



# RAPPORT SUR L'ÉCHANGE MEILLEURS CERVEAUX

VOIES ET APPROCHES NOVATRICES POUR INTÉGRER  
LES SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU  
COMMUNAUTAIRE AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES  
OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL  
AU CANADA

Événement organisé par les Instituts de recherche en santé du Canada  
en collaboration avec Santé Canada

SALLE DE CONFÉRENCE DES IRSC  
160, RUE ELGIN  
OTTAWA (ONTARIO)  
28 NOVEMBRE 2017

Le présent rapport a été préparé pour Santé Canada. Son contenu reflète les documents présentés aux participants et les discussions tenues lors de l'échange Meilleurs cerveaux du 28 novembre 2017. Il ne correspond pas forcément aux opinions de Santé Canada et des Instituts de recherche en santé du Canada.



## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| 1. Sommaire .....  | 4  |
| 2. Contexte.....   | 7  |
| Au sujet de l'échange Meilleurs cerveaux .....   | 7  |
| Objectifs de la réunion.....   | 9  |
| Participants .....   | 9  |
| Aperçu de la réunion.....  | 10 |
| 3. Accueil et mot de bienvenue .....   | 10 |
| 4. Contexte : Portrait du vieillissement en milieu rural au Canada .....   | 12 |
| Première réalité : La proportion et la situation des personnes âgées vivant en milieu rural diffèrent d'une province à l'autre .....         | 12 |
| Deuxième réalité : Il existe plusieurs types de milieux ruraux .....   | 13 |
| Troisième réalité : Les personnes âgées vivant dans les collectivités rurales ont des profils divers.....                                    | 14 |
| Question finale : Les personnes âgées vivant en milieu rural doivent-elles déménager pour recevoir des soins de qualité? .....               | 14 |
| Conclusions et prochaines étapes .....   | 15 |
| 5. Voies et approches novatrices : Intégrer les soins de santé primaires offerts aux personnes âgées en milieu rural au Canada et plus ..... | 16 |
| Le passage des soins de santé à la santé .....   | 16 |
| Une société vieillissante, ce n'est pas qu'une question de personnes âgées .....   | 17 |
| Importance des aidants naturels et des réseaux de soutien .....  | 18 |
| Création de collectivités solidaires .....   | 18 |
| Discussion.....  | 22 |
| 6. Innovations dans les soins aux personnes âgées dans tout le Canada rural .....  | 23 |
| Exploitation de la main-d'œuvre cachée .....   | 23 |
| Facteurs à prendre en compte dans l'élaboration de modèles de soins et de soutien.....   | 26 |
| Discussion.....  | 26 |
| 7. Défis et possibilités relativement à l'intégration des soins communautaires pour les personnes âgées dans les collectivités rurales ..... | 29 |
| Soins intégrés pour les personnes âgées .....  | 29 |
| Besoins complexes en matière de soins : ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas .....  | 30 |



|  |    |
|--|----|
| Recommandations .....  | 31 |
| Discussion.....  | 31 |
| 8. Discussion guidée : Rassembler des exemples .....                       | 34 |
| 9. Discussion guidée : Faire en sorte que les innovations persistent ..... | 45 |
| 10. Mot de la fin.....   | 52 |
| 11. Bibliographie .....  | 53 |
| Annexe 1 : ORDRE DU JOUR.....  | 57 |
| Annexe 2 : Biographies des conférenciers et de l’animateur .....           | 60 |



## 1. SOMMAIRE

Il existe actuellement beaucoup de solutions pratiques et rentables pour aider les personnes âgées vivant en milieu rural à rester plus longtemps chez elles, dans leur collectivité, plutôt que de déménager dans un établissement de soins actifs ou de longue durée. Certaines de ces approches et pratiques novatrices peuvent être issues de la collectivité, d'autres des différents ordres de gouvernement ou du secteur des soins de santé, ou encore des secteurs à but lucratif ou non lucratif.

Puisque l'on dispose déjà de bon nombre d'approches prometteuses, il importe en premier lieu d'apprendre de ce qui existe déjà plutôt que de réinventer la roue lorsque l'on cherche des solutions. Les pratiques et approches qui se sont révélées efficaces dans une collectivité rurale peuvent souvent être adaptées à d'autres collectivités rurales – à condition que les besoins singuliers de la collectivité et de ses habitants soient expressément pris en compte.

C'est la raison pour laquelle les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), en collaboration avec Santé Canada, ont réuni, le 28 novembre 2017, des experts et des intervenants clés dans le cadre d'une rencontre de type « échange Meilleurs cerveaux » (EMC). L'objectif de cet EMC était de recenser les méthodes qui fonctionnent, et les raisons de leur efficacité, pour l'intégration des soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires offerts aux personnes âgées vivant en milieu rural.

### Points clés à retenir de l'EMC :

- **Le contexte local compte :** La première étape dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes efficaces consiste à communiquer avec les collectivités locales, y compris les aînés, les membres de leur famille et les aidants, et à les consulter. Les collectivités ont besoin de pouvoir identifier leurs propres besoins, notamment en matière de soutien, ainsi que les caractéristiques et les besoins particuliers de leurs résidents âgés. Une approche uniformisée fonctionne rarement. Les services doivent être souples, axés sur les besoins de chaque personne âgée et de ses aidants, et recouper les contextes de prestation des soins. Pour cela, on peut :
  - mobiliser des champions locaux pour intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire;
  - recruter et former des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP) provenant de la collectivité;
  - miser sur les atouts existants d'une collectivité (p. ex. les entreprises locales, les clubs philanthropiques, les services municipaux, les organisations caritatives, les organismes confessionnels);
  - intégrer des services de soutien officiels et informels, notamment les médecins de famille et les travailleurs en santé communautaire;
  - doter les fournisseurs de soins locaux des outils et de la formation nécessaires pour repérer tôt les personnes âgées à risque (ainsi que les besoins de leurs aidants familiaux);



- élargir l'équipe des soins en milieu communautaire au-delà des fournisseurs de soins de santé classiques pour y inclure les professionnels des services sociaux, les bénévoles des collectivités et les membres de la famille.
- **La santé plutôt que les soins de santé** : Dans l'ensemble, le paradigme évolue d'un accent mis sur les soins de santé vers un accent mis sur la santé. Outre les soins de santé, cette démarche vise à répondre aux difficultés fonctionnelles d'une personne qui sont souvent liées à des aspects autres que de soins de santé, comme le logement, les transports et les liens sociaux. Les solutions les plus concluantes pour alléger ces difficultés émanent souvent des collectivités, en partenariat avec les autorités sanitaires locales, des organisations non gouvernementales et d'autres intervenants.
- **Définir le terme « domicile » de manière générale** : Permettre aux personnes âgées fragiles de « vivre sur place » pourrait s'entendre de leur résidence principale ou au sein de leur collectivité (c.-à-d. une maison individuelle, une résidence-services ou autres types de logement avec services de soutien).
- **Rôle stratégique des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux** : Les participants reconnaissent très largement que les gouvernements doivent élaborer un cadre ou fournir une indication claire sur le type de société souhaitée pour nos citoyens âgés. Cette indication devrait comporter comme objectifs clés l'équité et l'accès. Le rôle du gouvernement consiste également à stimuler le changement par le biais des lois, des règlements et d'autres mesures de soutien qui favorisent la promotion et la prévention de la santé.
- **Mieux employer les professionnels sous-utilisés** : Un nombre accru d'administrations élargissent le champ d'activité des professionnels « à moyenne portée » comme le personnel infirmier et paramédical, les pharmaciens et d'autres fournisseurs de services, par exemple les travailleurs en santé communautaire, pour répondre aux questions d'accès dans les régions rurales. De plus en plus, le personnel paramédical est reconnu comme une ressource communautaire active 24 heures par jour, 7 jours par semaine, pouvant dispenser des soins primaires, d'urgence et préventifs améliorés, en particulier dans les régions rurales.
- **Former et soutenir les aidants naturels et les bénévoles** : Reconnaître, récompenser, soutenir et encourager les bénévoles et les aidants naturels, notamment la famille, les amis et les voisins.
- **Valoriser le rôle des préposés aux services de soutien à la personne** : Pour améliorer le recrutement et le maintien en poste, il est nécessaire d'accroître la reconnaissance et le soutien à l'égard des PSSP, d'améliorer leur rémunération et de leur offrir des cheminements de carrière.
- **Utiliser la technologie** : Il peut s'agir d'une plateforme sur laquelle une équipe de professionnels de la santé peut s'appuyer. Miser sur la technologie peut être aussi simple qu'un appel téléphonique pour se rassurer, ou aussi compliqué qu'un domicile équipé de capteurs biométriques.
- **Établir la preuve de ce qui fonctionne** : L'utilisation de cadres de science de la mise en œuvre (p. ex. le Cadre consolidé pour la recherche sur la mise en œuvre) pour évaluer des interventions novatrices et les mettre en œuvre contribue à dévoiler des facteurs critiques ayant une incidence sur la mise en œuvre à plusieurs niveaux.



- **Faire connaître ce qui fonctionne** : Un fichier national des innovations réussies pour les personnes âgées vivant en milieu rural aiderait les collectivités et d'autres intervenants à repérer les solutions éprouvées ou prometteuses.
- **Comblent les lacunes de la recherche** :
  - les aidants naturels et les réseaux de soutien constituent la catégorie de ressources humaines qui fait le moins l'objet de recherches pour ce qui est de la prestation de soins aux personnes âgées;
  - une recherche axée sur la collectivité, appuyée par un réseau de chercheurs, pour évaluer les innovations locales prometteuses;
  - plus de données probantes sur les questions auxquelles les personnes âgées sont confrontées en milieu rural;
  - des données communautaires et une recherche rigoureuse sur la mise en œuvre;
  - un programme national de recherche en milieu rural et des cadres d'évaluation de la recherche;
  - le renforcement des fonds de données et l'évaluation des interventions seront essentiels;
  - élargissement et suivi des services paramédicaux communautaires;
  - financement accru de la recherche multidisciplinaire.
- **Élaborer une stratégie nationale pour le milieu rural** : Une telle stratégie pourrait tenir compte des différences singulières des régions rurales et s'harmoniser avec les priorités de financement et les priorités communautaires.



## 2. CONTEXTE

### Au sujet de l'échange Meilleurs cerveaux

Les échanges Meilleurs cerveaux (EMC) sont des réunions à huis clos d'une journée auxquelles participent des décideurs et des chercheurs ayant une expertise dans un domaine jugé hautement prioritaire par les ministères de la Santé des provinces et territoires et par le portefeuille fédéral de la Santé.

Les objectifs du programme EMC sont les suivants :

- 1) Fournir au ministère et au portefeuille de la Santé un aperçu des résultats les plus récents que les chercheurs ont observés d'après leur expertise et leurs connaissances sur des questions cruciales en lien avec le sujet précisé par le ministère et le portefeuille de la Santé;
- 2) Améliorer les connaissances des participants sur les résultats de la recherche sur le sujet, ainsi que leur accès à ces données; traiter les questions auxquelles le ministère et le portefeuille de la Santé font ou feront face;
- 3) Animer les tables rondes auxquelles prennent part les intervenants, les chercheurs et les décideurs;
- 4) Permettre au ministère et au portefeuille de la Santé de consulter les intervenants et les chercheurs pour recueillir leurs connaissances et leurs points de vue sur des questions particulières.

### Contexte politique

Aux fins du présent rapport, les collectivités rurales sont définies comme étant des lieux ayant une population de base de moins de 10 000 habitants et où moins de 50 % des habitants se rendent dans de grands centres urbains pour travailler. Les Canadiens vivant dans ces collectivités n'ont pas le même accès aux soins de santé, les mêmes facteurs de risque pour la santé et les mêmes déterminants sociaux de la santé que leurs homologues des villes. Les services locaux de soins de santé et l'accès à des soins sûrs et de qualité sont souvent restreints, avec un nombre inférieur de fournisseurs de soins de santé vivant et exerçant dans les collectivités rurales. Notamment, ces difficultés peuvent toucher les personnes âgées de 65 ans et plus, qui pourraient être incapables de se déplacer pour accéder aux services requis. Les facteurs de risque pour la santé, comme le surpoids et le tabagisme, sont plus courants dans les régions rurales et cette population connaît également une incidence plus élevée de certaines maladies chroniques, de blessures et de mortalité<sup>1,2</sup>. Les revenus dans les régions rurales sont à l'évidence inférieurs à ceux des régions urbaines<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Mitura et Bollman. (Octobre 2003). Bulletin d'analyse — Régions rurales et petites villes du Canada, vol. 4, n<sup>o</sup> 6. Ottawa, ON. Statistique Canada.

<sup>2</sup> Institut canadien d'information sur la santé. (Septembre 2006). Comment se portent les Canadiens vivant en milieu rural? Une évaluation de leur état de santé et des déterminants de la santé. Ottawa, ON.

<sup>3</sup> Beckstead et al. (Janvier 2010). Villes et croissance : niveaux de gains selon les régions urbaines et rurales au Canada : le rôle du capital humain. Ottawa, ON. Statistique Canada.



Le Plan ministériel 2017-2018 de Santé Canada<sup>4</sup> désigne le soutien de l'innovation dans le système de santé et les modèles de soins comme étant une priorité. Une initiative clé consiste à établir des ententes pluriannuelles sur la santé avec les provinces et territoires en s'attachant à améliorer notamment les soins à domicile.

En outre, Santé Canada est déterminé à garantir des données scientifiques fiables et à faire progresser l'égalité des sexes en utilisant une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre. L'approche de politique du portefeuille de la Santé exige d'utiliser l'analyse comparative dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des travaux de recherche, lois, politiques, programmes et services afin de répondre aux différents besoins des femmes, des hommes, des filles, des garçons et des personnes de diverses identités de genre, comme il convient. Étant donné que le profil démographique des effectifs en santé, les soins assurés par les aidants naturels et le fardeau des maladies chroniques comportent un volet sexospécifique, l'analyse comparative fondée sur le sexe et le genre est un facteur important à prendre en compte.

### **Besoin reconnu d'éléments de preuve**

Le résultat prévu de l'EMC contribuera à dresser de façon éclairée un inventaire d'exemples d'approches pratiques, rentables, opportunes et tournées vers l'avenir que les administrations pourraient mettre en œuvre en vue de répondre aux besoins de leur système de soins de santé. Les représentants provinciaux et territoriaux, les personnes chargées de mettre en œuvre les systèmes de soins de santé et les principaux décideurs ont pris part aux discussions de l'EMC. Les éléments qui ont été examinés lors de l'EMC seront communiqués aux provinces et territoires par le Comité fédéral-provincial-territorial sur les effectifs en santé afin d'éclairer la prestation, la planification et la gestion des ressources humaines en santé des administrations.

Les conclusions des discussions l'EMC et de la recherche concordent bien avec l'Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé approuvé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, visant à renforcer le système de soins de santé. Avec le vieillissement de la population canadienne et la hausse des taux des maladies chroniques, les Canadiens auront besoin d'accéder à plus de services de soins de santé en dehors du contexte traditionnel des cabinets des médecins et des hôpitaux. Partout au Canada, toutes les administrations mettent en place de nouvelles approches pour améliorer l'accès à des services de soutien et de soins de santé essentiels au domicile et dans la collectivité, et réduire le recours à une infrastructure hospitalière plus onéreuse. En harmonie avec l'Énoncé de principes communs, des investissements fédéraux importants engagés sur plus de 10 ans viseront à améliorer l'accès aux ressources de soutien et aux services appropriés au domicile et dans la collectivité.

---

<sup>4</sup> Santé Canada, Plan ministériel 2017-2018. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/corporate/transparency/corporate-management-reporting/report-plans-priorities/2017-2018-rapport-plans-priorite.pdf>.



Le renforcement de la base de connaissances sur les approches novatrices pour intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires offerts aux personnes âgées vivant en milieu rural devrait compléter les efforts actuellement déployés pour élargir la prestation des soins de santé en milieu rural et permettre une approche plus axée sur le travail d'équipe. Par exemple, en février 2017, le Collège des médecins de famille du Canada et la Société de la médecine rurale du Canada ont organisé un sommet sur les soins de santé en milieu rural à l'occasion duquel des décideurs, des chercheurs et des médecins nationaux, provinciaux et régionaux ont signé un plan d'action pour la médecine rurale<sup>5</sup> afin de veiller à ce que les Canadiens vivant dans des collectivités rurales aient un accès équitable aux soins de santé primaires. Le rapport soulignait la nécessité de mettre en place des modèles de pratique pour fournir aux collectivités rurales des soins de santé adaptés à leurs besoins, et l'importance d'instaurer un programme national de recherche en milieu rural pour appuyer la planification de la main-d'œuvre rurale visant à améliorer l'accès aux soins axés sur le patient et sur la qualité. Les connaissances communiquées lors de l'EMC contribueront à poursuivre ces efforts.

## Objectifs de la réunion

Dans le cadre de son engagement d'aider les Canadiens à conserver une bonne santé ou à l'améliorer, le gouvernement du Canada s'attache à veiller à ce que les Canadiens vivant dans des collectivités rurales aient un accès équitable aux services de soins de santé. Le 28 novembre 2017, l'EMC avait pour objet de faire connaître les résultats de la recherche et de la mise en œuvre afin de créer un inventaire d'exemples d'approches pratiques, rentables et novatrices susceptibles d'être appliquées pendant les 10 à 15 années à venir.

L'EMC portait sur les questions de politique suivantes :

1. Quelles activités et pratiques prometteuses actuelles intègrent les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires pour les personnes âgées vivant dans tout le Canada rural?
2. Quelles sont les principales caractéristiques de ces activités et pratiques prometteuses grâce auxquelles les aînés en milieu rural peuvent rester plus longtemps chez eux?
3. Quelles sont les leçons essentielles tirées, y compris les éléments de réussite et les pièges courants, pour intégrer les soins de santé primaires aux soins à domicile et en milieu communautaire offerts aux personnes âgées vivant dans des collectivités rurales?

## Participants

La réunion de l'EMC a atteint sa capacité maximale, avec près de 30 participants de partout au Canada venus y assister à Ottawa, notamment des représentants des IRSC, de Santé Canada, des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, des autorités sanitaires régionales, le secteur des services communautaires, des associations de santé, le secteur du bénévolat et de bienfaisance, des organismes

---

<sup>5</sup> Faire avancer la médecine familiale rurale : Groupe de travail collaboratif canadien. (2017), [Plan d'action pour la médecine rurale](#). Mississauga, ON : Faire avancer la médecine familiale rurale : Groupe de travail collaboratif canadien.



de prestation de soins de santé, le secteur de la technologie de la santé, des groupes d’infirmiers et de médecins, des universitaires, des services d’urgence, et des organismes de soins aux personnes âgées.

### Aperçu de la réunion

*Le programme de la réunion ainsi que les biographies des conférenciers et de l’animateur sont fournis aux annexes 1 et 2 du présent rapport.*

Les principaux sujets ont été abordés dans le cadre de quatre exposés :

- *Présentation du contexte – Portrait du vieillissement en milieu rural au Canada : **Janice Keefe**, professeure et directrice, Centre de recherche sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse, Université Mount Saint Vincent*
- *Voies et approches novatrices : Intégrer les soins de santé primaires offerts aux personnes âgées vivant en milieu rural au Canada et plus : **Paul Williams**, professeur, Institut des politiques, de la gestion et de l’évaluation de la santé, Université de Toronto*
- *Innovations dans les soins aux personnes âgées dans tout le Canada rural : **Samir Sinha**, directeur du service gériatrie, Sinai Health System, et professeur agrégé, Institut des politiques, de la gestion et de l’évaluation de la santé, Université de Toronto*
- *Difficultés et possibilités d’intégrer les soins communautaires offerts aux personnes âgées dans les collectivités rurales : **Grace Warner**, professeure agrégée, École d’ergothérapie, école des sciences infirmières, Département de santé communautaire et d’épidémiologie, Université Dalhousie*

Une courte période de questions concluait chaque exposé. Les conférenciers et les participants se sont engagés dans des discussions dirigées, et un dialogue ouvert entre participants a suivi la règle de Chatham House.

## 3. ACCUEIL ET MOT DE BIENVENUE

**Coprésident et animateur : Yves Joannette**, directeur scientifique, Institut du vieillissement, Instituts de recherche en santé du Canada

**Coprésidente : Helen McElroy**, directrice générale, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Santé Canada

Mme McElroy et Monsieur Joannette (Ph. D.) ont souhaité la bienvenue aux participants à la réunion de l’ECM et les ont remercié de venir faire part de leurs connaissances et de leur expérience sur un sujet qui compte pour de nombreux Canadiens.

Permettre aux personnes âgées fragiles de vieillir sur place constitue une difficulté tant en milieu urbain que rural, mais il peut se révéler particulièrement difficile dans les régions rurales où les soins et les ressources de soutien peuvent être limités, voire inexistantes. Comme l’expliquait Mme McElroy, l’objectif de l’ECM est de recenser des exemples de voies et d’approches novatrices qui sont pratiques, rentables, opportunes et tournées vers l’avenir, ainsi que de dégager des approches et des leviers



pouvant être adoptés par les administrations pour accroître les chances de réussite de la mise en œuvre d'une solution.

Pour Santé Canada, cet EMC procure une occasion de favoriser les connaissances, l'échange et le dialogue pour soutenir les décideurs, les chercheurs et les intervenants des provinces et territoires qui s'efforcent d'améliorer la prestation des soins de santé. Il importera que les gouvernements, les universitaires et d'autres intervenants collaborent pour implanter les changements de système requis en vue de mieux intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires pour les personnes âgées au Canada.

Monsieur Joannette a mentionné que l'objectif de l'EMC n'était pas forcément de « réinventer la roue » et d'arriver avec des innovations qui n'ont pas encore été essayées. Il vise plutôt à dégager des approches et des pratiques éprouvées ou prometteuses qui permettent aux personnes de vivre chez elles et dans leurs collectivités dans des régions rurales, et à désigner des domaines nécessitant plus de recherche.

### **Collectivités autochtones rurales**

Selon M. Joannette, pour que la portée de l'EMC puisse demeurer gérable, il a été décidé aux fins de la présente réunion de ne pas s'axer sur une population précise, par exemple les Autochtones âgés vivant en milieu rural. Santé Canada et les IRSC reconnaissent tous deux l'existence de disparités prononcées dans la santé et l'accès aux soins des Autochtones dans tout le Canada rural. Monsieur Joannette a ajouté que les IRSC et l'ensemble des directeurs des instituts sont déterminés à améliorer la santé des Autochtones, et puisent une grande part de leur inspiration dans de nombreuses valeurs de la culture autochtone, y compris ses attitudes respectueuses envers les aînés.



## 4. CONTEXTE : PORTRAIT DU VIEILLISSEMENT EN MILIEU RURAL AU CANADA

*Janice Keefe, professeure et directrice, Centre de recherche sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse, Université Mount Saint Vincent*

### Première réalité : La proportion et la situation des personnes âgées vivant en milieu rural diffèrent d'une province à l'autre

Un examen des statistiques démographiques à l'échelle nationale seulement ne brossera pas un portrait complet ni forcément exact des Canadiens âgés en milieu rural ou des collectivités dans lesquelles ils vivent. Par exemple, certaines collectivités rurales<sup>6</sup> comptent un pourcentage élevé de personnes âgées parce que ces dernières s'y sont installées à leur retraite. D'autres collectivités rurales connaissent une forte proportion de personnes âgées qui y ont vécu toute leur vie et jouissent donc de liens familiaux et sociaux plus forts. D'autres collectivités peuvent encore accuser une forte proportion de personnes âgées parce que les habitants en âge de travailler les ont quittées pour faire des études et chercher un emploi. Cela peut restreindre la disponibilité de soutien familial puisque la famille vivra à distance.

Alors que chaque collectivité rurale est unique en son genre, la plupart d'entre elles ont un défi démographique commun : l'ensemble de leur population de résidents ruraux diminue en tant que pourcentage de la population provinciale totale du fait que les jeunes les quittent pour aller chercher du travail et faire des études (cette tendance est plus lente au Canada atlantique). En conséquence, les populations rurales vieillissent plus rapidement que les populations urbaines.

Quelques données démographiques :

- **La cohorte des plus de 75 ans croît** : Le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans devrait augmenter dans toutes les provinces entre 2016 et 2020.
- **Le Canada atlantique remonte la tendance nationale** :
  - La région compte proportionnellement plus de personnes âgées de plus de 75 ans que d'autres provinces.
  - Les populations rurales demeurent stables en Nouvelle-Écosse (40 à 45 %) et à Terre-Neuve-et-Labrador (40 %), par rapport à une chute d'environ 20 % dans les populations rurales à l'échelle nationale.
  - Terre-Neuve-et-Labrador, qui affichait l'âge médian le plus bas au Canada (dans les années 1970), accusait l'âge médian le plus élevé en 2010 et en 2015.
- **Le visage jeune de l'Alberta** : L'âge médian le plus bas au Canada se trouve désormais en Alberta. Les régions rurales de l'Alberta enregistrent également un âge médian inférieur à celui des régions rurales d'autres provinces.

---

<sup>6</sup> Dans le cadre de cet exposé, une collectivité rurale s'entend de la population vivant à l'extérieur d'agglomérations de 1 000 habitants ou de la population vivant à l'extérieur d'agglomérations de 400 âmes ou plus par kilomètre carré (Source : Statistique Canada).



- **Les femmes vivant en milieu rural demeurent majoritaires** : En moyenne, on compte plus de femmes de 65 ans et plus dans les régions rurales que d’hommes de cette même catégorie d’âge.

## Deuxième réalité : Il existe plusieurs types de milieux ruraux

Pour bien déterminer les ressources dont les résidents ruraux âgés ont besoin pour vivre plus longtemps chez eux, il est essentiel de comprendre leurs besoins et leurs caractéristiques, ainsi que les difficultés et les possibilités auxquelles eux-mêmes et leur collectivité font face.

Souvent, les suppositions faites au sujet de la vie en milieu rural ne reflètent pas la réalité. Deux points de vue opposés très répandus sont d’une part que les collectivités rurales sont isolées et manquent de services officiels, et d’autre part que les collectivités rurales sont des lieux chaleureux et amicaux où les personnes âgées ont accès à des ressources et à de l’aide.

Toutefois, ces suppositions ne reposent pas forcément sur des données probantes. Les travaux de recherche de Mme Keefe ont fait ressortir trois caractéristiques principales qui différencient la solidarité communautaire :

- 1) la taille de la population (les petites collectivités rurales bénéficient d’une plus grande solidarité communautaire);
- 2) la proportion d’habitants y vivant depuis longtemps (une plus grande proportion d’habitants de longue durée est associée à une plus grande solidarité communautaire);
- 3) la proportion de personnes âgées (une plus grande proportion de personnes âgées est associée à une plus grande solidarité communautaire).

Des études de cas sur le milieu rural ont révélé que la capacité des personnes âgées à répondre à leurs besoins dépend de leurs ressources matérielles, sociales et économiques ainsi que de leur accès à l’information.

| Localisation physique   | Aspects sociaux   |
|---|---|
| Taille de la population   | Proportion de personnes âgées                           |
| Distance d’un centre urbain   | Nombre de femmes  |
| Ressources des services de soins continus   | Revenu du ménage  |
| Changement climatique (élévation du niveau de la mer et incidence sur les infrastructures locales des collectivités côtières) | Emploi à temps partiel ou pendant une partie de l’année |
|   | Habitants de longue durée                               |

Dans son exposé, Mme Keefe a souligné que les décideurs devraient éviter de mettre en œuvre une solution uniformisée pour toutes les collectivités rurales. Il faudrait déterminer les besoins singuliers et les caractéristiques physiques et sociales de chaque collectivité avant d’élaborer ou de mettre en œuvre un soutien ou une intervention.



## Troisième réalité : Les personnes âgées vivant dans les collectivités rurales ont des profils divers

Une recherche approfondie menée auprès de groupes cibles dans trois collectivités rurales en Alberta, en Nouvelle-Écosse et en Ontario a révélé des genres très différents de personnes au sein de chaque collectivité. Des groupes différents de personnes âgées ont des besoins différents et leur capacité à les satisfaire dépend de leurs ressources matérielles, sociales et économiques ainsi que de leur accès à l'information :

*Personnes âgées actives* : Elles constituent l'épine dorsale de la collectivité. Elles ont généralement vécu longtemps dans la collectivité et exercent souvent des fonctions à responsabilité dans des organismes communautaires, des clubs philanthropiques, des églises, des organisations caritatives et des conseils municipaux.

*Personnes âgées stoïques* : Elles sont décrites comme étant fières, secrètes, autonomes, souvent isolées et peu enclines à demander de l'aide, qu'il s'agisse de services ou de ressources de soutien.

*Personnes âgées vulnérables* : Elles ont tendance à être fragiles, plus déconnectées, à avoir un revenu plus bas et un accès limité à de l'aide et à des services sociaux. Même si des services de soutien privés existent, ces personnes âgées ne disposent souvent pas de moyens financiers suffisants pour se les offrir.

*Personnes âgées fragiles* : Elles sont généralement isolées, elles ont besoin de soutien et sont souvent atteintes de plusieurs maladies chroniques.

**Avoir un passé dans la collectivité aide** : Les personnes âgées fragiles s'en tirent mieux dans les collectivités où elles ont vécu plus longtemps. Elles y trouvent en général davantage de ressources de soutien sociales et familiales que dans les collectivités rurales de retraités où les habitants peuvent provenir d'autres régions.

**Incidences des programmes** : Lorsque l'on élabore des programmes ou des interventions, il importe de répondre aux divers besoins des personnes âgées vivant en milieu rural et de leur collectivité.

## Question finale : Les personnes âgées vivant en milieu rural doivent-elles déménager pour recevoir des soins de qualité?

Pour répondre brièvement : « non ». Il est possible de fournir des soins de santé de qualité dans des régions rurales tout en permettant aux personnes âgées de rester chez elles plus longtemps, à condition que des ressources de soutien soient disponibles. En 2007, un guide intitulé [Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide](#), préparé par les ministères fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés, a recensé plusieurs obstacles et attributs favorables aux personnes âgées, dont cinq étapes concrètes pour créer une collectivité amie des aînés : former un comité ou une équipe amie des aînés, évaluer le caractère amical de la collectivité à l'égard des aînés, élaborer un plan, mettre le plan en œuvre et suivre les progrès grâce à des buts et des objectifs clairs et mesurables.



**Accès à la famille et aux amis :** Avoir accès à la famille, aux amis et aux voisins – des gens que vous connaissez et en qui vous avez confiance – est l’un des facteurs les plus importants ayant permis aux personnes âgées de vivre plus longtemps chez elles. L’un des principaux services de soutien qu’ils apportent est le transport. Toutefois, ces aidants traditionnels vieillissent également et bon nombre des membres de la jeune génération partent.

**Accès aux services de santé :** Ils comprennent les services à caractère non médical comme l’entretien ménager et les transports (p. ex. un déneigement rapide pour les personnes âgées ou un accès à des chauffeurs bénévoles) et la capacité de « vieillir sur place » ou dans leur collectivité (en pouvant bénéficier de soins et de soutien personnels et médicaux pour réaliser des activités de la vie quotidienne). Plus récemment, des approches novatrices de la prestation de services de soins de santé ont entrepris d’élargir les champs d’activité traditionnels des fournisseurs de soins de santé (p. ex. en recourant à du personnel paramédical communautaire pour effectuer des visites à domicile), moyen qui améliore les services de soins de santé courants offerts aux populations mal servies.

### **Conclusions et prochaines étapes**

La première étape de l’élaboration et de la mise en œuvre de programmes efficaces consiste à comprendre les divers besoins et services de soutien de chaque collectivité rurale. Une approche uniformisée fonctionne rarement. Il est plutôt préférable d’envisager la mise en œuvre de ressources de soutien et de services souples, axés sur les personnes âgées et leurs aidants, et recoupant les soins à domicile, les soins continus et les soins actifs.



## 5. VOIES ET APPROCHES NOVATRICES : INTÉGRER LES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES OFFERTS AUX PERSONNES ÂGÉES EN MILIEU RURAL AU CANADA ET PLUS

*A. Paul Williams, professeur, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto*

Monsieur Williams (Ph. D.) a abordé sa recherche avec une idée simple en tête : si l'on paie en tant que société pour garder les personnes âgées dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée, pourquoi ne pas payer pour qu'elles puissent rester chez elles lorsque cette option est possible?

C'est une question que M. Williams et son équipe de recherche interdisciplinaire a posée aux collectivités dans tout l'Ontario : « Comment réuniriez-vous les services, les ressources et les personnes qui sont dans votre collectivité pour aider les gens à rester chez eux si tel est leur souhait? »

### Le passage des soins de santé à la santé

Le point de vue de la société sur la santé et les soins de santé évolue. Les consultations réalisées auprès des collectivités de l'Ontario, ainsi que l'expérience de pays comme le Japon, révèlent que les gens et les décideurs parlent davantage de la santé (les mesures nécessaires pour que les personnes âgées demeurent en bonne santé et autonomes le plus longtemps possible) et moins des soins de santé traditionnels (à savoir les hôpitaux et les médecins). Les soins de santé sont perçus comme un facteur seulement pouvant aider les gens à vieillir en santé et en forme.

Au Canada, les soins de santé primaires sont souvent définis de façon restreinte comme étant le premier contact avec le système médical officiel. En comparaison, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) va au-delà de la vision d'« offre étroite de soins curatifs spécialisés » pour adopter un « angle plus large impliquant la société dans son ensemble » qui met l'accent sur la promotion de la santé, la prévention et les déterminants sociaux de la santé :

*« Cela devait permettre d'atteindre plusieurs objectifs : une meilleure santé, moins de maladies, plus d'équité et une amélioration considérable de la performance des systèmes de santé. Aujourd'hui, même dans les pays les plus développés, les systèmes de santé sont loin d'atteindre ces objectifs. »*

**Rapport sur la santé dans le monde : Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Organisation mondiale de la Santé, 2008**

Les soins de santé ne représentent que l'un des nombreux déterminants clés du vieillissement en santé. Selon l'OMS, d'autres facteurs importants sont notamment le régime alimentaire, l'exercice, les comportements, la génétique et les maladies, ainsi que des facteurs environnementaux comme le

logement, les transports, les technologies d'assistance et les établissements sociaux<sup>7</sup>. Il existe un nombre grandissant de données prouvant qu'un accent mis sur la santé, et pas seulement sur les soins de santé, réduit le coût des soins de santé primaires tout en permettant aux personnes âgées de vivre plus longtemps chez elles et dans leur collectivité.



Source : Organisation mondiale de la Santé, *Healthy Aging*, 2015;  
<http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/healthy-ageing-infographic.jpg?ua=1>

## Une société vieillissante, ce n'est pas qu'une question de personnes âgées

En raison de l'évolution des caractéristiques démographiques du Canada, les gens ont plus de mal à rester plus longtemps chez eux et dans leur collectivité.

Les tendances démographiques du Canada sont bien connues. La proportion de personnes âgées augmente bien plus rapidement que le nombre de personnes nées pour les remplacer. Cette tendance est particulièrement marquée dans le groupe des 85 ans et plus qui a augmenté de près de 110 % entre 1983 et 2013 selon Statistique Canada. En 2016, le nombre de personnes entre 0 et 14 ans est aujourd'hui – pour la première fois – inférieur à celui de personnes de 65 ans et plus. Les Canadiens vivent plus longtemps. Cependant, plus nous vieillissons, plus nous avons de probabilités de faire face à des difficultés fonctionnelles. Le fait qu'il y a plus de personnes âgées et moins de jeunes signifie un volume plus important de bénéficiaires de soins potentiels et un nombre moindre de fournisseurs de soins potentiels.

Le gouvernement a réagi en adoptant une stratégie d'immigration proactive, qui a augmenté la diversité du pays, en faisant un modèle pour d'autres pays à travers le monde.

<sup>7</sup> Organisation mondiale de la Santé. (Septembre 2015). *World report on ageing and health*, 2015. URL : [www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en](http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/en)  
[www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/healthy-ageing-infographic.jpg?ua=1](http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/healthy-ageing-infographic.jpg?ua=1)



Le vieillissement se produit également de manière inégale, certaines régions vieillissant plus vite. Les données montrent que certaines provinces vieillissent plus rapidement que d'autres, notamment le Canada atlantique, mais cette tendance se constate aussi dans des régions rurales comme le Nord de l'Ontario et dans tous les pays développés, y compris au Japon.

### Importance des aidants naturels et des réseaux de soutien

En raison de l'évolution des caractéristiques démographiques du Canada, les gens ont plus de mal à rester plus longtemps chez eux et dans leur collectivité. Les régions rurales en particulier comptent davantage sur les familles et aidants naturels et les réseaux de soutien que sur les services officiels pour prendre soin des personnes âgées dans la collectivité. Tandis que les aidants naturels sont parfois considérés comme un grand bassin de main-d'œuvre gratuite, il est plus exact de les voir comme l'épine dorsale irremplaçable du secteur, ce qui exige en soi considération et soutien. Bon nombre de ces aidants naturels sont eux-mêmes des personnes âgées qui feront face à leurs propres difficultés fonctionnelles à mesure qu'elles vieilliront.

Malgré l'importance reconnue des aidants naturels, ils demeurent la catégorie de ressources humaines la moins recherchée pour la prestation de soins aux personnes âgées.

Un rapport de 2014 produit par le Institute for Public Policy Research au Royaume-Uni reconnaissait qu'au rythme de la croissance de l'écart dans les soins familiaux au Royaume-Uni, d'ici 2017, le nombre de personnes âgées ayant besoin de soins dépasserait celui des membres de la famille en mesure de les assurer<sup>8</sup>. Les auteurs du rapport affirmaient que le plan du Royaume-Uni devrait consister à « bâtir » et à « adapter » : [traduction] « bâtir de nouveaux établissements communautaires capables de nous soutenir dans les changements à venir et adapter les structures sociales déjà en place, comme les soins familiaux, les services publics, les lieux de travail et les quartiers. L'état devra alors assumer un rôle différent, un rôle plus d'établissement de partenariats avec les familles et les collectivités que de prestation traditionnelle de services. »

Le Japon et l'Allemagne ont répondu à ce défi démographique en mettant en œuvre un « système de soins de longue durée ». Au Canada, nous voyons « les soins de longue durée » comme un lieu institutionnel particulier de soins. Au Japon et en Allemagne par exemple, les décideurs pensent à « des soins à long terme », qui peuvent être dispensés dans beaucoup d'endroits différents, y compris au propre domicile des personnes ou dans des établissements; cette vision aboutit à des stratégies du système plus globales susceptibles d'embrasser un éventail de contextes communautaires et institutionnels.

### Création de collectivités solidaires

Monsieur Williams a mis en évidence plusieurs modèles de collectivités solidaires qui aident les personnes âgées à vieillir sur place. Tous ont un point commun, ils s'attachent à trouver des moyens de satisfaire aux besoins fonctionnels des personnes plutôt que de fournir un service particulier.

---

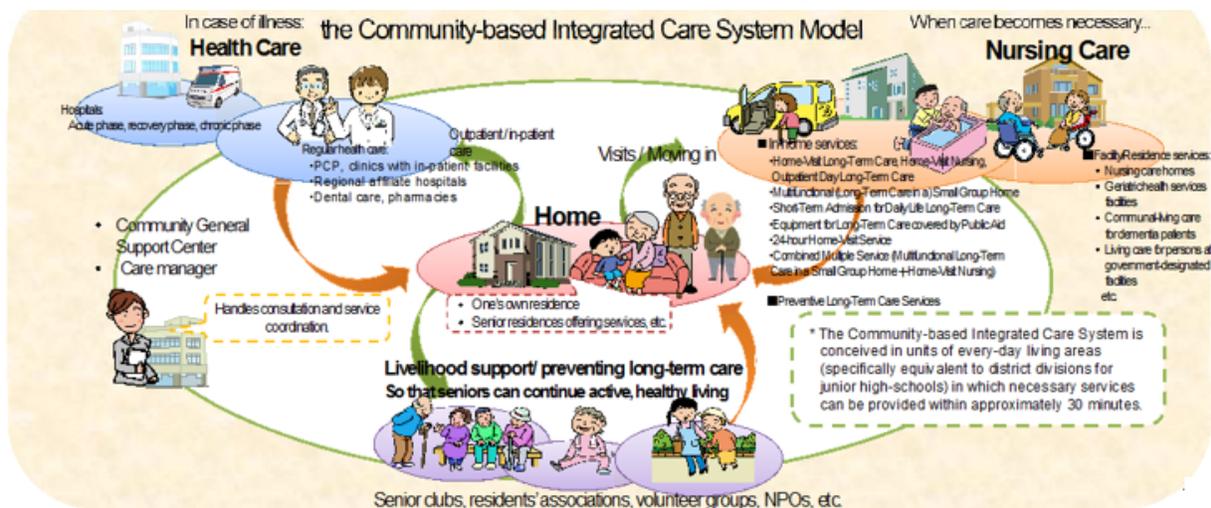
<sup>8</sup> Institute for Public Policy Research, Royaume-Uni; [The Generation Strain: Collective Solutions to Care in an Ageing Society](#), 2014.



**Partenariat avec le milieu des affaires local, Japon :** Lorsque le Canada a tendance à parler de fournir des services, le Japon parle d'offrir des collectivités qui permettent aux personnes âgées de demeurer chez elles et dans leur collectivité. Au Japon, des partenariats innovateurs ont été noués avec des entreprises comme des banques et des épicerie qui sont bien placées pour faire office de systèmes d'alerte rapide pour les personnes âgées qui éprouvent des difficultés fonctionnelles. Par exemple, au Japon, tous les dépanneurs 7-Eleven servent désormais de « foyer-refuge » pour aider les aînés qui semblent désorientés. Les employés participent à des séances de formation dispensées par les villes de la région pour apprendre à reconnaître les personnes présentant des symptômes de démence et à s'en occuper.

**Assurance de soins de longue durée, Japon :** En 2000, le Japon a mis en œuvre un régime d'assurance de soins de longue durée (ASLD) sous le slogan [traduction] « des soins par la famille aux soins par la société » en réponse à des appels, plus particulièrement d'organisations féminines, pour aider à alléger le fardeau croissant des soins à fournir qui pèse sur les familles. Le programme obligatoire, qui est administré par les municipalités, est une composante clé du système de soins communautaires intégrés du Japon. L'ASLD nécessite que tous les résidents japonais de plus de 40 ans contribuent au programme qui offre des services en établissement, à domicile et dans la collectivité à toute personne de plus de 65 ans qui en a besoin. Le degré de besoin du bénéficiaire et la quantité de services sont déterminés par un questionnaire normalisé sur les activités de la vie quotidienne et un rapport du médecin du participant qui est examiné par un comité local.

### Plan du système de soins communautaires intégrés du Japon d'ici 2025



Source : Ministère de la Santé, du Travail et du Bien-être. *Long-Term Care Insurance System of Japan*. 2016; [www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj\\_e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf)

**Programs for All-Inclusive Care for the Elderly (PACE), États-Unis :** Forts de 20 années de succès prouvés, les programmes PACE sont considérés comme l'exemple de référence international pour la prestation de soins intégrés à l'intention des personnes âgées fragiles à risque. Les programmes Medicare et Medicaid aident les personnes âgées à rester autonomes, en santé, en relation avec leurs



amis et leur famille et à vivre chez elles. Les programmes PACE se sont révélés être un modèle efficace pour réduire le nombre d'hospitalisations et de « réhospitalisations » inutiles.

*Comment fonctionne-t-il?* On vient chercher la personne âgée (moyenne d'âge 83 ans) devant chez elle et elle est emmenée à un programme de jour où elle est nourrie, où ses médicaments sont contrôlés et où on prend de ses nouvelles. Une équipe interdisciplinaire de soins et de soutien est présente pour couvrir la gamme complète de soins. L'équipe se compose de médecins, d'infirmiers, de travailleurs sociaux, de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes, d'orthophonistes, d'aides aux soins personnels à domicile, de travailleurs du centre de jour ou de santé, de coordonnateurs du transport, de diététistes, de personnel récréatif et de conducteurs d'autobus.

*Qui est la personne la plus importante de l'équipe interdisciplinaire?* Le conducteur d'autobus, parce qu'il voit les conditions d'existence de la personne âgée et sa maîtrise de fonctions comme la mobilité, dans ses bons jours comme dans ses mauvais.

*Comment le modèle PACE est-il mis à l'échelle?* Les petites collectivités misent sur les atouts au sein de leur propre secteur et des villes environnantes pour établir l'échelle nécessaire pour assurer la continuité des programmes PACE :

- PACE en milieu rural — modèle 1 – Northland PACE Senior Care Services, Dakota du Nord : Si une collectivité rurale est trop petite pour pouvoir prendre en charge son propre centre PACE, le centre peut être établi dans la ville plus grande la plus proche. Dans le Dakota du Nord par exemple, la petite collectivité rurale de Dickinson a pu offrir des services à 130 personnes en partageant les frais administratifs avec la municipalité de Bismarck, située à environ 160 km. Bismarck dispose d'un centre de jour PACE et d'une clinique rattachée à une maison de soins infirmiers, ainsi que des services à domicile et des transports coordonnés.
- PACE en milieu rural — modèle 2 – Senior CommUnity Care, Colorado : Deux collectivités rurales, Eckert et Montrose, souhaitaient un centre PACE mais leur population était trop petite et leurs ressources trop rares. Elles ont surmonté ses limitations en s'associant à d'autres dans leurs collectivités, notamment des bénévoles, des organismes pour personnes handicapées, des bureaux de comté, et des organismes de services à la personne et de services de santé.

**Seniors Managing Independent Life Easily (Le programme SMILE), VON Canada, Sud-Est de l'Ontario :**

Les travaux de recherche ont jugé ce modèle d'autogestion appuyé à la fois « très simple » et efficace. SMILE est un programme de soutien dans la collectivité et à domicile géré par les infirmières de l'Ordre de Victoria (Von Canada) et des partenaires communautaires. Le programme régional apporte un soutien à la vie quotidienne aux personnes âgées fragiles qui risquent de perdre leur autonomie.

*Comment fonctionne-t-il?* Les gestionnaires de cas de l'association repèrent les aînés ayant de grands besoins qui risquent d'intégrer un système de soins de longue durée. Ils demandent à la personne âgée ainsi qu'à son aidant ce dont elle a besoin et comment ils peuvent l'aider dans des activités comme les



courses, la cuisine, le nettoyage, la relève, les transports ou rendre visite à des amis. Les gestionnaires de cas déterminent le « besoin fonctionnel » le plus important, conçoivent un programme de soins personnalisés qui utilise des mécanismes de soutien à la fois officiels et informels, puis suivent les résultats. Les gestionnaires de cas disposent d'une enveloppe mensuelle disponible pour chaque client.

**Collectivité de vie autonome (pour personnes handicapées) :** La collectivité des personnes handicapées travaille depuis longtemps avec des clients de tous âges atteints de déficiences physiques et cognitives – qui pour beaucoup seraient autrement placés dans des établissements. Bon nombre des approches efficaces développées par cette collectivité peuvent être adaptées aux personnes âgées fragiles qui, comme beaucoup de personnes handicapées, ont des problèmes de santé chroniques ou des besoins sociaux complexes.

**Aide à la vie autonome Sud-Ouest de l'Ontario (ALSO) :** Le modèle ALSO a été créé en 1938 pour offrir un éventail complet de soutien à la vie autonome à des personnes atteintes d'incapacités physiques et de lésions cérébrales acquises. En 2011-2012, l'organisme a reçu un financement supplémentaire des Réseaux locaux d'intégration des services de santé d'Erié St-Clair afin d'étendre ses services aux personnes âgées fragiles ayant des déficiences fonctionnelles. Dans ce modèle, chaque client est invité à indiquer de quels services il a besoin. On lui associe alors un « panier » complet de ressources de soutien médical et non médical pour ses activités de la vie quotidienne, qu'il habite dans logement avec services de soutien ou à son propre domicile.

*Comment le modèle PACE est-il mis à l'échelle?* ALSO ne cherche pas à tout obtenir en une fois. Il renforce plutôt la capacité au fil du temps selon les étapes suivantes :

- Phase 1 : Services auxiliaires, logements avec services de soutien, services de relève (p. ex. cela comprend différents lieux où les personnes peuvent disposer de leur propre appartement et d'un accès à des auxiliaires à toute heure).
  - Nombre de personnes aidées : 12 à 15 par bâtiment
- Phase 2 : ALSO ne pouvait pas assumer le coût des travailleurs de soutien du secteur public nécessaires; il s'est alors associé avec une maison de soins infirmiers locale pour partager les frais. Grâce à cela, ALSO a pu étendre les services mobiles dans la collectivité pour créer des « services de soins de quartier » pour les clients qui vivent chez eux et les aidants naturels. Les services sont assurés tous les jours, 24 heures par jour, selon un horaire fixe ou sur demande dans des villes comme Windsor (Ontario) ainsi que dans des zones rurales avoisinantes. Grâce à cela, des personnes qui se trouvaient dans des établissements de soins de longue durée ou dans des hôpitaux ont pu retourner chez elles. Cela a procuré aussi au personnel des services mobiles d'ALSO des horaires plus stables.
  - Nombre de personnes aidées : 30 à 35 clients supplémentaires
- Phase 3 : ALSO établit de nouvelles collaborations avec les Centres d'accès aux soins communautaires, la Société Alzheimer, VON Canada et un centre de soins palliatifs local. De telles collaborations présentent plusieurs avantages : elles enveloppent les services autour des personnes ayant de grands besoins et facilitent les transitions, elles améliorent la qualité et



l'accès, et elles font réaliser des gains d'efficacité du système en utilisant des équipes spécialisées (p. ex. dans la démence, les soins palliatifs, les lésions cérébrales acquises), des évaluations communes et des services partagés comme les transports.

- ALSO estime que, depuis 2011, 500 personnes ayant de grands besoins ont évité des admissions à d'autres niveaux de soins à l'hôpital et des placements dans des établissements de soins de longue durée.

## Discussion

### Ce que le gouvernement devrait faire et ne pas faire :

- *Stimuler le changement* : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ne peuvent apporter toutes les solutions, mais ils peuvent stimuler le changement par le biais des lois, des règlements, des financements et d'autres mesures de soutien qui font évoluer le paradigme des soins de santé réactionnaires à une promotion et une prévention de la santé. Les solutions devraient provenir des gouvernements qui disposent de ressources pour investir et des collectivités qui seront en fin de compte responsables de mettre en œuvre ces solutions.
- *Prendre position sur la direction à prendre* : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont besoin d'un cadre habilitant, ou au moins d'une indication claire, sur le type de société souhaitée pour nos citoyens âgés. Cela aiderait à conduire l'intégration des soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires du fait que les interventions locales pourraient tendre vers un objectif national commun. Un cadre devrait comporter comme objectifs clés l'équité et l'accès, ainsi que des indicateurs à suivre et à évaluer. Le Danemark est allé beaucoup plus loin il y a 20 ans en adoptant des lois qui ont mis fin de façon efficace à la construction de maisons de soins infirmiers conventionnelles et s'est attaché à aider les gens à vivre chez eux le plus longtemps possible.
- *Éviter la tentation de réglementer* : Les gouvernements ne devraient pas appliquer des règlements du type soins de santé aux services communautaires et aux services informels de soutien en santé. Ils devraient plutôt chercher les occasions de former et de soutenir le personnel de ces services.

**Bâtir des services de soins de quartier** : De plus en plus, des initiatives novatrices sont mises sur pied pour ériger des collectivités solidaires. Pour cela, il faut regarder au-delà du système de soins de santé et s'associer à de multiples intervenants locaux (p. ex. des services municipaux, des entreprises locales, des écoles, des organismes confessionnels, des clubs philanthropiques). Lorsque l'on pense aux partenariats futurs, pensons à l'endroit où les gens vivent.

**Des soins de santé à la santé** : Axer la discussion sur la santé, plus sur les soins de santé. Recenser ce qui aide à rester en bonne santé et autonome. Des contextes locaux, notamment des actifs autres que de soins de santé, comme le logement, les transports et les liens sociaux, jouent des rôles clés.

**Élargir l'« unité de soins »** : Inclure les aidants naturels et les réseaux sociaux (p. ex. la famille, les amis, les voisins) et examiner ce qu'on peut faire pour les soutenir.



**Adopter une approche holistique :** Il faut oublier le concept d'une personne dispensant un service particulier à une personne donnée et plutôt se tourner vers des réseaux de soutien interdisciplinaires et réfléchir à la façon dont nous pouvons les appuyer pour offrir le plus grand éventail possible de services de soutien sociaux et de santé.

## 6. INNOVATIONS DANS LES SOINS AUX PERSONNES ÂGÉES DANS TOUT LE CANADA RURAL

*Samir Sinha, directeur du service de gériatrie de l'Hôpital Mount Sinai et professeur adjoint à l'Institute of Health Policy de l'Université de Toronto*

Les programmes et les autres interventions qui fonctionnent en milieu urbain ne fonctionnent pas toujours dans les communautés rurales. Les solutions locales doivent tenir compte des caractéristiques et des besoins uniques des différentes communautés. Cela inclut les circonstances individuelles qui peuvent influencer les besoins des personnes âgées, comme la santé, la langue, le genre, les capacités, les finances, l'accès au soutien social, le statut d'Autochtone, l'ethnicité, la religion et l'orientation sexuelle.

Les décideurs doivent également reconnaître les caractéristiques démographiques changeantes qui entrent en jeu dans les régions rurales. De plus en plus de baby-boomers deviennent des personnes âgées, et de plus en plus de jeunes adultes déménagent dans les grands centres pour étudier ou travailler. Cette migration de sortie contribue à l'isolation sociale des personnes restantes ainsi qu'à la diminution de la main-d'œuvre capable de fournir les services et les soins de santé dont beaucoup de personnes âgées ont besoin pour rester chez elles, dans leur communauté.

### Exploitation de la main-d'œuvre cachée

Les communautés rurales dont les populations sont de plus en plus petites ont souvent de la difficulté à avoir suffisamment de médecins et d'infirmières, sans parler des spécialistes, comme les gériatres. Les établissements de soins de longue durée sont aussi restreints par des économies d'échelle (c.-à-d. qu'ils doivent pouvoir remplir un certain nombre de lits avant de pouvoir s'installer dans une communauté).

Pour éviter cette approche des soins de santé traditionnelle, il est également possible d'élargir le champ d'exercice des professionnels de « milieu de gamme », comme les infirmières, les ambulanciers paramédicaux, les pharmaciens et les autres fournisseurs, notamment les agents de santé communautaires. Ces fournisseurs ont des champs d'exercice plus vastes qui sont souvent non exploités en milieu urbain. Les ambulanciers paramédicaux sont de plus en plus reconnus comme des ressources communautaires disponibles en tout temps qui peuvent offrir des soins primaires, d'urgence et préventifs, surtout dans les régions rurales.

**Nouveaux modèles de soins paramédicaux communautaires :** Les programmes de soins paramédicaux communautaires (SPC) sont devenus une ressource innovatrice disponible en tout temps dans tout le Canada rural. Les recherches ont démontré que, dans les communautés rurales qui manquent de médecins et même d'infirmières de soins à domicile et en milieu communautaire, les ambulanciers paramédicaux constituent la ressource systématiquement disponible.



Les programmes de SPC sont devenus des modèles de pratique exemplaire dans plusieurs provinces canadiennes et dans des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et l’Australie. Les SPC ont fait diminuer le nombre de visites aux services des urgences et d’hospitalisations. Voici trois exemples de nouveaux modèles de SPC dans tout le Canada rural :

- 1) *Soins primaires étendus* (îles Long et Briar, Nouvelle-Écosse) : Un médecin local voit ses patients sur l’île environ une fois par semaine, et des ambulanciers paramédicaux visitent les personnes âgées à leur domicile entre les rendez-vous pour réaliser des examens médicaux réguliers.
- 2) *Visites préventives au domicile des utilisateurs à haut risque* (comté de Renfrew, Ontario) : La maison de soins de longue durée du comté de Renfrew s’est associée aux ambulanciers paramédicaux de la région pour s’assurer que les personnes âgées vulnérables de sa liste d’attente reçoivent des visites à domicile au moins une fois par semaine. Les ambulanciers paramédicaux effectuent des examens médicaux de base, comme des mesures de la pression artérielle, aident les clients à faire de l’exercice régulièrement et s’assurent qu’ils mangent bien. On a constaté que le modèle réduisait de moitié le nombre d’appels au 911 et de visites aux services des urgences chez ces personnes, en plus de diminuer le nombre d’hospitalisations. Le programme de soins paramédicaux communautaires coûte également beaucoup moins cher (10 000 \$/client/année) qu’une maison de soins de longue durée (60 000 \$/client/année). De plus, les visites des ambulanciers paramédicaux permettent de retirer complètement certaines personnes âgées de la liste d’attente de la maison de soins de longue durée. Le modèle est aussi de plus en plus utilisé par les infirmières communautaires qui doivent aider à servir un nombre croissant de clients.

En Ontario, 23 programmes de SPC ont été lancés en 2014, avec un investissement initial de 6 millions de dollars.

À l’heure actuelle, l’Ontario compte plus de 48 programmes de SPC, et, en avril, le gouvernement provincial a annoncé 6 millions de dollars par année pour maintenir et élargir ces programmes.

- 3) *Suivi médical et prise en charge des maladies chroniques à distance* (plusieurs communautés de l’Ontario) : Du financement fédéral (par l’intermédiaire de l’Inforoute Santé du Canada) a été rendu disponible pour que les ambulanciers paramédicaux travaillant avec des fournisseurs de soins de santé locaux puissent visiter les gens souffrant de problèmes comme l’insuffisance cardiaque congestive ou la bronchopneumopathie chronique obstructive. Le modèle tire profit des ressources locales et des technologies pour consolider les soins primaires d’une communauté rurale.

**Modèles d’intervention dans le domaine des soins gériatriques** : Il y a une pénurie de gériatres et de psychiatres gériatriques au Canada, et ceux que nous avons sont surtout concentrés dans les régions urbaines. Deux modèles d’intervention dans le domaine des soins gériatriques ont été présentés :

- 1) *Faire venir des spécialistes par avion* : Ce modèle s’est avéré « assez utile » dans les régions rurales ou éloignées. Il est beaucoup moins perturbateur pour les clients que de leur demander de se rendre en autobus ou en avion dans une ville où il est possible que les professionnels de la



santé ne parlent pas leur langue ou ne comprennent pas l'environnement dans lequel ils vivent (p. ex. logement et soutien communautaire). Toutefois, ce modèle a des inconvénients : ce n'est pas le même médecin chaque fois, donc les gens doivent continuellement reprendre leur histoire à zéro. De plus, le professionnel qui se rend sur place en avion ne connaît pas nécessairement le contexte, notamment les conditions de logement, les ressources de soutien communautaires, etc.

- 2) *Modèle d'intervention élargie dans le domaine des soins* : Ce modèle d'« effort du village » tire profit de l'expertise des centres urbains pour s'adapter à la capacité et aux besoins des communautés locales. Dans la région de la baie James, par exemple, l'hôpital général de Weeneebayko a adopté un modèle de soins gériatriques intégrés qui inclut des ambulanciers paramédicaux, des traducteurs, des agents de santé locaux et des gériatres des centres urbains qui travaillent avec des fournisseurs de soins primaires et des équipes de la communauté. Dans ces modèles, la communauté identifie les personnes à haut risque à l'aide de principes et de méthodes de dépistage des risques élevés. La communauté travaille ensuite avec le gériatre pour créer un plan de soins complet qui permet d'assurer la continuité des soins et le suivi entre le patient, le gériatre et l'équipe communautaire.

Une revue systématique dirigée par Monsieur Sinha (en attente de publication) a révélé que les composants clés d'un modèle d'intervention élargie dans le domaine des soins devraient inclure ce qui suit :

- **Intégration de la participation active de la communauté** par la définition des désirs et des besoins de la communauté.
- **Intégration avec les systèmes de soins locaux**, y compris les fournisseurs de soins primaires locaux et les agents de santé communautaires. Un modèle s'est avéré efficace en ce qui a trait à la continuité des soins : l'inclusion du numéro de téléphone cellulaire et du courriel du gériatre dans les dossiers médicaux pour que les patients et les membres de leur famille puissent le joindre en cas de question.
- **Capacité et leadership des fournisseurs de soins de santé**, p. ex. formation des fournisseurs locaux quant aux principes et aux pratiques de soins gériatriques.
- **Utilisation de principes et de méthodes de dépistage des risques élevés et prestation d'évaluations du domicile et de l'environnement.** Dans ce modèle, les agents de santé communautaires étaient responsables d'identifier les personnes à haut risque dans leur communauté, en fonction de leurs limitations fonctionnelles. La communauté devient donc responsable d'identifier les personnes à haut risque.
- **Participation des spécialistes directs** aux soins et au soutien longitudinaux.
- **Prestation de soins sécuritaires et appropriés sur le plan culturel.** Par exemple, si l'équipe par avion était nouvelle dans la communauté, les résidents locaux organisaient des visites (p. ex. dans la hutte de sudation locale, dans un ancien pensionnat indien) pour créer des relations et inspirer la confiance des patients et de leur famille.



## Facteurs à prendre en compte dans l'élaboration de modèles de soins et de soutien

**Besoins de nos utilisateurs les plus fréquents** : Il est important que le soutien et les services fournis tiennent compte des besoins et des difficultés des utilisateurs les plus fréquents du système de santé. Il y a souvent des personnes âgées socialement isolées qui souffrent de multiples problèmes chroniques et déficiences fonctionnelles. Par exemple, la technologie peut être exploitée pour fournir des soins (p. ex. réadaptation à distance) et améliorer les connexions sociales (p. ex. appel téléphonique hebdomadaire). De même, pour permettre aux personnes âgées fragilisées de continuer de vivre à la maison, il faut souvent que le logement et le transport soient adaptés à l'aide des ressources communautaires (p. ex. les modèles SMILE et PACE).

**Définition d'attentes réalistes** : Toutes les communautés rurales n'ont pas nécessairement assez de personnes âgées fragilisées ou d'agents de santé pour qu'un établissement de soins de longue durée soit viable. Comme la plupart des personnes âgées dans les régions rurales disent vouloir vieillir sur place, il vaut mieux tirer profit de la capacité existante et développer des ressources et des mécanismes de soutien logiques.

### Discussion

**Changement des perceptions arrêtées** : Les gens pensent souvent, surtout dans les communautés rurales, qu'en vieillissant, ils auront principalement besoin d'un médecin, d'un hôpital et d'un établissement de soins de longue durée. Beaucoup de médecins croient aussi que ces nouveaux modèles signifieront qu'ils joueront un rôle moins important et qu'ils perdront des patients. Plutôt que d'imposer des « solutions de grande ville » dans les régions rurales, il faut commencer par une discussion ouverte permettant à la communauté de définir ses besoins et ses désirs. Cela peut commencer par une simple question : « À quoi ressemblent les soins de santé et la santé dans votre communauté? »

Par exemple, une communauté peut ne pas avoir la capacité nécessaire pour un établissement de soins de longue durée, mais tout de même avoir accès à des millions de dollars de financement gouvernemental pour les soins des personnes âgées. Quelle est la meilleure façon de dépenser cet argent pour assurer le plus grand impact local? Avec cette approche, il n'est plus question de déterminer ce que la communauté pourrait perdre, mais bien ce qu'elle pourrait gagner, comme un meilleur transport, de meilleurs logements et plus de préposés aux services de soutien à la personne.

Un participant a prévenu que certaines communautés rurales auront tout de même besoin d'un établissement de soins de longue durée, même si elles n'ont pas d'économies d'échelle. Dans ces cas, l'ouverture d'une maison de soins infirmiers pourrait être basée sur le fait que les personnes âgées des régions rurales utilisent généralement moins de services de soins de santé qu'en milieu urbain, des économies qui pourraient servir à un établissement de soins de longue durée local. De plus, dans la prise de décision, il faudrait admettre que les coûts des services dans les régions rurales sont souvent supérieurs à ceux des mêmes services en milieu urbain.



**Formation des résidents locaux pour qu'ils deviennent des préposés aux services de soutien à la**

**personne** : Certaines municipalités rurales et éloignées prennent l'initiative de mettre en place des résidences assistées. Le défi consiste à trouver suffisamment de préposés aux services de soutien à la personne pour ces maisons ou services communautaires. Plutôt que de recruter des préposés aux services de soutien à la personne d'autres pays, deux communautés autochtones se sont associées à la Croix-Rouge pour fournir aux gens qui ont vécu dans la communauté toute leur vie une formation de préposé aux services de soutien à la personne. Cela a permis de créer des emplois pour les résidents, et les personnes âgées sont prises en charge par des gens qui les connaissent, qui vivent dans le même environnement et qui parlent leur langue (le cri).

**Reconnaissance et remerciement des bénévoles** : Beaucoup de réseaux de soins non officiels au Canada utilisent les formations entre pairs et des ressources minimales pour fournir des mesures de soutien simples aux personnes âgées vulnérables et cette formule connaît du succès. Une grande partie du travail est effectuée par des bénévoles qui reçoivent parfois une petite rétribution pour leurs déplacements. Il faut en faire plus pour remercier, reconnaître, soutenir et motiver ces bénévoles.

**Savoir comment et quand utiliser la technologie** : La technologie est définie dans un sens très large : suivi à distance, télémédecine, cannes, téléphones ou même demander à un voisin de regarder par sa fenêtre chaque matin pour vérifier si la personne âgée a allumé ses lumières.

*Aucune solution universelle* : Aucune technologie à elle seule ne peut être appliquée à toutes les communautés rurales. Cela dépend des ressources locales de chaque région, comme quelque chose d'aussi simple qu'un service de réconfort téléphonique dans le cadre duquel des organisations locales appellent régulièrement les personnes âgées qui vivent seules. Les cours de réadaptation à distance que les personnes âgées peuvent suivre à la télévision ou sur l'ordinateur en sont un autre exemple.

*Soutien des aides de maintien à domicile* : Récemment, un projet déployé au Yukon a fait l'essai d'un modèle différent. Des personnes âgées vulnérables ont reçu une tablette qui permettait de faire le lien entre les agents de soutien communautaires, pendant leurs visites, et les gériatres ou autres spécialistes (p. ex. ergothérapeutes ou physiothérapeutes). Bien que le programme ait réussi à améliorer les compétences d'apprentissage et de résolution de problème des clients, les tablettes en soi se sont avérées problématiques (p. ex. pas toujours fonctionnelles ou branchées). Les personnes âgées qui avaient leurs propres appareils préféraient utiliser celles-ci que celles qui leur étaient fournies. De plus, ce programme permettait également aux agents de soins à domicile d'apprendre des spécialistes, ce qui constitue un autre point positif.

**Permettre aux infirmières de « visiter » plusieurs patients chez eux** : eShift est une application sécuritaire pour téléphone intelligent qui permet à une infirmière autorisée qui se trouve dans une ville, avec l'aide d'un préposé aux services de soutien à la personne, de s'occuper simultanément et à distance de jusqu'à six patients vivant à la maison. Elle a été développée par le Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest situé à London, Ontario, pour permettre à une infirmière d'offrir des soins palliatifs de nuit à plusieurs patients vivant à la maison. L'application eShift a été sélectionnée en



tant que pratique exemplaire nationale par Agrément Canada, qui l'a qualifiée de « service durable, créatif et innovateur » d'une importance nationale.

**Utiliser la technologie pour mettre en relation les jeunes et les personnes âgées :** Dans le cadre d'un projet AGE-WELL, des élèves de 6<sup>e</sup> année et de secondaire 1 de l'école élémentaire Nak'albun, dans le centre-nord de la Colombie-Britannique, ont utilisé le logiciel WeVideo pour filmer des personnes âgées racontant leur histoire. Le projet a permis de renforcer les liens entre les personnes âgées et les jeunes, afin de préserver la sagesse culturelle.

**Le transport, possiblement le plus gros problème technologique :** Plusieurs intervenants et participants ont souligné le manque d'accès au transport comme étant l'un des plus gros problèmes auxquels les personnes âgées fragilisées sont confrontées si elles veulent continuer de vivre chez elles. Cela complique les rendez-vous médicaux et contribue à leur isolation sociale. Le gouvernement de l'Ontario a récemment publié un nouveau plan d'action intitulé [Vieillir en confiance](#), qui souligne sa détermination à permettre aux personnes âgées actuellement mal desservies d'avoir accès aux services et au soutien dont elles ont besoin grâce au transport en commun. Toutefois, le transport en commun n'est efficace que s'il est utilisé. C'était l'une des difficultés de la municipalité régionale de York, Ontario, où la majorité des personnes âgées préférerait conduire ou compter sur un membre de la famille plutôt que de prendre le transport en commun. La municipalité a réglé le problème en créant le [programme myRide Travel Training](#) pour les clients qui ont besoin de connaissances et de compétences supplémentaires afin d'utiliser les transports en commun de façon autonome, peu importe leur âge et leurs capacités.

#### **Obstacles dans le contexte des technologies :**

*Accès à Internet :* Au Canada, plusieurs communautés rurales ou éloignées ont toujours un accès limité ou inexistant à Internet, ce qui peut limiter l'expansion des technologies Web. Ce problème devrait s'atténuer dans les mois et les années à venir, avec l'amélioration de la connectivité en ligne dans les régions rurales. De plus, les personnes âgées constituent le groupe d'utilisateurs Internet qui augmente le plus rapidement.

*Statut socioéconomique et éducation :* Janet Fast, chercheuse du programme AGE-WELL, a constaté que l'obstacle principal à l'utilisation de la technologie n'est pas l'âge, mais bien le statut socioéconomique, l'éducation ainsi que l'impression de ne pas avoir besoin d'un ordinateur. Ces restrictions affectent les soignants ainsi que les personnes âgées fragilisées. Claudine Auger, une autre chercheuse du programme AGE-WELL, développe actuellement MovIT-PLUS, une application Internet qui permet aux membres de la famille et aux autres soignants non officiels d'assurer à distance un suivi, un soutien et une formation sur l'utilisation des technologies d'assistance (p. ex. aides à la mobilité et à la communication).



## 7. DÉFIS ET POSSIBILITÉS RELATIVEMENT À L'INTÉGRATION DES SOINS COMMUNAUTAIRES POUR LES PERSONNES ÂGÉES DANS LES COLLECTIVITÉS RURALES

*Grace Warner, professeure adjointe, École d'ergothérapie, École de sciences infirmières, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie*

L'excellence de l'innovation n'est que la première étape. La mise en œuvre réussie d'une innovation est souvent un plus grand défi. Dans le milieu de la recherche, cela s'appelle la « science de la mise en œuvre » : l'étude scientifique des méthodes permettant de favoriser l'adoption systématique des résultats de recherche dans la pratique courante (Eccles et Mittman, 2006). En pratique, la science de la mise en œuvre devrait être utilisée pour guider l'amélioration de la mise en œuvre des résultats de recherche (Nielson, 2015).

À l'échelle locale, ce qui fonctionne dans une collectivité rurale ne fonctionne pas nécessairement dans une autre communauté. Par exemple, la solution au problème des soins communautaires intégrés pour les personnes âgées commence par la reconnaissance de leurs besoins particuliers dans différentes régions rurales; l'environnement local compte.

### Soins intégrés pour les personnes âgées

Pour définir qui fait partie de l'équipe des soins communautaires, il ne faut pas penser qu'aux fournisseurs de soins de santé traditionnels. Une équipe de soins communautaires peut également inclure des professionnels des services sociaux, des bénévoles de la communauté et des membres de la famille. Le plus important reste de déterminer si ces personnes travaillent bien en équipe pour offrir des soins communautaires coordonnés.

*Fonctions de prise en charge :* La désignation d'un coordonnateur ou d'une personne-ressource que la personne âgée ou sa famille peut joindre peut améliorer l'intégration des soins. Si cette personne change, la transition doit être fluide, et la famille doit être mise au courant. Différentes personnes-ressources peuvent avoir différents rôles à différents moments, tant que la famille est informée des changements.

*Intégration des soins entre les médecins, les spécialistes et les services communautaires :* Lorsqu'une autorité sanitaire locale a essayé de mettre en place une clinique des AVC dans une collectivité rurale de la Nouvelle-Écosse, les médecins de la région ont manifesté une certaine résistance. Parmi les facteurs principaux figuraient la mauvaise communication entre l'autorité sanitaire et les médecins de famille, les médecins qui voulaient être certains que leurs patients bénéficieraient de soins appropriés ainsi que la coordination des soins entre les spécialistes et les médecins de famille. Les médecins de famille étaient réticents à l'idée d'envoyer leurs patients à des spécialistes qu'ils ne connaissaient pas. Pour surmonter cette difficulté, un atelier a été mis au point. Un médecin de famille de la région a dirigé l'atelier donné à des médecins, à des spécialistes et à des représentants du district sanitaire rural. La désignation d'un « champion » local a permis d'améliorer les communications entre les médecins et les spécialistes de la région rurale.



*La famille dans l'unité et l'équipe de soins* : Il est important que les professionnels médicaux tiennent compte des besoins de la famille dans l'évaluation des besoins de la personne âgée. Un projet de recherche réalisé récemment avec des ergothérapeutes et des physiothérapeutes de la communauté a mis en évidence les réalités rurales que sont les longues distances à parcourir et les listes d'attente et qui constituent des obstacles aux visites répétées des personnes âgées chez elles. Par conséquent, ce sont souvent les proches aidants qui doivent mettre à exécution le plan de soins du thérapeute et motiver le client. Bien que la plupart des professionnels n'avaient pas pensé à tenir compte des besoins en matière de santé des membres de la famille dans leur champ d'exercice, ils estimaient qu'il était important de renseigner les proches aidants sur la façon de prendre soin du client et de leur confirmer qu'ils faisaient partie de l'équipe de soins.

## **Besoins complexes en matière de soins : ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas**

**Évaluation précoce de la fragilité** : L'évaluation et l'intervention précoces sont essentielles pour soutenir les personnes âgées fragilisées et réduire l'incidence des événements indésirables. L'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse a élaboré une stratégie relative à la fragilisation dans le cadre de laquelle elle a déployé une version pilote du portail de la fragilisation, le premier outil Web en son genre au Canada, qui a attiré l'attention d'autres autorités au Canada. Le portail de la fragilisation aide les fournisseurs de soins primaires (c.-à-d. les médecins et les infirmières) à définir, à sélectionner, à faciliter l'utilisation et à coordonner des services simplifiés pour les personnes âgées aux prises avec la fragilisation afin de mieux en prendre soin.

Lors de son évaluation du portail, l'équipe de recherche a défini des facilitateurs et des obstacles qui pourraient influencer l'utilisation continue et l'adaptabilité de l'intervention :

- Dans quelle mesure l'innovation cadre-t-elle dans la pratique courante d'un fournisseur de soins primaires? Par exemple, il est moins probable que les fournisseurs de soins débordés mettent en œuvre une innovation qui prend beaucoup de temps dans leurs horaires chargés. Ce qui pourrait faciliter les choses, c'est que le fournisseur délègue des tâches à d'autres membres de l'équipe, mais cela peut être difficile pour les médecins de famille travaillant seuls.
- Une stratégie locale, provinciale ou nationale ou des mécanismes de financement prévoient-ils des mesures incitatives pour la mise en œuvre de l'intervention?
- Est-ce que les fournisseurs de soins primaires, notamment ceux qui ont beaucoup de patients gériatriques, accordent une grande importance à l'évaluation de la fragilisation?

**Leçons tirées des soins palliatifs** : L'approche des soins palliatifs permet d'apprendre beaucoup de choses. En voici des exemples.

*Formation des bénévoles dans les centres de soins palliatifs* : Le programme Navigating Connecting Accessing Resources Engaging (NCARE) est une approche centrée sur le patient qui prévoit la formation des bénévoles dans les centres de soins palliatifs pour aider les personnes souffrant de maladies graves et leur famille à vivre la transition entre les soins curatifs et palliatifs. Les bénévoles s'associent à une infirmière pivot pour formuler des recommandations, faciliter les connexions dans la communauté,



coordonner l'accès aux services et aux ressources et promouvoir la participation active des personnes âgées dans leur communauté. Le programme pilote NCARE a été un succès en 2015-2016 grâce au financement du Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées. Plusieurs produits de connaissance (p. ex. des manuels de mise en œuvre, des manuels de formation et des outils d'évaluation) sont en cours d'élaboration pour que le programme soit appliqué dans d'autres communautés du Canada.

Une évaluation du programme pilote NCARE a révélé plusieurs avantages et difficultés :

| Avantages  | Difficultés  |
|--|--|
| Avoir l'assurance de pouvoir demander de l'aide. | Les bénévoles ne sont pas certains des attentes associées à leur rôle, de leur contribution aux soins et de la méthode d'évaluation de leur performance.                 |
| Avoir quelqu'un qui s'y connaît de disponible.   | Les fournisseurs de soins de santé doivent reconnaître le rôle, les connaissances et l'expertise des bénévoles.  |
| Savoir qu'il y a des renforts au besoin.         | Les différentes connaissances ou perspectives des soins palliatifs peuvent diminuer le nombre de recommandations de bénévoles par les professionnels des soins de santé. |
| Mettre les choses en contexte plus facilement.   | Les bénévoles doivent comprendre l'ensemble du système des soins palliatifs.   |
| Faire connaître les ressources disponibles.      | La confidentialité des patients constitue un défi particulier pour les bénévoles dans les régions rurales où tout le monde se connaît.                                   |

## Recommandations

- L'utilisation de cadres de science de la mise en œuvre (p. ex. le Consolidated Framework for Implementation Research) dans l'évaluation des interventions innovatrices aide à découvrir des facteurs critiques qui affectent la mise en œuvre à plusieurs niveaux.
- En adoptant une perspective d'amélioration de la qualité, ce type d'évaluation permet de tenir compte des facteurs pour que les interventions puissent être mises en œuvre avec succès.

## Discussion

**Adapter les cadres stratégiques :** L'utilisation d'accords bilatéraux par le gouvernement fédéral afin de fournir aux provinces et aux territoires des fonds pour les soins à domicile et en milieu communautaire permet d'assurer des investissements adaptés aux différences de chacun. Grâce à cette approche flexible, le financement ciblé est utilisé à la fin prévue. L'[énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#) et les accords bilatéraux incluent également un engagement à communiquer les résultats aux Canadiens au moyen d'indicateurs communs afin de mesurer le progrès pancanadien quant aux priorités convenues.



**Planifier l'effectif en santé** : Le Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'effectif en santé se concentre sur les questions concernant les effectifs, y compris la planification de l'effectif en santé. Plusieurs provinces travaillent également à la planification de leur effectif en santé. Par exemple, l'Ontario détermine ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas et pourquoi, en plus de tenter de définir comment les innovations réussies peuvent être appliquées à plus grande échelle et évaluées. Un participant a suggéré que les gouvernements FPT ont besoin de stratégies nationales, provinciales, territoriales et régionales relatives aux ressources humaines en santé qui intègrent les personnes âgées des régions rurales (c.-à-d. un plan global et des plans dans le plan). Le plan devrait inclure des actions ciblées et des résultats mesurables. En 2017, l'OMS a publié *Ressources humaines pour la santé : stratégie mondiale à l'horizon 2030*.

**Apprécier le rôle des préposés aux services de soutien à la personne** : Les préposés aux services de soutien à la personne ont besoin de plus de reconnaissance et de soutien.

**Adopter un principe d'équité** : Un participant a suggéré d'adopter un principe d'équité pour aider à guider les décisions liées aux populations diversifiées de personnes âgées dans les régions rurales. Un principe d'équité soulèverait les questions nécessaires quant aux personnes qui ont accès aux soins de santé, à celles qui n'y ont pas accès et aux voix qui ne sont pas entendues.

**Adopter un concept plus vaste du « domicile »** : En définissant le « domicile » dans un sens plus large, pour qu'il englobe les autres conditions de logement de la communauté (p. ex. les maisons individuelles, les résidences assistées ou les autres programmes de logement supervisé), les administrations fédérales, provinciales et territoriales auraient plus de facilité à élaborer des politiques de logement qui aident les personnes âgées dans les régions rurales. D'autres pays, comme le Danemark, ont adopté cette approche.

**Élargir notre définition de « soignant »** : Les recherches sur le vieillissement chez soi réalisées au Nouveau-Brunswick ont mené à la conclusion que beaucoup de personnes âgées sont stoïques et réticentes à l'idée de demander à leurs enfants de les aider avec les tâches quotidiennes, comme le pelletage, la cuisine, la promenade des chiens ou le jardinage. Cependant, elles demandent de l'aide à d'autres personnes en qui elles ont confiance, y compris à leurs voisins et à leurs amis.

**Exploiter les forces des régions rurales** : Les régions rurales ont moins de services et de ressources que les régions urbaines, mais elles bénéficient souvent d'un sentiment de communauté plus fort et de réseaux locaux solides qui peuvent servir à aider les résidents âgés.

**Réaliser l'importance des consultations et de la capacité** : Il faut demander aux résidents locaux ce qu'ils veulent, tout en s'assurant d'avoir la capacité d'agir et d'être prêt à le faire. Les résidents des régions rurales sont plus susceptibles de participer à la mise en œuvre des innovations dont ils estiment avoir vraiment besoin.

**Surmonter les barrières linguistiques** : Au Nouveau-Brunswick – la seule province officiellement bilingue du Canada –, les services liés à la santé ne sont pas toujours disponibles en anglais et en français dans les communautés minoritaires et les régions rurales, ce qui rend l'accès à ces services plus difficile pour



les personnes âgées et leurs proches aidants. Une solution consiste à entrer en contact avec un traducteur ou un animateur bilingue par vidéoconférence. Cette approche pourrait aussi être adoptée pour les immigrants âgés qui ne parlent ni anglais ni français.

**Intégrer les médecins de famille dans l'équipe de soins primaires** : Les soins de santé intégrés ne doivent pas nécessairement être dirigés par un médecin, mais l'équipe doit en comprendre un. Les recherches démontrent que cela améliore les taux de mortalité et de morbidité. Toutefois, les médecins de famille dans les régions rurales n'ont souvent aucun financement pour se joindre à des équipes. Les infirmières et les autres membres du personnel sont souvent rémunérés à même le salaire du médecin. Le problème du manque de médecins de famille dans tout le Canada rural se pose également.

**Ajouter des ressources pour appliquer à plus grande échelle les innovations locales** : Un rapport publié en 2015 par le Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé a recommandé la création d'un Fonds d'innovation pour les soins de santé sur dix ans dont le budget serait d'un milliard de dollars par année<sup>9</sup>. Il recommande également que le financement et le personnel de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé et de l'Institut canadien sur la sécurité des patients soient transférés vers une nouvelle Agence d'innovation des soins de santé du Canada, qui mettrait notamment l'accent sur l'application à plus grande échelle des innovations.

**Faire connaître les stratégies efficaces** : Les communautés ne sont pas toujours au courant des innovations dont la mise en œuvre a réussi dans d'autres régions du Canada. Le gouvernement fédéral pourrait publier un catalogue national d'exemples d'innovations réussies pour les personnes âgées dans les régions rurales en incluant une description de l'intervention et la façon d'en savoir plus. Au Canada, l'organisation affiliée à Agrément Canada, l'Organisation de normes en santé, héberge la base de données de pratiques exemplaires, une ressource en ligne gratuite qui souligne les pratiques innovatrices dans le domaine des soins et des services de santé et que les organisations peuvent utiliser pour améliorer leur efficacité.

**Axer les recherches sur la communauté** : Les IRSC pourraient financer des recherches axées sur les communautés rurales, avec l'aide d'un réseau de chercheurs, pour évaluer les innovations locales prometteuses. Ce type d'approche est actuellement adoptée dans le cadre de plusieurs projets portant sur les communautés autochtones. Cependant, comme les communautés rurales disposent de ressources limitées, il serait irréaliste de s'attendre à ce qu'elles participent au financement de tels projets. Il a été souligné qu'environ le tiers du budget de l'Institut du vieillissement des IRSC peut être utilisé pour de nouvelles initiatives (à l'exclusion des concours ouverts) et que l'Institut travaille actuellement à la mise à jour de son plan stratégique. Cela pourrait permettre de financer un plus grand nombre de recherches axées sur la communauté.

---

<sup>9</sup> Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. « Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada : Rapport final du Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé », 2015; <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-final-groupe-consultatif-innovation-soins-sante.html>



**Apprendre grâce aux communautés autochtones :** Les soins destinés aux personnes âgées ne constituent pas un nouveau concept pour les communautés autochtones dans les régions rurales et éloignées. Les autres parties du Canada peuvent se tourner vers les communautés autochtones du Nord pour obtenir des idées, de l’inspiration et des exemples d’innovations réussies.

## 8. DISCUSSION GUIDÉE : RASSEMBLER DES EXEMPLES

Après les quatre présentations ci-dessus, une discussion guidée a eu lieu. Les participants des IRSC ont été invités à discuter des questions suivantes : « D’après ce que vous savez, quelles activités et pratiques prometteuses intègrent les soins à domicile ou communautaires avec les soins de santé primaires pour les personnes âgées dans tout le Canada rural et font le lien? » Le tableau ci-dessous fournit un résumé des activités et des pratiques prometteuses mentionnées par les participants.

| Activités et pratiques prometteuses                    | Caractéristiques clés   | Renseignements supplémentaires   |
|--|---|--|
| <b>Participation des communautés rurales</b>           |   |  |
| Raising the Profile Project, Colombie-Britannique      | Le Raising the Profile Project (RPP) est un réseau provincial qui a vu le jour en 2016. Son objectif est de souligner le rôle clé que jouent les services communautaires municipaux et sans but lucratif offerts aux personnes âgées dans l’établissement de nouvelles relations sociales, le maintien d’un mode de vie actif sur les plans physique et psychologique ainsi que la conservation de leur autonomie le plus longtemps possible. Le réseau comprend des organisations municipales et sans but lucratif de la Colombie-Britannique, des personnes âgées qui dirigent volontairement ainsi que des organisations provinciales qui appuient le travail du secteur des services communautaires aux personnes âgées (SCPA). Des consultations communautaires ont été tenues dans toute la province au printemps 2017 pour rassembler les communautés régionales afin qu’elles trouvent des façons d’appuyer et d’aider le secteur des SCPA en Colombie-Britannique. | <a href="http://www.seniorsraisingtheprofile.ca">www.seniorsraisingtheprofile.ca</a> |
| Knowledge hub, Colombie-Britannique (titre provisoire) | Lancement prévu en janvier 2018. Ce modèle d’apprentissage échelonné vise à établir une capacité et une cohésion au sein du secteur des services  |  |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | <p>communautaires aux personnes âgées (SCPA) ainsi qu'à favoriser l'amélioration des relations avec les plus grands partenaires institutionnels (p. ex. les municipalités, les autorités sanitaires, le ministère de la Santé) dans le but d'aider les personnes âgées dont les besoins sont de plus en plus complexes à vivre chez eux et dans leur communauté le plus longtemps possible. Le Knowledge Hub sera appuyé par l'Active Aging Department de Centraide, avec un financement initial du ministère de la Santé et de Centraide.</p> <p>Les domaines visés incluent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Élaboration de programmes</b> : Aider les communautés à échanger, à découvrir, à créer conjointement et à appliquer à plus grande échelle des programmes dans les sept volets clés définis par le <a href="#">Raising the Profile Project</a>.</li> <li>• <b>Développement organisationnel</b> : Diffuser et obtenir des renseignements concernant les difficultés des ressources humaines, la rédaction de propositions, l'évaluation de programmes, l'infrastructure des bénévoles, le développement de compétences en leadership, etc.</li> <li>• <b>Stratégies de renforcement des capacités du secteur (première année)</b> : Revue des procédures et des structures de collaboration existantes à l'échelle locale, définition des avantages, des difficultés, des recouvrements et des lacunes de ces procédures, établissement des pratiques exemplaires requises pour que ces procédures soient efficaces et durables, recherche d'investisseurs possibles et travail avec ceux-ci.</li> </ul> |  |
| Tribunes pour l'échange de pratiques exemplaires, Colombie-Britannique | La Colombie-Britannique crée des tribunes pour le dialogue et l'action à l'échelle communautaire dans chacune de ses régions, avec l'intention de déployer les mêmes structures dans les régions sanitaires locales, à une échelle encore plus  |  |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | communautaire, puis de tenir des forums régionaux annuels dans le cadre desquels la stratégie provinciale serait localisée dans chaque communauté. Les personnes âgées, les fournisseurs de soins primaires et communautaires locaux, le secteur des services communautaires et les autres intervenants (p. ex. le transport en commun) se rassemblent pour discuter des besoins des différentes communautés et élaborer un processus central d'admission et de triage. Il s'agit d'un partenariat initié et géré par Centraide entre les organisations communautaires et plusieurs partenaires de financement, y compris tous les paliers du gouvernement.  |  |
| Conseils communautaires de santé (CCS), Nouvelle-Écosse                          | Des CCS ont été établis dans chaque communauté afin de leur donner plus de moyens. Ils sont composés de membres de la communauté, y compris de personnes âgées actives, et visent à améliorer l'état de santé des particuliers et des communautés. Ils contribuent à la responsabilisation du système de santé en facilitant l'échange d'information et la rétroaction entre la communauté et l'autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse ( <i>Health Authorities Act</i> , article 62).  | <a href="http://www.communityhealthboards.ns.ca">www.communityhealthboards.ns.ca</a>   |
| <b>Soins intégrés</b>  |  |  |
| Modèles d'intervention améliorés dans le domaine des soins gériatriques, Ontario | Ce modèle d'« effort du village » tire profit de l'expertise des centres urbains pour s'adapter à la capacité et aux besoins des communautés locales. Les composants clés incluent la participation active de la communauté, l'intégration avec les systèmes de soins locaux, la capacité et le leadership des fournisseurs de soins de santé, le dépistage et l'évaluation des risques, la participation des spécialistes directs ainsi que la prestation de soins sécuritaires et appropriés sur le plan culturel. Dans la région de la baie James, par exemple, l'hôpital général de Weeneebayko a adopté un modèle de soins gériatriques intégrés qui inclut des ambulanciers paramédicaux, des traducteurs, des agents de santé locaux et | <a href="http://www.waha.ca/wp-content/uploads/2017/04/WeeneebaykoAreaHealthAuthority_narrative_FINAL_SUBMITTED_TO_HQO_1027AM_MAR_31_20179.pdf">www.waha.ca/wp-content/uploads/2017/04/WeeneebaykoAreaHealthAuthority_narrative_FINAL_SUBMITTED_TO_HQO_1027AM_MAR_31_20179.pdf</a><br><br><a href="http://www.nomj.ca/2014/07/01/coalition-community-students-graduate-from-psw-course.html">www.nomj.ca/2014/07/01/coalition-community-students-graduate-from-psw-course.html</a> |



|   |   |   |
|---|---|---|
|   | <p>des gériatres des centres urbains qui travaillent avec des fournisseurs de soins primaires et des équipes de la communauté. Dans ces communautés, ils identifient les personnes âgées à haut risque, puis travaillent avec le gériatre pour créer un plan de soins complet qui permet d'assurer la continuité des soins et le suivi entre le patient, le gériatre et l'équipe communautaire.</p> <p>L'autorité sanitaire de la région de Weeneebayko s'est également associée à la Croix-Rouge, aux autorités scolaires locales et à un collège pour élaborer un programme de formation des préposés aux services de soutien à la personne adaptés à la culture et ciblant les résidents locaux.</p>   |   |
| Élargir la vision de l'équipe de soins communautaires, non propre à l'emplacement | <p>Pour définir qui fait partie de l'équipe des soins communautaires, il ne faut pas penser qu'aux fournisseurs de soins de santé traditionnels. Une équipe de soins communautaires peut également inclure des professionnels des services sociaux, des bénévoles de la communauté et des membres de la famille. Un coordonnateur ou une personne-ressource que la personne âgée ou sa famille peut joindre peut être désigné. Une bonne communication est essentielle au sein de l'équipe. Un modèle s'est avéré efficace en ce qui a trait à la continuité des soins : l'inclusion du numéro de téléphone cellulaire et du courriel du gériatre dans les dossiers médicaux pour que les patients et les membres de leur famille puissent le joindre en cas de question.</p> |   |
| Réseaux de soins de santé primaires, Saskatchewan                                 | <p>Ce modèle de « soins communautaires responsables » fournit des services de santé coordonnés qui sont centrés sur le client, conçus par la communauté et livrés par l'équipe. Chaque réseau est adapté aux besoins de chaque communauté et inclut une gamme de services coordonnés ainsi que de relations avec des organismes et des organisations pour tenir compte des autres facteurs qui influencent la santé.</p>  | <p><a href="http://www.sma.sk.ca/utility/28/pri-mary-health-care-framework.html">www.sma.sk.ca/utility/28/pri-mary-health-care-framework.html</a></p> |
| Programme de visites à domicile de la clinique                                    | <p>Terre-Neuve-et-Labrador offre un programme de visites à domicile assuré par</p>  |   |



|  |  |  |
|--|--|--|
| Ross, Terre-Neuve-et-Labrador                          | un médecin de famille et une infirmière (avec l'aide du pharmacien) pour les personnes âgées fragilisées qui ont de grands besoins (dont beaucoup ont une déficience cognitive). Les personnes sont identifiées par les médecins ou lors d'une visite à l'hôpital. Le nombre de visites aux services des urgences a ainsi baissé de 50 %, les « réhospitalisations » ont diminué, et les coûts des soins de santé ont baissé. Ce programme est déployé à St. John's, mais pourrait être appliqué dans la plupart des communautés urbaines et rurales.  |  |
| Programme de télégerontologie, Terre-Neuve-et-Labrador | Cette étude pilote a été entreprise afin d'optimiser une méthode de suivi à distance pour la gestion des soins octroyés aux personnes souffrant de démence moyenne ou en dernier stade et vivant chez elles, dans les régions rurales de Terre-Neuve-et-Labrador. L'intervention comprenait une évaluation gériatrique à domicile par un médecin de famille et une infirmière ainsi qu'un enregistrement vidéo de la résidence pour permettre une évaluation en ergothérapie à distance, avec des conseils pour les soignants (p. ex. pour la réduction des chutes). Un suivi régulier auprès du patient et du soignant était assuré par Skype. Les admissions aux soins de longue durée ont été beaucoup moins nombreuses, il y a eu considérablement moins de chutes, et les coûts des soins de santé ont été drastiquement réduits par rapport au groupe de contrôle. L'autorité sanitaire de la province, Eastern Health, étudie actuellement la mise en œuvre du programme à plus grande échelle. | <a href="http://event.icebergevents.com.au/uploads/contentFiles/files/2017-ACE/Roger%20Butler.pdf">http://event.icebergevents.com.au/uploads/contentFiles/files/2017-ACE/Roger%20Butler.pdf</a><br><br><a href="http://webapps.cihr-irsc.gc.ca/funding/detail_f?pResearchId=7437683&amp;p_version=CRIS&amp;p_language=F&amp;p_session_id=">http://webapps.cihr-irsc.gc.ca/funding/detail_f?pResearchId=7437683&amp;p_version=CRIS&amp;p_language=F&amp;p_session_id=</a> |
| Portail de la fragilisation, Nouvelle-Écosse           | Ce premier outil Web en son genre au Canada aide les fournisseurs de soins primaires à identifier rapidement les personnes âgées fragilisées et à élaborer des plans de soins appropriés.  | <a href="http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC5505107/">http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC5505107/</a><br><br><a href="https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/sites/cor-phc/PHC%20Research%20Day%20-%20F.%20Burge%20-%20Implementing%20the%20Frailty%20Portal%20in%20Co">https://cdn.dal.ca/content/dam/dalhousie/pdf/sites/cor-phc/PHC%20Research%20Day%20-%20F.%20Burge%20-%20Implementing%20the%20Frailty%20Portal%20in%20Co</a>         |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  |  | <a href="#">mmunity.pdf</a>   |
| Programmes de soins inclusifs aux personnes âgées (PACE), États-Unis         | Les personnes âgées sont dirigées vers un programme de jour dans le cadre duquel une équipe interdisciplinaire de soins de santé et de soutien est disponible pour couvrir la totalité du spectre des soins. Les jours où les personnes âgées ne se rendent pas aux centres de jour, elles peuvent recevoir des services de soutien à domicile. Ce programme assuré par Medicare et Medicaid aide à répondre aux besoins en matière de soins de santé des personnes âgées de la communauté plutôt que de les envoyer dans une maison de soins infirmiers ou un autre établissement de soins de longue durée. La plupart des 170 programmes PACE se sont avérés efficaces.  | <a href="http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok">www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok</a>  |
| Prescription sociale et aide à la navigation dans la communauté, Royaume-Uni | <p>Au Royaume-Uni, plutôt que de prescrire des médicaments aux personnes âgées, de plus en plus de médecins de famille et d'autres professionnels de la santé prescrivent différents services non cliniques locaux (p. ex. la marche, un club de cuisine, un cours d'arts ou d'autres services communautaires ou sociaux) qui peuvent améliorer la santé physique et mentale d'une personne. Il a été prouvé que ce modèle libérait l'horaire du médecin, prévenait les séjours coûteux à l'hôpital et entraînait des résultats positifs pour la santé et le bien-être. La prescription sociale a été qualifiée par NHS England comme l'une de dix actions à grand impact. Toutefois, les preuves solides et systématiques de l'efficacité de la prescription sociale sont limitées.</p> <p>Exemple de prescription sociale : À Hertfordshire, Royaume-Uni, le Herts Valley Clinical Commissioning Group (l'organisation du National Health Service qui est responsable de la planification, de la conception et de l'achat de services de santé pour une région comptant 627 000 personnes) offre la « prescription sociale » dans le cadre de son « programme d'aide à la navigation dans la</p> | <p><a href="http://www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing">www.kingsfund.org.uk/publications/social-prescribing</a></p> <p><a href="http://www4.shu.ac.uk/research/creator/sites/shu.ac.uk/files/eval-doncaster-social-prescribing-service.pdf">www4.shu.ac.uk/research/creator/sites/shu.ac.uk/files/eval-doncaster-social-prescribing-service.pdf</a></p> <p><a href="http://eprints.uwe.ac.uk/23221">http://eprints.uwe.ac.uk/23221</a></p> <p><a href="http://hertsvalleysccg.nhs.uk/your-health-and-services/community-navigators">http://hertsvalleysccg.nhs.uk/your-health-and-services/community-navigators</a></p> |



|   |   |  |
|---|---|--|
|   | communauté ». Ces « prescriptions sociales » d'aide à la navigation dans la communauté, qui sont destinées à des gens dont les besoins varient grandement, sont formulées par les omnipraticiens à l'intention de leur patient. Les aides à la navigation dans la communauté travaillent avec les patients pour les mettre en contact (prescrire) avec les différents services non cliniques locaux dont ils ont besoin et qui sont souvent offerts par le secteur bénévole et communautaire afin de s'assurer que le patient demeure autonome et qu'il continue de bien aller. |  |
| <b>Financement</b>  |   |  |
| Assurance de soins de longue durée, Japon   | Tous les résidents japonais de 40 ans ou plus paient des primes d'assurance de soins de longue durée. Le programme, qui est géré par les municipalités, est un composant clé du système de soins intégrés communautaires du Japon. Il permet aux personnes âgées et à leur famille de choisir les services et les fournisseurs de services communautaires qui répondent le mieux à leurs besoins, comme les soins de jour, l'aide à domicile, les soins de relève et les infirmières visiteuses.  | <a href="http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf">www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/ltcisj_e.pdf</a>         |
| <b>Vie autonome</b>   |   |  |
| Programme SMILE (Seniors Managing Independent Life Easily) de VON, Sud-est de l'Ontario | Le programme SMILE est un programme de soutien à domicile et communautaire géré par VON et ses partenaires communautaires. Le programme régional aide les aînés fragilisés et à risque de perdre leur autonomie à accomplir leurs tâches quotidiennes. Les recherches ont démontré que ce modèle d'autogestion était très simple, mais efficace.  | <a href="http://www.von.ca/fr/hastings/service/le-programme-smile">http://www.von.ca/fr/hastings/service/le-programme-smile</a>  |
| Communauté de vie autonome, Ontario   | Nombre des approches de vie autonome élaborées par le milieu des personnes handicapées peuvent être adaptées aux personnes âgées fragilisées.   | <a href="http://www.oailsp.ca/files/OAILSP%20Building%20Capacity%20Brief%20April%202017%20FINAL.PDF">www.oailsp.ca/files/OAILSP%20Building%20Capacity%20Brief%20April%202017%20FINAL.PDF</a> |
| Aide à la vie autonome Sud Ouest de l'Ontario (ALSO)                                    | Ce modèle de vie autonome conçu au départ pour soutenir les personnes handicapées a étendu ses services aux personnes âgées fragilisées souffrant de  | <a href="http://www.alsogroup.org">www.alsogroup.org</a>   |



|   |  |   |
|---|--|---|
|   | déficiences fonctionnelles. Chaque client est associé à un « panier » complet de ressources de soutien médical et non médical en fonction de ses propres besoins.  |   |
| Maison de soins infirmiers sans murs, Nouveau-Brunswick | L'Association des foyers de soins du Nouveau-Brunswick est à l'origine de l'idée d'une maison de soins infirmiers sans murs (soit le modèle communautaire de soins aux aînés) et s'associe avec certaines communautés pour mobiliser les ressources locales. Le programme vise à aider les personnes âgées à accomplir leurs tâches quotidiennes à la maison, notamment pour les repas, les bains et la gestion des médicaments. L'idée est de réduire les coûts en ressources humaines et financières associés à l'institutionnalisation des personnes atteintes de maladies chroniques tout en augmentant leur qualité de vie. | <a href="http://www.nbanh.com/files/SurvivingSustainingThrivingFR_Combined.pdf">http://www.nbanh.com/files/SurvivingSustainingThrivingFR_Combined.pdf</a> |
| <b>Solidarité dans les communautés</b>                  |  |   |
| Pelletage abordable, Royaume-Uni                        | Une municipalité (Aylesbury, près d'Oxford) du Royaume-Uni permet à ses personnes âgées de s'inscrire à un service de pelletage moyennant un coût mensuel symbolique. Ce modèle de financement novateur a permis à une municipalité sans budget excédentaire de répondre à un besoin de ses citoyens. Le service tire profit de ses relations existantes avec des entrepreneurs.   |   |
| Refuges sécuritaires, Japon                             | Plusieurs dépanneurs au Japon, y compris les 7-Eleven, offrent maintenant leur soutien aux personnes souffrant de démence pour venir en aide aux personnes âgées qui semblent désorientées. Les employés suivent des formations données par les villes et les villages de la région pour apprendre à reconnaître et à aider les gens présentant des signes de démence.<br><br>Les refuges sécuritaires du Japon ainsi que les formations sur les soins aux personnes atteintes de démence données aux enfants à l'école, aux commis de banque, aux employés des épicerie, etc. sont des  | <a href="http://www.longwoods.com/content/25006">www.longwoods.com/content/25006</a>  |



|  |   |  |
|--|---|--|
|  | initiatives prévues dans le cadre du « New Orange Plan » du Japon relativement aux soins des personnes atteintes de démence. Pour en savoir plus sur le New Orange Plan du Japon, voir : <i>MORTON-CHANG, F., A.P. Williams, W. Berta et A. Laporte. Toward a Community-Based Dementia Care Strategy: How Do We Get There from Here? HealthcarePapers, vol. 16, n<sup>o</sup> 2, 2016</i> (lien à droite).  |  |
| <b>Transport</b>   |   |  |
| Programme myRide Travel Training, Ontario  | Le programme myRide est un programme de formation sur les déplacements offert à York, Ontario, qui prépare les gens, y compris les personnes âgées, à prendre les transports en commun de façon autonome.   | <a href="http://www.yrt.ca/en/riding-with-us/myride-travel-training.aspx">www.yrt.ca/en/riding-with-us/myride-travel-training.aspx</a>   |
| <b>Élargissement du champ d'exercice des professionnels de la santé</b>                    |   |  |
| Soins paramédicaux communautaires (plusieurs modèles au Canada)                            | Les programmes de soins paramédicaux communautaires (SPC) font partie d'un effort croissant visant à élargir le champ d'exercice des professionnels de « milieu de gamme », comme les infirmières, les ambulanciers paramédicaux, les pharmaciens et les autres fournisseurs, notamment les agents de santé communautaires. Les SPC créent un pont important entre les soins primaires et les soins d'urgence et des liens étroits avec d'autres services de soutien, comme les soins à domicile et l'ergothérapie. | <a href="http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/picking-up-the-pace-files/Ken_Buchholz.pdf?sfvrsn=0">www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/picking-up-the-pace-files/Ken_Buchholz.pdf?sfvrsn=0</a><br><a href="http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/newsevents/ceo-forum-2017/posters/ceo-forum2017-nova-scotia-pe-paramedicsprovidingpalliativecarehome.pdf?sfvrsn=a996d744_2">http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/newsevents/ceo-forum-2017/posters/ceo-forum2017-nova-scotia-pe-paramedicsprovidingpalliativecarehome.pdf?sfvrsn=a996d744_2</a><br><a href="http://cradpdf.drdc-rddc.gc.ca/PDFS/unc272/p805296_A1b.pdf">http://cradpdf.drdc-rddc.gc.ca/PDFS/unc272/p805296_A1b.pdf</a><br><a href="http://www.communityparamedic.ca/pages/home/about-us/what-we-do.php">www.communityparamedic.ca/pages/home/about-us/what-we-do.php</a> |
| <b>Mobilisation et formation des bénévoles</b>   |   |  |
| Programme Navigating Connecting Accessing Resources Engaging (NCARE), Colombie-Britannique | Le programme NCARE est une approche centrée sur le patient qui prévoit des formations visant à apprendre aux bénévoles dans les centres de soins palliatifs à aider les personnes souffrant de  | <a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28673300">www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28673300</a><br><a href="https://pesut-lab.sites.olt.ubc.ca/projects-">https://pesut-lab.sites.olt.ubc.ca/projects-</a>  |



|   |   |   |
|---|---|---|
|   | maladies graves.  | <a href="#">2/ncare/</a><br><br><a href="http://pesut-lab.sites.olt.ubc.ca/files/2015/09/General-brochure-NCARE_CIHR-April-26-2017.pdf">http://pesut-lab.sites.olt.ubc.ca/files/2015/09/General-brochure-NCARE_CIHR-April-26-2017.pdf</a>   |
| Programme d'entraide communautaire Entre voisins, Ontario | Ce programme de formation offert par VON est conçu pour aider les gens à apprendre à aider les autres membres de leur communauté. Les participants apprennent à identifier les risques et à collaborer pour poser des actes de gentillesse envers les personnes vulnérables de leur communauté. L'objectif du programme est d'exploiter les réseaux non officiels en fournissant aux membres de la communauté les connaissances, les compétences et la confiance requises pour aborder et aider les personnes dans le besoin. Le programme a initialement été lancé à Ottawa et a été traduit dans cinq langues.  | <a href="http://www.von.ca/fr/ottawa/service/programme-dentraide-communautaire-entre-voisins">http://www.von.ca/fr/ottawa/service/programme-dentraide-communautaire-entre-voisins</a>   |
| Programme Better at Home, Colombie-Britannique            | Le programme Better at Home aide les personnes âgées à accomplir leurs tâches quotidiennes simples pour qu'elles puissent continuer à vivre de façon autonome chez elles et rester connectées à leur communauté. Le gouvernement de la Colombie-Britannique finance le programme, Centraide de Lower Mainland le gère, et des organismes à but non lucratif de la région fournissent les services. Cette approche unique de « planification par les personnes âgées pour les personnes âgées » signifie que les personnes âgées contribuent à la conception, au fonctionnement et à l'évaluation de leur programme local. Il existe 67 programmes Better at Home dans la province.<br><br>En avril 2017, Better at Home a élaboré une stratégie provinciale pour la motivation des bénévoles afin d'aider les programmes Better at Home dans leurs activités de recrutement, de formation, de | <a href="http://betterathome.ca/better-home-program/">http://betterathome.ca/better-home-program/</a><br><br><a href="http://betterathome.ca/provincial-volunteer-engagement-strategy/">http://betterathome.ca/provincial-volunteer-engagement-strategy/</a><br><br><a href="http://betterathome.ca/rppp/">http://betterathome.ca/rppp/</a> |



|  |  |   |
|--|--|---|
|  | <p>perfectionnement et de rétention des bénévoles. Les bénévoles sont essentiels à la réussite du modèle Better at Home. L'un des livrables de la stratégie inclut la conception d'un portail des bénévoles, soit une plateforme en ligne accessible et centralisée qui permettrait aux programmes Better at Home de joindre et de recruter des bénévoles éventuels ainsi que de présenter les occasions de bénévolat disponibles ainsi que les ressources et les formations destinées aux bénévoles dans l'ensemble de la province.</p> <p>Le programme Better at Home a récemment lancé un projet pilote Rural and Remote (RRPP) à six endroits en Colombie-Britannique pour tester de nouvelles approches de prestation des services Better at Home dans les communautés rurales et éloignées difficiles à desservir. Pour en savoir plus sur le RRPP, voir : <a href="http://betterathome.ca/rrpp/">http://betterathome.ca/rrpp/</a></p> |   |
| Activistes sociaux agréés dans le domaine de la santé (ASHA), Inde | La National Rural Health Mission du gouvernement appuie la formation des ASHA dans les villages locaux. Ces activistes de la santé communautaire sont formés pour faire le lien entre la communauté et le système de santé public. Les ASHA sont considérés comme des bénévoles, malgré certains incitatifs financiers.  | <p><a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673775/">www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4673775/</a></p> <p><a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438657/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438657/</a></p>  |
| <b>Solutions technologiques</b>                                    |  |   |
| eShift, Ontario  | eShift est une application sécuritaire pour téléphone intelligent qui permet à une infirmière autorisée qui se trouve dans une ville, avec l'aide d'un préposé aux services de soutien à la personne, de s'occuper simultanément et à distance de jusqu'à six patients vivant à la maison. Elle a été développée par le Centre d'accès aux soins communautaires du Sud-Ouest situé à London, Ontario.  | <p><a href="http://healthcareathome.ca/southwest/en/Getting-Care/Getting-Care-at-Home/eshift">http://healthcareathome.ca/southwest/en/Getting-Care/Getting-Care-at-Home/eshift</a></p> <p><a href="https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/eshift-2/">https://healthstandards.org/fr/pratique-exemplaire/eshift-2/</a></p> |
| Giraff, Europe   | Ce robot mobile combine les interactions sociales et le suivi de longue durée pour aider les gens à vivre de façon autonome tout en permettant aux médecins ou aux autres soignants de surveiller les personnes  | <p><a href="http://www.giraff.org">www.giraff.org</a></p> <p><a href="http://www.giraffplus.eu/">www.giraffplus.eu/</a></p>   |



|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <p>âgées. Les soignants ou les proches utilisent la vidéoconférence de style Skype sur leur ordinateur portable ou de bureau pour entrer dans la résidence et s’y déplacer librement avec la souris. Une nouvelle version de la technologie (Giraff Plus) surveille les activités dans la résidence à l’aide d’un réseau de capteurs disposés dans la résidence et sur la personne âgée. La technologie est utilisée en Suède et disponible dans neuf autres pays de l’Union européenne. Les soignants utilisent Giraff pour améliorer les contacts sociaux, pour gérer les médicaments ainsi que pour d’autres activités liées aux soins de santé. Le service Giraff est accompagné d’outils de soutien pour l’organisation responsable des soins, notamment d’une base de connaissances pour la planification, la mise en œuvre et la modélisation économique.</p> |  |
|--|--|--|

## 9. DISCUSSION GUIDÉE : FAIRE EN SORTE QUE LES INNOVATIONS PERSISTENT

Les participants à l’EMC se sont ensuite penchés sur les questions suivantes :

- « Quels leviers ou approches les administrations peuvent-elles utiliser pour mettre en œuvre ces activités et pratiques prometteuses? »
- « Y a-t-il des activités qui peuvent être entreprises à l’échelle nationale (c.-à-d. qui aideraient toutes les administrations à mettre en œuvre les pratiques prometteuses qui conviennent le mieux à leurs contextes)? »

La partie suivante comprend un résumé de ces discussions.

### Approches locales, régionales ou provinciales

**Mobiliser et consulter :** La première étape dans le développement et la mise en œuvre de programmes est d’avoir un dialogue ouvert qui permet à la collectivité de déterminer ses besoins et ses désirs. Et de travailler avec différents intervenants locaux pour mettre en place des services et du soutien qui sont flexibles, axés sur les personnes âgées et leurs soignants, et qui recourent les soins à domicile, les soins continus et les soins actifs.

**La croissance du modèle PACE :** Comme il a été mentionné précédemment, le modèle PACE (Programs of All-Inclusive Care for the Elderly [programmes de soins tout inclus pour les aînés])



aux États-Unis a pris de l'ampleur grâce à des partenariats avec de plus grands centres dans le voisinage pour partager les coûts administratifs, ou avec des services déjà offerts dans la collectivité (p. ex. bénévoles, organisme œuvrant pour les personnes handicapées, bureaux de comté et organismes de santé et de services à la personne).

**Modèles de financement novateurs :** Les régions régionales de la santé sont confrontées à des défis de taille quand elles doivent financer de nouveaux programmes même si des économies de coûts sont prévues à long terme. Un participant a donné en exemple le modèle financier utilisé dans le modèle PACE d'On Loc (un organisme aux États-Unis) comme solution de financement novatrice. Le modèle accepte des personnes âgées ayant des besoins très complexes qui sont admissibles à un placement dans un centre de soins de longue durée. Pour chaque patient, On Loc reçoit un paiement par habitant (un montant moins élevé que le montant qui serait payé pour placer cette personne dans un centre de soins de longue durée). C'est un excellent incitatif pour la prévention et l'entretien efficaces puisque On Loc assume l'ensemble des coûts pour tous les soins fournis par leur personnel et les fournisseurs contractuels, y compris les soins dans les hôpitaux et d'autres établissements. On Loc est donc passé d'une approche axée sur des soins médicaux réactifs à une approche proactive de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

**L'importance de reconnaître les cas de fragilité plus tôt :** C'est particulièrement important dans les régions rurales où la fragilité des personnes âgées peut être moins évidente pour un professionnel de la santé jusqu'à ce qu'elle ait progressé. Il y a un besoin de définir clairement des mesures de fragilité et de les appliquer aux soins de base, à l'aide d'interventions ciblées et de modèles particuliers de soins (p. ex. la nutrition et l'exercice), en utilisant les ressources communautaires pour offrir le soutien et les services.

**Les autoévaluations sont le nouveau modèle :** Plus d'administrations au Canada (p. ex. l'Ontario et la Colombie-Britannique) et dans d'autres pays (p. ex. le Japon, la France, l'Australie, les États-Unis) permettent aux personnes âgées et à leurs soignants d'utiliser des outils liés aux soins orientés vers le consommateur afin d'effectuer des autoévaluations en ligne et de déterminer plus tôt quels sont les problèmes fonctionnels. Ces outils logiciels sont aussi utilisés comme service de jumelage en recommandant du soutien et des programmes locaux qui répondent à votre niveau de fragilité. Des programmes financent également certains de ces services. L'Ontario a essayé un outil d'autoévaluation en ligne que la Colombie-Britannique est en train d'étudier. L'outil « Bien vieillir » permet aux adultes de 40 à 55 ans de concevoir comment il voudrait vieillir. Il comprend un bulletin sur le vieillissement en santé qui est axé sur les besoins de la personne et les moyens dont ils peuvent être comblés par la collectivité.

**Améliorer les outils pour la planification des soins avancés :** Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a développé une [boîte à outils](#) pour aider les personnes âgées, leur famille, leurs soignants et les professionnels de la santé à discuter des préférences de la personne en matière de soins de santé et personnels dans l'éventualité où cette personne devient incapable de consentir à un traitement ou à d'autres soins, ou de les refuser. Aussi l'[Advance Care Planning Workbook](#) explique en quoi consiste la



planification des soins avancés, et il peut être utilisé comme première étape dans le processus de cette planification.

**Penser « collectivité », au-delà d'urbain ou rural :** Plutôt que de voir la collectivité pour ce qu'elle a ou ce qu'elle n'a pas, vaut mieux se concentrer sur ce qui est nécessaire pour répondre aux besoins des personnes âgées dans une collectivité en particulier. Par exemple, le transport peut être un problème pour certaines personnes plus âgées dans les régions urbaines si elles n'aiment pas utiliser le transport en commun. Les besoins et les caractéristiques d'une collectivité devraient être au centre de la planification et de l'intervention. La Colombie-Britannique a adopté cette approche il y a cinq ans avec le financement de *Better at Home* – un programme pour l'ensemble de la province, géré par Centraide, avec des services offerts par des organismes sans but lucratif locaux choisis avec l'aide des collectivités. Le programme fournit des services simples (p. ex. l'entretien ménager, les visites, le transport, l'entretien paysager) qui aident les personnes âgées à demeurer autonomes tout en gardant un contact avec leur collectivité. Les adultes plus âgés contribuent à la conception, au fonctionnement et à l'évaluation de leur programme local. Ceux qui reçoivent ces services peuvent payer un tarif basé sur leur revenu.

**Modèles de prestation de soins innovateurs :** Il y a environ un an, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a rédigé un feuillet de deux pages intitulé, [\*Des modèles de prestation de soins innovateurs pour de meilleurs résultats cliniques\*](#). Le document présente 12 modèles utilisés au Canada, dont certains dans des régions rurales ou éloignées :

- Kwanlin Dün Health Centre, Yukon : Seul centre de santé dirigé par les Premières Nations au nord du 60<sup>e</sup> parallèle offrant des services cliniques, de proximité, de consultation et récréatifs, ainsi que des programmes pour les aînés, les parents et les enfants
- Clinique mobile, Manitoba : Cliniques mobiles de soins primaires pour les communautés insuffisamment desservies
- Paramédecine, régions rurales de la Nouvelle-Écosse : Des infirmières praticiennes et du personnel paramédical offrent des soins de santé primaires à domicile tout en étant connectés à des cliniques médicales centralisées
- 811 HealthLine, Terre-Neuve-et-Labrador : Service téléphonique 24 heures par jour assuré par des infirmières praticiennes pour aider les gens à prendre en charge leur santé physique et mentale

**Exploiter les atouts communautaires :** Une municipalité au Royaume-Uni (Aylesbury — près d'Oxford) a eu la brillante idée de tirer profit des atouts communautaires existants pour faciliter la vie des personnes âgées fragiles vivant à la maison. La municipalité savait que de nombreux aînés avaient besoin d'un service de déneigement, mais n'avait pas le budget pour mettre en place un tel service. Afin de régler ce problème, la municipalité a élaboré une approche de financement novatrice grâce à laquelle les aînés locaux ont pu obtenir un service de déneigement pour une minime somme mensuelle. Puisque la municipalité était en relation d'affaires avec des entrepreneurs, elle a été en mesure d'ajouter ce service et d'obtenir un meilleur prix.



## Affaires pangouvernementales

**Créer des collectivités amies des aînés** : Le document [Initiative des collectivités rurales et éloignées amies des aînés : un guide](#), préparé en 2008 pour les ministres FPT, présente plusieurs caractéristiques d'une collectivité amie des aînés ainsi que des obstacles, y compris cinq phases pour créer une collectivité amie des aînés.

**Les leviers gouvernementaux pour favoriser le changement** : Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux peuvent mettre en œuvre des lois, des règlements, du financement et d'autres mesures de soutien qui aideraient à changer l'approche axée sur des soins médicaux réactifs pour une approche proactive de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

**Reconnaître et remercier les bénévoles et les soignants officiels** : Il faut en faire plus pour reconnaître, soutenir et motiver les bénévoles et les soignants officiels.

**Recruter et maintenir en poste les préposés aux services de soutien à la personne (PSSP)** : Le manque de PSSP au Canada ne fera que s'aggraver dans les prochaines années avec la demande croissante d'une population vieillissante, la retraite prochaine de nombreux PSSP et le peu de valeur donné à la profession. Les autres principaux enjeux en matière de ressources humaines qui touchent les PSSP sont l'éducation et la formation, l'assurance de la qualité, les conditions de travail et la rémunération. Des efforts doivent être faits pour accroître la sensibilisation et le recrutement, particulièrement parmi les étudiants du secondaire, et pour valoriser davantage cette profession. Une autre façon de favoriser le recrutement serait d'élaborer un cheminement de carrière plus précis (p. ex. de PSSP à infirmière praticienne).

À l'échelle nationale, les IRSC songent à lancer une nouvelle initiative de recherche pédagogique sur le meilleur moyen de former et de certifier les PSSP et d'autres professionnels de la santé. De plus, un réseau appuyé par le gouvernement du Canada, le Réseau canadien des soins aux personnes fragilisées, est en train de créer un outil pour les soins de longue durée afin d'aider les PSSP à s'intégrer dans l'équipe de soins.

Les PSSP travaillant dans les régions rurales doivent composer avec les grandes distances à parcourir et les allocations pour l'essence et l'entretien de leur véhicule qui sont inadéquates. Un participant a suggéré que les gouvernements provinciaux pourraient inclure des coûts de transport pour les régions rurales dans le budget pour la santé, à raison d'un montant par habitant (une formule semblable a été mise en œuvre pour les conseils scolaires en régions rurales).

*L'approche ontarienne* : Dans le but d'augmenter le nombre de PSSP, l'Ontario a développé une stratégie à long terme et a conclu un partenariat avec le *Michener Institute* pour le lancement d'un nouveau Registre de préposés aux services de soutien à la personne obligatoire, basé sur un système de registres au Royaume-Uni. Le registre de l'Ontario offrira aux patients et aux familles des renseignements facilement accessibles à propos de leurs PSSP, comme la vérification des diplômes et certificats de formation, et la conformité à un code de conduite. Le registre sera mis en œuvre



graduellement au début janvier 2018. Le gouvernement de l'Ontario étudie aussi plusieurs options pour améliorer l'éducation, la formation et la certification des PSSP.

D'autres administrations pourront peut-être apporter leur expertise et transmettre les leçons apprises au fur et à mesure qu'elles établissent les plans pour le registre, la formation et la certification des PSSP.

## Approches nationales

**La « hometown tax »** : Au Japon, la « hometown tax » offre des déductions fiscales aux gens qui effectuent un don à un gouvernement local de leur choix. L'idée était de trouver un moyen pour les résidents urbains de soutenir leurs villes natales, en régions rurales, faisant peut-être face à des difficultés financières à cause de la dépopulation. Bien que le programme ait été critiqué comme étant un stratagème pour tromper le fisc, il pourrait susciter des idées pour de nouveaux modèles de financement au Canada.

**Apprendre des autres** : Le gouvernement fédéral pourrait publier un catalogue national avec des exemples d'innovations réussies pour les aînés vivant en régions rurales, comprenant des descriptions des interventions et où aller chercher plus d'information.

**Le besoin d'une stratégie nationale pour les aînés vivant en milieu rural** : Qu'elles vivent en région urbaine ou rurale, les personnes âgées fragiles sont en grande partie confrontées aux mêmes problèmes et certaines solutions urbaines pourraient sans doute être adaptées aux milieux ruraux et vice versa. Toutefois, pour les collectivités rurales, particulièrement celles avec moins de 1 000 résidents, il peut être difficile d'offrir du soutien et des soins formels en raison des enjeux liés à l'économie d'échelle. Une bonne façon de s'attaquer à ces différences est d'établir une stratégie nationale pour les aînés vivant dans les régions rurales ou un énoncé afin d'avoir une vision commune à ce sujet, dont les principaux objectifs sont l'équité et l'accès. Ce doit être une stratégie nationale qui s'harmonise avec le financement et les priorités des collectivités.

**Un plan national pour les soins à domicile** : En 2016, l'Association canadienne de soins et de services à domicile, en collaboration avec le Collège des médecins de famille et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, a publié [Un Plan national pour de meilleurs soins à domicile](#) qui recommande 28 mesures à prendre pour répondre aux besoins des personnes plus âgées et fragiles, dont certaines pourraient être appliquées aux soins à domicile dans les collectivités rurales. Par exemple :

- La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé a des ressources nationales qui peuvent aider à faire progresser les innovations.
- L'Institut canadien d'information sur la santé travaille avec les provinces et les territoires pour élaborer des indicateurs des soins à domicile.
- Inforoute Santé du Canada investit dans les soins à domicile technohabilités (p. ex. soins virtuels, télésoins à domicile).
- Proposition au Comité permanent de la santé du Parlement du Canada d'étudier la question des soins à domicile pour les aînés vivant en régions rurales.



- Est-ce qu'Emploi et Développement social Canada pourrait inciter les individus à choisir une carrière comme PSSP?
- Les IRSC devraient mettre en œuvre un projet de recherche de grande envergure évaluant l'impact à long terme d'une réorientation des investissements dans les soins en établissement vers les soins à domicile et en milieu communautaire.

## Investir dans les recherches sur la mise en œuvre et combler les lacunes de la recherche

**Instaurer des politiques et pratiques en lien avec les nouvelles technologies :** Le Réseau de centres d'excellence AGE-WELL travaille avec plus de 128 partenaires de l'industrie pour développer et mettre en pratique de nouvelles technologies qui peuvent faciliter un mode de vie autonome et améliorer la qualité de vie des adultes plus âgées et des soignants. En 2017, AGE-WELL a lancé le Centre national d'innovation [Pour de meilleures politiques et pratiques liées au vieillissement et aux technologies connexes](#) (POPRAVIT) à Fredericton, au Nouveau-Brunswick, pour concevoir des solutions novatrices afin de résoudre des problèmes précis de politiques, de programmes et de services. Selon AGE-WELL, « Le Centre aidera les innovateurs et les entrepreneurs à transformer leurs idées en succès commercial en leur permettant d'établir des liens avec les utilisateurs finaux, les décideurs et les fournisseurs de services, tout en favorisant le transfert et l'adoption rapide des nouvelles technologies ». (Traduction libre) Un deuxième Centre d'innovation a été ouvert à Ottawa en décembre : le [Centre Capteurs et analytique de suivi mobilité-mémoire](#) (SAM<sup>3</sup>).

**Partenariats de recherche avec les collectivités locales :** AGE-WELL est ouvert aux partenariats avec les collectivités rurales pour faire en sorte que les technologies d'assistance fonctionnent bien dans chacun des contextes uniques.

**Garantir un accès équitable aux technologies d'assistance :** Il peut être difficile pour une personne handicapée, une personne plus âgée fragile ou un soignant de naviguer dans le système incohérent de programmes des technologies d'assistance offerts par le gouvernement et les organismes caritatifs. Afin de faciliter cette tâche, AGE-WELL a publié en 2017 la première liste comprenant les programmes existants offerts par le gouvernement et les organismes caritatifs dans les 14 administrations (10 provinces, 3 territoires et pancanadien). Le document [Access to Assistive Technology in Canada : A Jurisdictional Scan of Programs](#) vise à « approfondir l'examen des approches afin de combler les lacunes en matière de programme, à contribuer aux efforts pour régler les problèmes d'accès liés aux changements de politiques, de programmes et de planification de service du gouvernement, et à obtenir une coordination systématique dans l'ensemble des secteurs ». (Traduction libre)<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> AGE-WELL : *Access to Assistive Technology in Canada: A Jurisdictional Scan of Programs*, 30 juin 2017; [http://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2015/09/age-well\\_jurisdictional-scan\\_2017\\_June-30\\_FINAL.pdf](http://agewell-nce.ca/wp-content/uploads/2015/09/age-well_jurisdictional-scan_2017_June-30_FINAL.pdf)



**Le besoin de preuves** : Il y a un manque de recherche fondée sur des preuves traitant des problèmes auxquels sont confrontés les aînés vivant dans les régions rurales, ainsi qu'un manque de données au niveau des collectivités et de recherches robustes sur la mise en œuvre. Ce serait très utile si Statistique Canada pouvait collecter plus d'information détaillée sur les collectivités rurales. Soutenir les fonds de données et l'évaluation des interventions sera indispensable à la réussite. De bonnes données aideront à mieux adapter les interventions.

**Le besoin d'un programme de recherche national sur le milieu rural** : Ce programme de recherche devrait être axé sur la santé ainsi que sur les soins de santé, et devrait comprendre des participants des collectivités par le biais de la création de réseaux de recherche fondés sur la pratique. Des chercheurs en milieu universitaire pourraient mettre à profit leur expertise dans les modèles d'étude, la mise en œuvre et l'évaluation. Une telle stratégie pourrait également aider à faire tomber les barrières entre la santé et les collectivités, et les services sociaux qui existent dans de nombreuses administrations et rendent l'harmonisation des services difficiles (p. ex. l'hébergement, les repas, les soins à domicile). À l'avenir, les cadres de recherche devraient être liés à des facilitateurs des gouvernements fédéral et provincial et des municipalités.

**Coordination des programmes de recherche** : Concernant les lacunes en matière de recherche, le Canada peut apprendre de l'Union européenne par la participation des IRSC à l'Initiative de programmation conjointe « [More Years, Better Lives](#) ». Cette initiative transnationale et multidisciplinaire cherche à améliorer la coordination et la collaboration entre les pays européens et les programmes de recherche nationaux sur la société vieillissante. Les sujets comprennent; santé, bien-être social, éducation et apprentissage, travail, productivité, hébergement, développement et mobilité dans les régions urbaines et rurales.

**Développer et suivre la paramédecine communautaire** : Les IRSC et Santé Canada pourraient appuyer le développement de services paramédicaux communautaires pour les Canadiens par l'entremise de recherche, de financement et de projets de démonstration, et pourraient aussi offrir leur soutien pour un cadre stratégique. Les ambulanciers paramédicaux pourraient être ajoutés à la planification des effectifs de la santé.

**Le besoin de cadres d'évaluation pour la recherche** : Le soutien financier du gouvernement doit inclure un cadre d'évaluation précis avec des mesures normalisées. De cette façon, les organismes communautaires savent quelles sont les attentes, et si les succès mesurables sont assurés. Ils sont mieux placés pour demander un financement permanent.

**Le financement de recherches qui touchent plusieurs domaines** : La majorité des recherches sur les aînés et la vieillesse en régions rurales touchent les trois organismes subventionnaires (les IRSC, le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada et le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada) mais les possibilités qu'il y ait un financement et une collaboration des trois organismes sont limitées. Ce problème pourrait être réglé grâce au nouveau Comité de coordination de la recherche au Canada, qui a été créé pour améliorer la coordination entre les organismes subventionnaires, et la Fondation canadienne pour l'innovation. La coordination des enjeux



liés aux personnes âgées au niveau fédéral est facilitée par le Comité interministériel sur les aînés qui comprend Santé Canada, Anciens Combattants Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement et d'autres ministères.

***Translating Research in Elder Care (TREC)*** : [TREC](#) est un programme de recherche de grande envergure qui vise à produire des connaissances pour améliorer les soins aux personnes âgées par le biais d'un partenariat de chercheurs et d'utilisateurs de connaissances, s'assurant ainsi que les recherches répondent aux besoins des intervenants. Les recherches de *TREC* sont financées par de nombreux [bailleurs de fonds](#), incluant entre autres : les IRSC, le gouvernement de l'Alberta, le gouvernement du Manitoba, le gouvernement de la Colombie-Britannique, et la Société Alzheimer du Canada. Le programme comprend différents projets de recherche et des initiatives d'amélioration de la qualité visant des améliorations à long terme et durables dans le secteur.

## 10. MOT DE LA FIN

Monsieur Joannette remercie les conférenciers et les participants pour leur contribution à cet échange Meilleurs cerveaux, et Santé Canada pour avoir encouragé le dialogue sur cet important sujet.



## 11. BIBLIOGRAPHIE

### **Mot de bienvenue et observations préliminaires**

Chatham House Rule ([www.chathamhouse.org/about/chatham-house-rule](http://www.chathamhouse.org/about/chatham-house-rule))

### **Présentation du contexte – Portrait du vieillissement en milieu rural au Canada (J. Keefe)**

Eales, J., Keefe, J. et N. Keating. Age-friendly rural communities; Can J Aging — Revue canadienne du vieillissement 2013 Dec; 32(4):319-32. doi : 10.1017/S0714980813000408. Epub 2013 Oct 16.

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24128863](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24128863)

Keating, N. (Ed.). Rural ageing: A good place to grow old? (p. 109 – 120). Bristol, UK : Policy Press, 2008.

<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1549-0831.2010.00022.2.x/abstract>

Rapaport, E., Manuel, P., Krawchenko, T. et J. Keefe. How can aging communities adapt to coastal climate change? Mapping community asset vulnerability for planning and adaptation. Analyse de politiques — Canadian Public Policy, 2015, 41(2), 166-177. doi : <http://dx.doi.org/10.3138/cpp.2014-055>

Rural Survey of Veterans, Dobb, Keefe, Keating (2006)

Skinner et coll. Services for Seniors in Small-Town Canada: The Paradox of Community. CJNR 2008,

Vol. 40 No 1, 80–101. [www.researchgate.net/publication/5394259\\_Services\\_for\\_seniors\\_in\\_small-town\\_Canada\\_The\\_paradox\\_of\\_community](http://www.researchgate.net/publication/5394259_Services_for_seniors_in_small-town_Canada_The_paradox_of_community)

Statistique Canada, Recensement de la population, 1851 à 2011.

[http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV\\_f.pl?Function=getInstanceList&Id=152274](http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getInstanceList&Id=152274)

### **Présentation 1 - Voies et approches novatrices : Intégrer les soins de santé primaires offerts aux personnes âgées en milieu rural au Canada et plus (P. Williams)**

Aging Gracefully : The PACE Approach to Caring for Frail Elders in the Community; Commonwealth Fund (2016). [www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok](http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok)

Building Community-Based Capacity to Meet Ontario's Needs; A Brief from the Ontario Association of Independent Living Service Providers (2017). Williams

P. [www.oailsp.ca/files/OAILSP%20Building%20Capacity%20Brief%20April%202017%20FINAL.PDF](http://www.oailsp.ca/files/OAILSP%20Building%20Capacity%20Brief%20April%202017%20FINAL.PDF)

Healthy Aging, World Health Organization (2015). [www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/healthy-ageing-infographic.jpg?ua=1](http://www.who.int/ageing/events/world-report-2015-launch/healthy-ageing-infographic.jpg?ua=1)

Hostetter, M., Klein, S. et D. McCarthy. Aging Gracefully: The PACE Approach to Caring for Frail Elders in the Community, 2016. [www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok](http://www.commonwealthfund.org/publications/case-studies/2016/aug/on-lok)



Institute for Public Policy Research, UK, 2014. <http://www.ippr.org/publications/the-generation-strain-collective-solutions-to-care-in-an-ageing-society>

Les soins de santé au Canada; Institut canadien d'information sur la santé (2011).  
[https://secure.cihi.ca/free\\_products/HCIC\\_2011\\_seniors\\_report\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf)

Long-Term Care Insurance System of Japan; Ministry of Health, Labour and Welfare (2016).  
[www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj\\_e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj_e.pdf);  
[www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj\\_e.pdf](http://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/lciscj_e.pdf)

Northland PACE (Program of All-Inclusive Care for the Elderly) assessment; Rural Health Information Hub. [www.ruralhealthinfo.org/community-health/project-examples/776](http://www.ruralhealthinfo.org/community-health/project-examples/776)

Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus vivant seules selon le groupe d'âge, Canada, 2001 et 2011; Statistique Canada (2015). [http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/2011003/fig/fig3\\_4-2-fra.cfm](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/as-sa/98-312-x/2011003/fig/fig3_4-2-fra.cfm)

Pourcentage de ménages d'une seule personne, Canada, 1951 à 2016; Statistique Canada (2016).  
<http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/170802/cg-a001-fra.htm>

Proportion de personnes âgées de 0 à 14 ans et de 65 ans et plus, 1<sup>er</sup> juillet 2015, Canada, provinces et territoires; Statistique Canada (2015). <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/150929/cg-b004-fra.htm>

Senior Community Care program assessment; Rural Health Information Hub.  
[www.ruralhealthinfo.org/community-health/project-examples/784](http://www.ruralhealthinfo.org/community-health/project-examples/784)

Seniors Managing Independent Life Easily (Le Programme SMILE); VON Canada.  
<http://www.von.ca/fr/hastings/service/le-programme-smile>

Soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Organisation mondiale de la Santé (2008).  
[http://www.who.int/whr/2008/summary\\_fr.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2008/summary_fr.pdf?ua=1)

Taux d'accroissement démographique selon le groupe d'âge entre 1983 et 2013, Canada; Statistique Canada (2015). <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-215-x/2013002/ct007-fra.htm>

The Generation Strain: Collective Solutions to Care in an Ageing Society; Institute for Public Policy Research, UK (2014). [www.ippr.org/publications/the-generation-strain-collective-solutions-to-care-in-an-ageing-society](http://www.ippr.org/publications/the-generation-strain-collective-solutions-to-care-in-an-ageing-society)

Un plan décennal pour consolider les soins de santé, Gouvernement du Canada (2004).  
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/prestations-systeme-soins-sante/collaboration-federale-provinciale-territoriale/rencontre-premiers-ministres-soins-sante/plan-decennal-consolider-soins-sante.html>



Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation, Organisation mondiale de la Santé (2002).

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf)

Who really cares? Caregiving intensity, labour supply and policymaking in Canada, Lilly M (2011).

[http://queensu.ca/sps/sites/webpublish.queensu.ca.spswww/files/files/Events/Conferences/QIISP/2011/meredith\\_lilly.pdf](http://queensu.ca/sps/sites/webpublish.queensu.ca.spswww/files/files/Events/Conferences/QIISP/2011/meredith_lilly.pdf)

### **Présentation 2 - Innovations dans les soins aux personnes âgées dans tout le Canada rural (S. Sinha)**

Krause, K.E. et S.K. Sinha. A Systematic Review of Geriatric Models of Care for Rural and Remote Populations. Manuscrit inédit, 2017.

Ruest, M.R., Ashton, C.W. et J. Millar Community Health Evaluations Completed Using Paramedic Service (CHECUPS): Design and Implementation of a New Community-Based Health Program. Journal of Health and Human Services Administration, 2017, 40(2), 186-218.

<https://jhhsa.spaef.org/article/1775/Community-Health-Evaluations-Completed-Using-Paramedic-Service-CHECUPS-Design-and-Implementation-of-a-New-Community-Based-Health-Program>

### **Présentation 3 - Difficultés et possibilités d'intégrer les soins communautaires offerts aux personnes âgées dans les collectivités rurales (G. Warner)**

Connell B, Warner G et L. Weeks. The feasibility of creating partnerships between palliative care volunteers and healthcare providers to support rural frail older adults and their families: An integrative review. American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 2016.

<http://ajh.sagepub.com/content/early/2016/07/19/1049909116660517.full.pdf?ikey=liuwsvxvNe1lua&keytype>

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA et JC Lowery. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci [Internet], 2009; Aug 7;4:50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>

Duggleby, W., Pesut, B., Cottrell, L., Friesen, L., Sullivan, K. et G. Warner. Development, implementation, and evaluation of a curriculum to prepare volunteer navigators to support older persons living with serious illness. Accepté par l'American Journal of Hospice and Palliative Medicine, 10 octobre 2017.

Eccles, M. P. et B. S. Mittman S. Welcome to Implementation Science. Implementation Science, 1, 1, 2006. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>

Fried, LP et J. Walston. Frailty and failure to thrive (1487 – 1502). Dans : Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH Jr, Halter JB et J. Ouslander Principles of Geriatric Medicine and Gerontology , 5<sup>e</sup> éd. New York : McGraw-Hill, 2003.

Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B. et L. Damschroder. A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research, Implementation Science, 2016, 11(1), 72.



Lawson, B., Sampalli, T., Wood, S., Warner, G., Moorhouse, P., Gibson, R., Mallery M., Burge F. et L. G. Bedford. Evaluating the Implementation and Feasibility of a Web-Based Tool to Support Timely Identification and Care for the Frail Population in Primary Healthcare Settings. *International Journal of Health Policy and Management*, 2017, 6(7), 377-382. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.32>  
[www.ijhpm.com/article\\_3338\\_356ee001cba12126fe8ca0bc62a4b424.pdf](http://www.ijhpm.com/article_3338_356ee001cba12126fe8ca0bc62a4b424.pdf)

Nilsen, P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. *Implementation Science*, 2015, 10(1). <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0242-0>

Pesut B, Duggleby W, Warner G, Fassbender, K, Antifeau, E., Hooper, B., Gerig, M. et K. Sullivan. Volunteer navigation partnerships : Piloting a compassionate community approach to early palliative care. *BBC Palliative Care*, 2017, 17(2),1-11.

Réseau national des gestionnaires de cas du Canada (2012). Profil des compétences essentielles pour les intervenants en gestion de cas au Canada. Tiré de : <http://www.ncmn.ca>

Sampalli T, Lawson B, Wood S, Warner G, Moorhouse P, Gibson R, Mallory L et L. Bedford. Evaluating the Implementation and Feasibility of a Web-Based Tool to Support Timely Identification and Care for the Frail Population in Primary Healthcare Settings. *International Journal of Health Policy and Management*, 2017, 6(7), 377-382. [http://www.ijhpm.com/article\\_3338\\_642.html](http://www.ijhpm.com/article_3338_642.html)

Warner, G., Harrold, J., Allen, M. et R. Lyons. Using a knowledge exchange workshop to uncover and address barriers to rural family physicians' applying secondary stroke prevention best practice recommendations. *Journal canadien de la médecine rurale — Canadian Journal of Rural Medicine*, 2010, 15(4) : 143-152.

Warner, G. et R. Stadnyk. What is the Evidence and Context for Implementing Family-Centered Care for Older Adults? *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 2014, 32(3), 255-270.  
[www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02703181.2014.934942](http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02703181.2014.934942)

**ANNEXE 1 : ORDRE DU JOUR**

| <b>Séance d'échanges Meilleurs cerveaux des IRSC :</b>   |   |  |
|--|---|--|
| <b><i>Voies et approches novatrices pour intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires offerts aux personnes âgées vivant en milieu rural au Canada</i></b>  |   | <b>Mardi, 28 novembre 2017</b><br>8 h – 16 h<br>Bureau principal des IRSC<br>160, rue Elgin, 9 <sup>e</sup> étage<br>Ottawa (Ontario)  |
| <b>Ordre du jour</b>   |   |  |
| Le présent échange Meilleurs cerveaux traitera des questions suivantes :   |   |  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quelles activités et pratiques prometteuses actuelles intègrent les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires pour les personnes âgées en milieu rural au Canada?</li> <li>2. Quelles sont les caractéristiques clés de ces pratiques et activités prometteuses qui permettent aux aînés en régions rurales de rester plus longtemps à la maison?</li> <li>3. Quelles sont les principales leçons apprises, incluant les éléments de réussite et les embûches communes, pour intégrer les soins à domicile et en milieu communautaire aux soins de santé primaires pour les personnes âgées en milieu rural?</li> </ol> |   |  |
| <b>17 h – 19 h — lundi 27 novembre 2017</b>  |   |  |
| <i>Séance de réseautage au restaurant Johnny Farina, 216, rue Elgin, Ottawa</i>  |   |  |
| <b>Heure</b>   | <b>Point</b>  | <b>Conférencier</b>  |
| 8 h – 8 h 30   | <i>Déjeuner</i>   |  |
| 8 h 30 – 8 h 50  | <b>Mot d'ouverture</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Bienvenue au nom des IRSC et de Santé Canada</b></li> <li>• <b>Présentations à tour de rôle</b></li> <li>• <b>Aperçu et objectifs de la journée</b></li> </ul> | <b>Yves Joannette</b> , directeur scientifique, Institut du vieillissement, IRSC<br><br><b>Helen McElroy</b> , directrice générale, Direction des programmes et des politiques de soins de santé, Santé Canada |
| 8 h 50 – 9 h 10  | <b>Portrait du vieillissement en milieu rural au Canada</b><br><i>*Présentation de 20 minutes</i>   | <b>Janice Keefe</b> , professeure et directrice, Centre de recherche sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse, Université Mount Saint Vincent   |
| 9 h 10 – 10 h  | <b>Voies et approches novatrices : Intégrer les soins de santé primaires offerts aux personnes âgées en milieu rural au Canada et plus (P. Williams)</b><br><i>* exposé de 20 min suivi d'une période de questions de 30 min</i>  | <b>Paul Williams</b> , professeur, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto  |



|                      |   |  |
|----------------------|---|--|
| 10 h – 10 h 15       | <i>Pause-santé</i>  |  |
| 10 h 15 –<br>11 h 5  | <b>Innovations dans les soins aux personnes âgées dans tout le Canada rural</b><br><i>* exposé de 20 min suivi d'une période de questions de 30 min</i>   | <b>Samir Sinha</b> , directeur de la gériatrie, Sinai Health System et professeur agrégé, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto |
| 11 h 5 – 12 h        | <b>Difficultés et possibilités d'intégrer les soins communautaires offerts aux personnes âgées dans les collectivités rurales</b><br><i>* exposé de 20 min suivi d'une période de questions de 30 min</i>   | <b>Grace Warner</b> , professeure agrégée, École d'ergothérapie, École des sciences infirmières, Département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université Dalhousie           |
| 12 h –<br>12 h 45    | <i>Dîner de réseautage</i>  |  |
| 12 h 45 –<br>12 h 50 | <b>Aperçu de l'horaire de l'après-midi</b><br><i>Les questions méritant une réflexion apparaîtront sur l'écran afin d'orienter les discussions de l'après-midi.</i>   | <b>Yves Joannette</b>  |
| 12 h 50 –<br>14 h 15 | <b>9. Discussion dirigée : Établir un répertoire d'exemples</b><br><i>Quelles sont les activités et les pratiques prometteuses que vous connaissez qui intègrent ou associent les soins à domicile ou communautaires avec les soins de santé primaires pour les personnes âgées vivant dans des régions rurales?</i>  | Animée par <b>Yves Joannette</b>   |
| 14 h 15 –<br>14 h 25 | <i>Pause-santé</i>  |  |
| 14 h 25 –<br>15 h 15 | <b>9. Discussion dirigée : Faire en sorte que les innovations persistent</b><br><i>Quels leviers ou approches les administrations peuvent-elles utiliser pour mettre en œuvre ces activités et pratiques prometteuses? « Y a-t-il des activités qui peuvent être entreprises à l'échelle nationale (c.-à-d. qui aideraient toutes les administrations à mettre en œuvre les pratiques prometteuses qui conviennent le mieux à leurs contextes)? »</i> | Animée par <b>Yves Joannette</b>   |
| 15 h 15 –<br>15 h 25 | <b>Réflexions des experts</b><br><i>* 3 à 4 min pour la conclusion de chaque présentateur</i>   | Animée par <b>Yves Joannette</b>   |
| 15 h 25 –<br>15 h 50 | <b>Tour de table</b><br><i>Les participants seront invités à faire part du principal point qu'ils retiendront de l'événement d'aujourd'hui et à expliquer comment cela les</i>  | <b>Yves Joannette</b>  |



|                   |   |  |
|-------------------|---|--|
|                   | <i>aidera à aller de l'avant dans leur travail.</i> |  |
| 15 h 50 –<br>16 h | <b>Mot de la fin et évaluation</b>                  | <b>Yves Joanette</b><br><b>Helen McElroy</b> |



## ANNEXE 2 : BIOGRAPHIES DES CONFÉRENCIERS ET DE L'ANIMATEUR

**Yves Joannette, Ph. D., F.C.A.H.S.**

***Vice-président et animateur***

**Professeur en neurosciences cognitives du vieillissement à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal; directeur scientifique, Institut du vieillissement des Instituts de recherche en santé du Canada**

Yves Joannette est le scientifique dirigeant de la Stratégie de recherche sur la démence des IRSC, et agit comme coresponsable d'autres initiatives des IRSC, notamment l'initiative Innovations en cybersanté et l'initiative Santé et productivité. Il supervise l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement des IRSC ainsi que l'initiative Questions liées aux dernières années de vie.

Il siège à plusieurs conseils consultatifs et de gestion à l'échelle internationale, dont trois initiatives européennes auxquelles participe le Canada, l'Initiative de programmation conjointe : Vivre vieux, vieillir mieux (axée sur les changements démographiques et le vieillissement) et le Programme conjoint sur les maladies neurodégénératives (axé sur les démences). Il a également réussi à ce que Canada soit membre à part entière du Programme conjoint *Active and Assisted Living* (axé sur la technologie et des approches de cybersanté afin de mieux aider les personnes âgées). Yves Joannette est actuellement président du Conseil mondial de lutte contre la démence. Il a été chercheur et scientifique au Conseil de recherches médicales du Canada (remplacé par les Instituts de recherche en santé du Canada) et a reçu plusieurs distinctions, dont le prix André-Dupont et le prix Eve Kassirer pour ses réalisations professionnelles exceptionnelles. Yves Joannette est membre de l'Académie canadienne des sciences médicales. L'Université Lumière de Lyon (France) ainsi que l'Université d'Ottawa (Canada) lui ont toutes deux décerné un doctorat honorifique.

**Janice Keefe, Ph. D.**

**Professeure et présidente, Département d'études familiales et de gérontologie, Université Mount Saint Vincent**

Janice Keefe est aussi professeure agrégée adjointe à la Faculté de médecine de l'Université de Dalhousie. En 2006, elle est titulaire de la chaire Lena Isabel Jodrey en gérontologie et a été nommée directrice du *Nova Scotia Centre on Aging*. De 2002 à 2012, elle a été titulaire de la chaire de recherche du Canada sur les politiques relatives au vieillissement et à la prestation des soins. Janice Keefe est reconnue à l'échelle provinciale, nationale et internationale pour ses recherches, elle s'est aussi vu décerner des prix dont le *Global Aging Research Network Award for Applied Research* (2017), le *Canadian Association on Gerontology Distinguished Member Award* (2017), le prix Femmes d'excellence du Club progrès du Canada (2015) et le prix de l'Association canadienne des soins de santé pour sa contribution aux soins prolongés du Canada (2012). Les thèmes de recherche de M<sup>me</sup> Keefe sont les politiques et les pratiques relatives à la prestation des soins, le vieillissement en milieu rural, les politiques sur les soins prolongés et la définition des besoins futurs des personnes âgées. Elle est actuellement directrice scientifique de SALTY, une équipe financée par les IRSC qui a pour objectif d'améliorer la qualité de vie des résidents qui reçoivent des soins de longue durée au Canada. Elle enseigne dans le cadre du programme de maîtrise ès arts et du programme de premier cycle au



département des études familiales et de gérontologie, et agit comme mentor et superviseure pour plusieurs étudiants des cycles supérieurs et boursiers postdoctoraux.

**Samir K. Sinha, M.D., D. Phil., F.C.A.H.S.**

**Directeur de la gériatrie, Sinai Health System et Réseau universitaire de santé, titulaire de la chaire Peter and Shelagh Godsoe en gériatrie au Mount Sinai Hospital**

Monsieur Samir Sinha (M.D.) est un défenseur passionné des besoins des personnes âgées. En plus de son poste comme directeur de la gériatrie à l'Hôpital Mont Sinai et aux hôpitaux du Réseau universitaire de santé, il est aussi professeur adjoint aux départements de médecine, de médecine familiale et communautaire et à l'*Institute of Health Policy, Management and Evaluation* de l'Université de Toronto, ainsi que professeur adjoint de médecine à l'Université Johns Hopkins. Boursier de la fondation Cecil Rhodes, il a fait ses études de premier cycle en médecine à l'Université Western Ontario avant d'obtenir une maîtrise en histoire de la médecine et un doctorat en sociologie de l'Institute of Ageing de l'Université d'Oxford. Il a poursuivi sa formation postdoctorale en médecine interne à l'Université de Toronto et en gériatrie à l'école de médecine de l'Université Johns Hopkins. L'étendue de la formation et de l'expertise internationales de M. Sinha en matière de politiques de santé et de prestation de services gériatriques a fait de lui un expert réputé dans le domaine des soins aux personnes âgées. En 2012, il a été nommé expert responsable de la Stratégie des soins aux personnes âgées par le gouvernement de l'Ontario et il travaille actuellement à l'élaboration d'une stratégie nationale à l'intention des personnes âgées. En 2014, le magazine canadien *Maclean's* a déclaré qu'il était l'une des 50 personnes les plus influentes et les plus captivantes du domaine de la défense des droits des personnes âgées. Au-delà du Canada, M. Sinha a prodigué des conseils à des hôpitaux et à des autorités sanitaires en Grande-Bretagne, en Chine, en Islande, à Singapour et aux États-Unis quant à la mise en œuvre et à l'administration de modèles de soins gériatriques singuliers, intégrés et innovants dans le but de réduire le fardeau de la maladie, d'améliorer l'accès et la capacité et, en définitive, de promouvoir la santé.

**Grace Warner, Ph.D.**

**Professeure agrégée, École d'ergothérapie, Université Dalhousie**

Madame Grace Warner travaille également au Département de santé communautaire et d'épidémiologie et est scientifique associée auprès de la Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse. Ses travaux de recherche sont axés sur l'utilisation de cadres de mise en œuvre afin de comprendre les facteurs à niveaux multiples qui ont des effets sur l'adoption des innovations. Elle collabore avec des partenaires du système de la santé pour mener des travaux de recherche appliquée sur les services de santé, qui souvent visent à trouver comment améliorer les services communautaires adaptés aux adultes plus âgés et à leur famille, leurs amis et leurs soignants. Elle fait partie d'un réseau de recherche en Nouvelle-Écosse qui comprend des chercheurs, des fournisseurs et des décideurs en matière de soins de santé primaires. Elle possède un doctorat en épidémiologie et a effectué ses études postdoctorales en recherche sur les services de santé et l'application des connaissances.

**A. Paul Williams, Ph. D.**

**Professeur (émérite), Politique en matière de santé, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto**

Monsieur Paul Williams a été directeur fondateur du programme de gestion des services de santé de



l'Université Ryerson à Toronto, et plus récemment, directeur du programme de programme de MSc/Ph. D. en recherche sur les services de santé à l'École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto. Il a enseigné des cours de niveau supérieur sur les systèmes et les politiques de santé à des praticiens, des administrateurs et des décideurs aux échelons national et international, notamment aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Chine, au Mexique et au Japon. Il dirige le *Balance of Care (BoC) Research and Evaluation Group*, une collaboration entre des chercheurs universitaires établis et des étudiants de cycle supérieur senior; le groupe examine les principaux problèmes d'accès à des services communautaires pour les personnes vulnérables, dont les aînés risquant l'institutionnalisation (et pour leurs soignants officiels) et le rapport coût-efficacité de ces services; personnes handicapées; enfants avec des problèmes de santé chroniques; communautés définies par l'orientation sexuelle, l'ethnie et la race (incluant les Premières Nations). Il est également coprésident du Réseau canadien de recherche pour les soins dans la communauté ([www.CRNCC.ca](http://www.CRNCC.ca)), un partenariat dynamique de chercheurs, de fournisseurs de services communautaires, de consommateurs et de décideurs qui promeut la recherche et l'application des connaissances en matière de soins à domicile et en milieu communautaire. Le RCRSC a récemment tenu des symposiums sur l'application des connaissances, dont les suivants : *Building Community-Based Capacity in Ontario : Innovations from the Independent Living Sector; Living Well with Dementia: Towards Dementia-Friendly Policy; and Caring for Caregivers: Challenging the Assumptions.*