie de tous les jours, dont les personnes proches aidantes

4.2.1 Les personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté

Les caractéristiques des personnes âgées de 65 ans et plus vivant dans la communauté sur le territoire du RLS Jeanne-Mance ont été présentées au chapitre 1. Cette population comprend des sous-groupes de personnes âgées présentant des caractéristiques sociosanitaires spécifiques en fonction de : a) leurs caractéristiques sociodémographiques; b) leur état de santé (maladies chroniques); c) leur niveau d'autonomie; d) leurs facteurs de risque d'isolement social ou d'exclusion sociale. De plus, ces personnes font partie de sous-groupes d'âge dont les besoins sont très différents (65-84 ans, 85 ans et plus).

Lors des groupes de discussion avec les personnes âgées et les personnes intervenantes du CCSMTL (2022), celles-ci ont précisé, à partir de leurs expériences, des caractéristiques de personnes âgées particulièrement vulnérables qui représentent des cibles de la communauté bienveillante. Mentionnons à titre d'exemple des personnes âgées :

- Ayant des revenus précaires, peu éduquées, analphabètes
- Qui ont de la difficulté à communiquer dans l'une des deux langues officielles
- Qui souffrent d'handicaps secondaires à des problèmes de cécité, de surdité, d'aphasie
- Dépassées par les technologies
- En couple, dont la personne conjointe est lourdement hypothéquée et l'autre est une personne proche aidante épuisée, faute d'aide suffisante
- Qui ont honte de leur situation (ex. accumulation, vermines, malpropreté, incontinence, excès de poids) et, de ce fait, ne demandent pas d'aide
- Ayant des personnalités plus difficiles accompagnées de difficultés relationnelles (ex. en confrontation, centrées sur elle-même, en conflit avec leur famille ou voisinage)
- Qui craignent de perdre leur permis de conduire, leur logement, leur liberté ou qui craignent d'être hébergées en ressources intermédiaires ou en CHSLD
- Qui cumulent plusieurs maladies, qui ont une mobilité réduite
- Qui ont des problèmes de santé mentale ou des troubles neurocognitifs
- Qui ne sont pas suivies par une équipe de médecine de famille

4.2.2 Les personnes entourant les personnes âgées dans leur vie de tous les jours

Les personnes de tous les âges entourant les personnes âgées dans leur vie de tous les jours constituent un réseau de proximité, complémentaire aux partenaires des réseaux communautaires et institutionnels. Par exemple :

- Personnes proches aidantes⁴, issues principalement de la famille
- Famille et personnes amies
- Personnes voisines, concierges ou propriétaires d'immeubles
- Personnel des habitations collectives (ex. RPA, HLM)
- Bénévoles de tous les âges (ex. adultes et personnes âgées pour l'accompagnement-transport, jeunes pour les activités intergénérationnelles, personnes formées en santé mentale)
- Commerces de proximité (ex. pharmacie, salon de coiffure, banque, épicerie, dépanneur, restaurant)
- Lieux de culte
- Lieux de rassemblement ethnoculturel

4.2.3 Les réseaux en présence du RSL Jeanne-Mance

Une cartographie des réseaux qui gravitent auprès des personnes âgées et de leurs personnes proches aidantes du territoire du RLS Jeanne-Mance, particulièrement celles en situation de vulnérabilité, a été établie en concertation avec les membres du comité inter-réseaux présenté dans le chapitre sur la méthodologie.

La liste des réseaux suivante présente en noir ceux qui ont participé aux groupes de discussion afin d'obtenir leur définition d'une communauté bienveillante, les éléments facilitateurs et les obstacles. Ces réseaux ont participé en 2021-2022 à un comité inter-réseaux 2.0 afin de concerter leurs efforts à la planification d'un certain nombre d'activités qui seront présentées. Ces réseaux ont été choisis dans un premier temps en considérant leur mission première, les liens plus étroits avec les enjeux nommés par les membres de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance. Le travail de cartographie des autres réseaux **en bleu** se poursuivra afin de mieux les connaître et de développer des partenariats. La **figure 4** qui illustre ces réseaux sera complétée au fil du temps.



4 Toute personne qui apporte un soutien à un ou à plusieurs membres de son entourage qui présentent une incapacité temporaire ou permanente de nature physique, psychologique, psychosociale ou autre, peu importe leur âge ou leur milieu de vie, avec qui elle partage un lien affectif, familial ou non. (Gouvernement du Québec, 2022).

Liste de réseaux des partenaires mis à contribution

Noir : actuellement

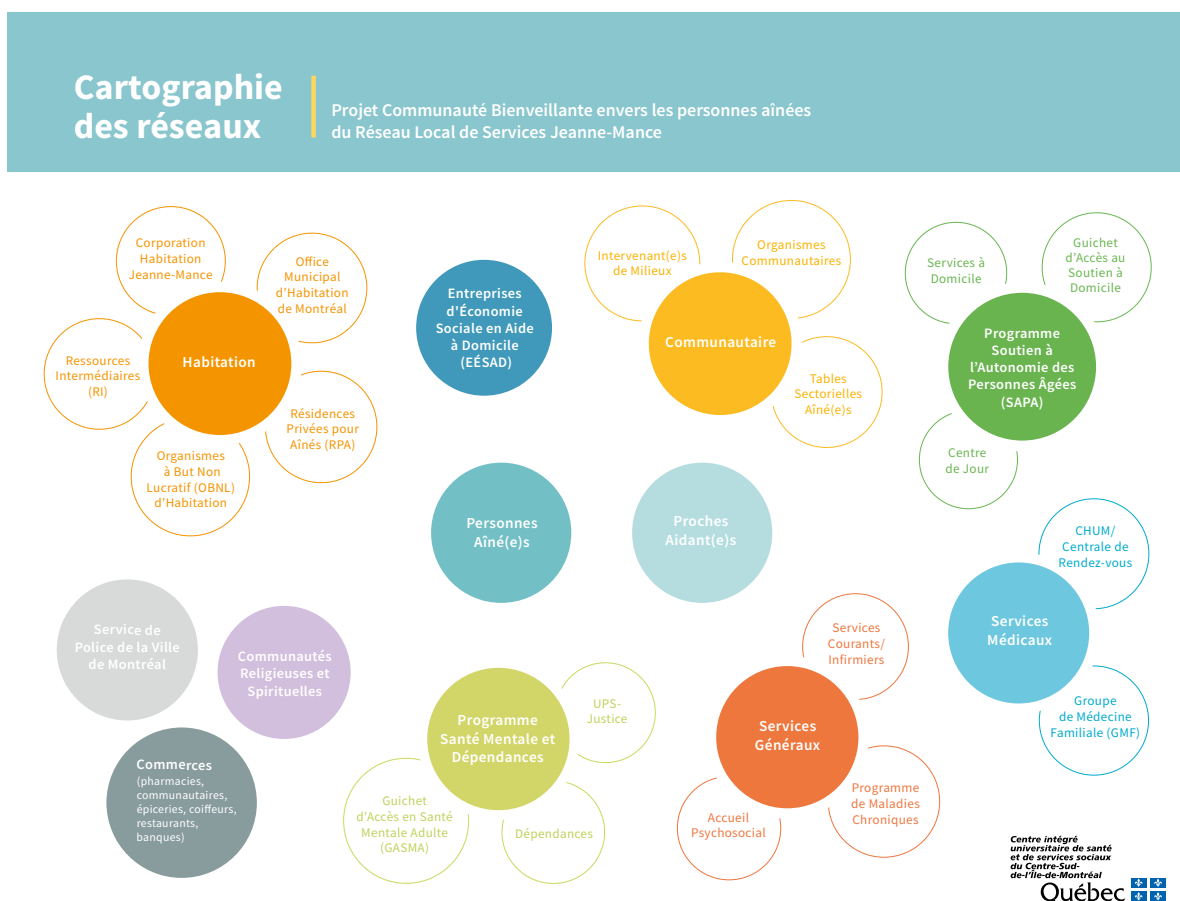
Bleu : à venir

- Organismes communautaires
- Habitation
- **Entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD)**
- Service de police
- **Communautés religieuses**
- **Commerces de proximité**
- Personnes âgées
- **Personnes proches aidantes**
- CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal
 - SAPA (Programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées)
 - Services généraux
 - Services médicaux
 - Développement des communautés
- **Coordination territoriale de santé publique et trajectoires de services de proximité**
- **Pharmacies communautaires**
- **Service des incendies (SIM) : réseau non représenté dans la figure**
- **Arrondissement municipal du Plateau Mont-Royal : réseau non représenté dans la figure**
- **Ville de Montréal (ville centre pour certains aspects) : réseau non représenté dans la figure**



FIGURE 4

Cartographie des réseaux de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du RLS Jeanne-Mance



4.3 Contexte, facteurs externes et éléments clés de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance

4.3.1 Contexte

Un certain nombre de constats ont été faits à travers les divers échanges entre personnes intervenantes et gestionnaires des différents réseaux ainsi qu'avec des personnes âgées du territoire du RLS Jeanne-Mance. Certains constats ont déjà été évoqués dans les sections précédentes. Voici les principaux constats retenus :

- Présence marquée sur le territoire du RLS Jeanne-Mance de personnes âgées isolées et en situation de vulnérabilité non connues des différents réseaux communautaires et de la santé et des services sociaux, ce qui a pour effet de :
 - Augmenter les facteurs de vulnérabilité et de menaces à la santé des personnes âgées
 - Précipiter la perte d'autonomie
 - Générer des hospitalisations
 - Entraîner un hébergement précoce
- Besoin de concerter les efforts et les ressources inter-réseaux pour repérer les personnes âgées isolées, et conjuguer les expertises et leviers disponibles pour agir sur l'isolement
- Faible repérage des personnes âgées vulnérables

- Besoins de populations âgées mal desservies ou marginalisées doivent être évalués de manière plus approfondie (ex. : nouvelles personnes immigrées, personnes s'identifiant comme LGBTQ+ (lesbienne, gai, bisexuel, transgenre, queer ou en questionnement), personnes autochtones, personnes qui vivent en situation de pauvreté)
- Méconnaissance et méfiance des personnes âgées envers les ressources existantes
- Méconnaissance des offres de services des différents partenaires
- Maillage déficient des ressources existantes entre elles
- Manque de sensibilité envers les personnes âgées, jumelé à un sentiment d'impuissance et d'inconfort
- Pénurie de professionnel.le.s et de ressources de liaison ou d'intégration des personnes vulnérables
- Manque de bénévoles ou formation des bénévoles insuffisante pour agir de façon adéquate auprès de personnes âgées présentant certaines caractéristiques sociosanitaires qui touchent en particulier la santé mentale, la cognition, l'orientation sexuelle, l'origine autochtone, l'immigration récente, la pauvreté
- La crise sanitaire, les confinements, les offres de services limitées, souvent en ligne, associés à la pandémie de COVID-19, ont démontré qu'il peut être ardu pour les personnes âgées d'entreprendre les démarches nécessaires pour identifier les services qui répondent à leurs besoins. Ceci représente une source de stress pour elles, surtout si elles ne sentent pas écoutées et réassurées.



4.3.2 Facteurs externes

De l'avis des personnes intervenantes, des gestionnaires des différents réseaux ainsi que des personnes âgées du territoire du RLS Jeanne-Mance, des facteurs sont favorables à la mise en place d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées du RLS Jeanne-Mance, de même que des facteurs pourraient nuire à son implantation. Le **tableau 5** présente ces principaux facteurs.

TABEAU 5

Facteurs qui influencent l'implantation d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées, dans le contexte du RLS Jeanne-Mance

FACTEURS FAVORABLES	FACTEURS QUI NUISENT
Expertises et leviers existants - Engagement de la haute direction du CCSMTL - Des multiples programmes/services du CIUSSS– Direction SAPA comme acteur majeur - Présence d'un pôle d'expertise sur la gériatrie et le vieillissement avec la mission universitaire de l'IUGM, le CRIUGM et le programme AVANTÂGE et les programmes préventifs sur le bien vieillir soutenus par la recherche - Coordination territoriale de santé publique et trajectoires de service de proximité (DSGPU), soutien en organisation communautaire, connaissance fine des milieux et partenariats déjà établis - DRSP du CSSMTL dont le Réseau Résilience Ainé.es Montréal (RRAM), 2020-2025, coordonné par la DRSP de Montréal, en complémentarité avec les visées du projet de la communauté bienveillante - L'équipe interdisciplinaire en prévention et promotion de la santé (ex. : offre de service de proximité en prévention des chutes et déconditionnement) - Soutien à la concertation, à des ressources, à des projets spécifiques et à l'approche communautaire du CCSMTL - Approche de partenariat avec les usagers et la population (DQEPE du CCSMTL) - Communauté soignante du GMF Notre-Dame, liens avec CEPPP	Attitudes et connaissances - Attitudes liées à l'âgisme - Manque de sensibilité entre les personnes âgées elles-mêmes face à celles qui présentent des incapacités physiques, cognitives ou sociales, jumelé à un sentiment d'impuissance et d'inconfort - Manque de sensibilisation de la communauté aux étapes du vieillissement et des changements inhérents à celui-ci - Méconnaissance de la communauté sur les facteurs de vulnérabilité des personnes âgées - Faible littératie numérique de personnes âgées qui n'ont qu'un accès restreint aux informations sur les services disponibles, alors que l'information-papier devient de moins en moins disponible - Craintes des personnes âgées à reprendre leurs activités normales à la suite de la COVID-19; déconditionnement physique, cognitif et social de plusieurs d'entre elles qui nécessitent diverses formes de réadaptation individuelle et collective Organisation des services - Financement insuffisant des organismes communautaires pour leur mission de base - Méconnaissance des offres de services des différents partenaires - Faible repérage des personnes âgées vulnérables - Maillage déficient des ressources existantes entre elles

FACTEURS FAVORABLES	FACTEURS QUI NUISENT
• Communauté compatissante en lien avec la communauté soignante du GMF Notre-Dame • Réseau de GMF et de services de santé et services sociaux de proximité • Tables locales du Département régional de médecine générale et des pharmacies communautaires • Concertations locales s'adressant aux personnes âgées et aux personnes proches aidantes • Initiatives déjà ancrées dans le milieu communautaire, dont les ITMAV • Plus d'une vingtaine de ressources dédiées spécifiquement aux personnes âgées, avec différents profils et volets (services, milieu de vie, sécurité alimentaire, entreprise d'économie sociale en aide à domicile, etc.) • Forte présence de logement social pour personnes âgées sur le territoire (21 HLM pour un total de 963 logements, en plus des Habitations Jeanne-Mance comptant 300 à 500 logements pour personnes âgées) • Au moins 19 personnes intervenantes de milieu réparties dans 10 organismes (soutien clinique offert par SAPA) • Des ressources pour personnes âgées et partenaires mobilisées : - Alliances 3^e âge – Grand plateau (21 organismes dont des partenaires institutionnels comme le SPVM, l'OMHM, l'arrondissement, le CIUSSS) - CIMA–Grand Plateau (comité de suivi de l'intervention-personnes âgées HLM) - CDC Centre-Sud (communauté soignante) - Table de concertation Faubourg Saint-Laurent (Projet mobilité des personnes âgées) - Le Réseau d'action des aidants et aidantes de Jeanne-Mance (10 partenaires) - Action solidarité Grand Plateau - Comité intersectoriel sur les punaises du Comité logement du Plateau	• Pénurie de professionnel.le.s, de personnes intervenantes de milieux/ITMAV et de ressources de liaison ou d'intégration des personnes isolées ou vivant dans la précarité sociale • Foisonnement de projets porteurs, mais rencontrant des défis de financement et de pérennité • Réalités et ressources distinctes d'un territoire à l'autre • Manque de soutien financier pour assurer le transfert de connaissances de la recherche vers les personnes intervenantes de la santé et des services sociaux et de la communauté, ainsi que l'accompagnement à l'utilisation des outils qui en découlent • Manque de ressources de médiation sociale dans les milieux de vie collectifs où sévissent intimidation et ségrégation, ce qui occasionne exclusion sociale et insécurité chez les personnes âgées • Accessibilité limitée au transport adapté ou à l'accompagnement dans les transports pour des visites médicales, le recours à de l'aide juridique, etc.

4.3.3 Éléments clés de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance : principes et stratégies

Les **éléments clés** d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées ont été mis en relief par la synthèse des données issues de différentes sources présentées à la section 3.1. Une attention particulière a été portée aux résultats des groupes de discussion avec les personnes intervenantes et les personnes âgées du CCSMTL (quartiers Centre-Sud et Plateau Mont-Royal), ainsi qu'aux groupes de discussion avec des membres des principaux réseaux du RLS Jeanne-Mance.

Le **tableau 6** synthétise ces éléments clés qui alimenteront des constituants du modèle logique, en particulier les hypothèses et les stratégies selon les catégories suivantes :

- A. Participation et *empowerment* des personnes âgées
- B. Participation de tous les membres de la communauté du RLS Jeanne-Mance, quel que soit leur âge
- C. Interventions de promotion de la santé et de prévention
- D. Approche intersectorielle de proximité
- E. Relations entre les personnes âgées vulnérables et les personnes intervenantes de la communauté bienveillante

TABLEAU 6

Éléments clés d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées, inspirés de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance

ÉLÉMENTS CLÉS DE LA COMMUNAUTÉ BIENVEILLANTE DU RLS JEANNE-MANCE
A. PARTICIPATION ET <i>EMPOWERMENT</i> DES PERSONNES ÂÎNÉES
- Participation des personnes âgées sous différentes formes (consultation, collaboration, partenariat) et prise de décision à plusieurs moments : l'identification des besoins; la planification et la mise en œuvre des activités; l'évaluation des interventions Formation et accompagnement à la participation citoyenne des personnes âgées par des personnes intervenantes ou par des personnes âgées ayant de l'expérience en la matière - Inclusion de personnes âgées au sein des instances de gouvernance des projets, à titre de partenaires Ancrage rapide des personnes âgées dans l'action afin de les motiver, de les mobiliser Recrutement, formation et soutien de personnes bénévoles âgées qui se sentent ainsi utiles, développent leurs compétences et leur estime de soi, participent au développement de leur communauté Offre diversifiée de bénévolat qui répond aux aspirations des personnes nouvellement retraitées
B. PARTICIPATION DE TOUS LES MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ DU RLS JEANNE-MANCE, QUEL QUE SOIT LEUR ÂGE
- Lutte contre l'âgisme et la racisme - Lutte contre les inégalités sociales et de santé liées à la pauvreté - Lutte à l'exclusion que vivent certains groupes de la population, particulièrement à l'âge avancé (ex. personnes LGBTQ+, personnes autochtones, personnes souffrant de déficience intellectuelle ou de troubles cognitifs, personnes immigrantes récentes, personnes itinérantes) - Accueil et accompagnement bienveillant des personnes âgées par les membres de la communauté de proximité, sans paternalisme - Mixité intergénérationnelle le plus souvent possible pour éviter de créer des ghettos âgés dans différents domaines (ex. habitation, activités sociales, activités bénévoles, activités de défense des droits)

C. INTERVENTIONS DE PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE PRÉVENTION

- **Actions en amont** de l'apparition des problèmes sociaux et de santé
- Sensibilisation de toute la communauté **au parcours de vie des personnes âgées et aux périodes de transition** auxquelles elles sont confrontées (retraite, proche aidance, deuil, déménagement, hébergement) et comment soutenir leur résilience
- Sensibilité de toute la communauté à la vulnérabilité des personnes âgées (facteurs de protection, facteurs de risque) et comment les soutenir
- **Activités de promotion de la santé et de prévention liées aux déterminants de la santé**
 - Sur le plan du vieillissement : **vieillesse normale**, signes **ÂNÉES**, transitions de vie (ex. adaptation au travail, retraite, déménagement en milieu de vie collectif, proche aidance, deuil, perte d'un animal de compagnie, perte de permis de conduire, initiation au bénévolat, hébergement en RI ou CHLSD)
 - Sur le plan de la **santé physique, cognitive et psychologique** : feuillets informationnels, ateliers interactifs sur la stimulation cognitive, la prévention des chutes et du déconditionnement, la prévention de l'anxiété, de la dépression, les facteurs de risque de maladies chroniques
 - **Pour les personnes qui ont des atteintes neurocognitives** : plusieurs facteurs de risque reconnus peuvent faire l'objet de prévention à l'âge avancé sur les plans individuel et collectif : ex. HTA, alcool, perte auditive, diabète, obésité, tabagisme, dépression, isolement social, sédentarité, pollution de l'air.
 - Sur le plan de l'**environnement physique** : adaptations de l'environnement urbain (terre-pleins avec des bancs au milieu des longues intersections, feux de circulation plus longs, bancs disposés de façon régulière sur les trottoirs, bancs qui ne sont pas retirés l'hiver, pas de marches à l'entrée des commerces, etc. : logements sécuritaires, accessibles et abordables; environnements agréables et propres et les espaces extérieurs offrant des possibilités d'activités physiques, sociales et culturelles; options de transport abordables et fiables. *Note : Plus facile pour les personnes âgées d'être impliquées dans leurs communautés lorsqu'elles évoluent dans un environnement qui offre des lieux de rassemblement accueillants et sécuritaires ainsi que des services accessibles, dont le transport*
 - **Pour les personnes qui ont des atteintes neurocognitives (dementia-friendly community)** : aménagement de l'éclairage, du son, de la signalétique, du mobilier et de l'espace, des toilettes ou vestiaires accessibles réservées aux familles pour faciliter l'aide apportée par la personne proche aidante
 - Sur le plan de l'environnement social : respect et inclusion des personnes âgées dans les décisions de la communauté; soutien communautaire et encouragement à offrir du travail et des possibilités de bénévolat; promotion de la santé et accès à un large éventail de services de santé, y compris des soins préventifs; développement de la résilience pour faire face aux transitions de vie et autres événements
 - Pour les personnes qui ont des atteintes neurocognitives : une offre d'activités sociales adaptées et du répit et du soutien pour les personnes proches aidantes afin qu'elles-mêmes puissent poursuivre leur participation sociale
- Adaptation des activités de promotion de la santé et de prévention **sur le plan de la littératie générale et de la littératie en santé des personnes âgées**
- Traduction des outils dans les **langues les plus fréquemment parlées par les personnes âgées immigrantes récentes**
- Interventions avec les membres de la communauté, dans une approche de **développement des communautés**
- Activités intergénérationnelles pour favoriser la cohésion et la solidarité sociale (avec les enfants en milieu de garde et en maternelle; avec les personnes étudiantes de tous les niveaux; avec les personnes adultes en emploi, en chômage ou assistées sociales)
- Activités qui tiennent compte des différences entre les genres, les appartenances culturelles
- Mobilisation de personnes bénévoles âgées pour animer des activités de promotion de la santé et de prévention, avec le soutien d'organismes communautaires et de personnes intervenantes de la santé et des services sociaux

D. APPROCHE INTERSECTORIELLE DE PROXIMITÉ

- Interventions de proximité à **l'échelle des quartiers ou des voisinages**
- Ancrage des **services des CLSC dans la communauté**
- **Cartographie** mise à jour régulièrement des réseaux et des ressources de la communauté
- Reconnaissance des **personnes proches aidantes** comme des partenaires de première instance du réseau de proximité
- **Connaissance mutuelle des réseaux et des services offerts**
- Approche de **partenariat intersectoriel** qui rassemble les entités d'un large éventail de secteurs
- Développement et mise en œuvre de **plans d'actions locaux en concertation intersectorielle**
- **Relation égalitaire entre les réseaux**
- **Respect mutuel de l'expertise** de chaque réseau
- **Ressources humaines et financières adéquates de tous les réseaux**
- **Vision commune** partagée par tous les réseaux et objectifs clairs
- **Engagement et participation de tous les réseaux**
- Exercice d'un solide **leadership** au sein de l'instance de **coordination intersectorielle**
- Reconnaissance et **arrimage aux multiples initiatives existantes** dans la communauté (ex. réseau de personnes formées en santé mentale, guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF), porte-à-porte dans le cadre de la lutte à la maltraitance par des équipes intersectorielles, opération de vaccination à domicile)
- Maillage-jumelage entre les partenaires afin de développer une **réciprocité des échanges de services et un soutien mutuel**, en particulier pour : a) le **repérage** des personnes âgées vulnérables; b) l'analyse de leurs besoins, prioritaires ou non; c) leur **référencement**, leur **accompagnement** et leur accueil vers les services appropriés
- **Harmonisation des outils de communication** de référencement entre les réseaux (y compris le consentement des personnes âgées au référencement), selon les besoins prioritaires des personnes âgées afin de permettre une fluidité et une rapidité des interventions
- Adoption de **règles de confidentialité** des données personnelles des personnes âgées qui utilisent des services afin de faciliter le continuum des interventions inter-réseaux
- **Formation continue des personnes intervenantes et des bénévoles**
- Développement d'un **soutien à la pratique pour les personnes intervenantes de proximité** afin d'échanger sur les situations complexes, les meilleures pratiques et les bons coups
- **Mécanismes d'évaluation de la concertation/coordination intersectorielle et de la qualité des interventions**

E. RELATIONS ENTRE LES PERSONNES ÂÎNÉES VULNÉRABLES ET LES PERSONNES INTERVENANTES DE LA COMMUNAUTÉ BIENVEILLANTE

- Développement de **liens de confiance** : agir le plus près possible du milieu de vie des personnes âgées et des lieux qu'elles fréquentent, assurer des visites régulières, favoriser la continuité des personnes intervenantes, prendre le temps qu'il faut et ne rien précipiter
- **Intervention au domicile** des personnes âgées en situation de vulnérabilité pour : a) développer une relation de confiance; b) augmenter l'accessibilité aux soins et services et leur pertinence, y compris les services de santé mentale; c) agir concrètement sur les conditions de vie des personnes âgées (par exemple, sécurité et salubrité du logement, accessibilité et qualité de l'alimentation, prévention de la maltraitance); d) mobiliser le réseau de proximité
- **Soutien dans les activités quotidiennes** qui facilitent la vie des personnes âgées (ex. accompagnement, transport, remplissage de formulaires dont la déclaration d'impôt)
- Engagement d'une **conversation authentique** qui permet de créer un lien significatif à travers différentes activités (ex. lors d'une activité de porte-à-porte pour distribuer un feuillet d'information)
- Interventions aux **endroits fréquentés par les personnes âgées vulnérables ou isolées** (ex. parcs, centres commerciaux, rues piétonnes, endroits climatisés, cafés, endroits publics comme le Complexe Guy-Favreau pour la communauté chinoise ou la Grande Bibliothèque ou les entrées de métros pour les personnes itinérantes, la salle de lavage ou les balançoires dans les milieux de vie collectifs)
- **Médiation** par une personne amie, de la famille ou du voisinage qui accompagne la personne intervenante de proximité auprès des personnes âgées et facilite l'appropriation mutuelle
- Utilisation de **modalités de communications** qui permettent de rejoindre davantage les **personnes isolées, analphabètes ou allophones**, par des messages simples souvent répétés : bouche-à-oreille, radios de nuit, télévision, médias écrits par la poste ou distribués gratuitement dans les endroits publics, affichage dans les endroits passants, via les leaders des communautés culturelles pour traduire et diffuser les informations et via des interprètes sur le terrain. Les communications orales et écrites doivent être adaptées aux personnes ayant un faible niveau de littératie.
- Référence accrue par les différents réseaux aux **lignes téléphoniques locales dédiées aux personnes âgées** avec des personnes intervenantes répondantes qui sont en lien étroit avec les ressources du quartier et accompagnent les personnes âgées vers la ressource appropriée
- Création d'une **équipe de personnes intervenantes inter-réseaux** (réseau communautaire et différentes directions du CCSMTL) qui développe une expertise de communication adaptée au contexte

4.3.4 Mesure des effets de la communauté bienveillante

Au-delà d'une évaluation d'implantation qui prend assise sur des indicateurs de processus, il importe de se doter d'indicateurs de résultats qui visent à documenter les effets de la communauté bienveillante à court, moyen et long terme sur i) les personnes âgées, ii) les personnes de leur réseau de proximité, ainsi que iii) les personnes intervenantes et bénévoles mobilisées. Le **tableau 7** présente des exemples d'indicateurs de résultats selon ces trois catégories.

NOTE : Les indicateurs retenus sont issus des recherches évaluatives repérées dans la revue rapide de la littérature présentée au chapitre 3 sur la méthodologie. Des résultats positifs ont été obtenus sur les effets qui sont proposés dans le tableau, par des interventions similaires à celles de la « communauté bienveillante » (ex. Age-Friendly Communities, Neighborhood Naturally Occurring Retirement Community (NNORC), Intergenerational Mentoring Program, Accompagnement citoyen personnalisé pour l'intégration dans la communauté (APIC), Fountain of Health Initiative (FoH), Educational Program for Promoting Collaboration Between Community Care Professionals and Convenience Stores, Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP)). **Ces indicateurs sont donc réalistes et applicables.**

TABLEAU 7

Exemples d'indicateurs des effets d'une communauté bienveillante sur les personnes âgées, les personnes de leur réseau de proximité, les personnes intervenantes et les personnes bénévoles mobilisées

PERSONNES ÂÎNÉES	
Leurs connaissances sur...	• Les services et les ressources disponibles • Les modes de vie sains • Le processus de vieillissement et les transitions de vie et façons de développer sa résilience • L'âgisme et le racisme • Les principaux problèmes de santé et sociaux associés au vieillissement, dont ceux touchant par exemple la cognition, la santé mentale, la mobilité et les chutes
Leur fonctionnement social	• L'isolement social, le soutien social perçu par le réseau de proximité (ex. voisin à voisin) et le réseau formel de services • Les sentiments de confiance en soi, d'utilité, d'auto-efficacité dans leur capacité de navigation dans les réseaux • Leur degré de confort dans les relations avec les autres • Leur participation sociale : pratique des loisirs, du bénévolat, de l'engagement social, de la défense des droits • La participation à de nouvelles activités • La satisfaction vis-à-vis des activités récréatives et sociales, dont le bénévolat, offertes dans la communauté • Le sentiment de pouvoir rester chez soi grâce aux ressources offertes • Le sentiment d'appartenance à la communauté • La perception d'obstacles dans l'environnement social

PERSONNES ÂÎÉES

Leur santé physique, mentale, psychologique, cognitive et leur autonomie	• La santé perçue • La qualité de vie perçue • Le statut fonctionnel, physique et cognitif • Les affects dépressifs • Le sentiment de solitude • Le niveau d'activité, l'autonomie globale, les limitations fonctionnelles déclarées • L'isolement, l'habilité à sortir de chez soi et à développer des relations avec les autres • Le niveau d'activité physique (force, vitesse de marche, utilisation de la canne) et la fréquence des chutes • La capacité de se fixer des objectifs après une session de groupe en éducation de la santé • Les visites à l'urgence et les hospitalisations pour différentes maladies chroniques (infarctus, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral) • Le taux de mortalité et les décès prématurés
Leur utilisation des services	• L'utilisation accrue des ressources et des services disponibles • L'accès rapide à des ressources fiables • La confiance envers les personnes intervenantes • L'accès à une personne de confiance, disponible et connaissant le milieu • La disponibilité perçue des services • L'adéquation des services offerts aux besoins • La satisfaction/expérience des services reçus • La satisfaction de l'accompagnement dans la prise de décision • L'attitude des employés de la santé et des services sociaux en matière d'engagement, de partage, de tolérance envers les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs
Leur environnement physique	• L'accessibilité universelle • La sécurité perçue dans les quartiers et les milieux de vie collectifs • La convivialité dans les espaces extérieurs et les bâtiments • L'accessibilité du transport • L'étendue des déplacements

PERSONNES DU RÉSEAU DE PROXIMITÉ	
Relations entre les voisins	• Le sentiment d'avoir quelqu'un sur qui compter • Le soutien concret disponible : ex. : pelleter de la neige, changer des ampoules, ramasser des feuilles, débogage informatique, soutien de quelques jours après une hospitalisation comme aller faire une course à l'épicerie • L'augmentation des réseaux sociaux informels • L'amélioration de la capacité à demander de l'aide • La satisfaction du partage de l'information sur les ressources disponibles dans la communauté • La satisfaction de l'organisation d'achat de groupe à prix réduit
Relations intergénérationnelles	• Le sentiment d'auto-efficacité des personnes âgées dans la gestion des relations intergénérationnelles • La motivation des jeunes à rendre service aux autres, la recherche de sens dans la vie et l'âgeisme
Commerces de proximité	• L'attitude des personnes employées en matière d'engagement, de partage, de tolérance envers les personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs • La perception du rôle des commerces de proximité par les personnes intervenantes de la santé et des services sociaux et des autres membres de la communauté
PERSONNES INTERVENANTES ET BÉNÉVOLES MOBILISÉES	
Leurs connaissances de...	• Soi • Enjeux liés à la santé mentale et préjudices vécus par les personnes âgées • Situations de vulnérabilité des personnes âgées • Services offerts aux personnes âgées
Leur confiance	• En leur capacité à exercer leurs rôles • Être outillées pour référer ou pour contacter des personnes intervenantes
Leur sentiment	• La satisfaction par rapport à leurs rôles • Leur utilité envers les personnes âgées
Motivation et capacités à servir les autres	• Leur capacité à donner de l'énergie, remonter le moral, aider les personnes âgées à maintenir ou à développer des liens sociaux dans la communauté • Leur capacité à se montrer solidaires et proactives au sein de leur communauté

4.3.5 Pérennité de la communauté bienveillante

La pérennité d'une communauté bienveillante repose entre autres sur : i) une coordination intersectorielle au sein de la communauté, à l'échelle des quartiers; ii) la capacité d'insérer de nouvelles interventions au sein de programmes existants qui ont démontré leur pertinence et leur durabilité; iii) l'ancrage des interventions dans des plans d'action territoriaux ou régionaux structurants à moyen ou à long terme; iv) des mécanismes de communication intersectoriels rodés.

La coordination intersectorielle dans la communauté, à l'échelle des quartiers, au sein des tables de concertation locales

L'expérience de l'implantation de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du territoire du RLS Jeanne-Mance du CCSMTL permet de préciser le modèle de coordination intersectorielle à promouvoir.

La coordination intersectorielle a avantage à s'insérer au sein des instances communautaires déjà existantes (ex. tables de concertation locales du réseau communautaire), auxquelles se joignent des directions du CCSMTL, dont la direction SAPA. En effet, il est préférable que les acteurs stratégiques du CCSMTL (ex. cadre supérieur, en l'occurrence le directeur adjoint SAD-RI et la directrice adjointe DSGPU) s'intègrent au sein des rencontres des tables locales de concertation des quartiers. Ces tables sont entre autres composées de directeurs et directrices d'OBNL, de représentantes et représentants intersectoriels (ex. habitation et municipalité), ce qui permet des échanges à un niveau stratégique pour opérer et prioriser le changement. Il s'agit de capitaliser sur ce qui existe déjà, de s'intégrer aux façons de faire du milieu communautaire, plutôt que de créer un nouveau niveau de gouvernance.

La contribution des cadres supérieurs du CCSMTL dépasse celle de ses propres secteurs d'activités. En effet, elle se doit d'agir de façon transversale au sein de l'établissement. Elle vise à capter les autres besoins qui pourraient requérir la participation d'autres directions cliniques et de faire valoir ces besoins à un niveau stratégique.

Également, l'organisation communautaire est largement développée autour des quartiers dont les réalités peuvent différer, ce qui dicte des actions spécifiques à mettre en place pour chacun d'entre eux. Pour le CCSMTL, ce découpage de quartiers peut augmenter la complexité de l'implication. Les programmes-services sont organisés sur une perspective populationnelle large. C'est bien là tout l'intérêt pour le CCSMTL, de conserver la flamme d'une approche CLSC de première ligne, véritablement ancrée dans son secteur et le plus près possible de sa population de proximité. En mode CIUSSS, ceci exige des apprentissages car plus le territoire à couvrir est large et diversifié, plus l'adaptation fine et locale est exigeante à mettre en oeuvre.

L'insertion d'activités dans des programmes existants qui ont démontré leur pertinence et leur durabilité.

La formation de personnes en santé mentale pour repérer la détresse psychologique des personnes âgées, à l'intérieur du programme ViesÂge (Sébastien Grenier), est un exemple qu'il faut multiplier (voir Annexe A).

L'ancrage des interventions dans des plans d'action territoriaux ou régionaux structurants à moyen ou long terme

Lorsque les interventions de la communauté bienveillante font partie de plans d'action à moyen (3-5 ans) ou long terme (5 ans et plus) structurants comme ceux des municipalités (ex. plan MADA de la Ville de Montréal) ou des directions de santé publique (ex Plan d'action régional intégré de santé publique de la DRSP de Montréal) ou de Cadre de référence (ex. Cadre de référence en santé urbaine du CCSMTL), le soutien peut venir de différentes voies et favoriser la concertation.

Des mécanismes de communication intersectoriels rodés

Pour qu'une concertation fonctionne de façon optimale, la communication du bon contenu, aux bonnes personnes, au bon moment est essentielle. L'accompagnement par des personnes professionnelles des communications, à partir d'un plan d'action communicationnel élaboré et partagé par tous, est gagnant.

4.4 Modèle intégrateur des actions concertées intersectorielles de proximité de la communauté bienveillante envers les personnes âgées

À la suite de la présentation des sections précédentes, il en découle un modèle intégrateur des actions concertées intersectorielles de proximité d'une communauté bienveillante envers les personnes âgées, inspirée de celle du RLS Jeanne-Mance. Ce modèle permet de représenter les liens entre les quatre composantes de la communauté bienveillante, les clientèles visées, les résultats attendus sur les individus et la communauté, les réseaux mis en oeuvre ainsi que l'infrastructure de coordination intersectorielle de proximité et les cliniques à mettre en place (voir Annexe C - Modèle intégrateur et modèle logique - 4 composantes).

4.4.1 Les quatre composantes de la communauté bienveillante

La communauté bienveillante comprend 4 composantes qui seront détaillées au chapitre 5. Voici les objectifs visés par chacune d'entre elles.

- **Composante 1 : Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables ou isolées**
Objectif : Créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées vulnérables et isolées dans leur milieu de vie, d'entrer en contact avec elles, de les accompagner vers les services appropriés et de favoriser leur autonomie de même que leur participation sociale.
- **Composante 2 : Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque associés aux maladies chroniques**
Objectif : Implanter des programmes adaptés de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales offerts aux personnes âgées
- **Composante 3 : Environnements bâtis favorables à la santé et milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires**
Objectif : Aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires pour les personnes âgées
- **Composante 4 : Création d'un réseau de proximité-ami des personnes âgées**
Objectif : Bâtir un réseau de proximité-ami des personnes âgées composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les personnes âgées vulnérables dans leur quotidien par des gestes simples d'entraide, un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie

4.4.2 L'infrastructure de planification et de coordination intersectorielle

Trois entités constitueront le cœur de l'infrastructure de planification et de coordination intersectorielle et seront appelées à évoluer au fil des besoins et des ressources disponibles.

A. Le comité de planification et de coordination intersectorielle

Objectif : Planifier et coordonner de façon concertée et efficiente les actions des différents réseaux qui interagissent auprès des personnes âgées de façon à :

- Assurer une fluidité et une réactivité des interventions afin de répondre aux besoins des personnes âgées
- Insérer des actions dans des programmes déjà existants afin de créer des interventions synergiques
- Effectuer une veille des besoins émergents des personnes âgées afin d'adapter les services en conséquence
- Implanter les indicateurs de processus et de résultats à court, moyen et long terme de la communauté bienveillante afin d'en monitorer l'évolution et d'apporter, s'il y a lieu, les correctifs nécessaires
- Influencer les décideurs sur les ressources à investir dans la communauté bienveillante

B. L'équipe intersectorielle de personnes intervenantes auprès des personnes âgées vulnérables ou isolées

Objectif : Créer des équipes locales intersectorielles de personnes intervenantes qui agissent de façon concertée auprès de personnes âgées vulnérables ou isolées

Du fait de leurs compétences, ces équipes locales, dont la stabilité est assurée, sont habilitées à intervenir par des mécanismes de communication et relationnels adaptés aux personnes âgées, tout spécialement celles qui :

- Sont vulnérables ou isolées
- Évoluent dans des contextes de vie complexes (ex.: extrême pauvreté, milieu de vie insalubre, problèmes de santé mentale, personnalités méfiantes ou évitantes, itinérance, consommation de substances, immigration récente à la suite de raisons humanitaires comme la guerre, l'insécurité politique ou la famine
- Évoluent dans plusieurs langues, selon les adaptations culturelles nécessaires

C. L'équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif

Objectif : Assurer par différentes stratégies éducatives et communicationnelles et une planification ciblée :

- Le transfert des connaissances issues des données probantes de la recherche ou de projets qui ont fait l'objet d'une évaluation de programme
- Le développement des compétences et l'accompagnement
- Pour l'ensemble des personnes concernées dans la communauté bienveillante :
 - Personnes âgées, personnes proches aidantes, personnes intervenantes communautaires et de la santé et des services sociaux et des autres réseaux, personnes citoyennes de tous les âges du réseau de proximité-ami des personnes âgées

Soutien clinique : Des personnes intervenantes expertes de différents domaines participent à des discussions de cas complexes en présence ou en virtuel, élaborent ou adaptent des guides de pratique, répondent à des consultations individuelles des personnes intervenantes par téléphone ou visioconférence, etc.

Soutien scientifique : Des personnes chercheuses ou responsables de projets qui ont fait l'objet d'une évaluation de programme diffusent les connaissances et les outils issus de leurs recherches ou de leurs expérimentations, en les adaptant aux interventions de proximité. Ces interventions pourront être animées par des personnes intervenantes de la communauté, des personnes bénévoles dont plusieurs seront des personnes âgées.

Soutien éducatif : Des experts issus de l'éducation aux adultes, de l'éducation aux personnes de faible littératie ainsi que des diverses communautés culturelles seront en appui aux équipes cliniques et scientifiques afin de développer des outils de développement des compétences et d'accompagnement adaptés aux besoins des personnes âgées, particulièrement celles qui sont vulnérables ou isolées.

4.4.3 Le réseau des partenaires communautaires, publics et privés

Les partenaires de la communauté bienveillante qui interviennent auprès des personnes âgées proviennent des secteurs communautaire, public et privé. Il s'agit tant de personnes intervenantes de proximité que de bénévoles qui agissent localement au domicile des personnes âgées, dans leur milieu de vie collectif, dans leur voisinage ou dans les endroits qu'elles fréquentent le plus souvent tel que mentionné antérieurement (tableau 7, section E).

Réseau de la santé et des services sociaux : ex. personnes intervenantes de la santé et des services sociaux du CCSMTL des CLSC, des services à domicile, des services de première ligne dont les GMF et GMF-U, de l'accueil psychosocial, du GAMF, de santé publique (organisateur et organisatrices communautaires, kinésiologues) ainsi que les différentes personnes intervenantes de la pratique privée, par exemple les pharmaciennes, les psychologues.

Réseau municipal (arrondissement ou ville centre) : ex. personnes agentes sociocommunautaires, personnes agentes de quartier, personnes agentes de sécurité routière des postes de quartier du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM); personnel du Service d'incendie de Montréal (SIM); personnel des services de loisirs, des bibliothèques de l'arrondissement et des maisons de culture.

Réseau gouvernemental fédéral : ex. personnel du service des Postes Canada, personnes agentes de prestations fédérales.

Réseau communautaire : ex. personnes intervenantes de milieu (ITMAV), personnes intervenantes et bénévoles des organismes communautaires pour personnes âgées, personnes intervenantes et bénévoles des centres communautaires pour personnes âgées, personnes intervenantes des centres d'action bénévole (CAB).

Réseau ÉÉSAD : personnes intervenantes des entreprises d'économie sociale en aide à domicile

Milieus de vie collectifs pour personnes âgées: personnes intervenantes dans les milieux de vie collectifs pour personnes âgées dont les HLM pour personnes âgées et dans les RPA et résidences et à but non lucratif.

Comme il a été mentionné antérieurement, des actions intersectorielles par des personnes intervenantes de ces différents réseaux peuvent être menées conjointement pour faciliter la continuité et la fluidité des interventions auprès de personnes âgées à besoins complexes.

4.4.4 Le réseau de proximité-ami des personnes âgées vulnérables

Le réseau de proximité-ami des personnes âgées vulnérables comprend toutes les personnes citoyennes qui gravitent autour des personnes âgées vulnérables dans leur vie quotidienne :

- Les personnes proches aidantes
- Les membres de leur famille
- Les personnes amies
- Les personnes de leur voisinage, de leur milieu de vie collectif
- Les personnes qu'elles côtoient dans les espaces publics de leur quartier
- Les personnes des commerces avec qui elles transigent souvent : ex. : banque, épicerie, pharmacie, salon de coiffure et de pédicure, maison de culte, quincaillerie, café, restaurant, cordonnerie, nettoyeur de vêtements

CHAPITRE 5

Quatre composantes du modèle logique

Ce dernier chapitre présente un modèle logique pour chacune des quatre composantes de la communauté bienveillante envers les personnes âgées, inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du RLD Jeanne-Mance, en :

- a) S'appuyant sur les éléments clés de la communauté bienveillante (voir tableau 7, dont les mesures de résultats à court, moyen et long terme à la section F)
- b) Utilisant les constituants du modèle logique présenté au chapitre 2 (contexte, hypothèses, objectifs, valeurs, facteurs externes/enjeux, stratégies/principes, intrants, activités, groupes visés, extrants, résultats)

Ainsi, pour chacune des quatre composantes de la communauté bienveillante, une figure synthèse du modèle logique permettra en un seul coup d'œil d'appréhender les liens entre chacun de ses principaux constituants et de faciliter une vision commune et des objectifs partagés des partenaires.

Certaines des activités présentées ici sont déjà en place, d'autres sont en développement ou à venir, selon le contexte et les ressources disponibles.

L'échelle du temps considérée, compte tenu de la complexité des interventions intersectorielles à implanter, est la suivante, mais pourrait varier selon certaines circonstances :

- Court terme : 0-2 ans
- Moyen terme : 3-4 ans
- Long terme : 5 ans et plus

Des **VALEURS** ont été mises en évidence par les partenaires de la communauté bienveillante et s'appliquent aux 4 composantes. Les définitions proposées ici (Lebel et Dufour, 2020) sont à adapter à chaque contexte.

La santé et le bien-être des personnes âgées : La 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. Beaucoup plus large et positive que la simple absence de maladie ou d'incapacité, cette définition englobe la santé physique, la santé mentale et la santé psychosociale, trois dimensions indissociables. La santé est également associée à la qualité de vie, laquelle sous-tend l'idée d'un équilibre entre les besoins de la personne, et les ressources et les moyens dont elle dispose pour les satisfaire.

L'autonomie des personnes âgées : L'autonomie est la capacité fondamentale de chaque personne d'exercer son jugement personnel, de décider par elle-même de ses choix et de conduire son destin. Elle s'appuie sur un ensemble de capacités psychologiques et cognitives qui sont nécessaires à son plein exercice. Le contexte social est aujourd'hui conçu comme constitutif de l'exercice de l'autonomie. L'autonomie renvoie également à la capacité des populations d'agir pour l'amélioration de leur santé. La reconnaissance de cette capacité de jugement et de choix témoigne d'une visée d'autonomisation de la part des acteurs. Un projet qui bénéficie d'un apport citoyen dans sa phase d'élaboration est donc plus en mesure d'être utile à la population.

L'engagement des partenaires : L'engagement réfère à l'adhésion et à la contribution de chaque partenaire à l'égard de la réalisation de la mission, de la vision, des valeurs et des objectifs d'une organisation ou d'un projet. Il suscite chez chacun et chacune un désir de se dépasser, de faire preuve de persévérance dans ses actions et dans la réalisation de ses mandats. L'engagement se reflète dans la quête d'amélioration continue et se traduit par un sentiment d'appartenance fort d'une personne pour son organisation ou son projet.

L'égalité, l'équité et la justice : Il existe des inégalités de différents ordres entre les personnes et les groupes d'une société donnée. En l'occurrence, l'égalité peut justifier des traitements particuliers pour des personnes pour qui le traitement égal n'est pas adéquat (ex. : des services particuliers pour les personnes ayant un handicap physique). On parle alors d'équité. La recherche d'équité exige de tenir compte des disparités existantes au sein de la population lors de la détermination des objectifs, de la distribution de ressources ainsi que dans la répartition des bénéfices et des inconvénients découlant d'actions en santé publique. La valeur de justice sous-tend l'objectif de réduire les inégalités sociales qui limitent la réalisation de projets de vie en santé d'une personne. Dans une perspective de santé publique, cela conduit notamment à agir sur les conditions qui sont hors du contrôle des seuls individus, comme les environnements.

La compétence (personnes intervenantes et bénévoles) : La compétence consiste à s'acquitter de ses responsabilités, en mettant à contribution ses savoirs, savoir-être et savoir-faire dans un domaine spécifique en vue de l'atteinte des résultats visés. La compétence implique la mise à jour continue des connaissances et des habiletés, la recherche des plus hauts standards scientifiques appropriés à la situation de même que la capacité à transférer et à partager ces connaissances et ces savoirs.

5.1 Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables (Voir Annexe C - MODÈLE LOGIQUE - COMPOSANTE 1)

OBJECTIF

Créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées vulnérables et isolées dans leur milieu de vie, d'entrer en contact avec elles, d'intervenir pour améliorer leur bien-être, de les accompagner vers les services appropriés et de favoriser leur autonomie de même que leur participation sociale à toutes les étapes de leur vieillissement.

CONTEXTE

- Les personnes âgées, en prenant exemple sur celles du RLS Jeanne-Mance, présentent des caractéristiques de vulnérabilité et de précarité socioéconomique qui les mettent à risque d'isolement, de perte d'autonomie et de moindre qualité de vie. Par exemple, en situation de pauvreté, de proche aidance; analphabètes ou de faible niveau d'éducation; personnes immigrantes allophones; difficultés relationnelles sans réseau de soutien; problèmes de santé physique et de mobilité; problèmes de santé mentale et toxicomanies; marginalisées (LGBTQ+, autochtones).
- Le repérage des personnes âgées vulnérables du RLS Jeanne-Mance n'est pas optimal de l'avis des personnes intervenantes. Isolées, ces personnes ne sont pas connues des réseaux de soutien et de services. Des mécanismes de repérage plus structurés sont à développer par une meilleure concertation des acteurs de proximité.
- Ces personnes âgées vulnérables peuvent éprouver de la honte, craindre de déranger, de perdre leur logement, ou d'être hébergées.
- Il peut s'avérer ardu pour les personnes âgées d'entreprendre les démarches pour identifier les services qui répondent à leurs besoins. Ceci constitue une source de stress, surtout si elles ne sentent pas écoutées ou comprises.
- Avec l'absence d'un filet de soutien, ces personnes âgées voient leur vieillissement en santé compromis, leurs capacités à réaliser les activités de la vie quotidienne diminuées. Elles sont plus souvent hospitalisées et hébergées prématurément. Leur espérance de vie est diminuée.

- Plusieurs ressources coexistent sans joindre leurs efforts pour repérer et agir sur l'isolement des personnes âgées vulnérables ou isolées.
- Les personnes intervenantes sont peu nombreuses et insuffisamment formées pour répondre aux besoins spécifiques de ces personnes âgées vulnérables.

HYPOTHÈSES

- Bâtir sur ce qui existe donne confiance aux partenaires.
- Impliquer les personnes âgées dans les décisions qui les concernent permet de mieux répondre à leurs besoins, de les autonomiser, d'améliorer leur estime de soi et leur qualité de vie.
- Rencontrer les personnes isolées dans les lieux où elles se trouvent le plus souvent, prendre le temps de les écouter permet de bâtir progressivement une relation de confiance avec elles.
- Accompagner de façon personnalisée en présence les personnes âgées à travers les réseaux, dans leur langue parlée, permet une meilleure expression de leurs besoins et une réponse plus rapide et complète à ceux-ci.
- Multiplier les canaux de communication pour diriger les personnes âgées et les personnes intervenantes vers les lignes téléphoniques locales dédiées aux personnes âgées avec accompagnement permet une utilisation optimale des ressources de la communauté.
- Harmoniser les outils et les moyens de communication, les règles de confidentialité et de référencement entre les réseaux permet une fluidité des interventions.
- Créer une équipe intersectorielle stable de personnes intervenantes (milieux de la santé et des services sociaux, communautaire, municipal) permet le développement des compétences de communication et relationnelles auprès des personnes âgées vulnérables et isolées.
- Offrir des événements de participation sociale attirants pour les personnes âgées permet de façon indirecte à cette équipe de personnes intervenantes intersectorielle d'entrer en contact avec elles et de développer des liens de confiance.

FACTEURS EXTERNES

Facteurs qui facilitent les interventions

- Des concertations locales consacrées aux personnes âgées et aux personnes proches aidantes existent et sont mobilisées.
- Les personnes formées en santé mentale sont déployées sur le territoire et peuvent être formées à reconnaître des situations de vulnérabilité de personnes âgées, entre autres dans le domaine de l'anxiété et du stress (détresse psychologique).
- Le soutien en organisation communautaire est solide.
- La coexistence des communautés bienveillante, soignante, compatissante sur le territoire permet une continuité d'action si elle est bien orchestrée.
- Plus d'une vingtaine de ressources dédiées spécifiquement aux personnes âgées sont présentes sur le territoire du RLS Jeanne-Mance, à titre d'exemple (ex. sécurité alimentaire, EÉSAD).
- Des initiatives sont ancrées dans le milieu communautaire via au moins 19 personnes intervenantes de milieu (ITMAV) réparties dans 10 organismes et dont le soutien clinique est apporté par la Direction SAPA à titre d'exemple.
- La ligne LIAM du RRAM, ligne téléphonique de soutien clinique ponctuel et confidentiel, est accessible à toutes les personnes travaillant dans des organismes communautaires œuvrant auprès de la population âgée de l'Île-de-Montréal.
- La pérennité de la coordination du comité intersectoriel est assurée par les personnes organisatrices communautaires de l'équipe territoriale de santé publique.
- Forte présence de logement social sur le territoire, à titre d'exemple (21 HLM, total 963 logements, en plus des Habitations Jeanne-Mance comptant 300 à 500 logements pour personnes âgées).

Facteurs qui limitent les interventions

- Insuffisance de référence aux lignes téléphoniques locales avec accompagnement, insuffisance de la diffusion de leur existence auprès de la population générale, des personnes âgées et de leurs personnes proches aidantes, des bénévoles et des personnes intervenantes
- Insuffisance de ressources humaines, matérielles et financières

ENJEUX

- Importance de sortir du cadre habituel et d'être créatif
- Être à l'écoute des personnes âgées
- S'assurer de la disponibilité et de l'accessibilité des services
- Porter davantage attention aux personnes âgées plus vulnérables

STRATÉGIES/PRINCIPES

- Vision commune, objectifs clairs
- Concertation des efforts, conjugaison des expertises, utilisation des leviers disponibles sur le territoire
- Leadership solide du réseau des partenaires
- Continuum et accessibilité des services et des ressources
- Participation des personnes âgées et des personnes proches aidantes et soutien à leur *empowerment*
- Réponse aux besoins des personnes âgées selon leur parcours de vie et les périodes de transition de vie qu'elles traversent
- Reconnaissance des tables de concertation locales âgées
- Mobilisation et intégration du milieu communautaire
- Ancrage des CLSC dans la communauté, agir à l'échelle du territoire de CLSC (quartier)
- Repérage et référencement
- Accompagnement et liaison
- Formation et développement des compétences des personnes intervenantes et bénévoles
- Ressources humaines et financières adéquates pour tous les réseaux
- Durabilité et pérennité

INTRANTS

- Cartographie des réseaux partenaires et des ressources du RLS avec mise à jour régulière
- Comité de planification et de coordination intersectorielle auquel se joignent progressivement l'ensemble des réseaux identifiés. Des personnes âgées et des personnes proches aidantes sont invitées à y participer, à titre de personnes citoyennes âgées partenaires.
- Personnes intervenantes des organismes partenaires, dont des personnes organisatrices communautaires (OC) et des personnes intervenantes (ITMAV) en milieu communautaire
- Lignes téléphoniques locales avec accompagnement (Action Centre-Ville, Carrefour Saint-Eusèbe)
- Personnes formées en santé mentale et bénévoles d'organismes communautaires et du CIUSSS
- Ateliers de formation pour le repérage des personnes âgées avec troubles anxieux et stress (chercheur du CRIUGM : Sébastien Grenier, voir Annexe A)

- Financement du Projet de gériatrie sociale par le Secrétariat aux aînés du MSSS (2019-2023) et suite
- Ligne LIAM du RRAM
- Atelier de formation des personnes intervenantes des lignes téléphoniques sur l'obtention du consentement des personnes aînées pour leur référencement aux ressources et aux services par COMACO (RRAM)

ACTIVITÉS

- Rencontres du Comité de planification et de coordination intersectorielle pour : l'élaboration et le suivi de plans d'action, la veille de problèmes émergents, l'évaluation du fonctionnement et des résultats de la communauté bienveillante
- Lignes téléphoniques locales dédiées aux personnes aînées avec accompagnement au sein des organismes communautaires et référence vers les ressources et les services requis
- Repérage de personnes aînées vulnérables ou isolées par des personnes intervenantes de proximité
- Repérage de personnes aînées présentant des problèmes de santé mentale (anxiété, stress) par un réseau de personnes formées en santé mentale
- Ateliers de formation pour le repérage des personnes aînées avec troubles anxieux et stress
- Atelier de formation des personnes intervenantes des lignes téléphoniques sur l'obtention du consentement
- Accompagnement de personnes aînées vulnérables ou isolées présentant des problèmes complexes de façon personnalisée (langue parlée) par l'équipe des personnes intervenantes de proximité intersectorielle
- Groupes de discussion avec des personnes intervenantes et aînées afin d'élaborer les meilleures stratégies de communication pour rassurer les personnes aînées et les informer des services offerts par les partenaires
- Partage des expériences des personnes intervenantes de proximité (communauté de pratique)
- Infolettre permettant la circulation des informations entre les réseaux : information sur les actions en cours de développement et informations sur la mise à jour des services

GROUPE VISÉ

Les personnes aînées de 65 ans et plus vulnérables ou isolées vivant dans la communauté, à l'échelle d'un territoire de CLSC

EXTRANTS

- Comité intersectoriel complété, intégrant tous les partenaires identifiés par la cartographie ainsi des personnes aînées et proches aidantes partenaires. Politiques et procédures écrites, transmises
 - Communication, référencement, confidentialité, registre de données, etc.
- Recension des services offerts complétée
- Stratégie mise en place et diffusée pour que les personnes intervenantes aient accès à une liste ressources du RLS mise à jour de façon continue ou périodique
- Lignes téléphoniques locales en fonction
 - Organisme porteur, mandat, objectifs et fonctionnement définis; outil d'évaluation des besoins utilisé ; répertoire des ressources mis à jour; registre et rapport statistique des données (nombre de personnes aînées et de leur entourage qui utilisent la ligne téléphonique aînée; % d'augmentation annuelle du nombre de personnes aînées (personnes proches aidantes) du RLS qui connaissent la ligne téléphonique locale aînée; % d'augmentation annuelle du nombre de personnes aînées ou de leur entourage qui utilisent la ligne téléphonique aînée; nombre de référencement faits par la ligne par catégorie de services et nature de l'accompagnement, etc.

- Personnes formées en santé mentale en action
 - Mandat, objectifs et fonctionnement définis; processus de recrutement établi; programme de formation mis en place; nombre de personnes formées en santé mentale, selon leur provenance et leurs caractéristiques sociodémographiques; nombre de personnes formées en santé mentale qui réfèrent aux instances concernées; nombre de personnes âgées référées par les personnes formées en santé mentale, etc.
- Personnes âgées repérées, référées, accompagnées et accueillies dans une ressource ou un service. Services bel et bien reçus.
 - Nombre de personnes/six mois, repérées, référées/accompagnées, qui reçoivent les services selon leurs caractéristiques sociodémographiques (âge, genre, origine culturelle/langue parlée, milieu de vie, type de ménage, revenu)
- Équipe clinique intersectorielle fonctionnelle
 - Nombre/provenance de personnes intervenantes, nombre et profil des personnes âgées accompagnées, etc.
- Stratégies de communication réalisées
- Communauté de pratique des personnes intervenantes de proximité créée
 - Composition et fréquence des rencontres, thèmes abordés, apprentissages réalisés, etc.
- Infolettres diffusées
 - Fréquence, liste de distribution, etc.

RÉSULTATS

Court terme

- Application des mécanismes d'information, de repérage, de référencement, d'accompagnement entre les réseaux par les personnes intervenantes et les personnes formées en santé mentale.
- Production de rapports statistiques sur les personnes âgées rejointes

Moyen terme

- Concertation établie entre tous les réseaux concernés par les personnes âgées vulnérables (cartographie complète)
- Nombre croissant de personnes âgées vulnérables ou isolées repérées et accompagnées de façon personnalisée vers les ressources appropriées
- Études de cas qui démontrent des mécanismes fluides d'information, de repérage, de référencement et d'accompagnement
- Présence d'une relation de confiance entre les personnes âgées vulnérables, leurs proches aidants, et les partenaires des différents réseaux

Long terme

- Les personnes âgées et leurs personnes proches aidantes sont satisfaites de :
 - L'accompagnement par les personnes intervenantes de proximité
 - Le respect de leurs volontés
 - La réponse à leurs besoins
 - Les délais acceptables

- Les personnes âgées (Reprise de l'enquête montréalaise sur la participation sociale des personnes âgées) :
 - Se sentent moins isolées
 - Ont accès à un réseau de soutien en plus grand nombre et leur réseau de soutien est plus nombreux
 - Participent davantage à des activités sociales dont le bénévolat
- Un rapport est produit par l'équipe clinique intersectorielle sur les pratiques de pointe de proximité auprès des personnes âgées vulnérables ou isolées et diffusé aux niveaux régional et provincial.

5.2 Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque de maladies chroniques (Voir Annexe C - MODÈLE LOGIQUE - COMPOSANTE 2)

Des **programmes éducatifs pour le bien vieillir destinés aux personnes âgées** sont adaptés... et diffusés à partir de données probantes afin de soutenir l'adoption de comportements favorables à la santé, au bien-être et au maintien de l'autonomie et à la prévention de maladies chroniques.

Dans un premier temps, des personnes chercheuses du CRIUGM ont implanté des ateliers de promotion de la santé et de prévention dans la communauté (Sylve Belleville, santé cognitive) ou sont à le faire (Johanne Filiatrault, prévention des chutes) à partir des données probantes de leurs travaux. Ces ateliers peuvent être animés par des personnes intervenantes des organismes communautaires ou des personnes bénévoles âgées qui sont formées et accompagnées par les équipes des personnes chercheuses.

L'**annexe A** présente la liste des personnes chercheuses du CRIUGM et d'autres milieux de recherche, selon les thématiques liées au vieillissement et les approches/outils qui découlent de leurs travaux de recherche. Certaines de ces retombées pourront alimenter la création d'autres ateliers ou de conférences ou d'outils à utiliser dans la vie quotidienne pour les personnes âgées vivant dans la communauté (ex. : nutrition, sommeil, exercices, anxiété, dépression, communication).

À titre d'exemple (voir Annexe A) :

- Des **personnes chercheuses du Département de médecine de famille et de médecine d'urgence (DMFMU) de l'Université de Montréal et du CRCHUM** (Janusz Kaczorowski et Marie-Thérèse Lussier) ont développé des interventions éducatives probantes animées par des personnes âgées sur la prévention des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire (ex. HTA, diabète, exercices, alimentation). La docteure Layani du GMF-U Notre-Dame et du CRCHUM, en collaboration avec Brigitte Vachon, ergothérapeute, PhD, développent avec des partenaires communautaires (ex. Association du diabète) des activités éducatives sur le continuum du diabète (suivi dans la communauté en continuité avec les soins de première ligne en GMF (prévention, gestion et autosoins de maladies chroniques).
- Le **programme APIC développé par Mélanie Levasseur du CR sur le vieillissement du CIUSSS de l'Estrie-CHUS** consiste à aider une personne âgée avec incapacités vivant à domicile à cibler et à réaliser des activités sociales ou de loisirs importantes pour elle, mais difficiles à réaliser seule.
- L'**équipe âgée de la DRSP de Montréal** développe des outils informationnels et éducatifs sur les habitudes de vie (ex. : nutrition et isolement social, exercices, prévention du déconditionnement et des chutes) et sur le développement de la résilience des personnes âgées face aux transitions de la vie qui pourront faire l'objet d'animation d'ateliers dans la communauté (ex.: prendre sa retraite, s'engager comme bénévole, vivre un deuil, déménager en milieu de vie collectif, devenir une personne proche aidante, s'adapter à une perte d'autonomie). À travers le **Réseau Résilience Aîné.es Montréal (RRAM)**, des ateliers sont en développement sur la lutte contre l'âgisme et seront animés au niveau local au cours de 2023 et par la suite.
- L'**équipe régionale des troubles neurocognitifs** (Phase 3) prépare des outils sur la promotion de la santé cognitive et sur la prévention des facteurs de risque associés à la maladie d'Alzheimer. L'équipe de la DRSP de Montréal collaborera à leur diffusion dans le milieu communautaire. La **Société canadienne de la maladie d'Alzheimer** constitue également une ressource importante en la matière.

OBJECTIF

Implanter des programmes adaptés de promotion de la santé, de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales offerts aux personnes âgées du RLS Jeanne-Mance, dont les personnes âgées les plus vulnérables.

CONTEXTE

- Les personnes âgées de plusieurs quartiers montréalais vivent dans des conditions socioéconomiques précaires, à titre d'exemple celles du RLS Jeanne-Mance et présentent plusieurs facteurs de risque d'isolement social et plusieurs maladies chroniques qui les rendent vulnérables. Leur espérance de vie est moindre que celle des personnes du Québec, hors de Montréal.
- Peu d'interventions existent pour prévenir les problèmes en amont, centrées sur la promotion de la santé (bien vieillir), la prévention des facteurs de risque, l'adaptation au vieillissement et la résilience aux périodes de transition de vie.
- Peu d'offres de programmes éducatifs adaptés destinés aux personnes âgées vulnérables, offerts en plusieurs langues, adaptés au point de vue de la littératie, dans la communauté.
- Manque de sensibilisation des personnes âgées au processus du vieillissement, aux périodes de transition/charnières du parcours de vie (ex. retraite, deuil, déménagement, maladies) et aux facteurs de risque qui les mettent à risque d'isolement ou de maladies chroniques.
- Suivi non optimal des facteurs de risque de maladies chroniques pour les personnes âgées vulnérables ou isolées, dont certaines ne sont pas suivies par une équipe de médecine de famille.

HYPOTHÈSES

- Les personnes âgées sont en mesure d'adopter des comportements de santé plus sains et sécuritaires si on leur offre des programmes de prévention adaptés à leurs besoins, à leur niveau de littératie générale et en santé, et à leur langue.
- Il est possible d'intervenir à l'âge avancé sur les facteurs de risque des maladies neurodégénératives qui sont également des facteurs de risque d'autres maladies chroniques (ex. HTA, obésité, alcool, tabagisme, sédentarité).
- Les interventions par les personnes paires âgées en matière d'éducation à la santé et à la gestion de maladies chroniques sont efficaces.
- Les interventions de groupe faites directement dans les milieux de vie des personnes âgées (ex. HLM, RPA) ou dans les centres communautaires pour personnes âgées, par des personnes paires âgées ou des personnes intervenantes communautaires, facilitent l'accessibilité aux programmes, stimulent la socialisation des personnes qui y participent et constituent un moment clé pour les personnes intervenantes et les bénévoles de tisser des liens de confiance avec ces personnes âgées.
- Les personnes âgées sans, ou avec peu d'habiletés numériques, peuvent les développer suffisamment pour participer à des activités éducatives en ligne, avec un soutien adéquat.
- Certaines thématiques sont particulièrement importantes pour les personnes âgées (ex. la santé cognitive, la prévention des chutes, l'utilisation optimale des médicaments, le sommeil, la prévention de l'incontinence urinaire) et les motivent à s'inscrire et à participer à des activités éducatives.

FACTEURS EXTERNES

Facteurs qui facilitent les interventions

- Le vieillissement en santé est devenu une priorité nationale de santé publique depuis décembre 2021. Travaux conjoints MSSS-INS PQ-DSP débutés à l'hiver 2023 pour réviser le modèle du Vieillissement en santé (VES, 2008). Des priorités nationales seront déterminées en matière de promotion de la santé et de prévention pour les personnes âgées qui s'accompagneront éventuellement de ressources pour développer et diffuser du matériel éducatif destiné à la population.
- Les personnes expertes de contenu en promotion de la santé et prévention sur le vieillissement sont diversifiées et désireuses de transférer leurs connaissances aux personnes âgées vivant dans la communauté, dans leurs milieux de vie ou à proximité (ex. CRIUGM).
- Des personnes ayant une expertise en littératie en santé existent et peuvent être invitées à collaborer au développement des contenus éducatifs.
- Les communautés culturelles montréalaises peuvent collaborer à la traduction et à la diffusion des outils éducatifs dans les principales langues parlées du quartier.
- Des expériences en gestion de maladies chroniques (maladies cardiovasculaires) par des personnes paires âgées ont été réalisées au Canada et au Québec avec succès.
- Validation par la recherche d'un programme éducatif sur la santé cognitive.
- Équipe de personnes chercheuses prêtes à adapter les programmes éducatifs aux personnes âgées vulnérables.
- Travail de proximité avec des organismes communautaires qui acceptent d'agir comme sites pilote pour l'animation du programme auprès de groupes de personnes âgées.

Facteurs qui limitent les interventions

- Temps et coûts associés à l'adaptation du contenu aux personnes âgées dont le niveau de littératie générale et en santé est faible. (-)
- Aucun financement disponible pour la mise à jour régulière des programmes éducatifs et l'accompagnement des personnes formatrices auprès des personnes intervenantes et des bénévoles. (-)
- Financement associé à l'adaptation, à la traduction et à la mise à jour d'outils de promotion de la santé et de prévention en général peu accessible. (-)

STRATÉGIES/ PRINCIPES

- Développement de liens avec des personnes chercheuses et expertes prêtes à diffuser et adapter en partie elles-mêmes leurs savoirs pour les personnes âgées vivant dans la communauté. Par exemple, Sylvie Belleville (santé cognitive), Joanne Filiatrault (chutes), Géraldine Lavani (facteurs de risque de diabète, GMF Notre-Dame), équipe régionale en troubles neurocognitifs, autres.
- Adoption et mise en application des principes liés à l'éducation à la santé, à l'andragogie et la géragogie, à la littératie en santé
- Recrutement, formation, coaching de personnes paires âgées possédant les savoirs expérientiels et les compétences requises ainsi que des personnes intervenantes communautaires en qui les personnes âgées ont confiance pour l'animation d'ateliers
- Adaptation des outils éducatifs en termes de littératie et de langue
- Développement et validation des outils par un comité conseil composé de personnes âgées vulnérables et de personnes proches aidantes
- Activités d'évaluation formative régulière pour ajuster les contenus et les stratégies de diffusion et de transfert des activités éducatives et préventives

INTRANTS

- Matériel éducatif pour les personnes qui animent et les personnes participantes aux ateliers (matériel en ligne et format papier)
- Personnes animatrices paires aînées ou intervenantes des milieux de vie collectifs ou d'organismes communautaires
- Personnes formatrices de l'Équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif
- Locaux de formation ou téléformation
- Organismes communautaires
- Personnes de liaison en milieux de vie collectifs et centres communautaires
- Personnes chercheuses ou expertes (ex. APPR DRSP de Mtl, Société Alzheimer) qui mettent à contribution leur matériel éducatif et la formation
- Comité conseil de personnes aînées vulnérables et de personnes proches aidantes pour la validation des outils et des approches de transfert de connaissances
- Financement du Secrétariat aux aînés (projet de gériatrie sociale 2019-2023) et suite

ACTIVITÉS

- Activités de promotion de la santé ou de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques
- Programme Bien vieillir /Promotion santé (ex. mémoire, mobilité, continence, médicaments, adaptation aux transitions de vie, participation sociale)
- Programmes Saines habitudes de vie/Promotion de la santé (ex. exercices, nutrition, alcool, tabac)
- Programmes de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques /Prévention (ex. HTA, diabète, mal. cardiovasculaires. Alzheimer, dépression)

GROUPE VISÉS

- Personnes aînées vivant dans la communauté, particulièrement en milieux de vie collectifs, ou fréquentant des centres communautaires
- Personnes aînées vivant dans la communauté, vulnérables avec des facteurs de risque de maladies chroniques ou isolées, vivant en milieux de vie collectifs

Note : les personnes isolées, avec mobilité réduite ou présentant d'autres facteurs qui limitent leur participation, seront accompagnées individuellement afin de faciliter leur intégration progressive à ces activités de groupe.

EXTRANTS

Ateliers : a) promotion de la santé; b) prévention des facteurs de risque de maladies chroniques); animation des ateliers (personnes intervenantes ou personnes paires aînées)

- Nombre des ateliers
 - Par catégorie (promotion, prévention, formation à l'animation)
 - À distance, en présence
 - Selon les lieux où les programmes sont offerts (centre communautaire, HLM, RPA, bibliothèque municipale, autre)
 - Par thématiques : santé cognitive, prévention des chutes, autres thèmes (ex. exercices et prévention du déconditionnement, nutrition et isolement social, tabagisme)

- Personnes participantes
 - Nombre et caractéristiques sociodémographiques
 - Caractéristiques professionnelles (animation)
- Qualité perçue des ateliers
 - Accueil chaleureux et personnalisé
 - Durée, pertinence/utilité et clarté des contenus, place laissée aux interactions
 - Augmentation perçue des connaissances (avant-après l'atelier)
 - Augmentation perçue du développement de la compétence/confiance en soi à agir dans ce qui est proposé (avant-après l'atelier)
 - Développement de liens avec d'autres personnes durant l'atelier
- Satisfaction face au locaux, matériel éducatif fourni, audio-visuel utilisé en présence ou à distance
- Personne-ressource identifiée (coordonnées) à rejoindre après l'atelier

RÉSULTATS

Court terme

- Personnes âgées ont accès à un matériel éducatif répondant aux normes de faible littératie et traduit dans au moins une 3^e langue, autre que le français ou l'anglais.
- Personnes âgées sont accompagnées et formées par des personnes paires âgées ou des personnes intervenantes des milieux de vie collectifs supervisées par l'Équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif

Moyen terme

- Programmes éducatifs sont adaptés aux différentes communautés culturelles
- Personnes âgées vulnérables sont repérées et accompagnées progressivement vers les programmes de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques offerts en proximité dans leur quartier ou sur place en milieu de vie collectif.

Long terme

Personnes âgées vulnérables sont en mesure de :

- S'adapter au vieillissement ainsi qu'aux moments charnières de leur vie ;
- Poser des gestes qui les gardent en santé ;
- Devenir des partenaires actives dans la prévention de leur perte d'autonomie physique, psychologique, sociale ou cognitive.

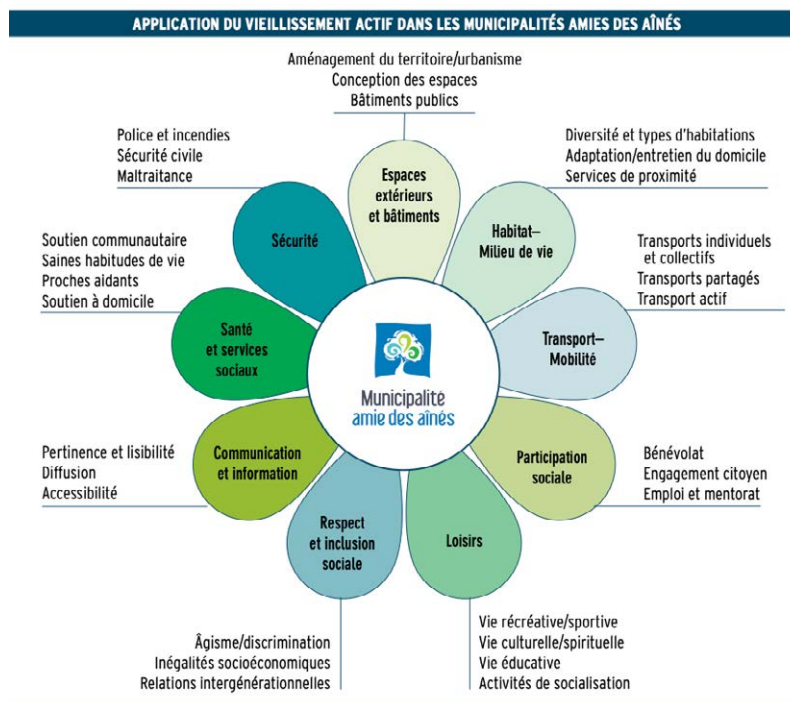
5.3 Environnements bâtis favorables à la santé et milieux de vie stimulants, inclusifs et sécuritaires (Voir Annexe C - MODÈLE LOGIQUE - COMPOSANTE 3)

Les principaux éléments auxquels doit répondre une communauté bienveillante en ce qui a trait à la composante Environnements bâtis favorables sont similaires à ceux du modèle de **Municipalité amie des aînés (MADA)** représenté à la **figure 8** :

- **Espaces extérieurs et bâtiments** : aménagement du territoire/urbanisme, conception des espaces, bâtiments publics
- **Habitation et milieu de vie** : diversité et types d'habitations (ex. habitations intergénérationnelles), adaptation/entretien du domicile, services de proximité
- **Transport-mobilité** : transports individuels et collectifs, partagés, actif
- **Sécurité** : police et incendies, sécurité civile, maltraitance, sécurité alimentaire
- **Communication et information** : pertinence et lisibilité, diffusion, accessibilité
- **Loisirs** : vie récréative/sportive, vie culturelle/spirituelle, vie éducative, activités de socialisation
- **Participation sociale** : bénévolat, engagement citoyen, emploi et mentorat
- **Respect et inclusion sociale** : âgisme/discrimination, inégalités socioéconomiques, relations intergénérationnelles

FIGURE 5

Application du vieillissement actif dans les municipalités amies des aînés



SOURCE : Gouvernement du Québec, 2020

Plusieurs projets montréalais en lien avec les environnements bâtis favorables à la santé et les milieux de vie stimulants, inclusifs et sécuritaires sont en cours.

- Un projet de recherche-action « **Communauté innovante** », (Annexe A) sous l'égide de la chercheuse Nathalie Bier du CRIUGM et de la Maison d'innovation sociale, est en cours dans le quartier montréalais de Côte-des-Neiges (CDN). L'objectif est de favoriser la participation sociale et de briser l'isolement social des personnes âgées du quartier. En contexte de laboratoire vivant (Living Lab) animé par l'équipe de recherche, des personnes citoyennes âgées du quartier construisent des innovations en lien avec la **cognition** (S. Belleville, P. Belchior, N. B. Gaied), la communication (A. Ansaldo, A. Lacerta, S. Chesneau, G. Jarema) et la **mobilité** (J. Filiatrault, J. Rousseau), en collaboration avec différents partenaires de la communauté :
 - Corporation de développement communautaire (CDC) de CDN, Maison de la culture de CDN, Centre AvantÂge, Fédération québécoise des sociétés Alzheimer, Bibliothèque de CDN, Centre d'excellence en santé cognitive

La méthodologie de coconstruction utilisée dans cette recherche-action ainsi que les objets qui seront créés pourront être transférés à la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance :

- Trousse d'outils et de sensibilisation aux troubles cognitifs, à l'intention des prestataires de services et des propriétaires de commerces
- Trousse d'outils sur les enjeux de communication liés au vieillissement, destinée aux bénévoles d'organismes communautaires
- Programme de téléprévention des chutes, destiné aux personnes âgées vivant en HLM
- Brigade de la mobilité pour favoriser les déplacements sécuritaires dans le quartier

Des **activités de porte-à-porte intersectorielles de lutte contre la maltraitance** qui se réalisent annuellement à Montréal constituent un moment stratégique pour lutter, entre autres, contre les fraudes financières.

Le **plan d'action régional intégré en santé publique (PARI) 2022-2025**, dont l'actualisation se fait en partie par l'équipe territoriale de santé publique du CCSMTL, comporte des interventions sur plusieurs déterminants qui touchent :

- L'aménagement urbain et la mobilité : l'accessibilité physique et économique aux commerces, aux équipements collectifs et aux espaces publics; l'accessibilité aux infrastructures de transport actif et collectif; l'aménagement de rues et le design universel, comme les espaces publics pour circuler, socialiser, accéder aux bâtiments, fournir des services; les aménagements adaptés aux aléas climatiques
- Le logement et les conditions d'habitation : abordabilité, qualité des logements et stabilité résidentielle
- La sécurité alimentaire
- Le pouvoir d'agir des communautés : dont les opportunités de participation à la vie de la communauté de façon inclusive et le capital communautaire, soit le sentiment d'appartenance à la collectivité et à l'environnement ainsi que la reconnaissance et le respect des droits et devoirs liant l'individu à la collectivité

OBJECTIF

Aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires pour les personnes âgées

CONTEXTE

- Les personnes âgées des quartiers montréalais vivent souvent dans des logements vétustes, insalubres ou non adaptés, dont celles du RLS Jeanne-Mance.
- L'appauvrissement des personnes âgées associé entre autres à l'inflation, à la hausse des coûts du logement et à l'entretien associé, leur crée une source de stress et d'anxiété. Moins d'argent est disponible pour combler les besoins essentiels, dont l'alimentation, ce qui engendre de l'insécurité alimentaire, alors que les demandes aux banques alimentaires sont exponentielles.

- La sécurité alimentaire des personnes âgées est compromise de façon plus marquée avec la hausse du coût de la vie.
- Le changement de vocation de certaines RPA (ex. : la conversion de la RPA Mont-Carmel en logements standards), ainsi que la gentrification des quartiers, a pour conséquence de nombreux déménagements non souhaités qui entraînent une relocalisation dans un autre quartier avec une perte de repères et du stress, et ce, dans un contexte de pénurie des logements abordables à Montréal.
- Des problèmes d'admissibilité et d'accessibilité au transport adapté pour les personnes âgées à faible mobilité contribuent à leur isolement social.
- Les changements climatiques entraînent des perturbations (ex. : verglas, inondation, chaleur extrême, pollution atmosphérique) qui ont des conséquences sur la participation sociale et la santé des personnes âgées (ex. : hausse des blessures, des hospitalisations et des décès pour cause de chutes), en particulier chez les personnes les plus vulnérables et les plus isolées (ex.: personnes âgées itinérantes).
- Les personnes âgées vulnérables et isolées ne sont pas identifiées, notamment par un registre, de telle sorte qu'elles ne sont pas rejointes rapidement lors d'épisodes de chaleur extrême ou de pollution atmosphérique marquée, par exemple, afin de recevoir le soutien nécessaire.
- Les symptômes comportementaux et psychologiques associés à la démence (SCPD) sont exacerbés par des environnements intérieurs et extérieurs non adaptés.
- L'absence de bancs et de toilettes, de zones ombragées en toute saison dans les espaces publics (ex. : rues, parcs, espaces intérieurs) limitent les sorties extérieures de personnes âgées à mobilité réduite.
- La sécurité des déplacements des personnes âgées en saison hivernale est compromise et augmente les risques de chutes et d'isolement social, car les opérations de déneigement et de déglacage ne sont pas optimales pour favoriser le transport actif sécuritaire.
- Des problèmes d'intimidation, de violence, d'exclusion sociale en milieu de vie collectif (ex. : racisme, âgisme, exclusion des personnes âgées ayant des troubles cognitifs), font en sorte que des personnes âgées s'isolent et peuvent vivre de la détresse psychologique et développer des problèmes de santé mentale.
- L'offre d'activités de participation sociale n'est pas assez diversifiée, stimulante, attrayante et adaptée aux besoins spécifiques de sous-groupes de personnes âgées (ex.: activités pour et par les hommes, pour les personnes âgées issues des communautés ethnoculturelles qui sont allophones).
- Les personnes âgées isolées ou timides ont besoin d'être accompagnées pour découvrir des activités sociales et établir des liens avec les autres.

HYPOTHÈSES

- Des environnements bâtis (soit le logement, l'aménagement des quartiers, les systèmes de transport, les espaces publics et de loisirs) plaisants, sécuritaires et accessibles sont favorables à la participation sociale et à la santé (ex. : diminution des risques de chutes ou de la gravité des traumatismes par des trottoirs maintenus en bon état en tout temps, meilleure santé mentale).
- Les opérations priorisées de déneigement et de déglacage dans les zones de forte affluence piétonne, dans les quartiers centraux, à proximité des axes de transports collectifs et où il y a de fortes densités de personnes âgées qui résident en ménage privé ou en milieu de vie collectif facilitent les déplacements et la participation sociale.
- La mise en place de corridors piétonniers continus et sans obstacle favorise la marche.
- Une offre riche et diversifiée d'activités de participation sociale (loisirs, bénévolat, engagement social, défense des droits et intérêts) permet de répondre aux besoins et aux aspirations d'un plus grand nombre de personnes âgées.
- Des actions en amont sur le logement et les autres conditions de vie (revenu de base) peuvent prévenir l'apparition de situations d'itinérance chez des personnes âgées vulnérables.
- L'accès à l'alimentation jumelé à l'accompagnement des repas pour les personnes âgées isolées, sans réseau de soutien, peut réduire les risques de dénutrition.
- Une information sur l'offre d'activités sociales facile à trouver, à comprendre et accessible dans plusieurs langues permet à plus de personnes âgées de participer à celles-ci.

- Le développement des activités et des habitations intergénérationnelles diminue les attitudes et les comportements liés à l'âgisme et augmente la cohésion et la solidarité de la communauté.
- Un accompagnement des personnes âgées isolées vers des activités de participation sociale par des personnes paires âgées ou intervenantes de proximité facilitera leur intégration.
- Une médiation sociale dans les milieux de vie collectifs permet de diminuer l'intimidation et l'exclusion sociale.
- Les actions concertées d'équipes intersectorielles sont nécessaires à la résolution des problèmes complexes qui se vivent dans des lieux de vie ou de rassemblement collectifs pour personnes âgées très vulnérables au plan socioéconomique.
- Les activités de prescription sociale par les médecins de famille (Nowak et Mulligan, 2021) (social prescribing) sont reconnues pour appuyer la participation sociale des personnes âgées vulnérables.
- L'ajout de systèmes de télésurveillance à domicile (voir Annexe A, Bier) et l'utilisation d'applications électroniques (APPS) pour faciliter la communication et apaiser les comportements (voir Annexe A, Ansaldo) contribuent à la sécurité des personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs et à des communications plus harmonieuses avec les personnes qui les côtoient.
- L'utilisation de l'approche de la communauté innovante (Living Lab) réalisée dans CDN est une façon de coconstruire des solutions avec les personnes âgées et les partenaires communautaires qui s'adaptent à l'environnement et à la dynamique propres d'un quartier.

FACTEURS EXTERNES

Facteurs qui facilitent les interventions

- Planification MADA à la Ville de Montréal en cours
- PARI en santé publique, 2022-2025 (ex. Fiches Logement, Aménagement urbain et mobilité, Pouvoir d'agir des communautés)
- Expériences de mobilisation intersectorielle pour des milieux de vie collectifs en difficulté (RPA Mont-Carmel et Habitation Le Rigaud)
- Personnes intervenantes de santé publique et de proximité d'expérience (ex. ITMAV, police de quartier) qui connaissent bien le RLS Jeanne-Mance et qui ont de solides compétences en concertation intersectorielle
- Organismes communautaires qui offrent des activités de participation sociale dans le quartier
- Personnes chercheuses du CRIUGM prêtes à soutenir l'implantation de leurs innovations (communauté innovante; outils de télésurveillance à domicile et outils informatisés de communication avec des personnes âgées qui ont des troubles neurocognitifs)

Facteurs qui limitent les interventions

- Temps et coûts associés : 1) à l'adaptation des informations sur les activités de participation sociale aux personnes âgées dont le niveau de littératie générale et en santé est faible ou qui sont allophones; 2) à la diffusion par différents canaux de communication, hormis le réseau internet
- Aucun financement disponible pour la mise à jour régulière des activités de participation sociale disponibles dans le RLS Jeanne-Mance afin d'assurer une diversité et une accessibilité de celles-ci
- Pénurie de personnes intervenantes de proximité pour assurer la médiation sociale dans des milieux de vie collectifs
- Pénurie de bénévoles pour l'accompagnement de personnes âgées isolées aux activités de participation sociale
- Lenteur des démarches et faibles leviers pour exiger des propriétaires de mettre en place des améliorations d'aménagement de leur parc de logements en cas d'insalubrité

- Médecins de famille non sensibilisés aux activités de prescription sociale
- Pénurie de locaux pour y tenir des activités de participation sociale ou location à grands frais

STRATÉGIES/ PRINCIPES

- Actions concentrées dans des lieux plus défavorisés socioéconomiquement et qui manquent de ressources
- Développement des connaissances et de l'empowerment des personnes âgées locataires quant à leurs droits en matière de coûts du loyer, de salubrité et maintien/entretien du logement
- Accompagnement des personnes âgées locataires, s'il y a lieu, lors de leurs démarches auprès des propriétaires, ou d'instances légales municipales ou autres
- Soutien aux actions collectives sur la protection du parc locatif de logement, lors de situations d'éviction ou de hausses abusives du loyer
- Identification des personnes âgées vulnérables et isolées (registre ou autre) afin d'intervenir rapidement en cas d'événements climatiques majeurs (ex. : chaleur extrême, pollution atmosphérique marquée, verglas intense)
- Soutien au développement de solutions résidentielles diversifiées, dont des habitations intergénérationnelles, qui tiennent compte des adaptations nécessaires aux incapacités physiques et neurocognitives
- Vigie sur l'environnement urbain et la mobilité adaptée aux personnes âgées afin de mobiliser les partenaires de l'arrondissement ou de la Ville de Montréal
- Implantation progressive de la télésurveillance à domicile et d'applications (APPS) sur les communications pour les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs
- Répertoire des activités de participation sociale du territoire et développement d'une offre d'activités complémentaire à celles-ci
- Actions de médiation sociale dans des milieux de vie collectifs ou des lieux de rassemblement où l'intimidation et l'exclusion sociale sont plus marquées
- Accompagnement de personnes âgées isolées vers des activités de participation sociale
- Sensibilisation des médecins de famille, des professionnel.le.s, des résident.e.s et des stagiaires des GMF aux activités de prescription sociale (social prescribing)
- Participation à des concertations pour faire pression auprès des élus municipaux, provinciaux et fédéraux afin d'obtenir les changements législatifs et les ressources nécessaires en matière d'environnement bâti et de milieux de vie favorables à la santé, de façon spécifique aux besoins des personnes âgées

INTRANTS

- Personnes élues au municipal, responsables des services concernés de l'arrondissement et de la Ville de Montréal
- Organismes et organisatrices communautaires, APPR de la santé publique territoriale
- ITMAV
- Équipes de soins à domicile (SAD) des CLSC
- Équipe intersectorielle de personnes intervenantes
- Équipes du secteur Environnements urbains et santé des populations (EUSP), DRSP de Montréal
- Responsables et personnel des milieux de vie collectifs dans la communauté
- Responsables et personnel des organismes qui offrent des activités de participation sociale
- Responsables et personnel des organismes en sécurité alimentaire
- Personnes chercheuses et leur équipe du CRIUGM et d'autres centres de recherche
- Répertoire des offres de participation sociale et identification des besoins non comblés

ACTIVITÉS

Compte tenu de l'ampleur de cette composante du modèle logique, **un certain nombre d'actions ont été choisies en priorité et des innovations ont également été retenues.** Les activités ciblent l'ensemble des personnes âgées ou des sous-groupes de personnes âgées.

Toutes les personnes âgées

- Développement d'activités de type « Living Lab » pour coconstruire avec des personnes âgées des interventions sur l'environnement et les milieux de vie
- Mobilisation pour la protection du logement existant et sa diversification (ex. : habitations intergénérationnelles)
- Développement d'une offre plus variée d'activités de participation sociale selon les besoins identifiés, en tenant compte de la diversité citoyenne âgée
- Tournée des équipes des GMF du territoire pour les sensibiliser à la prescription d'activités de participation sociale (social prescribing)

Personnes âgées avec troubles neurocognitifs

- Implantation progressive d'activités de télésurveillance à domicile
- Implantation progressive de l'APPS communicationnelle

Personnes âgées avec problèmes de mobilité

- Pression pour obtenir davantage d'accessibilité au transport adapté, avec accompagnement s'il y a lieu

Personnes âgées sans réseau de soutien, en situation de pauvreté, à risque de dénutrition

- Accompagnement de personnes âgées isolées lors des repas qui sont fournis par un organisme communautaire ou préparés avec la personne âgée à partir d'aliments qui lui sont fournis

Personnes âgées en milieux de vie ou de rassemblement collectifs où de l'exclusion sociale, de l'intimidation, de la violence sont présents

- Actions concertées de médiation sociale par des équipes intersectorielles en milieux de vie ou lieux de rassemblement collectifs où la violence, l'intimidation et l'exclusion sociale sont plus marquées

GROUPES VISÉS

- Personnes âgées de tout le territoire
- Certains sous-groupes spécifiques de personnes âgées :
 - Avec troubles neurocognitifs
 - Avec problèmes de mobilité
 - Isolées sans réseau de soutien, en situation de pauvreté et de risque de dénutrition
 - En milieux de vie ou de rassemblement collectifs où de l'exclusion sociale, de l'intimidation, ou de la violence est présente

EXTRANTS

- Living Lab
 - Nombre d'activités de type « Living Lab » mises en place
 - Composition des groupes et cibles de travail choisies
 - Objets livrés
- Médiation sociale par équipe intersectorielle
 - Lieu (milieu de vie collectif ou lieu de rassemblement collectif)
 - Équipe intersectorielle (nombre, composition, stabilité)
 - Nombre, durée et nature des interventions
- Protection du logement existant et appui à la diversification
 - Nombre et nature des interventions et par qui
- Offre plus diversifiée d'activités de participation sociale
 - Nombre et nature des nouvelles activités et organismes qui les offrent
- Sensibilisation des équipes de GMF à la prescription d'activités de participation sociale
 - Nombre, nature des activités de sensibilisation, par qui et pour quels GMF
 - Nombre de prescriptions sociales faites, par qui, pour qui
- Activités de télésurveillance à domicile
 - Nombre d'activités, où, par qui, pour qui
- Utilisation APPS pour faciliter la communication et apaiser les comportements
 - Nombre, nature des personnes qui utilisent l'APPS et contextes
- Accessibilité/Admissibilité au transport adapté, avec accompagnement s'il y a lieu
 - Nombre et nature des activités d'influence
- Accompagnement de personnes âgées isolées lors des repas
 - Nombre de personnes âgées, accompagnement par qui, offre alimentaire par qui, fréquence

RÉSULTATS

Court terme et moyen terme

Personne âgées

- Développent leurs habilités à coconstruire des projets touchant l'environnement bâti et les milieux de vie
- Sont mieux outillées pour défendre leurs droits en matière de logement
- Ont accès à une offre de participation sociale qui répond à leurs attentes spécifiques

Personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs et les personnes qui les côtoient

- Sont entourées à domicile par télésurveillance, ce qui permet une approche plus individualisée et adaptée à leurs besoins et plus rassurante pour les personnes qui les entourent
- Utilisent l'APPS de communication avec facilité, en temps opportun

Le personnel des GMF est en mesure de prescrire des activités de participation sociale aux personnes âgées qui les consultent.

Long terme

Personnes âgées qui vivent dans un environnement bâti et un milieu de vie qui :

- Facilitent leur participation sociale et citoyenne
- Assurent leur sécurité physique et psychologique
- Leur donnent accès à une diversité d'habitation
- Les gardent en santé

Équipes de GMF

- Prescrivent régulièrement des activités de participation sociale aux personnes âgées qui les consultent

5.4 Réseau de proximité-ami des personnes âgées (Voir Annexe C - MODÈLE LOGIQUE - COMPOSANTE 4)

Dans le contexte d'une communauté bienveillante, toutes les entités du quartier développent une collaboration et une solidarité proactives destinées à mieux rejoindre les personnes âgées pour leur offrir l'ensemble des services dont elles ont besoin, briser leur isolement, renforcer leur pouvoir d'agir et leur procurer sécurité et réconfort. Ce réseau de proximité se qualifie d'ami des personnes âgées de son quartier, comme dans le concept de l'OMS (2007) de Ville-amie des aînés qui encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité des personnes âgées pour améliorer leur qualité de vie.

Les personnes citoyennes de tout âge (jeunes, adultes, personnes âgées) qui côtoient des personnes âgées vulnérables au quotidien, au sein de leur milieu de vie ou de leur quartier, peuvent être mobilisées, sensibilisées, voire formées à exercer une veille bienveillante auprès des personnes âgées vulnérables, par des gestes simples. À titre d'exemples :

- Préparatifs de changements de saison à l'intérieur ou à l'extérieur du domicile
- Accompagnement pour la réalisation d'un ouvrage manuel, d'un bricolage
- Décoration des Fêtes
- Visite avec un animal de compagnie
- Tour d'automobile pour « voir du paysage »
- Attention particulière au moment de l'anniversaire de naissance
- Soutien informatique, remplissage de formulaires en ligne
- Offre d'un plat nourrissant, savoureux, facile à manger ou d'une gâterie
- Soutien à un programme d'exercices (ex. : accompagnement lors d'une marche, d'un programme en ligne)
- Surveillance quotidienne (ex. : appel téléphonique)
- Sortir et rentrer les poubelles
- Course à la pharmacie, épicerie
- Déneigement

De plus, ces personnes citoyennes, si elles constatent des besoins non répondus chez les personnes âgées vulnérables, peuvent diriger ces dernières aux **lignes téléphoniques locales dédiées** aux personnes âgées pour obtenir les ressources et les services requis.

Des personnes intervenantes de milieu, organisatrices communautaires ou bénévoles formées à cet effet peuvent, en collaboration avec les comités de personnes résidentes, de locataires ou de propriétaires, aider à **tisser ces liens dans les milieux de vie** (ex.: HLM, RPA, blocs appartements ou condos). Il s'agit de faire en sorte que les gens qui sont voisins se connaissent, s'entraident, dans le respect des désirs des personnes âgées vulnérables avec, s'il le faut, une forme de médiation sociale (voir composante 3 de la communauté bienveillante).

De même, il est possible pour ces personnes intervenantes et bénévoles d'entrer en relation avec des **acteurs clés du quartier** que fréquentent les personnes âgées vulnérables, dont des maisons de culte ou les commerces avec qui elles transigent souvent, par exemple la banque, l'épicerie, la pharmacie, le salon de coiffure et de pédicure, la quincaillerie, un café, un restaurant, une cordonnerie, un nettoyeur de vêtements.

Des liens peuvent être créés également avec les Maisons de jeunes et les institutions d'enseignement du quartier, afin que **des liens intergénérationnels se tissent**, avec tous les bénéfices qu'on leur connaît sur la lutte contre l'âgisme et la création d'une solidarité sociale au sein des quartiers.

Les personnes citoyennes qui forment progressivement ce réseau de proximité des personnes âgées sont invitées à s'inscrire à des **sessions d'information et de formations en ligne ou en présence** animées par des personnes bénévoles qui ont les compétences requises. Les thématiques abordées peuvent toucher plusieurs aspects :

- Le vieillissement normal et les périodes de transition de vie vécues par les personnes âgées
- Les signes AÎNÉES et autres outils éducatifs développés par la Fondation Âges (<https://geriatrie.sociale.org>)
- La façon de communiquer avec les personnes âgées vulnérables (ex. : troubles auditifs, aphasie)
- La façon de communiquer avec les personnes âgées qui présentent des troubles neurocognitifs (voir annexe A, Ansaldo)
- Comment agir en ami avec une personne atteinte de trouble neurocognitif ([fiche de la Société Alzheimer du Canada](#))
- Comment référer une personne âgée vulnérable à une ligne téléphonique locale dédiée aux personnes âgées et obtenir son consentement, en cas de besoin. Le COMACO (RRAM, volet 5) offre une telle formation.
- Une formation en ligne de l'IUGM a été développée pour le CISS du Lac-des-Deux-Montagnes en 2009-2010 (projet REVA : réseau d'éclaireurs et veilleurs pour les aînés, qui visait à faire office de filet de sécurité pour les personnes en perte d'autonomie précoce) et pourrait être mise à jour dans le contexte de la communauté bienveillante.
- Le projet RADAR, un réseau de vigilance citoyenne qui a à cœur le mieux-être des personnes âgées mené en Montérégie, offre aussi une formation pour les personnes citoyennes (www.projetradar.org)

OBJECTIF

Bâtir un réseau de proximité-ami des personnes âgées composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les personnes âgées vulnérables dans leur quotidien par des gestes simples d'entraide, avec un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie.

CONTEXTE

- Faible réseau social pour les personnes âgées montréalaises selon l'Enquête montréalaise (2021) (voir section 1.1.3)
 - Trois personnes âgées montréalaises de 55 ans et plus sur quatre (3/4) déclarent ne pas avoir quelqu'un sur qui compter pour leur venir en soutien matériel, en cas de besoin ou de crise.
 - Une personne âgée montréalaise de 55 ans et plus sur 5 (1/5) dit n'avoir aucun membre de sa famille dans la région de Montréal.
 - Plus de 40% des personnes âgées montréalaises de 55 ans et plus ne connaissent pas suffisamment les gens de leur voisinage pour leur demander un service.
 - Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules est élevé.

- Le nombre de personnes âgées souffrant de troubles neurocognitifs vivant dans la communauté augmentera dans le futur (vieillesse interne, réseau d'hébergement insuffisant).
- Les personnes âgées souhaitent une communauté bienveillante avec un savoir-être de leur entourage (accueillant, alerte à leurs besoins, respectueux de leurs volontés, sans intrusion indue).
- Absence d'un réseau de sécurité structuré de proximité assurant une présence quotidienne et vigilante auprès des personnes âgées vivant dans la communauté, avec ou sans troubles cognitifs.

HYPOTHÈSES

- Un réseau de proximité bienveillant qui agit au quotidien, de façon alerte, prévient l'isolement social des personnes âgées vulnérables.
- Des gestes simples peuvent faire la différence pour les personnes âgées isolées ou vulnérables : leur sourire, les appeler par leur nom, les accompagner à une activité sociale, leur préparer un repas, réaliser une activité créative avec elles, leur téléphoner pour prendre de leurs nouvelles, être vigilant lors de périodes de transition qu'elles vivent (ex. retraite, deuil, déménagement récent, retour à la maison après une hospitalisation).
- Un réseau de proximité bienveillant pour les personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs permettra qu'elles demeurent dans la communauté plus longtemps avec une meilleure intégration sociale, ainsi que la prévention de l'épuisement des personnes proches aidantes.
- Un réseau de personnes bénévoles intergénérationnelles contribue à créer une solidarité intergénérationnelle contre l'âgisme et une plus grande cohésion et solidarité sociales.
- Former les personnes citoyennes du réseau de proximité au vieillissement normal, aux périodes de transition de vie que traversent les personnes âgées, à la façon de communiquer avec des personnes ayant des troubles neurocognitifs ou des problèmes d'audition/vision leur permettra d'accompagner les personnes âgées avec plus d'assurance, tout en développant leur savoir-être.
- Former les personnes citoyennes du réseau de proximité à orienter les personnes âgées qui ont des besoins vers les lignes téléphoniques locales dédiées aux personnes âgées permettra une réponse plus rapide et complète à leurs besoins.

FACTEURS EXTERNES

Facteurs qui facilitent les interventions

- Expériences positives d'entraide spontanée entre les personnes citoyennes des quartiers durant la pandémie
- Organismes et organisatrices communautaires et ITMAV ancrés dans les quartiers peuvent contribuer à la création de ce réseau
- Tables de concertation locales âgées actives qui peuvent assurer la promotion de ce réseau
- Organismes communautaires qui ont l'expérience de recruter, former et accompagner des bénévoles
- Organismes scientifiques prêts à développer, évaluer et transférer des stratégies et des contenus éducatifs
- Le volet 3 sur la préparation à la retraite du RRAM vise à informer les personnes futures retraitées du CCSMTL et des autres CIUSSS montréalais d'activités de bénévolat qui pourraient correspondre à leur profil d'intérêt. Le bénévolat au sein de la communauté bienveillante peut être diffusé par cette voie.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (à paraître 2023). Guide pratique pour un commerce ami des aînés, 44 pages.
- Expériences positives du projet RADAR en Montérégie (<https://www.projetradar.org/formations/>), du projet REVA au Lac-des-deux-Montagnes et de la FONDATION ÂGES (<https://geriatriesociale.org/ressources/>) pour former en ligne des personnes citoyennes

Facteurs qui limitent les interventions

- Les personnes âgées vulnérables ayant certaines caractéristiques (ex. : problèmes de santé mentale, symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence/SCPD) sont plus réfractaires à laisser entrer des personnes dans leur univers.
- Le recrutement de personnes bénévoles est plus difficile en période postpandémique.
- Aucun financement dédié et pérenne pour le soutien au transfert, la mise à jour des connaissances et l'accompagnement des personnes bénévoles.

STRATÉGIES

- Cartographie des milieux de vie des personnes âgées vulnérables et des services de proximité dans les quartiers, avec des partenaires (ex. ITMAV, OC, tables de concertation âgées, organismes communautaires)
- Recrutement de personnes bénévoles, dont des personnes bénévoles retraitées du CCSMTL, pour l'animation des ateliers de formation en présence aux personnes citoyennes du réseau de proximité et pour soutenir la création du réseau de proximité
- Activités de communication destinées au grand public pour faire connaître le réseau de proximité, promouvoir le recrutement des bénévoles, l'inscription de personnes citoyennes au réseau et aux formations
- Adaptation et validation des outils éducatifs (littératie, langue) pour rejoindre des personnes citoyennes du réseau de proximité et personnes bénévoles formatrices de différentes communautés et de différents niveaux de littératie, avec validation par des personnes des groupes concernés
- Activités de formation destinées à deux publics :
 - Personnes bénévoles qui formeront les personnes citoyennes en présence et qui aideront à créer le réseau de proximité avec les OC et ITMAV et autres personnes intervenantes
 - Personnes citoyennes qui feront partie du réseau de proximité des personnes âgées vulnérables
- Projet pilote dans un quartier propice et, si les résultats sont positifs, extension à d'autres quartiers
- Activités d'évaluation d'implantation du réseau de proximité et correctifs rapidement mis en place
- Recherche-action pour mesurer l'impact du réseau de proximité-ami des personnes âgées vulnérables, isolées

INTRANTS

- OC, TMAV, autres personnes intervenantes de proximité
- Organismes communautaires
- Personnes bénévoles de différents groupes d'âge, dont des personnes retraitées du CCSMTL
- Matériel éducatif adapté (langue, littératie) en formats diversifiés (ex. présence, en ligne, visioconférence)
- Personnes formatrices des personnes bénévoles
- Programmes éducatifs adaptés (langue, littératie) pour les personnes bénévoles, pour les personnes citoyennes du réseau de proximité
- Personnes expertes scientifiques (ex. : vieillissement, signes AINÉES, transitions de vie, maladie d'Alzheimer)
- Plateforme web pour le dépôt de matériel éducatif en ligne et personnel informatique

ACTIVITÉS

- Choix d'un quartier favorable à la mise en place d'un PROJET PILOTE
- Mise en place d'un comité de coordination qui comprendra des personnes âgées partenaires
- Développement et mise en œuvre du programme de formation de personnes bénévoles
- Développement et mise en œuvre du programme de formation des personnes citoyennes du réseau de proximité
- Recrutement, formation et accompagnement des personnes bénévoles
- Identification, formation et accompagnement des personnes citoyennes
- Campagnes locales de publicité pour informer la population du quartier pilote de l'existence du projet et du recrutement de personnes bénévoles et de personnes citoyennes
- Activités d'évaluation de l'implantation du projet pilote et correctifs rapidement mis en place
- Recherche-action sur l'impact d'un réseau de proximité

GROUPES VISÉS

Réseau de proximité

- Famille (multigénération), personnes proches aidantes, personnes amies et voisines
- Personnes employées (ex. : concierges) et membres de comités de personnes résidentes, de locataires ou de propriétaires des milieux de vie (HLM, RPA, blocs appartements, condos)
- Personnes résidentes, locataires ou propriétaires des milieux de vie (HLM, RPA, blocs appartements, condos)
- Personnes employées de maisons de culte et de commerces de proximité (ex. banque, épicerie, pharmacie, salon de coiffure et de pédicure, quincaillerie, café, restaurant, cordonnerie, nettoyeur de vêtements)

Personnes bénévoles de tout âge, dont des personnes âgées

EXTRANTS

- Quartier choisi pour le projet pilote
- Comité de coordination du projet pilote mis en place
 - Nombre de rencontres
 - % Plan d'action mis en œuvre
- Programmes éducatifs et accompagnement destinés aux personnes bénévoles et Programmes éducatifs et accompagnement destinés aux personnes citoyennes du réseau de proximité
 - Nombre des ateliers et profil des personnes participantes
 - À distance, en présence
 - Selon les lieux où les programmes sont offerts
 - Par thématiques
 - Nombre et caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes

- Qualité perçue des ateliers
 - Accueil chaleureux et personnalisé
 - Durée, pertinence/utilité et clarté des contenus, place laissée aux interactions
 - Augmentation perçue des connaissances (avant-après l'atelier)
 - Augmentation perçue du développement de la compétence/confiance en soi à agir dans ce qui est proposé (avant-après l'atelier)
 - Développement de liens avec d'autres personnes durant l'atelier
- Satisfaction face aux locaux, au matériel éducatif fourni, au matériel audio-visuel utilisé en présence ou à distance
- Personne-ressource identifiée (coordonnées) à rejoindre après l'atelier
- Personnes bénévoles recrutées et formées
 - Nombre, âge, caractéristiques socioculturelles
 - Lieu où elles agissent (localisation, type d'établissement s'il y a lieu)
- Personnes citoyennes recrutées et formées
 - Nombre, âge, caractéristiques socioculturelles
 - Lieu où elles agissent (localisation, type d'établissement s'il y a lieu)
- Personnes âgées vulnérables qui sont suivies par le réseau de proximité
 - Nombre, âge, caractéristiques socioculturelles
 - Lieu où elles vivent

RÉSULTATS

Court terme - PROJET PILOTE

- Étendue et diversité du réseau de proximité créé
- Satisfaction et sentiment de compétence pour agir 1) des personnes intervenantes, 2) des personnes bénévoles, 3) des personnes citoyennes
- Qualité des relations entre les personnes intervenantes, les personnes bénévoles, les personnes citoyennes et les personnes âgées vulnérables

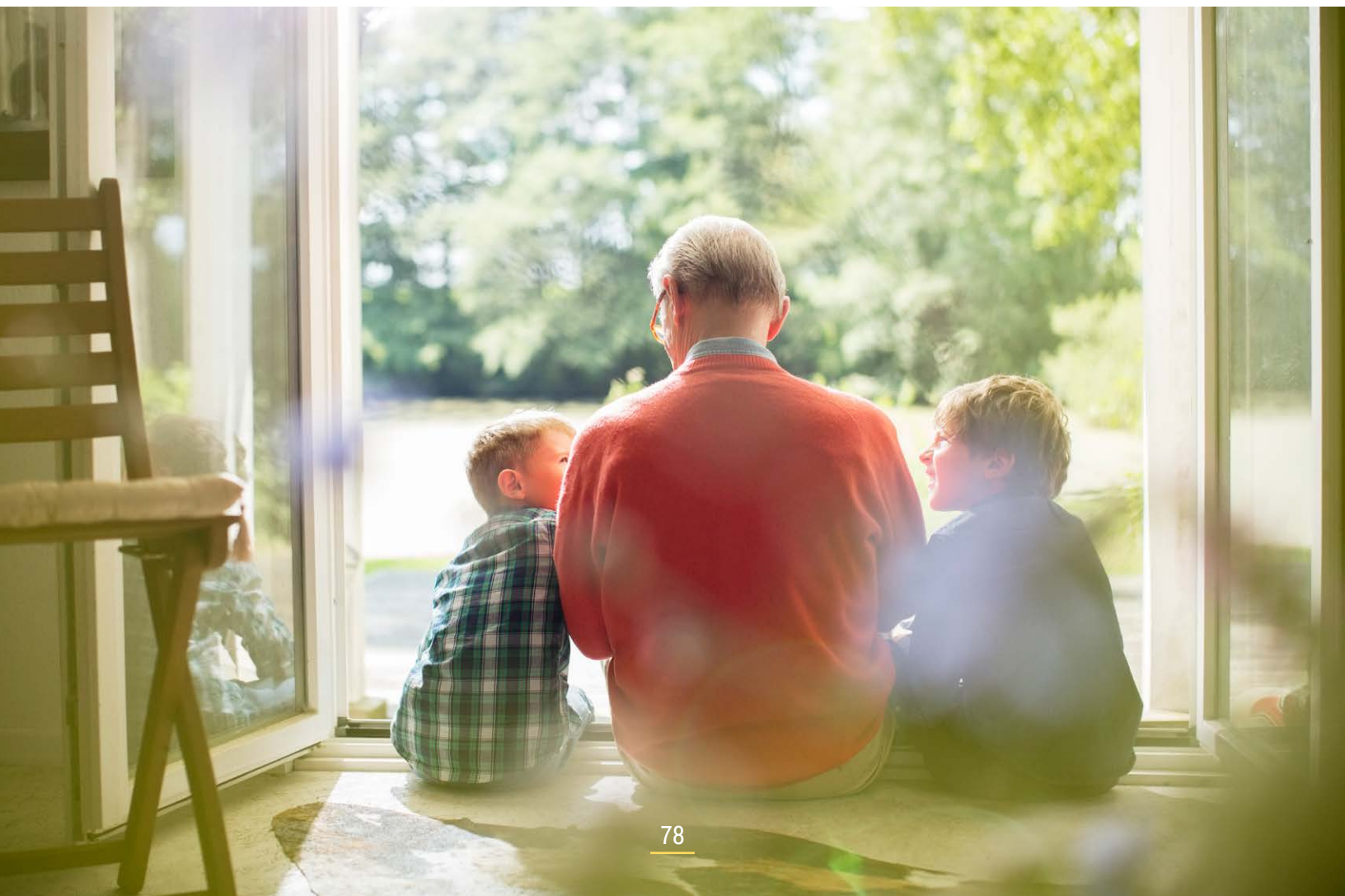
Moyen terme

- Réseaux de proximité développés dans d'autres quartiers du RLS Jeanne-Mance, si l'évaluation de programme est +, en ajustant les façons de faire en fonction des apprentissages réalisés
- Projet de recherche-action développé sur l'impact du réseau de proximité

Long terme - PROJET DE RECHERCHE-ACTION D'ÉVALUATION D'IMPACT

- Développement et mise en œuvre d'un projet de recherche-action pour démontrer l'impact d'un réseau de proximité-amis des personnes âgées sur :
 - LES PERSONNES ÂGÉES : Leur perception de se sentir entourées, en sécurité, soutenues au quotidien, appréciées et valorisées par leur entourage, sans âgisme, dans le respect de leurs volontés, et de savoir à qui s'adresser en cas de besoin

- LES PERSONNES CITOYENNES DU RÉSEAU DE PROXIMITÉ, LES PERSONNES INTERVENANTES ET LES PERSONNES BÉNÉVOLES : Leur perception de se sentir :
 - Outillées et accompagnées pour exercer leur rôle
 - Capables de référer à ligne téléphonique dédiée aux personnes âgées vulnérables
 - Utiles et appréciées des personnes âgées
 - Capables de donner un sens à leur vie
 - Motivées à soutenir d'autres personnes de la communauté
 - Capables de donner de l'énergie aux personnes âgées, de leur remonter le moral, de les aider à maintenir ou à développer des liens sociaux dans la communauté
 - Solidaires et proactifs dans la communauté



CONCLUSION

Une communauté bienveillante envers les personnes âgées, c'est...

D'abord et avant tout, une affaire de relations humaines et de confiance

Le succès de la communauté bienveillante envers les personnes âgées repose principalement sur la capacité des personnes intervenantes, bénévoles et citoyennes de développer un lien de confiance durable avec les personnes âgées, surtout les plus vulnérables ou isolées. Ceci requiert des habiletés de communication et du temps, car il s'agit d'un apprivoisement mutuel. Chaque personne, quel que soit son âge ou son statut, y retire un bénéfice. Au bout du compte, la communauté en entier en profite car elle devient plus solidaire et résiliente.

Quatre composantes complémentaires interactives et une infrastructure de gouvernance et de soutien qui apportent de la robustesse aux interventions de proximité

S'appuyant sur une vision intégrée de la santé des individus et des communautés et de leurs déterminants, la communauté bienveillante agit autant sur les personnes, les collectivités que sur l'environnement dans lequel elles évoluent. Des interventions s'adressent à toutes les personnes âgées (ex. : promotion de la santé et prévention, environnements favorables à la santé), d'autres se concentrent sur les plus vulnérables ou isolées (repérage et accompagnement, réseau de proximité-amis des personnes âgées).

Des personnes âgées en action, aux endroits stratégiques

La communauté bienveillante met en valeur ses personnes âgées. Une place de choix leur est faite au sein des instances décisionnelles de la communauté bienveillante, à titre de partenaires des prises de décision névralgiques. De plus, elles prennent part à titre de bénévoles à plusieurs activités de la communauté bienveillante pour : i) l'animation des activités de promotion de la santé et de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques; ii) le soutien à la création d'un réseau de proximité en milieux de vie collectifs; iii) la formation des personnes citoyennes du réseau de proximité-amis des personnes âgées vulnérables ou isolées. Finalement, chaque personne âgée vulnérable ou isolée est appelée à développer son propre pouvoir d'agir, et accompagnée en ce sens.

Le respect de l'autodétermination des personnes âgées

Tous les membres de la communauté bienveillante sont proactifs et vont vers les personnes âgées, où elles sont. Ce mouvement « vers » ne doit pas être intrusif pour les personnes âgées, surtout lorsqu'elles sont vulnérables ou isolées. Les personnes qui interviennent se doivent d'être respectueuses des volontés des personnes âgées. En ce sens, la formation à un consentement éclairé coanimée avec des personnes paires âgées est un gage de qualité.

Des leaders de tous les réseaux publics, communautaires et privés qui s'engagent en partenariat à sa qualité et à sa pérennité

Mener une telle entreprise de communauté bienveillante envers les personnes âgées, qui s'étale sur plusieurs années avant d'atteindre sa pleine maturité, repose sur des leaders engagés, qui se respectent mutuellement et agissent comme partenaires avec une vision, des valeurs et des objectifs partagés. Si l'un des leaders quitte, une autre personne du même réseau doit prendre sa relève avec conviction.

Des lignes téléphoniques locales avec accompagnement, plaques tournantes au sein de la communauté

La majorité des besoins des personnes âgées peuvent être comblés par les ressources et les services offerts dans la communauté. Les lignes téléphoniques locales avec accompagnement dédiées aux personnes âgées, pilotées par des organismes communautaires, constituent des plaques tournantes pour le dépistage des besoins, la référence et l'accompagnement vers les ressources appropriées. Elles deviennent pleinement efficaces lorsque : i) tous les partenaires de la communauté bienveillante l'adoptent comme porte d'entrée vers les ressources de la communauté et dirigent les personnes âgées vers leur utilisation; ii) des corridors de communication sont établis avec le réseau de la santé et des services sociaux en cas de priorités liées à la santé; iii) leur existence est diffusée dans la population générale par divers canaux de communication au même titre que l'existence des réseaux de proximité-amis des personnes âgées sont aussi diffusés.

Des indicateurs qui permettent d'en suivre l'évolution et d'ajuster les pratiques

Implanter un nouveau modèle d'intervention nécessite un suivi rigoureux afin d'ajuster les pratiques le plus rapidement possible. Le choix d'indicateurs de processus et de résultats pertinents revêt une importance capitale pour les différents partenaires. En effet, colliger les données nécessaires demande du temps et les efforts de tous et toutes, en plus de la réalisation des interventions elles-mêmes. Un soutien professionnel apporté aux partenaires sera apprécié car il s'agit de pratiques d'évaluation de programme avec lesquelles les personnes responsables des organismes sont parfois peu familières et ont besoin d'être guidées.

Un projet de recherche-action à long terme pour en démontrer les effets

Les efforts de tous et toutes pour créer et consolider cette communauté bienveillante méritent d'être couronnés par un projet de recherche-action qui en démontrera les effets à long terme sur les personnes âgées, les personnes intervenantes, bénévoles et citoyennes. Le choix de l'équipe de recherche sera important. Celle-ci devra partager les valeurs privilégiées par les réseaux partenaires et s'insérer dans les pratiques en cours avec engagement, professionnalisme, respect et neutralité bienveillante.

La mise à jour du modèle logique

Le présent document présente la version 1.0 du modèle logique de la communauté bienveillante envers les personnes âgées, s'inspirant de la communauté bienveillante du RLS Jeanne-Mance. Des mises à jour s'imposeront régulièrement puisqu'il s'agit d'un modèle évolutif.

Par exemple :

- L'analyse des nouvelles données sociodémographiques concernant les personnes âgées résidant à Montréal et sur le territoire du CCSMTL mettront-elles en évidence de nouvelles réalités dont il faudra se préoccuper davantage et modifier les priorités en conséquence?
- La difficulté à recruter des personnes bénévoles limiterait-elle les actions bénévoles au sein de la communauté bienveillante?
- L'évolution des indicateurs sélectionnés pour chacune des composantes de la communauté bienveillante orienterait-elle différemment les façons de faire?
- D'autres modèles de gériatrie sociale ou de services de proximité se développent au Québec. Certaines pratiques pourront-elles être intégrées au sein de la communauté bienveillante?

UNE COMMUNAUTÉ BIENVEILLANTE ENVERS LES PERSONNES ÂGÉES :

Une approche innovante qui bénéficie à toute la communauté, pour aider les personnes âgées à demeurer dans leur communauté, bien entourées.

RÉFÉRENCES PAR THÈMES

ENVIRONNEMENTS BÂTIS FAVORABLES À LA SANTÉ ET MILIEUX DE VIE INCLUSIFS, SÉCURITAIRES ET STIMULANTS

Paquin, S. et Gravel, F. (2018). *Étudier nos rues du point de vue des piétons. Un pas de plus pour améliorer la qualité de vie et les déplacements actifs*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/fichiers/professionnels/DRSP/sujets-a-z/Audit_PPAS/Etudier_nos_rues_du_point_de_vue_des_pietons.pdf

Simard, J. (2019). *La précarité résidentielle chez les locataires vieillissantes à faible revenu : vieillir et se loger en contexte de gentrification à Montréal* [thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal et Institut national de la recherche scientifique]. Espace INRS. <https://espace.inrs.ca/id/eprint/9720/>

St-Louis, A., Beaudoin, M., Branget, B., Demers-Bouffard, D., Labesse, M. E., Robitaille, É. et Tourigny, A. (2022). Des lieux pour vieillir en bonne santé [OPUS no 9]. Institut national de santé publique du Québec et Centre de référence sur l'environnement bâti et la santé. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2864-lieux-vieillir-bonne-sante.pdf>

Willis, P. B., Beach, B., Vickery, A. Y., Powell, J. M., Cameron, A. M., Smith, R. C. et Johnson, E. K. (2022). *Inclusive neighbourhoods: Promoting social inclusion in housing with care and support for older people*. University of Bristol, International Longevity Centre-UK et Housing Learning and Improvement Network. <https://ilcuk.org.uk/inclusive-neighbourhoods/>

PARTICIPATION SOCIALE ET PARTICIPATION CITOYENNE

Canada. Conseil national des aînés. (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés*. https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Rapport_sur_isolement_social_des_aînés.pdf

Équipe de vigie et surveillance. (2023). Enquête montréalaise sur les conditions sociales et la participation des personnes de 55 ans et plus [document en préparation]. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal et Réseau Résilience Aînés Montréal.

Freedman, A. et Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude : les nouveaux géants gériatriques. Approche à l'intention des soins primaires. *Médecin de famille canadien*, 66(3), e78–e85.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. et Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745691614568>

Jaccoud, M. (2009). Origines et fondements de la médiation sociale au Québec : un double ancrage. *Nouvelles pratiques sociales*, 21(2), 93-108. <https://doi.org/10.7202/038964ar>

Lebel, P. et Dufour, R. (2020). *L'expérience citoyenne au service de la prévention. Cadre de référence et outils de mise en œuvre pour une participation efficace de la population*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/lexperience-citoyenne-au-service-de-la-prevention-cadre-de-referenceet-outils-de-mise-en-oeuvre-p/>

Lemieux, V. et Lebel, P. (2022). *La participation sociale des personnes aînées montréalaises : Données fondées sur des expériences vécues et recommandations*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_assmpublications/pdf/publications/La_participation_sociale_des_personnes_aînees_monrealaises.pdf

Leboeuf, R. et Beaulieu, M. (2019). *Rapport de recherche synthèse : Améliorer la vie collective en résidence privée pour aînés : Établir les besoins en matière de lutte contre la maltraitance entre résidents et de promotion du « bien vivre ensemble »*. Chaire de recherche sur la maltraitance envers les personnes aînées de l'Université de Sherbrooke et Chartwell résidences pour retraités. https://maltraitancedesaines.com/images/PDF/2019_Rapport-Synthese_FR_V4.pdf

Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M. J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Theriault, P. Y., Tourigny, A., Couturier, Y., Carboneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>

Lobréau, J. et Surprenant, C. (2018). *Guide contre l'intimidation des aînés.e.s. Cadre théorique et pratiques innovantes*. Centre des aînés Villeray et Centre communautaire Rendez-vous 50+. https://cnpea.ca/images/guide_final_2018-web.pdf

Marchand, I. (2021). *Vieillir aux frontières de l'exclusion sociale: pratiques de participation des personnes âgées en situation de pauvreté*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté. https://api.cremis.ca/wp-content/uploads/2021/05/Exclusion-participation-personnes-aînes_CREMIS_2021_IsabelleMarchand.pdf

Naud, D., Genereux, M., Bruneau, J. F., Alauzet, A. et Levasseur, M. (2019). Social participation in older women and men: differences in community activities and barriers according to region and population size in Canada. *BMC Public Health*, 19(1), 1124. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7462-1>

Paquet, C., Whitehead, J. C., Cisneros-Franco, J. M., Adams, A. M., Shah, R., Sengupta, R., Aunio, A.-L., Moore, S., D'Aoust, T., Kamar, J., Zamorano, T., Towell, K., Um, T., Issa, A. M., Bartlett, G., Couturier, Y., Lemieux, V., Kaiser, D. et Dubé, L. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults during the COVID-19 pandemic: A knowledge synthesis of pre- and post-COVID 19 interventions and vulnerability and resilience factors*. Canadian Institutes of Health Research. <https://cihr-irsc.gc.ca/e/52038.html>

Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/859>

PRESCRIPTION SOCIALE

NHS England. (2020). *Social prescribing and community-based support. Summary Guide*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/06/social-prescribing-summary-guide-updated-june-20.pdf>

Nowak, D. A. et Mulligan, K. (2021). Social prescribing: A call to action. *Canadian Family Physician*, 67(2), 88-91. <https://doi.org/10.46747/cfp.670288>

Roland, M., Everington, S. et Marshall, M. (2020). Social Prescribing - Transforming the Relationship between Physicians and Their Patients. *New England Journal of Medicine*, 383(2), 97-99. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1917060>

World Health Organization Regional Office for the Western Pacific. (2022). *A toolkit on how to implement social prescribing*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789290619765>

PROGRAMMES DE COMMUNAUTÉS BIENVEILLANTES

—Aged-friendly neighbourhoods and communities, Village, Villes amies des aînés, Retirement communities—

Agence de la santé publique du Canada. (2023). *Collectivités-amies des aînés*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/vieillesse-aines/collectivites-amies-aines.html>

Au, A., Ng, E., Garner, B., Lai, S. et Chan, K. (2015). Proactive Aging and Intergenerational Mentoring Program to Promote the Well-Being of Older Adults: Pilot Studies. *Clinical Gerontologist*, 38(3), 203-210. <https://doi.org/10.1080/07317115.2015.1008116>

Austin, C. D., Camp, E. D., Flux, D., McClelland, R. W. et Sieppert, J. (2018). Community Development with Older Adults in Their Neighborhoods: The Elder Friendly Communities Program. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 86(3), 401-409. <https://doi.org/10.1606/1044-3894.3438>

Bookman, A. (2008). Innovative models of aging in place: Transforming our communities for an aging population. *Community, Work & Family*, 11(4), 419-438. <https://doi.org/10.1080/13668800802362334>

Bronstein, L., Gellis, Z. D. et Kenaley, B. L. (2009). A Neighborhood Naturally Occurring Retirement Community: Views From Providers and Residents. *Journal of Applied Gerontology*, 30(1), 104-112. <https://doi.org/10.1177/0733464809354730>

Buffel, T., McGarry, P., Phillipson, C., De Donder, L., Dury, S., De Witte, N., Smetcoren, A. S. et Verte, D. (2014). Developing age-friendly cities: case studies from Brussels and Manchester and implications for policy and practice. *Journal of Aging & Social Policy*, 26(1-2), 52-72. <https://doi.org/10.1080/08959420.2014.855043>

Chan, A. C.-M. et Cao, T. (2015). Age-Friendly Neighbourhoods as Civic Participation: Implementation of an Active Ageing Policy in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, 29(1), 53-68. <https://doi.org/10.1080/02650533.2014.993947>

Choi, Y. J. (2020). Age-Friendly Features in Home and Community and the Self-Reported Health and Functional Limitation of Older Adults: the Role of Supportive Environments. *Journal of Urban Health*, 97(4), 471-485. <https://doi.org/10.1007/s11524-020-00462-6>

Chum, K., Fitzhenry, G., Robinson, K., Murphy, M., Phan, D., Alvarez, J., Hand, C., Laliberte Rudman, D. et McGrath, C. (2022). Examining Community-Based Housing Models to Support Aging in Place: A Scoping Review. *The Gerontologist*, 62(3), e178-e192. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa142>

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M. et Frank, J. K. (2010). The impact of a Naturally Occurring Retirement Communities service program in Maryland, USA. *Health Promotion International*, 25(2), 210-220. <https://doi.org/10.1093/heapro/daq006>

Djouini, A., Guérin, M. et Zakaria, R. (2021). *Portrait des communautés bienveillantes envers les aînés. Revue rapide*. Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://ccsmtl-mission-universitaire.ca/sites/mission_universitaire/files/media/document/Revue_rapide_portrait_communautes_bienveillantes_personnes_agees.pdf

Gagnon, K. et Levasseur, M. (2020). Attendant's experience with the personalized citizen assistance for social participation (APIC). *BMC Geriatrics*, 20(1), 503. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01897-x>

Gamme, A. et Rafoss, A. B. (2020). *Handbook for Age-Friendly Communities*. The Norwegian Association of Local and Regional Authorities. <https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/velferd/universell-utforming/Handbook-for-age-friendly-communities-F41-web.pdf>

Gough, A. et Cassidy, K.-L. (2017). Toward psychosocial health in age-friendly communities: The fountain of health peer-led education series. *Mental Health and Prevention*, 8, 14-19. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2017.08.002>

Graham, C. L., Scharlach, A. E. et Price Wolf, J. (2014). The impact of the «Village» model on health, well-being, service access, and social engagement of older adults. *Health Education & Behavior*, 41(1 Suppl), 91S-97S. <https://doi.org/10.1177/1090198114532290>

Graham, C. L., Scharlach, A. E. et Stark, B. (2017). Impact of the Village Model: Results of a National Survey. *Journal of Gerontological Social Work*, 60(5), 335-354. <https://doi.org/10.1080/01634372.2017.1330299>

Greenfield, E. A. (2016). Support from neighbors and aging in place: Can NORC programs make a difference? *The Gerontologist*, 56(4), 651-659. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu162>

Greenfield, E. A., Oberlink, M., Scharlach, A. E., Neal, M. B. et Stafford, P. B. (2015). Age-friendly community initiatives: conceptual issues and key questions. *The Gerontologist*, 55(2), 191-198. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv005>

Greenfield, E. A., Scharlach, A., Lehning, A. J. et Davitt, J. K. (2012). A conceptual framework for examining the promise of the NORC program and Village models to promote aging in place. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 273-284. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2012.01.003>

- Greenfield, E. A., Scharlach, A. E., Lehning, A. J., Davitt, J. K. et Graham, C. L. (2013). A tale of two community initiatives for promoting aging in place: similarities and differences in the national implementation of NORC programs and villages. *The Gerontologist*, 53(6), 928-938. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt035>
- Jeste, D. V., Blazer, D. G., 2nd, Buckwalter, K. C., Cassidy, K. K., Fishman, L., Gwyther, L. P., Levin, S. M., Phillipson, C., Rao, R. R., Schmeding, E., Vega, W. A., Avanzino, J. A., Glorioso, D. K. et Feather, J. (2016). Age-Friendly Communities Initiative: Public Health Approach to Promoting Successful Aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(12), 1158-1170. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.07.021>
- Kieffer, E., Riccio, H. et Rubano, M. (2022). *Creating an Age-friendly Plan for the New York State Master Plan for Aging*. The New York Academy of Medicine and The John A. Hartford Foundation. <https://www.nyam.org/publications/publication/creating-age-friendly-plan-new-york-state-master-plan-aging/>
- Lui, C. W., Everingham, J. A., Warburton, J., Cuthill, M. et Bartlett, H. (2009). What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australasian Journal on Ageing*, 28(3), 116-121. <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2009.00355.x>
- MacLaren, C., Landsberg, G. et Schwartz, H. (2007). History, accomplishments, issues and prospects of supportive service programs in Naturally Occurring Retirement Communities in new York State: lessons learned. *Journal of Gerontological Social Work*, 49(1-2), 127-144. https://doi.org/10.1300/J083v49n01_08
- Malet-Larrea, A., Arbillaga, L., Gastelurrutia, M. A., Larranaga, B., Garay, A., Benrimoj, S. I., Onatibia-Astibia, A. et Goyenechea, E. (2019). Defining and characterising age-friendly community pharmacies: a qualitative study. *International Journal of Pharmacy Practice*, 27(1), 25-33. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12451>
- Merchant, R. A., Tsoi, C. T., Tan, W. M., Lau, W., Sandrasageran, S. et Arai, H. (2021). Community-Based Peer-Led Intervention for Healthy Ageing and Evaluation of the 'HAPPY' Program. *Journal of Nutrition, Health & Aging*, 25(4), 520-527. <https://doi.org/10.1007/s12603-021-1606-6>
- Oh, P. H. (2018). Designing age friendly communities as a strategy for enhancing social connectedness. Dans L. W. Kaye et C. M. Singer (dir.), *Social isolation of older adults: Strategies to bolster health and well-being* (p. 89-102). Springer Publishing.
- Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Guide pratique pour un commerce ami des aînés* [document en préparation].
- Scharlach, A., Graham, C. et Lehning, A. (2012). The «Village» model: a consumer-driven approach for aging in place. *The Gerontologist*, 52(3), 418-427. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr083>

PROMOTION DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION DES FACTEURS DE RISQUE DES MALADIES CHRONIQUES

- Cardinal, L., Langlois, M.-C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/860>
- Conseil citoyen. (2022). *Regards aînés sur la pandémie. Constats et recommandations du Conseil citoyen du PIC-RRAM*. Réseau Résilience Aînés Montréal. <https://resilienceprod.wpengine.com/wp-content/uploads/2022/11/Recommandations-ConseilCitoyen-RRAM.pdf>
- Drouin, M., Tessier, S., Dionne, F. et Breton, M.-È. (2022). *Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. <https://santemontreal.qc.ca/population/fh/actualites/nouvelle/regard-sur-la-pandemie-de-covid-19-a-montreal-pour-une-reponse-efficace-et-equitable-face-aux-futur/>
- Fondation AGES. (2021). *Fiche AINÉES AD-PLUS. Un regard pour prévenir le vieillissement accéléré des adultes âgées à domicile*. https://geriatriesociale.org/wp-content/uploads/2021/12/FicheAinées_ADPLUS_27.09.21.pdf
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. et Stephenson, D. (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2). <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1745691614568>
- Igarashi, A., Matsumoto, H., Takaoka, M., Kugai, H., Suzuki, M. et Yamamoto-Mitani, N. (2020). Educational Program for Promoting Collaboration Between Community Care Professionals and Convenience Stores. *Journal of Applied Gerontology*, 39(7), 760-769. <https://doi.org/10.1177/0733464819871878>
- Kaczorowski, J., Chambers, L. W., Dolovich, L., Paterson, J. M., Karwalajtys, T., Gierman, T., Farrell, B., McDonough, B., Thabane, L., Tu, K., Zagorski, B., Goeree, R., Levitt, C. A., Hogg, W., Laryea, S., Carter, M. A., Cross, D. et Sabaldt, R. J. (2011). Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). *BMJ*, 342, d442. <https://doi.org/10.1136/bmj.d442>
- Lebel, P., Hébert, R., Fillion, B. et Gélinas, M.-C. (2022). *Investir en prévention et en promotion de la santé pour une vieillesse citoyenne à Montréal. Recommandations de la Direction régionale de santé publique de Montréal*. Direction régionale de la santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/2022-09-08_Recommandations-veillesse-citoyen-VFinale.pdf
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M. J., Lacasse-Bedard, J., Desrosiers, J., Theriault, P. Y., Tourigny, A., Couturier, Y. et Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Markon, M.-P. (2017). *Portrait des aînés de l'île de Montréal*. Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. https://santemontreal.qc.ca/fileadmin/user_upload/Uploads/tx_asssmpublications/pdf/publications/Portrait_aines_ile_de_Montreal_MAJ_janv2019.pdf
- Mulligan, K. (2022). *Renforcer les liens communautaires : l'avenir de la santé publique se joue à l'échelle des quartiers*. University of Toronto Dalla Lana School of Public Health. <https://cnsp.ca/projets/rapport-2021-de-l'administratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-et-rapports-associes/renforcer-les-liens-communautaires-lavenir-de-la-sante-publique-se-joue-a-lechelle-des-quartiers/>
- Organisation mondiale de la santé. (2020). *Un plan pour la Décennie pour le vieillissement en bonne santé 2020-2030*. <https://www.who.int/fr/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action>

Raymond, E., Sévigny, A., Toutigny, A., Bonin, L., Guilbert-Couture, A. et Diallo, L. (2015). Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés. *Fiches synthèses et outil d'accompagnement*. Direction du développement des individus et des communautés, Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>

Raymond, E., Sévigny, A., Toutigny, A., Bonin, L., Guilbert-Couture, A. et Diallo, L. (2015). Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés: fiches synthèses et outil d'accompagnement. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2017>

SANTÉ MENTALE

Aubin, G. et Therriault, P.-Y. (2018). L'accompagnement citoyen pour l'intégration des aînés ayant un trouble mental. *Gérontologie et société*, 40(157), 165-180. <https://doi.org/10.3917/gs1.157.0165>

Nour, K., Brown, B., Moscovitz, N., Hebert, M. et Regenstreif, A. (2009). Le Projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale. *Santé mentale du Québec*, 34(2), 217-235. <https://doi.org/10.7202/039133ar>

TROUBLES NEUROCOGNITIFS

Sociétés Alzheimer du Canada. (s. d.). *Conseils visant à adapter les espaces aux besoins des personnes vivant avec la maladie d'Alzheimer*. https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/Proche-allie%CC%81-Alzheimer_Conseils-visant-a-%CC%80-adapter-les-espaces-aux-besoins-des-personnes-vivant-avec-la-maladie-d%27Alzheimer.pdf

Buckner, S., Mattocks, C., Rimmer, M. et Lafortune, L. (2018). An evaluation tool for Age-Friendly and Dementia Friendly Communities. *Working with Older People*, 22(1), 48-58. <https://doi.org/10.1108/WWOP-11-2017-0032>

Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S., Brayne, C., Burns, A., Cohen-Mansfield, J., Cooper, C., Costafreda, S. G., Dias, A., Fox, N., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimaki, M., Larson, E. B., Ogunniyi, A., Orgeta, V.,... Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30367-6)

Québec. Ministère de la Santé et des services sociaux. ([2020]). *Les travaux ministériels sur les troubles neurocognitifs majeurs (TCDM) : phase 3*. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-829-01W-TNCM_ACC.pdf

Étaient absents de la bibliographie: (il vous faudrait les placer dans les catégories thématiques ci-dessus)

Direction du programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées. (2022). *Les personnes aînées vulnérables face aux services qui leur sont offerts. Rapport sur les groupes de discussion auprès d'intervenants et de personnes aînées* [document inédit]. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé (Santé publique Ontario), Abdi, S. et Mensah, G. (2016). Pleins feux sur : *Modèle logique – Un outil de planification et d'évaluation*. https://www.publichealthontario.ca/-/media/Documents/F/2016/focus-on-logic-model.PDF?rev=7a6f897d16474862b58923a75d0aa3c4&sc_lang=fr

Lemieux, V., Lebel, P., Stanton Jean, M. et Dupont, S. (2018). Coconstruire un cadre d'analyse sur la participation sociale avec les aînés montréalais. *Vie et Vieillesse*, 15(3), 18-20.

Direction régionale de santé publique. (2023). *Plan d'action régional intégré en santé publique (2022-2025)* [document en préparation]. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

Gouvernement du Québec. (2022). *Personne proche aidante*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personne-proche-aidante>

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Guide d'accompagnement pour la réalisation de la démarche Municipalité amie des aînés*. 2^e édition. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-830-22W.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43753>

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. (2019). *Pour une communauté bienveillante envers ses aînés. Un projet phare de gériatrie sociale au CCSMTL* [document inédit].

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2019). *Lutte contre l'isolement social des aînés – La ministre Marguerite Blais annonce un appui de 400 000 \$ pour un projet phare en gériatrie sociale à Montréal*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1830/>

Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés. (s. d.). *Communauté soignante*. <https://www.chairepartenariat.ca/nos-projets/communaute-soignante/>

Chaire de recherche du Canada sur le partenariat avec les patients et les communautés. (s. d.). *Communautés compatissantes*. <https://www.chairepartenariat.ca/nos-projets/communautes-compatisantes/>

Morestin, F. et Castonguay, J. (2013). *Construire le modèle logique d'une politique publique favorable à la santé : pourquoi et comment?* Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1838_Construire_Model_Logique.pdf

ANNEXE A

Liste des personnes chercheuses et expertes, selon les thématiques du vieillissement, et ressources à consulter¹

Complétée par Paule Lebel, 21 mars 2023

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
PERSONNES CHERCHEURES du Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)		
Ansaldo, Ana Ines	Troubles de la communication chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs	Les troubles de la communication chez les personnes âgées atteintes de démence entraînent des problèmes de comportement qui augmentent leur isolement, contribuant au fardeau et à la détresse des personnes proches aidantes et professionnelles. Le partage d'émotions positives reste possible en cas de troubles neurocognitifs majeurs et dans les états de conscience limitée. COMPAs , basée sur des données probantes, est une application sur tablette numérique donnant accès, de manière sécuritaire, à du contenu audiovisuel personnalisé, soit des photos, de la musique et des vidéos, lié à la trajectoire de vie des personnes âgées atteintes de démence. Ces contenus éveillent des émotions positives chez ces personnes, ainsi que chez leurs personnes aidantes partenaires de communication. La recherche démontre des retombées : améliorations significatives de la communication et de la qualité de vie des personnes âgées et soignantes; augmentation du sentiment d'accomplissement des personnes aidantes ou soignantes; génération de situations de communication de groupe entre les personnes atteintes; établissement d'une communication significative et agréable avec les personnes âgées, leur famille et le personnel soignant grâce, entre autres, à un savoir partagé à propos des contenus. Un guide d'implantation dans le réseau de la santé a été produit. Des formations en ligne et en personne seront bientôt accessibles à toute la population. L'application payante (environ 35 \$) peut être diffusée au Québec ou ailleurs. Des tutoriels sont actuellement disponibles gratuitement sur le site Web suivant : https://www.laboansaldo.com/compas.html Projet réalisé.

- 1 Ce tableau a été constitué par trois sources :
1) une rencontre individuelle ou de groupes de Paule Lebel avec des chercheuses et chercheurs du CRIUGM ou des personnes expertes dans le domaine de la santé et du vieillissement
2) l'extraction de données issues des recensions suivantes :

• **Recension des programmes ou outils issus de la recherche pour la prévention du déconditionnement chez les personnes âgées.**

Document complémentaire au rapport intitulé : Recommandations pour un continuum efficient d'interventions de promotion de la santé et prévention auprès des personnes âgées
Préparé par : Sous-comité sur la santé publique du Comité du RUISS de l'UdeM sur le vieillissement, RUISS de l'Université de Montréal, 31 Août 2022.
www.ruiiss.umontreal.ca 514-343-6450.

• **La personne âgée au cœur de la mission universitaire sur la gériatrie et le vieillissement.** Portfolio 2023. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.
<https://iugm.ca/fr/actualite/projets-phares-sur-la-geriatrie-et-le-vieillessement>

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Aubertin-Leheudre, Mylène	Prévention du déconditionnement	L'outil Webex est un programme d'exercices destiné aux personnes de 65 ans et plus, autonomes, vivant à domicile ou en résidence pour personnes âgées qui souhaitent intégrer l'activité physique dans leurs habitudes de vie. En fonction des résultats de l'algorithme administré (objectif) par un kinésiologue, un programme adapté sera proposé. Ce programme, à réaliser 3 fois par semaine durant 12 semaines minimalement, peut être suivi via des capsules vidéo pré-enregistrées et disponibles sur un site internet. Finalement, ce même programme peut être administré en direct et à distance via Zoom. À ce jour, l'utilisation de cet outil est possible sur une base volontaire par une personne aînée à titre de participante dans le cadre d'un projet de recherche. L'implantation élargie de cet outil au Québec est prévue en 2023-2024. Projet en cours.
Beauchet, Olivier	Repérage des personnes âgées fragiles les plus à risque de complications médicales et sociales	L'Évaluation Socio-GÉriatrique (ESOGER) est un outil clinique validé de repérage des personnes âgées fragiles les plus à risque de complications médicales et sociales et associé à la mise en place d'interventions selon une procédure accélérée. Le transfert et l'implantation d'ESOGER dans un parcours de soins et de services conventionnels de 1 ^{ère} ligne (GAP) permet un nouveau modèle d'accompagnement des personnes âgées, rendant leur parcours de soins et de services plus fluide et efficient. Depuis novembre 2022, formation et mise en place d'une phase de test de l'utilisation d'ESOGER par le Guichet d'accès la première ligne (GAP) du CCSMTL. Projet en cours.
Belleville, Sylvie	Santé cognitive (mémoire)	Ce programme offre 8 séances (capsules vidéo) dotées d'un double objectif : favoriser l'attention et la mémoire des personnes dans leur quotidien et leur offrir un lieu d'échanges. Il s'agit d'un programme qui doit être offert par une personne animatrice ou bénévole avec le soutien de différents matériels construits en lien avec la DEUR. Ce programme s'adresse à toutes les personnes âgées qui souhaitent en apprendre davantage sur la mémoire et l'attention et mettre en pratique des stratégies pour les stimuler. Ce programme a été développé par l'équipe de Sylvie Belleville avec le support d'AvantÂge. Il est au stade pilote et a été suivi par des groupes de personnes âgées au Carrefour Marguerite-Bourgeois (centre d'éducation populaire), au Centre des femmes du Plateau Mont-Royal et aux Tours Frontenac. Il peut être offert en présentiel ou en virtuel. Une formation des personnes animatrices et un manuel d'accompagnement ont été développés pour faciliter le déroulement des séances. Un manuel pour les personnes âgées participantes a également été développé comme support pour les différentes sessions. Il est interdit d'offrir une formation en tant que personnes animatrices de ces ateliers sans avoir reçu au préalable une autorisation de l'auteure du programme. Projet réalisé.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Belleville, Sylvie Dang,VU, Thien Thanh	Le bien-vieillir (santé cognitive, nutrition, sommeil, santé mentale, communication)	Le projet e.SPACE propose une plateforme Web multimodale qui fait la promotion de la santé et offre des interventions aux personnes âgées. Celle-ci héberge des modules, sous forme de capsules interactives avec textes, contenus audio et vidéo, qui visent à améliorer les connaissances des participants et à donner des stratégies pour améliorer les domaines de la mémoire, de la communication, du sommeil, de la santé mentale et de la nutrition. Des évaluations par jeux-questionnaires et autres tests sont accessibles, à la fois pour les personnes âgées participantes et pour le personnel de la santé. Des évaluations sont en cours pour vérifier l'utilisation et l'accessibilité de la plateforme afin de pouvoir l'offrir au grand public. Il sera possible d'évaluer les retombées sur les plans de l'apprentissage et du changement des habitudes de vie. https://www.e-space.ca/ Projet en cours.
Behrer, Louis	Exercices et santé cognitive	COPEPIC et NEUROPEAK sont des programmes combinant l'activité physique à la maison et la stimulation cognitive via une plateforme Web dans le cadre d'un projet de recherche. Le but est d'améliorer et de maintenir la santé physique et cognitive des personnes âgées en bonne santé ou souffrant de maladies cardiovasculaires. Le programme est offert sur une plateforme informatique (tablette ou ordinateur) à distance et supervisé par une ou un professionnel de la santé. Projet réalisé Chaîne Youtube du Centre Épic de l'Institut de cardiologie de Montréal: https://www.youtube.com/channel/UCZzq2sptzfOLI9qT5AoPHgw
Bier, Nathalie	Participation sociale et isolement social	Ce projet de recherche a pour but de développer un quartier innovant en approche de Living Lab dans le quartier montréalais de Côte-des-Neiges (CDN) afin de briser l'isolement social des personnes âgées. Il s'attarde à trois facteurs principaux (déclin cognitif, troubles de la communication et de la mobilité), ainsi qu'aux thèmes transversaux que sont les inégalités sociales, l'inclusion sociale et les facteurs socioéconomiques. Il vise la construction d'une infrastructure sociale composée d'un réseau étroit entre les organismes du quartier, le milieu de la recherche et les personnes âgées; l'identification des besoins spécifiques du milieu pour diminuer l'isolement social des personnes âgées de CDN; le développement des initiatives pilotes visant à soutenir chacun des trois facteurs principaux (cognition, communication, mobilité); l'évaluation des projets pilotes (implantation et effets); l'identification des leviers et des obstacles à l'implantation des projets, afin d'apporter les changements nécessaires pour assurer leur pérennité dans le quartier et, ultimement, de reproduire l'initiative dans d'autres quartiers. Cinq projets sont en cours et comprennent le développement de nouveaux services pour les personnes âgées qui seront implantés et expérimentés en 2023. Des impacts positifs sont anticipés sur la qualité de vie des personnes âgées, leur participation sociale et leur rôle dans la société. Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Bier, Nathalie	Télésurveillance à domicile	Un projet de télésurveillance des activités de la vie quotidiennes (AVQ) a été réalisé par 682 capteurs installés au domicile de 34 personnes âgées ayant des troubles neurocognitifs et suivi par un total de 27 personnes intervenantes dont la majorité sont des ergothérapeutes. Le projet a permis de préciser comment la télésurveillance des AVQ peut être utilisée par le personnel intervenant en soutien à domicile : mieux connaître l'usager, par exemple pour mieux cibler les besoins non comblés et les risques à domicile; adapter leurs interventions, par exemple en y apportant des ajustements en cours de route; soutenir des actions ponctuelles, comme amorcer une discussion sur une relocalisation; apporter une information objective lors des discussions avec les familles et les usagers. Un déploiement plus large à travers le Québec est à venir afin d'évaluer les bénéfices et les indicateurs économiques. Projet réalisé.
	Télésurveillance à domicile et troubles neurocognitifs	Lussier, M., Lavoie, M., Giroux, S., Consel, C., Guay, M., Macoir, J., . . . Bier, N. (2019). Early detection of mild cognitive impairment with in-home monitoring sensor technologies using functional measures: A systematic review. <i>Journal of Biomedical and Health Informatics</i>, 23(2), 838-847. doi:10.1109/JBHI.2018.2834317 Imbeault, H., Langlois, F., Bocti, C., Gagnon, L., & Bier, N. (2018). Can people with Alzheimer's disease improve their day-to-day functioning with a tablet computer? <i>Neuropsychological Rehabilitation Special issue on technology and rehabilitation</i>, 28(5), 779-796. doi:10.1080/2015.1133431 Bier, N., Paquette, G., & Macoir, J. (2018). Smartphone for smart living: Using new technologies to cope with everyday limitations in semantic dementia. <i>Neuropsychological Rehabilitation Special issue on technology and rehabilitation</i>, 28(5), 734-754. doi:10.1080/09602011.1094395
Dumoulin, Chantal	Santé pelvienne	Prévention et traitement de l'incontinence urinaire Group-Based vs Individual Pelvic Floor Muscle Training to Treat Urinary Incontinence in Older Women. A Randomized Clinical Trial. Chantale Dumoulin, PhD et coll. <i>AMA Intern Med</i> doi:10.1001/jamainternmed.2020.2993

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Filiatrault, Johanne	Activités intergénérationnelles	Les activités intergénérationnelles sont diversifiées : activités éducatives, artistiques, de narration de récits de vie, récréatives, de services communautaires, physiques, informatiques, de mentorat et culturelles. Une étude de portée a été menée visant à brosser un portrait des connaissances quant aux effets des activités intergénérationnelles offertes dans des organisations du milieu communautaire (ex. : école, organisme communautaire ou municipal) sur la santé des personnes âgées autonomes vivant à domicile, en considérant une perspective occupationnelle. Les résultats de cette revue de la littérature ont permis d'effectuer une liste de programmes intergénérationnels étudiés lors de projets de recherche. Projet réalisé. • DeBroux Leduc R, Turcotte S, Dionne B, Grenier S, Ladjadj F, Filiatrault J: Les activités intergénérationnelles en tant que stratégie de promotion de la santé des aînés: une étude de la portée. <i>Revue francophone de recherche en ergothérapie</i> 2020, https://www.rfre.org/index.php/RFRE/article/view/159/194 [consulté le 20 juillet 2022], 6(2):35-73. La cocréation et l'implantation pilote d'une trousse d'outils pour soutenir les organismes communautaires et autres milieux impliqués dans l'action intergénérationnelle sont en cours. • Turcotte, S., Shea, C., Raymond, É., Ansaldo, A., Bier, N., Grenier, S., Hebblethwaite, S., Ladjadj, F., Lamontagne, M., Levasseur, M., Viscogliosi, C., Ladjadj, F., & Filiatrault, J. (2023). Codesign and pilot implementation of a toolkit supporting community organizations' intergenerational practice: A participatory action research project. <i>Canadian Journal of Action Research</i>, 23(1), 93-115.
	Prévention des chutes	Vivre en Équilibre est un programme de groupe destiné aux personnes âgées qui sont préoccupées par les chutes et qui vise à développer leur confiance quant à leur capacité de prévenir les chutes tout en conservant une vie active. Ce programme de 16 séances d'une heure chacune se veut complémentaire à l'offre de service actuelle en matière de prévention des chutes puisqu'il cible plus particulièrement la peur de tomber et ses conséquences sur les activités de la personne et qu'il est accessible aux personnes âgées utilisant ou non une aide à la marche. Il comprend des capsules informatives sur les principaux facteurs de risque de chutes et les stratégies pour les contrer, des activités d'autoréflexion, des discussions, des activités à caractère ludique et un module d'exercices. L'une des particularités du programme est qu'il peut non seulement être offert par des professionnel.le.s de la santé, mais également par des bénévoles ayant reçu une formation d'animation. Une étude pilote est en cours dans une résidence pour les personnes âgées du territoire du RLS de Jeanne-Mance dans le cadre de la communauté bienveillante envers les personnes âgées. Il permettra de documenter les effets et la réponse des personnes âgées à ce programme, de même que l'appréciation des personnes qui animent. Un déploiement graduel d'autres territoires est prévu par la suite. Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Grenier, Sébastien	Détresse psychologique	Le programme VIEsÂGE , pour VivrE sans Anxiété pour les personnes âGÉes , propose de former et d'outiller les personnes qui accompagnent les personnes âgées, qu'elles travaillent dans les organismes communautaires ou dans le réseau de la santé. VIEsÂGE offre un panier de services, d'outils et de formations permettant d'apprendre à identifier la détresse psychologique et d'intervenir de manière efficace. Projet réalisé.
Gilbert, Annie-Kim	Télésurveillance à domicile	Soutien à domicile et technologies de télésurveillance : recension des écrits sur les technologies de télémonitorage des signes vitaux dans les soins à domicile; les facteurs humains dans l'intégration de technologies de télésurveillance et les effets sur la pratique; le rôle du secteur privé dans le soutien à domicile. https://ccsmtl-mission-universitaire.ca/sites/mission_universitaire/files/media/document/20220608_Synthese_VF.pdf Projet réalisé.
Presse, Nancy	Santé nutritionnelle	Le projet REPAS (www.REPAS.info) vise à développer un site web dont la mission est de : 1) Informer les personnes âgées et la population générale sur la dénutrition, le risque nutritionnel et ses conséquences chez les personnes âgées vivant à domicile (ceci inclut les RPA mais pas les CHSLD) 2) Permettre aux personnes âgées ou à leur entourage d'évaluer la présence de situations de vulnérabilité nutritionnelle par le biais d'un questionnaire 3) Orienter la personne vers les ressources communautaires ou cliniques pouvant répondre à ses besoins et ainsi permettre de réduire le risque nutritionnel Le site Web est cocréé avec des personnes âgées et des personnes des milieux communautaires et cliniques. Il devrait être lancé au printemps 2024. Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Rousseau, Jacqueline	Relation de la personne atteinte de troubles neurocognitifs, de son environnement	Évaluer la relation personne-environnement à domicile : l'ÉDIPE version cognitive. Ce projet vise à mieux comprendre les enjeux liés au maintien à domicile des personnes âgées vivant avec des troubles neurocognitifs et leurs personnes proches aidantes, selon la relation (interaction) personne-environnement. Cette relation tient compte à la fois de la personne âgée, de l'environnement humain (personne proche aidante) et non humain (domicile, objets), puis des activités et des rôles de la personne âgée que forme cette interaction. Le Modèle de compétence sert de cadre conceptuel à une batterie d'évaluation dont l'Évaluation à domicile de l'interaction personne-environnement (ÉDIPE)-version cognitive pour mieux comprendre cette interaction. L'ÉDIPE-version cognitive a été développée et son contenu validé. Cet outil déplace le focus de la personne vers l'interaction personne-environnement pour établir une harmonie entre la personne et son environnement. Ceci permet d'ouvrir vers de nouvelles interventions (ex. sur l'environnement non humain). Projet en cours.
	Télésurveillance à domicile. Détection des chutes à domicile	Lapierre, N., Neubauer, N., Miguel-Cruz, A., Rios Rincon, A., Liu, L., & Rousseau, J. (2018). The state of knowledge on technologies and their use for fall detection: A scoping review. <i>International Journal of Medical Informatics</i> , 111, 58-71. doi:10.1016/j.ijmedinf.2017.12.015
	Détection de l'errance	Lapierre, N., St-Arnaud, A., Meunier, J. and Rousseau, J. (2020), «Implementing an intelligent video monitoring system to detect falls of older adults at home: a multiple case study», <i>Journal of Enabling Technologies</i> , Vol. 14 No. 4, pp. 253-271. https://doi.org/10.1108/JET-03-2020-0012 Neubauer, N. A., *Lapierre, N., Ríos-Rincón, A., Miguel-Cruz, A., Rousseau, J., & Liu, L. (2018). What do we know about technologies for dementia-related wandering? A scoping review: Examen de la portée : Que savons-nous à propos des technologies de gestion de l'errance liée à la démence? <i>Canadian Journal of Occupational Therapy</i> , 85(3), 196-208. doi:10.1177/0008417418777530

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
	Aménagement de l'espace	Morales, E., Pilon, M.-A., Doyle, O., Gauthier, V., Gamache, S., Routhier, F. and Rousseau, J. (2017), «Which grab bar do you prefer in the bathroom?», <i>Journal of Enabling Technologies</i>, Vol. 11 No. 4, pp. 123-137. https://doi.org/10.1108/JET-03-2017-0012 Morales, E., & Rousseau, J. (2010). Which Areas of the Home Pose Most Difficulties for Adults with Motor Disabilities? <i>Physical & Occupational Therapy in Geriatrics</i>, 28(2), 103-116. doi:10.3109/02703181003728903 Morales, E., Gamache, S., Routhier, F., Rousseau, J., & Doyle, O. (2018). Pilot Study to Measure Wheelchair Users' Space Requirements in the Bathroom. <i>Journal of Enabling Technologies</i>, 12(3), 129-140. doi:10.1108/JET-02-2018-0007 Makansi, N., Blaizot, A., Vergnes, J.-N., Morris, M., Rousseau, J., & Bedos, C. (2021). A scoping review on dental clinic accessibility for people using wheelchairs. <i>Special Care in Dentistry</i>, 41(3), 329-339. doi:https://doi.org/10.1111/scd.12565 Makansi, N., Rousseau, J., Bedos, C., & ACE Dent Research Group. (2021). Domiciliary dentistry clinics: A multiple case study in the province of Quebec, Canada. <i>BMC Health Services Research</i>, 1-12. doi:https://doi.org/10.1186/s12913-021-06788-4 *Fathi, H., Rousseau, J., Makansi, N., Blaizot, A., Morris, M., Vergnes, J.-N., & Bedos, C. (2021). What do we know about portable dental services? A scoping review. <i>Gerodontology</i>, 38(3), 276-288. doi:https://doi.org/10.1111/ger.12524

PERSONNES CHERCHEURES OU EXPERTES D'AUTRES CENTRES DE RECHERCHE ET UNIVERSITÉS		
PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Ben Gaied, Nouah Fédération québécoise des Sociétés Alzheimer	Communauté amie des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs	Plusieurs outils sont déposés sur le site web pour faire en sorte de développer des communautés amies des personnes âgées atteintes de troubles neurocognitifs. https://alzheimer.ca/en/take-action/become-dementia-friendly/dementia-friendly-canada https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC%20Dementa%20Friend%20tip%20sheet_Final_0.pdf https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC-Interactions_TipSheet_Final.pdf https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC-COVID%20Comm%20TipSheet_Final.pdf https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC-Language%20TipSheet_Final.pdf https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC-Spaces%20TipSheet_Final.pdf https://alzheimer.ca/sites/default/files/documents/DFC-Writtten%20Comm%20Tip%20sheet_Final.pdf
Boissy, Patrick Levasseur, Mélanie Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Autogestion de la santé et de la participation sociale	PROMOSANTÉ est une approche de télésanté visant à soutenir l'autogestion de la santé et de la participation sociale et la prévention du déconditionnement de personnes âgées, inspirée de différentes modalités éprouvées en activité physique (ex. Programme de prévention des chutes – PIED, Move 50), en ergothérapie préventive (programme Remodeler sa vie- <i>Lifestyle redesign</i>) et en thérapie cognitivocomportementale (TCC) (<i>This Way Up</i>), bien implantées en personne dans la communauté. PROMOSANTÉ s'adresse aux personnes âgées avec ou sans incapacités, incluant celles à risque de déconditionnement, vivant à domicile ou en résidence privée pour personnes âgées. Il offrira ainsi une version adaptée de ces interventions en télésanté, et ce, en étant soutenu par un portail Web (personnes participantes et professionnelles) permettant la mise en ligne de contenus et de moyens de communication sécurisés (courriel, vidéoconférence, chat, webinaires, formulaire en ligne). Les communications entre les personnes participantes et professionnelles seront intégrées à même ce portail. Soutenue par des professionnels de la santé, l'approche PROMOSANTÉ permettra donc d'offrir un programme sur mesure aux personnes âgées, adapté à leurs besoins et susceptible de favoriser l'autogestion de leur santé et de leur participation sociale. PROMOSANTÉ est en cours de développement (développement du portail Web et adaptation des contenus) dans le cadre d'un projet de recherche et sera disponible à la communauté en 2024-2025 Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Kaczorowski, Janusz CRCHUM Lussier, Marie-Thérèse CRCHUM et Équipe de recherche du CISSS de Laval	Santé cardiovasculaire	Le Programme de sensibilisation à la santé cardiovasculaire, conçu pour accroître la sensibilisation aux risques cardiovasculaires dans la collectivité, a prouvé qu'avec le concours des médecins de famille, des pharmaciennes et pharmaciens communautaires, des partenaires de la collectivité et des bénévoles, la prévention primaire peut réduire le fardeau de la morbidité cardiovasculaire. Des personnes paires éducatrices bénévoles qui prennent la tension artérielle. Soutien à l'autogestion en fournissant des services infirmiers dans la communauté, en lien avec équipe de soins de première ligne. Kaczorowski, J., Chambers, L. W., Dolovich, L., Paterson, J. M., Karwalajtys, T., Gierman, T., Farrell, B., McDonough, B., Thabane, L., Tu, K., Zagorski, B., Goeree, R., Levitt, C. A., Hogg, W., Laryea, S., Carter, M. A., Cross, D. et Sabaldt, R. J. (2011). Improving cardiovascular health at population level: 39 community cluster randomised trial of Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP). <i>BMJ</i>, 342, d442. https://doi.org/10.1136/bmj.d442 Deville-Stoetzel, N., Kaczorowski, J., Agarwal, G. et al. Participation in the Cardiovascular Health Awareness Program (CHAP) by older adults residing in social housing in Quebec: Social network analysis. <i>BMC Health Serv Res</i> 21, 37 (2021). https://doi.org/10.1186/s12913-020-06019-2
Layani, Géraldine CRCHUM Vachon, Brigitte	Continuum du suivi du diabète et des facteurs de risque associés	Implantation d'une trajectoire de soins et de services pour les personnes diabétiques de type 2 au CISSS de Laval : projet SOINS Diabète. Engagement de toutes les parties prenantes dans l'implantation d'une trajectoire communautaire destinée aux personnes diabétiques de type 2 Layani G, Vachon B, Duhoux A, Lussier MT, Gil J, Brault I, Vanier MC, Rodrigues I, Motulsky A, Kaczorowski J, David PM, Battaglini A. Structuring and organizing interprofessional healthcare in partnership with patients with diabetes: the INterprofessional Management and Education in Diabetes care (INMED) pathway. <i>J Interprof Care</i>. 2023 Mar-Apr;37(2):329-332. doi: 10.1080/13561820.2022.2051452. Epub 2022 Apr 11. PMID: 35403546. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35403546/ Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Légaré, France	Prise de décision éclairée sur le milieu de vie	Les personnes âgées recevant des soins à domicile représentent le groupe de la population canadienne qui expérimentent le moins la prise de décision partagée. L'une des décisions les plus difficiles pour les personnes âgées recevant des soins à domicile et leurs proches est de choisir entre continuer à vivre à leur domicile (avec ou sans assistance) ou vivre dans un autre milieu (ex. : résidence privée). Or, la préférence des personnes âgées et des proches en matière de choix du milieu de vie ne concorde pas toujours avec la décision prise, ce qui se traduit par une expérience insatisfaisante des personnes âgées et de leurs proches, et des issues de santé délétères. Depuis 2007, notre équipe a développé une approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée qui permet aux équipes de soins à domicile, aux personnes âgées et aux proches de travailler ensemble afin que les choix des personnes âgées et de leurs proches soient fondés sur les données probantes ainsi que sur leurs valeurs et préférences. Nos travaux ont démontré que cette approche était faisable dans les soins à domicile du Québec et qu'elle avait un impact favorable sur les personnes âgées, les proches et les équipes cliniques. Nous avons donc développé un outil d'aide à la décision qui favorise la prise de décision partagée pour les personnes âgées qui doivent prendre une décision sur leur milieu de vie. Cet outil peut être complété par les personnes âgées et leurs proches en collaboration avec les professionnel.le.s de la santé. Il présente les données probantes ainsi que les options avec leurs avantages et inconvénients. Il permet également aux personnes âgées et à leurs proches de réfléchir à ce qui est le plus important pour elles et eux. Nous avons démontré que son utilisation augmente l'engagement dans la prise de décision perçu par les proches. Il a été utilisé par plus de 1000 personnes âgées et personnes proches aidantes faisant face à la décision de rester chez soi ou de déménager. L'outil est disponible en français et en anglais et peut être téléchargé en cliquant sur le lien suivant : http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/outil/601ad397dc64b246f77888cc

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
		Cette formation s'adresse aux professionnel.le.s de la santé qui rencontrent des personnes âgées recevant des soins à domicile. Cette formation leur permet d'accompagner les personnes âgées qui doivent décider de rester chez soi ou de déménager et leurs personnes proches aidantes. La formation est d'une durée totale de 5 heures. Elle comprend un tutoriel en ligne de 1,5 heure sur la décision partagée (https://decisionaid.ohri.ca/ODST/index-f.php) et un atelier interactif de 3,5 heures sur l'approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée, incluant une vidéo démonstrative de cette approche dans le contexte des soins à domicile (http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/outil/5cc346ecd6a519066397a63f). Les objectifs de la formation sont : 1) Utiliser un outil d'aide à la décision afin de soutenir les personnes âgées et leurs personnes proches aidantes dans la prise de décision concernant leur milieu de vie; 2) S'engager dans une approche interprofessionnelle à la prise de décision partagée; et 3) Soutenir les personnes âgées et leurs personnes proches aidantes pour qu'ils s'engagent à participer au processus décisionnel concernant leur milieu de vie. La formation est habituellement donnée par un formateur ou une formatrice. Dans le cadre des projets de recherche, ces personnes faisaient partie de l'équipe de recherche. Toutefois, il y a la possibilité de former les formateurs et formatrices afin de faciliter le déploiement dans les organisations. Il est à noter que l'équipe de recherche a prévu transformer la formation afin que celle-ci puisse être donnée entièrement en ligne afin de faciliter la participation des professionnel.le.s dans le contexte actuel. Formations : http://www.decision.chaire.fmed.ulaval.ca/formations Projet réalisé.
Levasseur, Mélanie Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Participation sociale	Le Programme Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) est une intervention individuelle qui consiste à aider une personne âgée avec incapacités vivant à domicile à cibler et à réaliser des activités sociales ou de loisirs importantes pour elle, mais difficiles à réaliser seule. La personne âgée est accompagnée dans cette démarche d'une personne citoyenne formée et supervisée par une personne intervenante à raison d'environ 3 heures par semaine. Ces activités peuvent être, par exemple, aller manger au restaurant, prendre une marche ou participer à une activité offerte par un organisme communautaire. Un essai pragmatique à répartition aléatoire est en cours dans 6 organismes communautaires au Québec. Une recherche-action vise aussi à optimiser l'intervention à la pandémie et aux contacts intergénérationnels. Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
	Mode de vie sain	Le programme Remodeler sa vie® est une intervention ergothérapique préventive novatrice développée en Californie afin de promouvoir le développement d'un mode de vie sain et personnellement signifiant chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Grâce à une série de rencontres de groupe (26 à 39 rencontres), les personnes âgées réfléchissent à leurs activités et à leurs habitudes de vie (nutrition, exercice physique, finances, vie sociale, transports, etc.) dans le but de repenser leur routine de vie. Ces rencontres sont combinées à un suivi individuel (5 à 10 rencontres) avec l'ergothérapeute responsable. Le programme Remodeler sa vie® a été récemment traduit et adapté au contexte québécois et expérimenté avec succès par l'équipe de recherche. Remodeler sa vie® est maintenant offert par le programme SAPA du CIUSSS de l'Estrie-CHUS depuis janvier 2021. La personne ergothérapeute responsable est soutenue par le personnel étudiant/stagiaire en ergothérapie de l'Université de Sherbrooke. Projet réalisé. Jusqu'à maintenant offert en présence, le programme Remodeler sa vie® est en cours d'adaptation afin de le rendre disponible à distance par des modalités de télésanté (projet PROMOSANTÉ). Projet en cours.
Lussier, Isabelle Directrice scientifique Lucilab	Santé cognitive	Le projet Luci consiste à élaborer un programme personnalisé de promotion des saines habitudes de vie sous forme d'une application mobile, soutenu par un conseiller. Le programme, destiné à des personnes âgées de 45 à 70 ans cognitivement saines, mais présentant un risque de déclin cognitif lié au style de vie, vise à améliorer la sensibilisation du public cible aux facteurs modifiables de risque et de protection des troubles neurocognitifs, et à soutenir ces personnes dans l'adoption et le maintien d'un mode de vie sain dans 3 domaines : l'alimentation, l'activité physique, et l'engagement cognitif. Le programme Luci est développé par Lucilab avec la participation de plusieurs collaborateurs, appuyé par un comité scientifique de personnes chercheuses reconnues. Il comprend le développement et l'amélioration en continu du programme d'intervention accessible à grande échelle via une application web ainsi que la validation clinique du programme. Les partenaires permettent la diffusion, l'accès et le pilotage du programme dans la population cible; ils apportent l'expertise en intelligence artificielle et automatisation; ils facilitent le réseautage multisectoriel; et contribuent par un soutien financier. www.lucietmoi.ca Projet réalisé et évolution constante.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Marchand Isabelle Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations, et les pratiques alternatives de citoyenneté (CREMIS)	Violence conjugale vécue par les femmes âgées	Ce projet de mobilisation des connaissances, soutenu par le MSSS, s'inscrit dans le suivi du plan d'action en matière de violence conjugale (2018-2023) du gouvernement du Québec. Il vise à : réaliser un état de connaissance en ce qui concerne la problématique de la violence conjugale vécue par les femmes âgées; conceptualiser un outil de sensibilisation à la violence conjugale vécue par les femmes âgées afin de mieux dépister la problématique au regard notamment de celle de la maltraitance; développer une offre de formation à l'intention du personnel intervenant. Les retombées sont entre autres une recension d'écrits, des outils pour le personnel intervenant pour mieux dépister la violence conjugale afin de mieux intervenir auprès des femmes âgées, des formations sur la violence conjugale versus la maltraitance envers les personnes âgées. Projet en cours.
Vachon, Brigitte Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal	Prévention des facteurs de risque de maladies chroniques et gestion de maladies chroniques	Développement d'un guide de navigation pour les personnes diabétiques afin de faciliter l'accès à des services de 1 ^{ère} ligne interprofessionnels Projet en cours. Vachon, B., Huynh, A-T., Breton, M., Camirand, M. Quesnel, L., Tardif, S., & Leblanc, J. (2017). Patients' expectations and solutions for improving primary diabetes care. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i> , 30(6), 554- doi:10.1108/ijhcqa-07-2016-0106

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Tannenbaum, Cara	Usage approprié des médicaments et déprescription	Projets et ressources : Les médicaments ont de nombreux bienfaits. Cependant, avec l'âge, le risque d'effet indésirable associé aux médicaments tels que les chutes, les problèmes de mémoire ou les hospitalisations augmente. Trop souvent chez les personnes âgées, les risques des médicaments peuvent venir surpasser leurs bienfaits attendus. Ce phénomène est appelé la polypharmacie ou la « surcharge de médicaments ». Afin de répondre aux besoins criants de sensibilisation du grand public, de formation des professionnel.le.s de la santé et d'information des personnes qui décident de l'usage approprié des médicaments, la gériatre Dre Cara Tannenbaum a fondé le Réseau canadien pour l'usage approprié des médicaments et la déprescription (ReCAD) en 2016. Les objectifs du ReCAD sont de 1) faire la promotion de l'usage sécuritaire des médicaments et de la déprescription et 2) d'améliorer l'accès aux alternatives sécuritaires aux médicaments à risque d'effets nuisibles. Pour ce faire, le ReCAD propose une variété de ressources adaptées aux différents auditoires et disponibles gratuitement en français et en anglais au : reseaudeprescription.ca Pour le grand public : une foule de ressources fournissant de l'information générale sur la déprescription, les médicaments particulièrement à risque d'effets néfastes chez les personnes âgées et une approche pratique pour initier une discussion à ce sujet avec les professionnel.le.s de la santé. Le ReCAD présente et partage une présentation Powerpoint d'une durée de 45 à 60 minutes sur le sujet avec les groupes communautaires intéressés. Cette présentation peut être offerte par des membres de la communauté. En plus d'être disponibles en français et en anglais, certaines des ressources pour le grand public sont disponibles dans d'autres langues, telles que l'hindi ou le mandarin. reseaudeprescription.ca/patient Pour les professionnel.le.s de la santé : les ressources pour les professionnels sont elles aussi variées et incluent des algorithmes de déprescription basés sur les données probantes, de courtes vidéos éducatives sur la déprescription de médicaments potentiellement inappropriés couramment prescrits chez les personnes âgées et des brochures pour les patients. Les éducateurs ne sont pas en reste, alors qu'un cadre éducatif guide l'intégration de notions et de compétences supportant la déprescription au sein du cursus scolaire des futurs professionnels de la santé. reseaudeprescription.ca/professionnels Pour les décideurs : Afin de soutenir la mise en place de politiques d'usage approprié des médicaments, des détails d'une stratégie nationale d'usage approprié des médicaments au Canada sont présentés, de même qu'un référencement de publications clés portant sur l'évaluation de politiques publiques faisant la promotion de l'usage approprié des médicaments sont présentées – infographies à l'appui. reseaudeprescription.ca/politique-publique Projet en cours.

PERSONNES CHERCHEURES PRINCIPALES/ PERSONNES EXPERTES	THÉMATIQUES	PROJETS ET RESSOURCES
Wagner, Vincent Institut universitaire sur les dépendances (IUD)	Alcool, vieillissement et itinérance	Ce projet vise à soutenir l'amélioration de l'offre de service en dépendance pour les personnes présentant des enjeux liés à l'usage d'alcool, au vieillissement et à l'instabilité résidentielle. Cette recherche documente leur parcours au sein des services de santé et de services sociaux ainsi que leurs besoins spécifiques d'accompagnement et de soutien (BeSA). Les retombées attendues sont entre autres : des documents de vulgarisation et des activités de communication à destination des partenaires, des milieux de pratique, des établissements d'enseignement et du grand public; la coconstruction de propositions cliniques guidant la bonification de l'accompagnement, notamment en dépendance, à l'intention des intervenants et des gestionnaires. Projet en cours.

ANNEXE B

Données sociodémographiques et sanitaires sur les personnes âgées de 65 ans. Territoires de Montréal, reste du Québec, CCSMTL et RLS Jeanne-Mance

Les conditions sociales et de santé des personnes âgées de Montréal, selon les groupes d'âge, et plus particulièrement celles vivant sur le territoire du RLS Jeanne-Mance, sont en général moins favorables que celles du reste du Québec, comme en témoignent les données du recensement de 2016 dont les faits saillants et les données détaillées sont présentés ici.

FAITS SAILLANTS

- **VIVRE EN SOLO**
 - Près de 55% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance vivent seules, comparativement à celles de Montréal (36%) ou du reste du Québec (29%).
- **MÉNAGE LOCATAIRE**
 - Près de 70% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance sont locataires, comparativement à celles de Montréal (60%) ou du reste du Québec (32%).
- **MÉNAGE COLLECTIF**
 - Une proportion plus grande de personnes âgées du RLS Jeanne-Mance vivent en ménage collectif (13%), comparativement à celles de Montréal (11%) ou du reste du Québec (10%).
- **REVENU**
 - Près de 48% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance vivent sous le seuil de revenu garanti (SRG), comparativement à celles de Montréal (39%) ou du reste du Québec (39%).
 - Près de 35% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance vivent sous la mesure de faible revenu (MFR), comparativement à celles de Montréal (21%) ou du reste du Québec (18%).
 - Près de 27% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance vivent sous le seuil de faible revenu après impôt, comparativement à celles de Montréal (15%) ou du reste du Québec (4%).
- **DIPLÔME D'ÉTUDES**
 - De façon positive, les personnes âgées du RLS Jeanne-Mance sont plus scolarisées que celles de Montréal ou du reste du Québec.
 - Près de 30% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance n'ont aucun diplôme comparativement à celles de Montréal (32%) ou du reste du Québec (33%).
 - Près de 29% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance possèdent un diplôme universitaire comparativement à celles de Montréal (21%) ou du reste du Québec (12%).

- IMMIGRATION, LANGUE, VIVRE SEUL, DIPLÔME D'ÉTUDES, REVENU
 - Plus du tiers (34%) des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance sont des personnes immigrantes comparativement à celles de Montréal (44%) ou du reste du Québec (7%).
 - Près de 22 % (femmes 28%) des personnes âgées immigrantes du RLS Jeanne-Mance ne parlent ni le français ni l'anglais, comparativement à celles de Montréal (14%) ou du reste du Québec (11%).
 - Près de 40% (femmes 46%) des personnes âgées immigrantes du RLS Jeanne-Mance vivent seules comparativement à - celles de Montréal (27%) ou du reste du Québec (20%).
 - Près de 38% (femmes 47%) des personnes âgées immigrantes du RLS Jeanne-Mance n'ont aucune diplôme comparativement à celles Montréal (40%) ou du reste du Québec (31%).
 - Près de 26% (femmes 30%) des personnes âgées immigrantes du RLS Jeanne-Mance vivent sous le seuil de faible revenu comparativement à celles de Montréal (15%) ou du reste du Québec (8%).
 - Près de 33% (femmes 36%) des personnes âgées immigrantes du RLS Jeanne-Mance consacrent 30% ou plus du revenu aux frais de logement comparativement à celles de Montréal (27%) ou du reste du Québec (20%).
- ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
 - L'espérance de vie à la naissance des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance est de 81 ans (79 ans pour les hommes) comparativement à 83,1 ans pour la région de Montréal et 82,5 ans pour le reste du Québec.
- MALADIE CHRONIQUE
 - Près de 70% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance souffrent d'au moins une maladie chronique comparativement à celles de Montréal (67%).
- INCAPACITÉ

Près de 55% des personnes âgées du RLS Jeanne-Mance présentent une incapacité comparativement à celles de Montréal - (50%) ou du reste du Québec (39%).

 - De plus, la pandémie de COVID-19 a eu des conséquences importantes sur la santé des personnes âgées qui ont vécu un déconditionnement physique, cognitif et social important de même que des répercussions psychologiques significatives.⁵

NOTE : Les données du recensement canadien de 2021 seront disponibles en cours d'année 2023 et permettront la mise à jour des données sociodémographiques et sanitaires pour l'ensemble de la région de Montréal, du territoire du CCSMTL, dont celui du RLS Jeanne-Mance.

.

5 Tessier, S., Dionne, F., Breton, M.-E., Mercure, S.-A. (2022). Regard sur la pandémie de COVID-19 à Montréal : Pour une réponse efficace et équitable face aux futures urgences sanitaires est une production de la Direction régionale de santé publique du CIUSSS du Centre-Sud- de-l'Île-de-Montréal. Direction régionale de santé publique de Montréal, Gouvernement du Québec.

Données sociodémographiques et sanitaires sur les personnes âgées de 65 ans
Territoires de Montréal, reste du Québec, CCSMTL et RLS Jeanne-Mance

NB. : Sauf indication contraire, les données présentées sont celles du recensement de 2016

Indicateur	Reste du Québec Nb (%)	Région de Montréal Nb (%)	Territoire du CCSMTL Nb (%)	Territoire du RLS JEANNE-MANCE Nb (%)
65 ans +	1 171 535 (18,8)	323 655 (16,7)	38 680 (12,9)	16 730 (11,5)
65 ans + (2036)	1 976 680 (27,2)	432 985 (20,9)	54 044 (16,0)	23 705 (14,2)
85 ans +	136 585 (2,2)	52 100 (2,7)	4 970 (1,7)	2 110 (1,4)
85 ans + (2036)	349 228 (4,6)	83 880 (4,8)	8 916 (2,6)	3 909 (2,3)
Ménages locataires (toute la population)	836 120 (31,8)	522 140 (60,0)	104 835 (66,9)	56 130 (70,5)
Personnes âgées de 65 ans et plus vivant en ménage collectif	122 115 (10,4)	34 745 (10,7)	4 365 (11,3)	2 095 (12,5)
Personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules	299 790 (28,6)	104 920 (36,3)	16 375 (47,7)	7 995 (54,7)
Personnes âgées de 65 ans et plus bénéficiaires du SRG	409 270 (39,0)	112 020 (38,8)	14 870 (43,3)	6 925 (47,3)
Personnes âgées de 65 ans et plus vivant sous la MFR	190 950 (18,2)	61 190 (21,2)	10 005 (29,2)	5 100 (34,9)
Personnes âgées de 65 ans et plus vivant sous le seuil de faible revenu après impôt (2015)	46 275 (4,4)	42 345 (14,7)	7 710 (22,5)	4 015 (27,4)
Personnes âgées de 65 ans et plus n'ayant aucun diplôme	343 025 (32,7)	93 510 (32,4)	10 730 (31,3)	4 530 (29,7)
Personnes âgées de 65 ans et plus ayant un diplôme universitaire	126 150 (12,0)	59 960 (20,8)	8 715 (25,4)	4 215 (28,8)
Personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité	413 435 (39,4)	144 495 (50,0)	17 820 (51,9)	7 980 (54,5)
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes	74 465 (7,1)	126 990 (44,0)	10 120 (29,5)	4 980 (34,0)
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes arrivées après l'âge de 65 ans	T : 5,6 H : 4,2 F : 7,1	T : 4,1 H : 3,8 F : 4,4	T : 5,7 H : 6,2 F : 5,3	T : 5,9 H : 6,7 F : 5,2
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrants ne parlant aucune langue officielle	T : 10,6 H : 6,6 F : 14,9	T : 13,9 H : 9,2 F : 17,8	T : 17,7 H : 11,2 F : 23,5	T : 21,7 H : 13,9 F : 28,4
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes n'ayant aucun diplôme	T : 31,3 H : 24,8 F : 38,2	T : 40,0 H : 33,2 F : 45,7	T : 32,0 H : 23,7 F : 39,6	T : 38,2 H : 28,4 F : 46,5
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes vivant seules	T : 20,2 H : 14,9 F : 26,0	T : 26,9 H : 18,1 F : 34,3	T : 37,3 H : 30,1 F : 43,9	T : 40,2 H : 32,9 F : 46,4

Indicateur	Reste du Québec Nb (%)	Région de Montréal Nb (%)	Territoire du CCSMTL Nb (%)	Territoire du RLS JEANNE-MANCE Nb (%)
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes vivant sous le seuil de faible revenu	T : 8,2 H : 6,4 F : 10,1	T : 14,9 H : 12,3 F : 17,0	T : 23,7 H : 20,9 F : 26,1	T : 25,7 H : 20,8 F : 29,9
Proportion des personnes âgées de 65 ans et plus immigrantes consacrant 30% ou plus du revenu aux frais de logement	T : 19,8 H : 17,7 F : 22,1	T : 27,4 H : 23,8 F : 30,3	T : 30,0 H : 25,9 F : 33,7	T : 32,7 H : 28,4 F : 36,4
Espérance de vie à la naissance (2015-2019)	T : 82,5 ans H : 80,7 ans F : 84,3 ans	T : 83,1 ans H : 80,9 ans F : 85,0 ans	T : 80,9 ans H : 78,7 ans F : 83,2 ans	T : 81,0 ans H : 78,8 ans F : 83,9 ans
Proportion des 65 ans et plus ayant au moins une maladie chronique (2012)	N.A.	67,4	69,8	69,5

Sources :

MSSS, Estimations et projections de la population comparables 1996-2041, MAJ 03-08-2022

Statistique Canada, Recensement 2016, CO-1921, Tableau 9

Statistique Canada, Recensement 2016, CO-1955, Tableau 1

Statistique Canada, Recensement 2016, CO-1955, Tableau 2

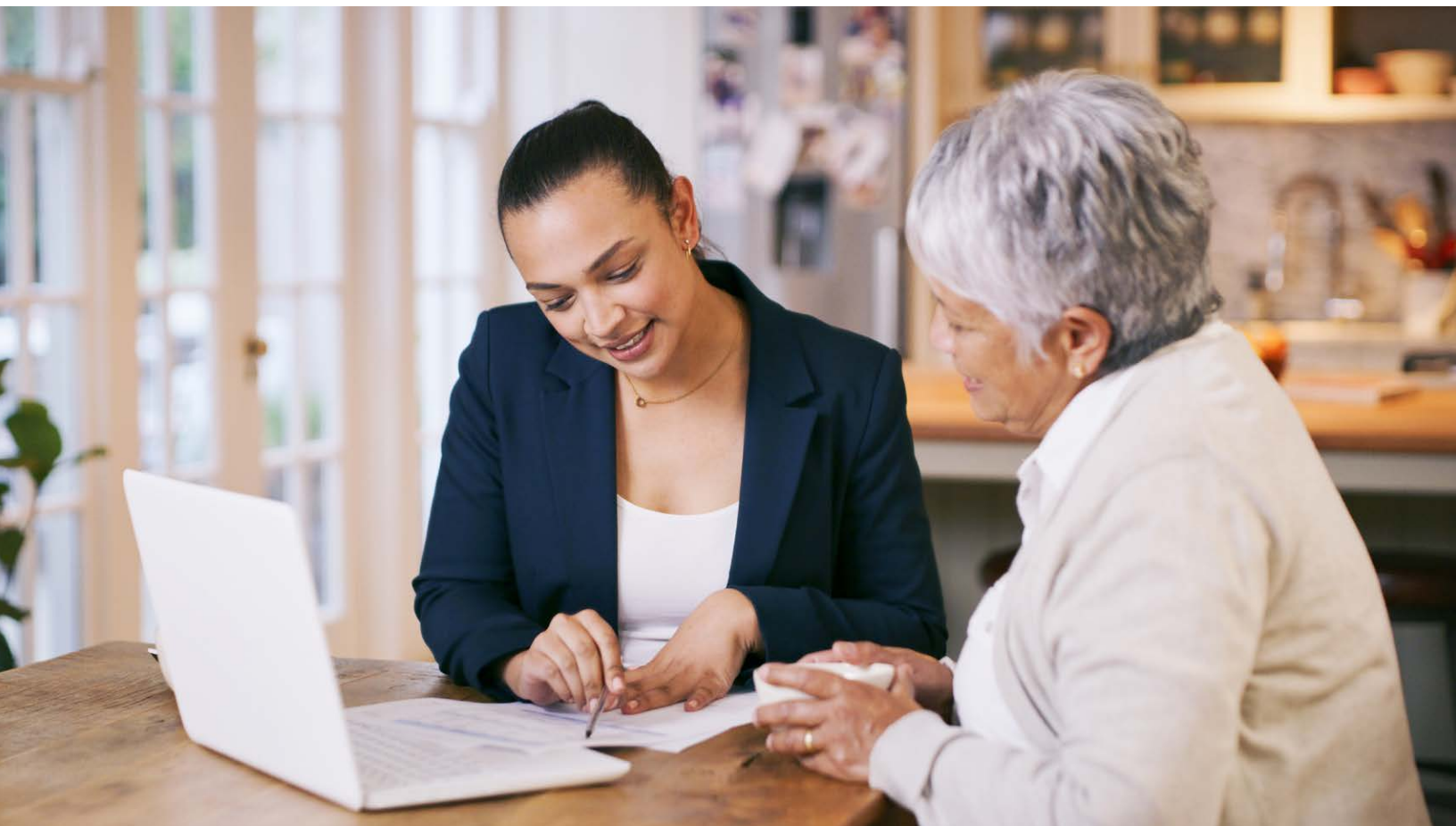
Statistique Canada, Recensement 2016, CO-1753, Tableau 1

Statistique Canada, Recensement 2016, CO-1753, Tableau 4

Topo 2012

Production et mise à jour :

Mady Ouédraogo et Mahamane Ibrahima, DRSP/DA/SID



Une communauté bienveillante envers les personnes âgées

Modèle inspiré de la communauté bienveillante envers les personnes âgées du réseau local de services Jeanne-Mance

Le 24 avril 2023



PERSONNES ÂÎNÉES (PA)

- PA de 65 ans + en situation socioéconomique précaire
- PA les plus à risque d'isolement social par cumul de facteurs de risque : vivre seule, incapacité, sous la mesure de faible revenu, 80 ans +, trouble de l'humeur ou anxiété
- Hétérogénéité des PA : autonomie, santé, participation, inclusion sociale
- Attention spécifique aux PA avec troubles neurocognitifs ou problèmes de santé mentale

QUATRE COMPOSANTES

1. REPÉRAGE ET ACCOMPAGNEMENT

Créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées vulnérables ou isolées et de les accompagner vers les services appropriés

2. PROMOTION ET PRÉVENTION

Implanter des programmes adaptés de promotion de la santé, de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales

3. MILIEUX DE VIE ET ENVIRONNEMENTS BÂTIS

Aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires

4. RÉSEAU DE PROXIMITÉ-AMI DES PA

Bâtir un réseau de proximité-ami des PA composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les PA vulnérables dans leur quotidien par des gestes simples d'entraide, avec un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie

RÉSULTATS INDIVIDUS

- Autonomie
- Qualité de vie, bien-être général
- Actualisation de soi, sentiment d'utilité
- Santé physique, cognitive, sociale, psychologique et spirituelle
- Participation sociale et citoyenne
- Réseau social sur qui compter
- Résilience individuelle

RÉSULTATS COMMUNAUTÉ

- Inclusion sociale, absence d'âgisme et de racisme
- Équité, cohésion sociale intra et intergénérationnelle
- Résilience communautaire
- Environnements et milieux de vie adaptés



RÉSEAU DES PARTENAIRES COMMUNAUTAIRES, PUBLICS ET PRIVÉS

- CIUSSS, organismes communautaires, EÉSAD, Ville de Montréal-arrondissement, habitation, pharmacies communautaires, Réseau résilience Aîné.es Montréal, etc.



RÉSEAU DE PROXIMITÉ-AMI DES PA VULNÉRABLES

- Proches aidant.e.s, famille, ami.e.s, voisinage, concierges, maison des jeunes, services de proximité, etc.



INFRASTRUCTURE DE COORDINATION INTERSECTORIELLE DE PROXIMITÉ

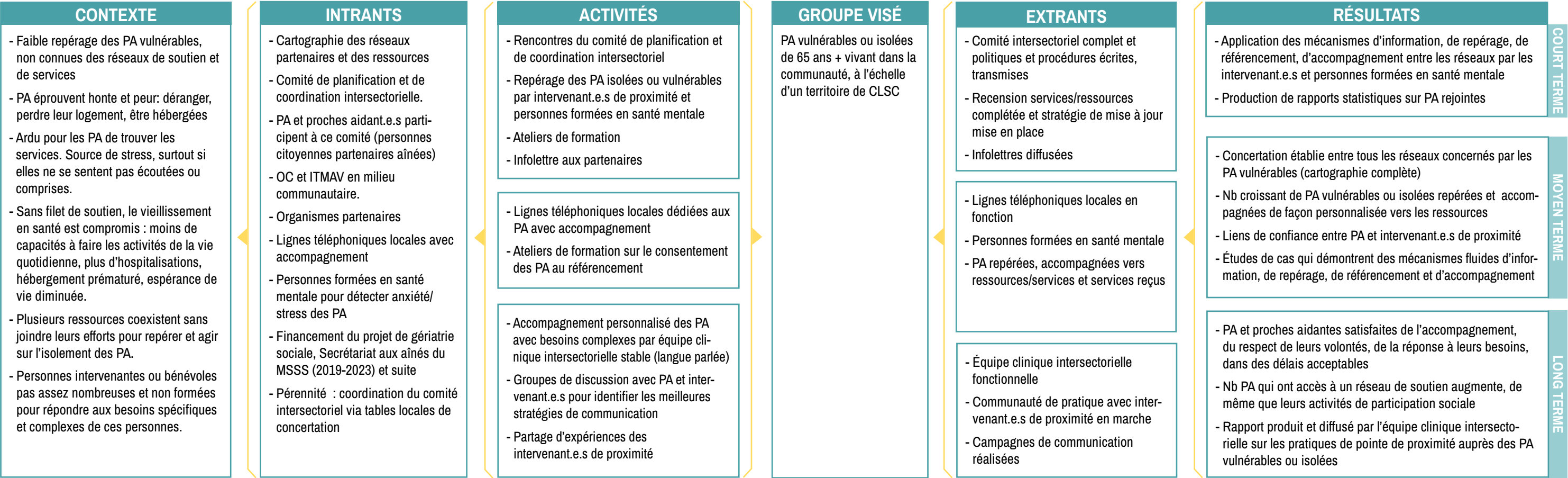
- Comité de planification et de coordination intersectorielle dans la communauté
- Équipe intersectorielle d'intervenant.e.s auprès des PA les plus vulnérables ou isolées
- Équipe de soutien clinique, scientifique et éducatif pour le transfert des connaissances et le développement des compétences des PA, intervenantes, bénévoles et citoyennes du réseau de proximité

Repérage et accompagnement des personnes âgées vulnérables ou isolées

Le 24 avril 2023



OBJECTIF : Créer un réseau de partenaires capables de repérer les personnes âgées (PA) vulnérables et isolées dans leur milieu de vie, d’entrer en contact avec elles, de les accompagner vers les services appropriés et de favoriser leur autonomie de même que leur participation sociale



HYPOTHÈSES

- Bâti sur ce qui existe donne confiance aux partenaires.
- Impliquer les PA pour mieux répondre à leurs besoins, les autonomiser, améliore l'estime de soi.
- Rencontrer dans leur langue parlée les PA isolées dans les lieux où elles se trouvent permet de bâtir une relation de confiance et d'offrir une réponse plus rapide et complète aux besoins.
- Multiplier les canaux pour diriger les PA et intervenant.e.s vers les lignes téléphoniques locales permet une utilisation optimale des ressources de la communauté.
- Harmoniser les outils et moyens de communication, les règles de confidentialité et de référencement entre les réseaux permet une fluidité des interventions.
- Créer une équipe intersectorielle d'intervenant.e.s stable améliore les compétences de communication auprès des PA.
- Offrir des événements de participation sociale attirants pour les PA permet de façon indirecte à l'équipe intersectorielle d'entrer en contact et de développer des liens de confiance.

FACTEURS EXTERNES/ENJEUX

+ Concertations locales des PA et personnes proches aidantes mobilisées

+ Expériences de personnes formées en santé mentale

+ Soutien en organisation communautaire solide

+ Présence des communautés soignante, compatissante et résiliente

+ Plus d'une vingtaine de ressources dédiées spécifiquement aux PA

+ Initiatives ancrées dans le milieu communautaire: intervenant.e.s de milieu répartis dans plusieurs organismes (soutien clinique par SAPA)

+/- Forte présence de logement social pour PA sur le territoire

- Faible référence aux lignes téléphoniques aînées qui sont peu connues

- Insuffisance des ressources financières, matérielles et humaines

ENJEUX: Importance de sortir du cadre habituel et d'être créatif. Être à l'écoute des PA. S'assurer de la disponibilité des services. Focus sur les PA plus vulnérables.

STRATÉGIES/PRINCIPES

- Vision commune, objectifs clairs
- Participation des PA/proches aidantes et soutien à leur empowerment
- Réponse aux besoins des PA selon leur trajectoire de vie
- Concertation des efforts, conjugaison des expertises, utilisation des leviers disponibles sur le territoire
- Intervenir localement à l'échelle du territoire de CLSC (quartier)
- Leadership solide du réseau des partenaires
- Continuum et accessibilité des services et ressources
- Reconnaissance des tables locales de concertation des PA
- Mobilisation et intégration du milieu communautaire
- Ancrage des CLSC dans la communauté
- Repérage et référencement, accompagnement et liaison
- Formation et développement des compétences (intervenant.e.s et bénévoles)
- Ressources humaines et financières adéquates pour tous les réseaux
- Durabilité et pérennité

VALEURS

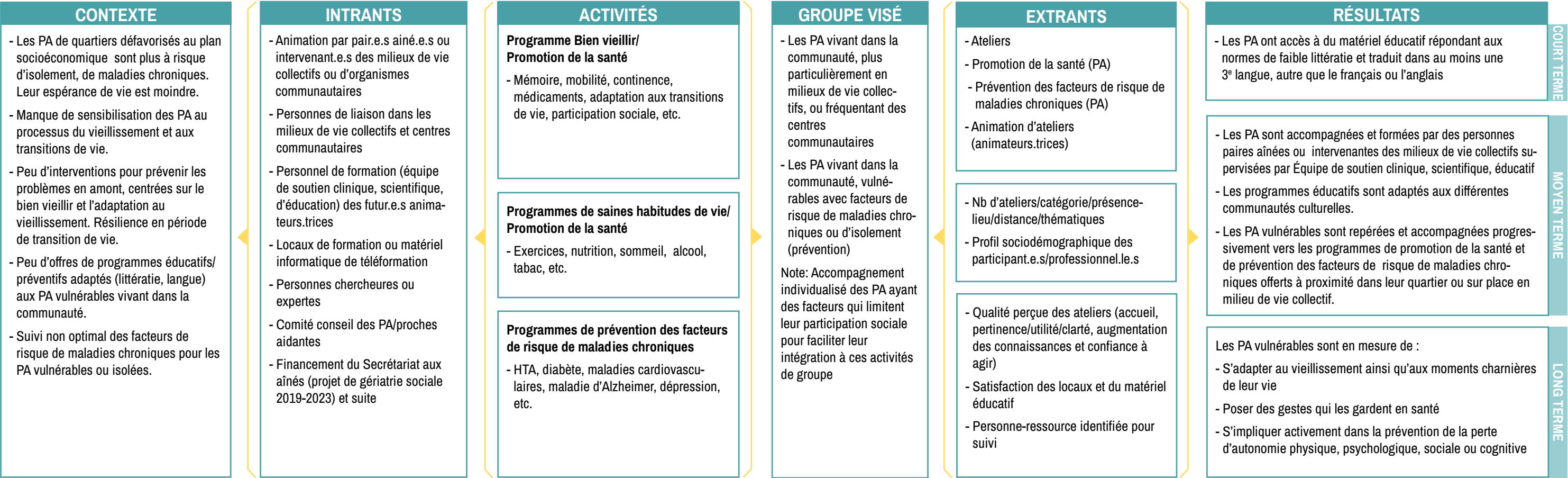
- Respect de la dignité humaine des PA
- Respect de l'expertise de chaque réseau et des savoirs expérientiels des PA/proches aidantes
- Égalité entre les réseaux
- Engagement
- Collaboration et partage

Promotion de la santé et prévention des facteurs de risque de maladies chroniques

Le 24 avril 2023



OBJECTIF : Implanter des programmes adaptés de promotion de la santé, de prévention des facteurs de risque de maladies chroniques physiques et mentales offerts aux personnes âgées (PA), dont les plus vulnérables



HYPOTHÈSES

- Les PA sont en mesure d'adopter des comportements sains si on leur offre des programmes de promotion de la santé et de prévention adaptés à leurs besoins, leur niveau de littératie et leur langue.
- Les interventions par les personnes paires aînées en matière d'éducation à la santé et à la gestion des maladies chroniques sont efficaces.
- Les interventions de groupe faites dans les milieux de vie des PA facilitent l'accès aux programmes et stimulent la socialisation des personnes qui y participent. C'est un moment clé pour tisser des liens avec ces personnes.
- Les PA sans littératie numérique peuvent développer des habilités suffisantes pour participer à des activités en ligne, avec le soutien adéquat.

FACTEURS EXTERNES

- + Le vieillissement en santé est une priorité nationale de santé publique depuis décembre 2021.Travaux débutés pour réviser le modèle VES et établir des priorités d'action en promotion de la santé et prévention.
- + Les expert.e.s de contenu en promotion de la santé et prévention sur le vieillissement sont diversifié.e.s et désirent diffuser des données probantes dans la communauté (ex. CRIUGM/AvantÂge, DRSP de Montréal, autres DSP, CRÉGES).
- + Des spécialistes en littératie en santé existent et sont prêt.e.s à collaborer.
- + Des expériences en gestion des maladies chroniques par des personnes paires aînées ont été réalisées au Québec avec succès.
- Financement peu accessible pour l'adaptation, la traduction et la mise à jour d'outils de promotion de la santé en général.

STRATÉGIES/PRINCIPES

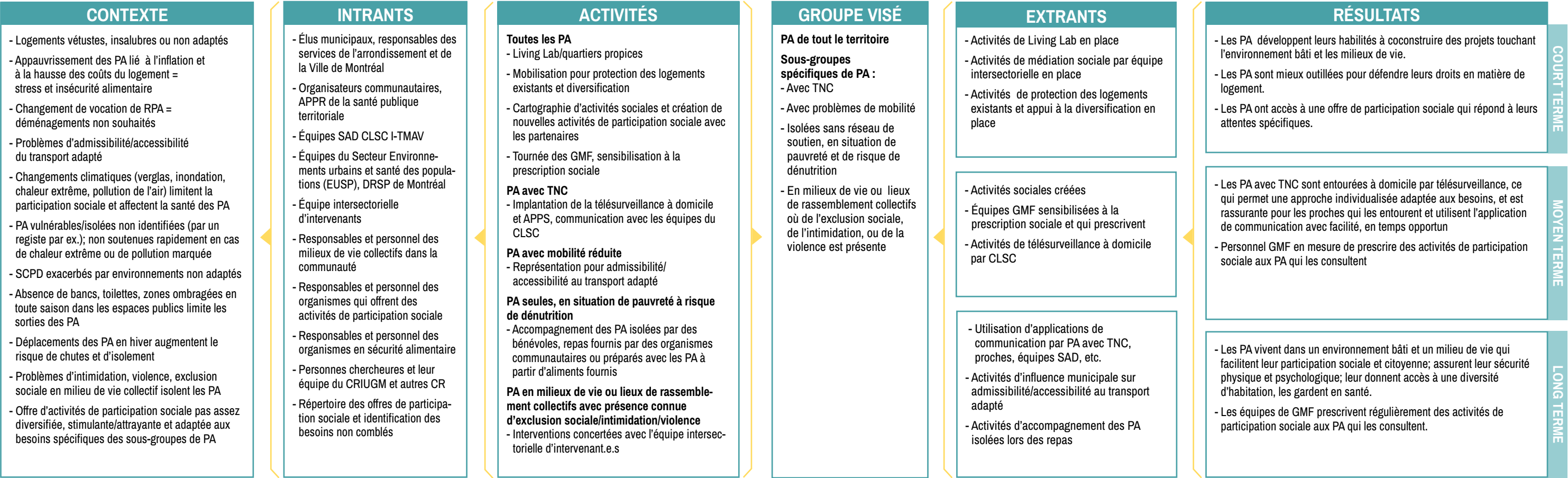
- Création de liens avec des personnes chercheuses prêtes à diffuser leurs données probantes sous forme de programmes éducatifs et préventifs dans la communauté
- Recrutement, formation et coaching de personnes paires aînées possédant les savoirs expérientiels et les compétences requises ainsi que d'intervenant.e.s communautaires en qui les PA ont confiance pour l'animation d'ateliers
- Adaptation des outils éducatifs en matière de littératie et de langue
- Développement et validation des outils par un comité conseil de PA vulnérables et de personnes proches aidantes
- Activités d'évaluation formatrice régulières pour ajuster les contenus et les stratégies de diffusion et de transfert des activités éducatives et préventives

Environnements bâtis favorables à la santé et milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires

Le 24 avril 2023



OBJECTIF : Aménager des environnements bâtis favorables à la santé et des milieux de vie inclusifs, stimulants et sécuritaires pour les personnes âgées (PA)



HYPOTHÈSES

- Les environnements bâtis plaisants, sécuritaires et accessibles favorisent la participation sociale.
- La priorisation du déneigement/déglaçage dans les zones de forte affluence piétonne, à proximité d'axes de transport collectif où il y a une forte densité de PA, facilite les déplacements des PA.
- Les corridors piétonniers continus, sans obstacle, favorisent la marche.
- L'offre diversifiée d'activités de participation sociale répond aux besoins/aspirations d'un plus grand nb de PA.
- Les actions en amont pour le logement et autres conditions de vie préviennent les situations d'itinérance des PA.
- L'accès à l'alimentation et l'accompagnement lors des repas réduisent les risques de dénutrition des PA isolées.
- L'information sur les activités sociales facile à trouver/compréhensible/en plusieurs langues permet à plus de PA de participer.
- Le développement d'activités/habitations intergénérationnelles diminue les comportements d'âgisme.
- L'accompagnement des PA isolées vers des activités de participation sociale facilite leur intégration.
- La médiation sociale dans les milieux de vie collectifs diminue l'intimidation/exclusion sociale.
- L'action de l'équipe intersectorielle aide à résoudre des problèmes complexes en milieux de vie/lieux de rassemblement collectifs de PA vulnérables, en situation socioéconomique précaire.
- Les activités de prescription sociale par des médecins de famille peuvent favoriser la participation sociale.
- L'ajout de systèmes de télésurveillance à domicile et d'APPS facilite la communication et la sécurité des PA avec TNC et une communication plus harmonieuse avec les personnes qui les côtoient.
- L'approche du Living Lab coconstruit avec des PA et des partenaires crée des solutions communautaires adaptées à l'environnement et à la dynamique propre d'un quartier.

FACTEURS EXTERNES

- + Planification MADA à la Ville de Montréal en cours
- + PARI en santé publique (2022-2025)
- + Expérience action intersectorielle en milieux de vie collectifs en difficulté
- + Intervenant.e.s en santé publique et de proximité ayant de solides compétences en concertation intersectorielle
- + Organismes communautaires qui offrent des activités de participation sociale à proximité dans le quartier
- + Équipes de recherche prêtes à soutenir l'implantation de leurs innovations
- Temps/coûts associés à l'adaptation d'informations sur les activités de participation sociale des PA à faible niveau de littératie ou allophones, à la diffusion par différents canaux de communication, hormis réseau internet
- Aucun financement pour la mise à jour des activités de participation sociale
- Pénurie d'intervenant.e.s de proximité pour la médiation sociale dans les milieux de vie collectifs; pénurie de bénévoles pour accompagner les PA isolées aux activités de participation sociale
- + Lenteur des démarches et faibles leviers pour exiger des propriétaires l'amélioration de leurs logements en cas d'insalubrité
- Médecins de famille non sensibilisés aux activités de prescription sociale
- Manque de locaux ou location coûteuse pour tenir des activités de participation sociale

STRATÉGIES

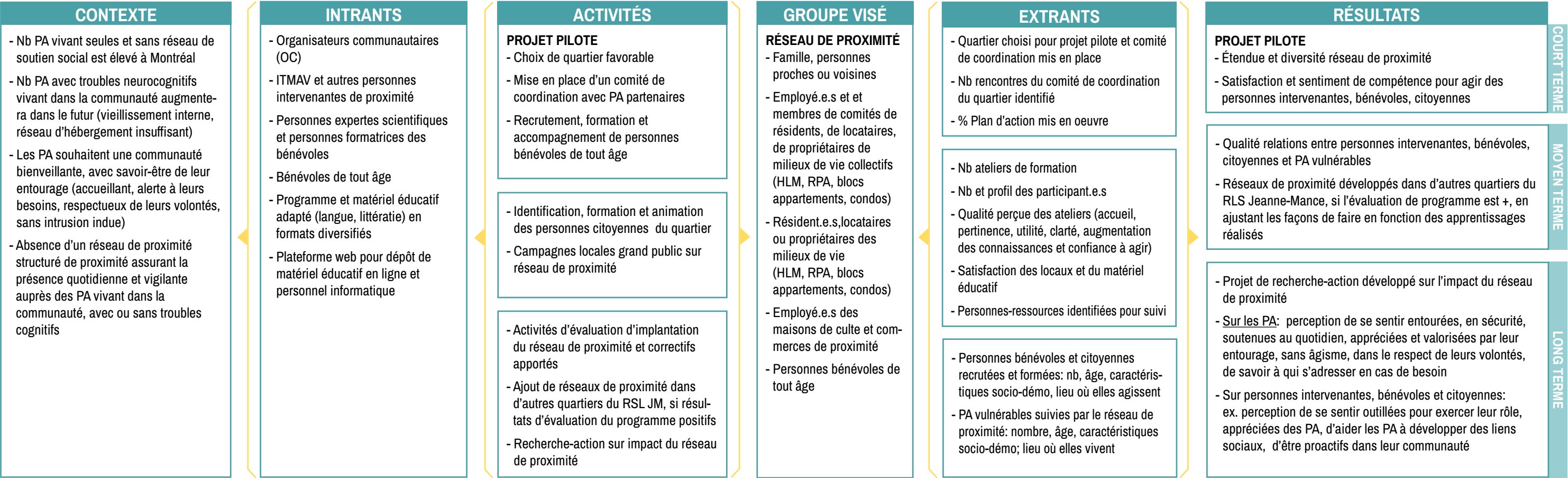
- Actions concentrées dans les lieux plus défavorisés socioéconomiquement
- Développement de l'empowerment des PA locataires (coûts, salubrité, entretien)
- Accompagnement des PA locataires lors de démarches auprès des propriétaires/autres instances
- Soutien d'actions collectives de protection (éviction/hausse abusive de loyer)
- Identification des PA vulnérables/isolées (registre, réseau ami des PA ou autre) pour intervenir rapidement
- Soutien au développement de solutions résidentielles diversifiées, dont habitations intergénérationnelles, avec adaptations aux incapacités physiques et neurocognitives
- Vigie des environnements urbains et de mobilité adaptés aux PA pour mobiliser partenaires de l'arrondissement ou de la Ville de Montréal
- Implantation de systèmes de télésurveillance à domicile et d'APPS pour PA avec TNC
- Répertoire d'activités de participation sociale et développement d'activités complémentaires
- Médiation sociale dans les milieux de vie/lieux de rassemblement collectifs où intimidation et exclusion sociale sont plus marquées
- Accompagnement des PA isolées vers des activités de participation sociale
- Sensibilisation des médecins de famille de GMF et leur équipe à la prescription sociale
- Participation à des concertations pour exercer de la pression sur les élus municipaux, provinciaux et fédéraux (changements législatifs et ressources nécessaires en matière de milieux de vie favorables à la santé répondant aux besoins spécifiques des PA)

Réseau de proximité-ami des personnes âgées

Le 24 avril 2023



OBJECTIF: Bâtir un réseau de proximité-ami des personnes âgées composé de personnes citoyennes de tout âge qui interagissent avec les personnes âgées (PA) vulnérables dans leur quotidien par des gestes simples d'entraide, avec un savoir-être respectueux et chaleureux ainsi que le souci de leur bien-être et de leur autonomie



HYPOTHÈSES

- Un réseau de proximité bienveillant qui agit au quotidien prévient l'isolement.
- Des gestes simples peuvent faire la différence pour une PA isolée ou vulnérable.
- Un réseau de proximité bienveillant pour les PA avec TNC leur permet de demeurer dans la communauté plus longtemps, améliore leur intégration sociale et prévient l'épuisement des personnes proches aidantes.
- Les bénévoles de tout âge, en contribuant à construire ce réseau, créent une solidarité intergénérationnelle qui agit contre l'âgisme.
- Former les bénévoles et citoyen.ne.s du réseau de proximité au vieillissement normal, aux transitions de vie que traversent les PA, à la façon de communiquer avec des PA avec TNC, problèmes d'audition, de vision, d'aphasie leur permet d'accompagner les PA avec plus d'assurance, tout en développant leur savoir-être.
- Former les personnes citoyennes du réseau de proximité à orienter les PA qui ont des besoins vers les lignes téléphoniques locales dédiées aux PA permet une réponse plus rapide et complète à leurs besoins.

FACTEURS EXTERNES

- + Expériences positives d'entraide spontanée entre les personnes citoyennes des quartiers durant la pandémie
- + OC et ITMAV ancrés dans les quartiers, avec l'appui des tables de concertation des PA
- + Organismes communautaires ont l'expérience de recruter, former et accompagner les bénévoles
- + Organismes scientifiques prêts à développer, évaluer et transférer contenus et stratégies éducatives
- + Guide pratique pour un Commerce ami des aînés (MSSS)
- + Expériences réussies de formation en ligne sur le vieillissement pour les personnes citoyennes (projets RADAR et REVA, Fondation AGES)
- Certaines PA refusent l'aide proposée, par exemple suite à des problèmes de santé mentale ou de troubles neurocognitifs
- Recrutement des bénévoles en période postpandémique
- Aucun financement dédié et pérenne pour: soutien au transfert/mise à jour des connaissances et accompagnement des personnes bénévoles

STRATÉGIES

- Cartographie des milieux de vie des PA vulnérables et des services de proximité dans les quartiers, avec l'aide de partenaires
- Recrutement de bénévoles, entre autres, de personnes retraitées du CCSMTL pour l'animation d'ateliers de formation aux citoyen.ne.s et soutien à la création du réseau de proximité avec les intervenant.e.s
- Activités de communication destinées au grand public pour faire connaître le réseau de proximité, promouvoir le recrutement des bénévoles et l'inscription de citoyen.ne.s au réseau de proximité et aux formations
- Adaptation des outils éducatifs (littératie, langue) et validation des outils par des PA vulnérables
- Activités de formation destinées aux bénévoles et citoyen.ne.s
- Projet pilote dans un quartier favorable et, si évaluation positive du programme, extension à d'autres quartiers
- Recherche-action pour évaluer l'impact du réseau de proximité



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

Québec

