

Favoriser le vieillir chez soi – Équipes participantes

Dans le cadre du projet collaboratif Favoriser le vieillir chez soi, Excellence en santé Canada aide 26 organismes à planifier et mettre en œuvre des pratiques permettant aux personnes âgées ayant des besoins médicaux et sociaux de vieillir dans leur milieu de vie, grâce à un soutien formel.

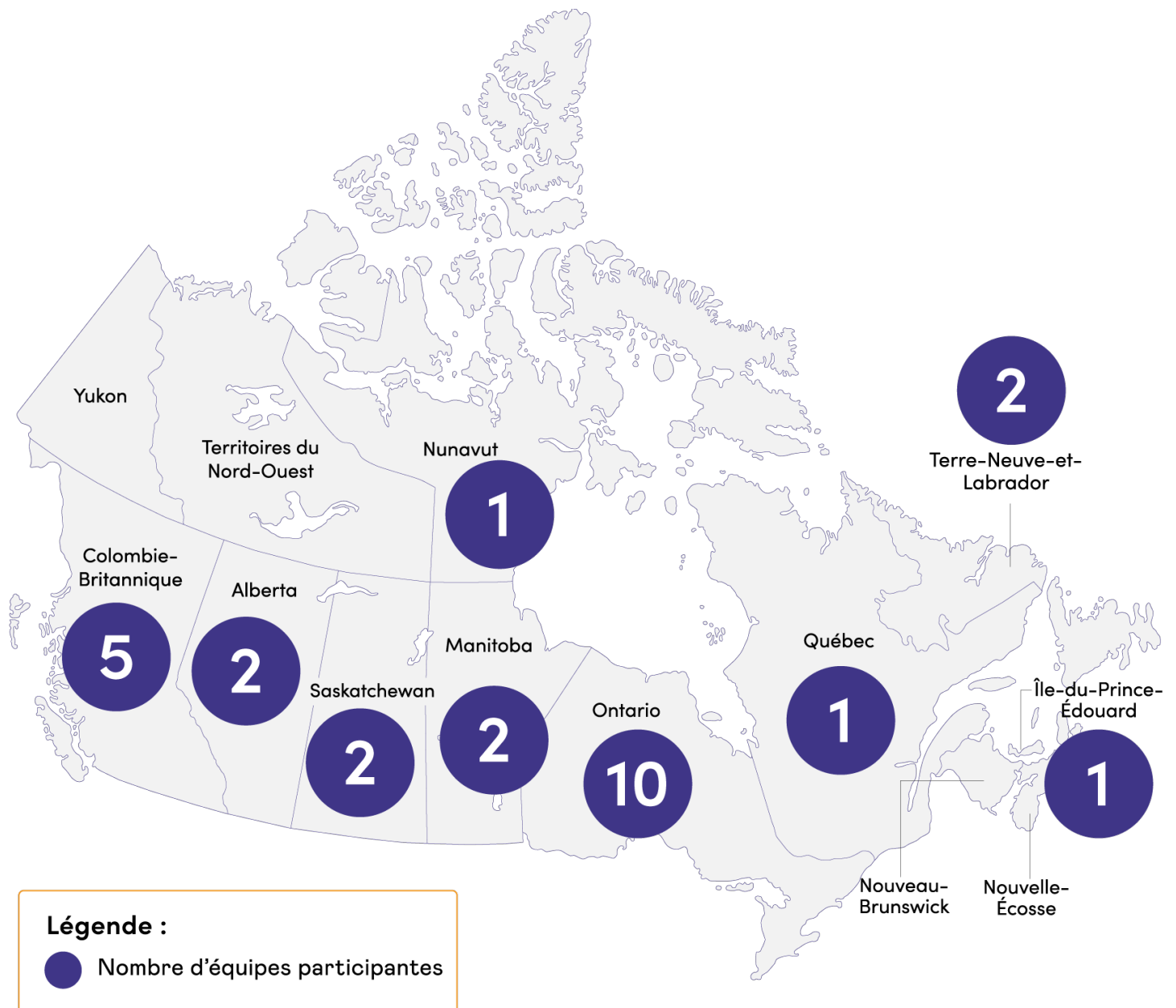


Figure 1 : Carte du Canada représentant les communautés invitées à participer au projet collaboratif Favoriser le vieillir chez soi d'Excellence en santé Canada.

Découvrir les équipes

Les communautés et les organismes suivants ont été invités à participer au projet collaboratif Favoriser le vieillir chez soi.

Actionmarguerite

En bref

Région : Manitoba

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

L'initiative est dirigée par Actionmarguerite, un organisme à but non lucratif proposant un éventail de services de santé et de services sociaux aux francophones et à la grande communauté de la ville de Winnipeg. L'équipe est composée de membres de la direction et du personnel administratif d'Actionmarguerite et de Charités Despins, qui dirigent le projet et apportent du soutien à l'évaluation, ainsi que d'une chef des soins infirmiers qui joue le rôle de responsable de clinique. Des représentantes et représentants du Réseau Compassion fournissent de l'expertise en gestion de projets ainsi que des connaissances sur la communauté francophone et vieillissante.

Communauté

- Cette initiative est basée à Winnipeg, au Manitoba, où la population d'environ 750 000 personnes.
- Au total, 96 personnes vivant dans l'un des trois sites de logements avec services de soutien profiteront de cette initiative. Actionmarguerite possède deux sites de logements offrant des services de soutien à 48 personnes, tandis que Charités Despins propose ce programme à 48 personnes résidant dans un même milieu de vie. Au-delà du programme de logements avec services de soutien, Actionmarguerite gère trois foyers de soins personnels d'une capacité combinée de 553 personnes et un programme de jour pour adultes. Charités Despins aide également 239 personnes âgées dans deux milieux de vie indépendants.

Axes du programme

Description du programme

Ce programme de logements avec services de soutien winnipegais, dirigé par Actionmarguerite et la Résidence Despins, cherche à optimiser les services actuels par une approche axée sur la personne, et à

garantir l'évolution du programme afin qu'il réponde mieux aux besoins complexes de la population. Il mettra l'accent sur l'amélioration de la continuité des soins, le renforcement des liens entre le personnel et les locataires et l'offre de services rapides et flexibles, y compris en français. En s'attaquant à des problèmes tels que la solitude et en garantissant des soins respectueux des valeurs culturelles, le programme cherche à accroître la satisfaction des locataires, à prolonger la durée de leur séjour en logement avec services de soutien, à diminuer le nombre de visites aux services d'urgence et d'admissions à l'hôpital et à reporter l'admission en foyer de soins personnels, ce qui contribuerait à améliorer la qualité de vie globale des locataires et l'efficacité du système de santé local.

Approche de mise en œuvre

- **Donner au personnel une formation théorique et pratique sur les indicateurs de résultats personnels et les logements centrés sur la personne :** Tout le personnel devra suivre une formation, en personne ou en ligne, sur les indicateurs de résultats personnels et les logements axés sur la personne pour acquérir des connaissances sur les besoins des personnes âgées et améliorer la satisfaction des personnes proches aidantes.
- **Élargir les rôles et renforcer la capacité du personnel :** Les accompagnatrices et accompagnateurs de locataires seront formés pour assumer un rôle d'aide-soignante ou d'aide-soignant, afin d'offrir des soins plus uniformes et de meilleure qualité aux 96 locataires des trois emplacements.
- **Présenter un nouveau modèle amélioré de logements avec services de soutien 24 heures sur 24 :** Mettre en place un nouveau modèle de soins personnels intégrés 24 heures sur 24 qui remplacera le modèle externe de soins à domicile et offrira des soins rapides, flexibles et de qualité aux 96 locataires.
- **Introduire le poste d'infirmière-conseil ou d'infirmier-conseil :** Une infirmière-conseil ou un infirmier-conseil à temps plein formera les aides-soignantes et aides-soignants, fera des consultations quotidiennes et contribuera aux nouveaux aiguillages et au travail de représentation, afin de fournir des soins complets et adaptés aux 96 locataires.

Équipe de santé familiale Algonquin (EMNO)

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'initiative est dirigée par l'Équipe de santé familiale Algonquin (AFHT) à The Annex, une nouvelle clinique pour les personnes sans prestataire de soins primaires (patientes et patients sans médecin de famille). L'équipe est composée de représentantes et représentants de l'AFHT, y compris des médecins, des

responsables de clinique, des responsables du soutien technique et une personne chargée de la coordination de la recherche du Huntsville Physicians Local Education Group.

Communauté

- L'initiative cible les personnes âgées sans prestataire de soins primaires à Huntsville (Ontario) et aux alentours.
- Huntsville est la plus grande municipalité du district de Muskoka et s'étend sur 711 km². Selon le recensement de 2021, sa population s'élève à 21 147 personnes, dont une forte proportion de personnes âgées.
- Plus de 30 % de la communauté n'a pas de médecin de famille.

Axes du programme

Description du programme

L'Équipe de santé familiale Algonquin (AFHT), par son nouveau programme « Aging in Place at The Annex », vise à offrir des soins continus et complets aux personnes âgées sans médecin de famille à Huntsville, en Ontario. Cette initiative répond au besoin criant de soins primaires des personnes âgées qui dépendent actuellement des services d'urgence, ce qui entraîne une hausse du temps d'attente qui pourrait être atténuée par des soins complets et continus. Le programme vise à réduire le nombre d'hospitalisations et de visites aux services d'urgence tout en aidant les personnes âgées à prendre en charge leurs maladies chroniques, à s'orienter dans le système de santé et à vieillir chez elles. Avec une équipe multidisciplinaire composée notamment de médecins, de personnel infirmier praticien, de personnel ambulancier communautaire et de spécialistes en santé mentale, The Annex fournit des services de santé aux personnes âgées sans médecin de famille, ce qui leur assure une prise en charge complète et réduit les besoins et la demande de services de courte durée.

Approche de mise en œuvre

- **Évaluation gériatrique spécialisée :** Ajouter à l'offre existante des services d'évaluation gériatrique spécialisés pour les personnes âgées fragiles à The Annex, pour prendre en charge la démence, le delirium, les problèmes de santé mentale, les chutes et les problèmes de mobilité. Ciblent les patientes et patients gériatriques, le service mobilise des actifs communautaires comme les soins à domicile, la télésurveillance et les soins palliatifs.
- **Continuité des soins :** Offrir des soins de santé primaires continus et de qualité aux personnes âgées sans médecin de famille à The Annex. Ciblent toutes les personnes âgées, qu'elles se présentent elles-mêmes ou qu'elles soient aiguillées, ce service tire profit des ressources communautaires, notamment une équipe multidisciplinaire et des partenariats.
- **Aiguillage spécialisé et soins de suivi :** Simplifier l'aiguillage des patientes et patients vers des soins et diagnostics spécialisés, habituellement difficiles d'accès sans prestataire de soins primaires. L'équipe de soins gériatriques de l'AFHT effectue des aiguillages et facilite le processus en se basant sur des évaluations exhaustives.

Brightshores Health System

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS : Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'équipe Santé Ontario (ESO) de Grey-Bruce est à la tête de l'initiative, en collaboration avec Brightshores Health System, les services ambulanciers du comté de Bruce et le groupe de travail de conception et de mise en œuvre de Grey-Bruce. L'équipe est composée de représentantes et représentants interdisciplinaires de chaque organisme : personnel ambulancier, personnel infirmier praticien, personnel infirmier spécialisé en gériatrie, gestionnaire de projet pour l'évaluation et les mesures, et conseillères et conseillers aux patientes, patients et personnes proches aidantes.

Communauté

- Les quatre organismes partenaires desservent les comtés de Grey et de Bruce dans le sud-ouest de l'Ontario, soit une superficie totale de 8 601 km². La région est délimitée par la baie Georgienne, le lac Huron et plusieurs autres comtés.
- Les comtés de Grey et de Bruce sont constitués de 17 municipalités (8 pour Bruce et 9 pour Grey) et de deux réserves de Premières Nations : la Première Nation de Saugeen no 29 et les Chippewas de la Première Nation de Nawash no 27. La population de Grey-Bruce est répartie à 53 % dans les zones rurales et à 47 % dans les petites agglomérations.
- En 2021, les deux comtés comptaient 47 725 résidentes et résidents de 65 ans et plus, un total qui devrait s'élever à 63 895 d'ici 2040. La population de personnes âgées fragiles était estimée à 10 904 en 2021, et devrait grimper à 19 248 d'ici 2040.
- Les données démographiques régionales semblent indiquer que l'isolement géographique, le statut socioéconomique et d'autres déterminants sociaux de la santé pourraient accentuer le risque d'isolement et affecter la santé mentale et physique en général.

Axes du programme

Description du programme

L'initiative vise à résoudre les problèmes d'orientation dans le système de santé et social en renseignant les personnes âgées de la communauté Grey-Bruce sur les services de santé locaux et les aides sociales et communautaires, au moyen d'un système d'orientation personnalisé. Pour y parvenir, l'équipe créera et distribuera un calendrier « sagesse et bien-être », conçu en collaboration avec des personnes âgées de la communauté de Grey-Bruce ainsi que des prestataires de santé et de services sociaux.

Par ailleurs, le projet fera la promotion du nouveau service d'orientation téléphonique. Cette ligne d'assistance est offerte aux personnes âgées et aux personnes proches aidantes de Grey-Bruce ayant besoin d'un soutien personnalisé : transferts assistés, aide supplémentaire, appels de suivi, etc.

Approche de mise en œuvre

- **Mobilisation de la communauté** : Renforcer les liens avec la communauté de personnes âgées grâce à l'approche de développement communautaire fondé sur les atouts (l'approche ABCD), par le biais de conversations, de sondages de rétroaction et la mobilisation de groupes se heurtant à des obstacles à la participation.
- **Création et distribution d'un calendrier « sagesse et bien-être »** : Le calendrier « sagesse et bien-être », conçu en collaboration avec des prestataires de soins de santé, des partenaires de projets et des personnes âgées, mettra en lumière les programmes et services offerts aux personnes âgées dans les comtés de Grey et de Bruce. Le personnel ambulancier de la communauté, les entreprises locales, les groupes et les centres communautaires se chargeront de sa distribution.
- **Accès à la ligne d'assistance à l'orientation** : La ligne d'assistance de l'équipe Santé Ontario de Grey-Bruce, composée d'intervenantes-pivots et d'intervenants-pivots dévoués, se sert des plans d'aiguillages conçus en collaboration avec les organismes partenaires et les membres de la communauté. De 8 h à 20 h, ce service offre une expérience de transfert assisté, reliant directement les utilisatrices et utilisateurs aux services et programmes dont ils ont besoin. Le personnel fait des suivis une semaine plus tard pour vérifier si les besoins ont été comblés, proposer des ressources supplémentaires et recueillir des commentaires.

Conne River Health and Social Services (Première Nation de Miawpukek)

En bref

Région : Terre-Neuve-et-Labrador

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

Conne River Health and Social Services (CRHSS), un service de la Première Nation de Miawpukek, assure la direction du programme. Ils unissent leurs forces à celles d'autres services de la Première Nation de Miawpukek, comme le tourisme et les loisirs, le logement et la culture.

Communauté

- Le programme est offert à Conne River, sur la côte sud de Terre-Neuve.
- Il sert la Première Nation de Miawpukek, une communauté rurale de moins de 1 000 personnes, comptant de nombreux membres des Miawpukek Mi'Kamaway Mawi'omi.

- Cette communauté affiche des taux élevés de maladies chroniques et de comorbidités à un jeune âge; il a donc été décidé d'inclure les jeunes en plus des adultes de 75 ans et plus dans la population cible des visites de bien-être.

Axes du programme

Description du programme

Les CRHSS élargiront leurs services pour offrir des visites de bien-être fréquentes aux membres de la communauté de 65 ans et plus. Une infirmière ou un infirmier en santé communautaire effectuera des visites à domicile au moins une fois par mois, qui comprendront une évaluation globale (signes vitaux, antécédents médicaux, contrôle de sécurité au domicile, nutrition et autres). Le personnel infirmier en santé communautaire s'occupera de l'aiguillage vers les services pertinents selon les besoins soulevés lors de la visite de bien-être; les patientes et patients seront accompagnés durant ce processus. Les autres services peuvent être assurés par divers prestataires : conseillères et conseillers en santé mentale, personnel infirmier praticien, personnel infirmier spécialisé en soins des pieds, gestionnaires d'habitation, intervenantes-pivots ou intervenants-pivots, défenseure ou défenseur des patientes et patients, etc.

Approche de mise en œuvre

- **Processus de visites de bien-être** : Créer des formulaires d'admission, d'évaluation et d'aiguillage pour le personnel infirmier communautaire. L'information servira à aider les clientes et clients à trouver les services nécessaires.
- **Collaboration au développement des capacités** : Mettre sur pied un groupe composé de représentantes et représentants de différents services de la Première Nation Miawpukek, d'Aînées et Aînés et de jeunes de la communauté ainsi que de partenaires externes pour participer au comité consultatif des Aînées et Aînés. Ce comité favorisera la communication avec les Aînées et Aînés de la communauté pour leur faire connaître les programmes et services offerts à l'échelle locale, régionale et provinciale.
- **Programme et conscience communautaire** : Évaluer et adapter en continu le programme en fonction des progrès réalisés et des commentaires de la clientèle, du comité consultatif des Aînées et Aînés, du personnel et des membres de la communauté.

Comté de Renfrew

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural et éloigné

Principes du programme FVCS :

- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'Équipe Santé Ontario de la vallée de l'Outaouais (OVOHT) dirige l'initiative en collaboration avec l'hôpital régional de Pembroke, le personnel ambulancier communautaire du comté de Renfrew et les services de soutien à domicile de Barry's Bay et des environs. Les leaders de ces organismes collaborent étroitement avec des conseillères et conseillers du Programme régional des soins gériatriques de l'est de l'Ontario, d'Eganville & District Seniors, de la Société de la démence d'Ottawa et du comté de Renfrew, de l'organisme Upper Ottawa Valley Community Living et des Algonquins de la Première Nation de Pikwàkanagàn, formant une équipe solide qui couvre une vaste agglomération. Le réseau de patientes, patients, familles et personnes proches aidantes de l'OVOHT agira également à titre de partenaire et de conseiller pour ce projet.

Communauté

- Tous les organismes de l'OVOHT exercent leurs activités dans un milieu rural, et certains dans des régions éloignées, aux frontières des communautés nordiques.
- L'OVOHT est une grande circonscription hospitalière rurale avec une population d'environ 78 000 personnes. La région a l'un des plus hauts pourcentages de population rurale dans la province, ce qui crée des obstacles importants à l'accès aux soins.
- Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 23 % de la population.
- Environ 9 % de la population s'identifie comme Autochtone, et 12 % comme francophone.
- L'OVOHT affiche une forte proportion de patientes et patients sans prestataire de soins primaires (près de 25 %). Les personnes âgées concernées sont ainsi exposées à un risque accru de résultats cliniques inattendus ou mauvais, l'accès aux soins préventifs et constants étant limité.

Axes du programme

Description du programme

Guidée par des partenaires et des personnes ayant un vécu expérientiel, l'équipe prévoit concevoir et mettre en œuvre un plan d'intervention exhaustif en cas de chutes pour le personnel ambulancier communautaire. Fondé sur une approche collaborative de premier contact interprofessionnelle et intersectorielle, le programme permettra de définir et de mettre en place un plan uniforme, constant et éclairé par les données probantes pour les personnes âgées susceptibles de chuter ou ayant chuté, pour l'ensemble de la région desservie par l'OVOHT. S'inspirant de pratiques exemplaires, le plan d'intervention local rassemblera des groupes cliniques et bénévoles pour assurer une expérience constante et réactive aux patientes, patients et membres de la communauté.

Approche de mise en œuvre

- **Outil d'autoévaluation** : L'outil d'autoévaluation de l'intervention communautaire et des programmes de prévention des chutes sera accessible en ligne, en tout temps, sur le site de Connexion santé de la Vallée de l'Outaouais (ovhc.ca); les patientes et patients ainsi que les personnes proches aidantes pourront remplir un formulaire qui les aidera à déterminer leur risque de chute et à trouver le programme le plus adapté dans les environs selon les résultats de l'évaluation, leur permettant ainsi de découvrir les programmes locaux.
- **Plan d'intervention collaboratif intersectoriel et groupe de travail** : L'élaboration d'un plan collaboratif intersectoriel garantit l'accès équitable à des services rapides et des programmes grâce à une approche uniforme. Inspiré des plans, des catalyseurs et des technologies existants, ce groupe de travail intersectoriel cherche à clarifier et simplifier l'accès aux services de prévention des chutes.

L'équipe prévoit consolider les services actuels par une intégration et une coordination accrues pour optimiser l'utilisation des ressources et l'orientation des personnes âgées vers les services les plus adaptés. Une fois le plan terminé, l'équipe envisage de le tester, de le mettre en place et de l'évaluer.

- **Communication** : L'équipe prévoit concevoir et mettre en œuvre un plan de communication et de mobilisation dans toute la région, qui visera les secteurs public, social et de la santé. Grâce à ce plan, les partenaires principaux pourront découvrir le projet et les résultats attendus.

Ministère de la Santé, gouvernement du Nunavut

En bref

Région : Nunavut

Milieu : Éloigné et nordique

Principes du programme FVCS : Accès à des services de santé spécialisés

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'organisme à la tête de l'initiative est le ministère de la Santé du gouvernement du Nunavut. Divers membres du personnel composent l'équipe collaborative : administratrices et administrateurs, consultantes et consultants, responsables d'équipe (soins à domicile, soins infirmiers, pharmacie) et responsable de l'évaluation et des mesures.

Communauté

- Le Nunavut est le plus vaste territoire du Canada. Avec une population d'environ 40 692 personnes en 2023, il est également le moins densément peuplé. Le Nunavut est accessible toute l'année par voie aérienne seulement, et plus de 80 % de sa population est inuite.
- En 2021, la population du territoire était composée d'une forte proportion de personnes âgées – plus de 4 000 personnes de 55 ans et plus –, soit environ 12 % de la population totale et la plus grande proportion que le territoire a connue à ce jour. On prévoit une augmentation d'environ 6 % dans les 20 prochaines années.
- Compte tenu de l'éloignement du Nunavut, nombre de communautés ont un accès limité aux ressources et aux services de santé, et doivent souvent sortir de la communauté pour recevoir des soins.

Axes du programme

Description du programme

- Le programme vise à tester et mettre en place des systèmes de pompe à perfusion ambulatoire, particulièrement la CADD-Solis, dans des communautés du territoire. L'objectif est d'améliorer le programme de soins à domicile pour les personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie. Par des mesures de confort adéquates (par exemple, une bonne gestion de la douleur), le programme veut offrir un soutien et un accès aux soins complets à la maison et dans toute la communauté, diminuant ainsi la demande en lits de relève pour les soins de longue durée.

- L'équipe veut se servir de pompes à perfusion ambulatoire CADD-Solis pour obtenir plusieurs résultats cliniques à long terme : réduire les déplacements hors de la communauté nécessaires pour obtenir des services palliatifs, diminuer l'utilisation de lits de relève pour des soins de longue durée et améliorer la capacité de rapatriement des personnes ayant reçu des soins palliatifs en dehors du territoire.

Approche de mise en œuvre

- **Conception d'un plan de mise en œuvre** : L'équipe collaborera avec des responsables régionaux pour sélectionner les premières communautés participantes. Ces dernières seront évaluées selon différents critères, comme la taille de la population, les besoins cliniques, les recommandations des gestionnaires de soins à domicile régionaux, les ressources de santé offertes et la capacité à transporter les médicaments de manière sécuritaire. Les discussions porteront sur des aspects logistiques comme la composition et la préparation des médicaments ainsi que les mesures d'assurance de la qualité. D'ici la fin de 2024, on devrait avoir choisi les communautés participant au programme pilote.
- **Éducation, formation et élaboration de ressources** : La création de la bibliothèque de médicaments compatibles avec la pompe CADD se fera en collaboration avec des parties prenantes et d'autres aides (par exemple, l'Hôpital d'Ottawa) afin de garantir la qualité et le bon fonctionnement des pompes avant leur déploiement. Par ailleurs, des programmes de formation complets seront créés, tant pour le personnel en pharmacie que pour le personnel infirmier intervenant à domicile.
- **Déploiement des pompes à perfusion ambulatoires CADD-Solis** : L'équipe gérera la distribution et la mise en service des pompes CADD, en commençant par les communautés de la phase pilote. Les communautés devraient les déployer au début de 2025. Le programme pilote débutera dans un petit sous-groupe de communautés dans la région de Baffin, avec pour objectif un déploiement à l'échelle du territoire à mesure que l'on coordonne la logistique de l'approvisionnement et du transport. Pour l'instant, on dispose de 13 pompes à distribuer, dont 5 seront utilisées pour les communautés de la phase pilote. Lorsque les éléments logistiques de l'expansion du programme seront déterminés, les autres pompes seront distribuées.
- **Diffusion, expansion, pérennité et évaluation** : Le programme fera l'objet d'une évaluation qui intégrera les commentaires des personnes participantes ainsi que ceux de leurs personnes proches aidantes, dans le but d'orienter les changements et de favoriser la pérennisation. Cette approche fondée sur la rétroaction favorise la durabilité du programme et son expansion vers d'autres communautés.

Dignity Seniors Society

Région : Colombie-Britannique

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système
- Accès à des services de santé spécialisés

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'initiative est dirigée par la Dignity Seniors Society (DSS), un organisme à but non lucratif axé exclusivement sur les besoins des personnes âgées de la communauté 2SLGBTQIA+ en Colombie-Britannique. L'équipe est

composée de représentantes et de représentants de la DSS, responsables de l'orientation, de la coordination et de l'aide bénévole du projet. De plus, l'équipe reçoit l'appui d'un groupe consultatif composé de membres de la communauté et de spécialistes, qui apportent leur expertise et leurs connaissances des pratiques exemplaires avec la communauté 2SLGBTQIA+.

Communauté

- La DSS désire avoir une équipe de direction diversifiée issue de la communauté 2SLGBTQIA+, également représentative des communautés noires, autochtones, trans ou non binaires. Son travail porte principalement sur les besoins des personnes âgées 2SLGBTQIA+ de la Colombie-Britannique. L'organisme est soumis à des exigences provinciales et a noué des alliances collaboratives avec plusieurs autres organismes.
- Il œuvre consciencieusement auprès des personnes âgées 2SLGBTQIA+ dans des régions où leurs besoins n'ont pas été définis, et où elles ne se sentent pas suffisamment en sécurité pour révéler leur orientation sexuelle ou leur identité de genre. Les personnes 2SLGBTQIA+ vivent souvent de la discrimination dans le système de santé et sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale et physique, d'être isolées de la communauté et de recevoir un soutien familial réduit.
- Elles ont le plus souvent une famille de cœur. Or, les politiques de vieillissement actuelles favorisent un système de soutien et de proche aidance intergénérationnel, mais les membres de la famille de cœur ont tendance à devenir infirmes en même temps.

Axes du programme

Description du programme

Le programme « We Are Familee » de la Dignity Seniors Society (DSS) est une initiative bénévole pilote ayant pour objectif de permettre aux personnes âgées 2SLGBTQIA+ de vieillir chez elles. La DSS fera une analyse contextuelle de la région métropolitaine de Vancouver afin de recenser les services offerts, repérer les lacunes et recommander des améliorations. En partenariat avec la société Haro Park Centre, la DSS recrutera des bénévoles pour aider les personnes âgées selon un modèle de cercle de soutien. Dans le cadre du programme, elle créera des modules de formation par vidéo axés sur les besoins propres aux personnes âgées 2SLGBTQIA+, selon une approche basée sur les forces et tenant compte des traumatismes pour réduire la stigmatisation et la discrimination tout en faisant la promotion de la culture et de l'intersectionnalité. En créant une initiative durable menée par des bénévoles, le programme « We Are Familee » cherche à trouver des solutions aux enjeux systémiques auxquels font face les personnes âgées 2SLGBTQIA+, particulièrement celles vivant de l'isolement social, de la pauvreté et des iniquités en matière de santé. Si l'initiative s'avère fructueuse, la DSS prévoit la reproduire à l'échelle de la province en offrant des formations spécialisées à d'autres programmes de vieillissement chez soi, et en tirant profit de son expérience de prestation de formations aux autorités sanitaires et aux organismes de santé sans but lucratif.

Approche de mise en œuvre

- **Analyse contextuelle :** Faire une analyse contextuelle de la région métropolitaine de Vancouver afin de recenser les services offerts aux personnes âgées 2SLGBTQIA+, de repérer les lacunes et de recommander des améliorations.
- **Programme bénévole pilote en collaboration avec la société Haro Park Centre :** Les bénévoles aideront les personnes âgées 2SLGBTQIA+ du Haro Park Centre au moyen de services approfondis, y compris des visites de socialisation hebdomadaires/bihebdomadaires, de l'accompagnement aux rendez-

vous, du soutien émotionnel, de la défense des intérêts et de la mise en relation avec des groupes communautaires, des événements et des systèmes de soutien en ligne.

- **Création de modules de formation vidéo** : Créer des modules de formation vidéo pour sensibiliser à la culture et à l'intersectionnalité, aux pratiques exemplaires d'aide aux personnes âgées 2SLGBTQIA+, à la sécurité des bénévoles, aux limites et aux autosoins. Ces modules s'inspireront des commentaires continus des membres du groupe consultatif et des bénévoles, notamment ceux du projet pilote, dans un objectif d'expansion à d'autres organismes offrant des services de vieillissement chez soi.

Dixon Hall

En bref

Région : Ontario

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'initiative est dirigée par l'Université McMaster, en collaboration avec Dixon Hall, un organisme multiservice appuyant les membres de la communauté de l'est du centre-ville de Toronto. L'équipe est composée de membres du personnel universitaire (enseignement et recherche) de l'Université McMaster, et de membres du personnel de l'aide à la recherche et de gestion de Dixon Hall.

Communauté

- Ce programme sera mis en place dans un établissement d'habitation pour personnes âgées dans l'est du centre-ville de Toronto. L'établissement héberge plus de 50 % de femmes (110 sur 196 résidentes et résidents), et 96 % de sa population est âgée de 55 ans et plus. Bien que 50 % des résidentes et résidents préfèrent s'exprimer en anglais, 13 langues sont parlées dans l'établissement, dont le vietnamien (12 %) et le cantonais (11 %).
- L'est du centre-ville de Toronto comprend des quartiers comme Moss Park, St. James Town, Church Wellesley Village et Cabbagetown; il est circonscrit par la rue Bloor au nord, la rue Front au sud, la rue Bay à l'ouest et Don Valley Parkway à l'est. La région est confrontée à des problèmes liés au faible niveau socioéconomique, à l'itinérance, à la santé mentale et à la consommation de substances psychoactives.
- Les Dixon Hall Neighbourhood Services offrent un large éventail de services, comme de l'aide au logement, des services d'emplois et des programmes pour jeunes et personnes âgées, pour répondre aux besoins variés de la communauté.

Axes du programme

Description du programme

Le programme de paramédecine communautaire à la clinique (PC@clinique) sera adapté aux personnes âgées d'ici et d'ailleurs vivant dans des logements sociaux ou de soutien ou en situation de logement précaire, desservies par les Dixon Hall Neighbourhood Services. Par cette adaptation, appelée Dispensateurs de soins de santé à la clinique (DSPC@clinique), on évaluera les besoins afin de concevoir une intervention éclairée par des données probantes pour les différentes populations et conditions. L'objectif est de générer des connaissances guidant la mise à l'échelle éventuelle de DSPC@clinique à d'autres sites des Dixon Hall Neighbourhood Services, le tout pour promouvoir la santé et l'équité en santé.

Le programme cherche à améliorer l'accès aux soins de santé primaires et aux ressources sociales/communautaires, à améliorer les mesures de santé et la qualité de vie, à maintenir les participantes et participants en santé à la maison plus longtemps, à réduire le nombre de transferts vers les soins de longue durée et à prévenir la progression vers des traitements plus intensifs. Visant d'abord les résidentes et résidents de l'habitation de personnes âgées du 252, rue Sackville à Toronto, cette adaptation fera intervenir d'autres spécialistes des soins de santé plutôt que le personnel paramédical communautaire, puisque la population cible des services paramédicaux de Toronto diffère du groupe cible du programme.

Approche de mise en œuvre

- **Entrevues avec le personnel de Dixon Hall :** S'entretenir avec des chargées de cas et chargés de cas pour évaluer le caractère approprié des compétences pour le programme DSPC@clinique et recueillir des commentaires pour la mise en œuvre.
- **Évaluation des besoins :** Mener une évaluation des besoins des personnes habitant une résidence pour personnes âgées de Toronto pour comprendre leurs besoins médicaux et sociaux, et adapter le programme DSPC@clinique en conséquence.
- **Embauche d'intervenantes-pivots et d'intervenants-pivots :** Embaucher des intervenantes-pivots et intervenants-pivots multilingues qui ont les aptitudes sociales et les connaissances sur les aides communautaires et les défis locaux nécessaires pour aider les clientes et clients à s'y retrouver dans le système.
- **Mise en place d'une DSPC@clinique :** Tenir une rencontre de planification initiale avec les partenaires principaux, prévoir des séances sur le programme DSPC@clinique en fonction de l'évaluation des besoins et des ressources, puis aiguiller les gens vers de l'éducation sanitaire et des ressources de promotion.

Flagstaff's Informed Response Sharing Team Society (FIRST)

En bref

Région : Alberta

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Profil de l'équipe

L'organisme à la tête de l'initiative est la Flagstaff's Informed Response Sharing Team Society (FIRST). L'équipe collaborative est composée de membres du personnel et de représentantes et représentants de la FIRST, y compris une personne membre de la direction, une personne occupant la présidence du conseil et une ou un prestataire de soins directs, ainsi qu'une personne bénévole de la communauté. Des chercheuses et chercheurs de l'Université de l'Alberta et du Network of Excellence in Seniors' Health and Wellness ainsi qu'une personne évaluatrice communautaire sont responsables de l'évaluation.

Communauté

- La région de Flagstaff, où résident environ 8 463 personnes, est une région rurale du centre est de l'Alberta composée de deux hameaux, quatre villages, quatre municipalités et un comté rural. Les grands centres urbains, Red Deer et Edmonton, se trouvent à environ deux ou trois heures de route.
- Avec 1 960 personnes âgées de 65 ans et plus en mars 2021, ou 23,2 % de la population, la région de Flagstaff compte une proportion de personnes âgées plus élevée que la moyenne provinciale (14,1 %). En 2026, la population âgée devrait atteindre 2 220 personnes.

Axes du programme

Description du programme

La FIRST constitue une expansion d'un petit programme Nav-CARE principalement axé sur les besoins sanitaires, pour répondre aux besoins médicaux et sociaux des personnes âgées. On met en relation des personnes âgées ayant besoin de soutien et de jeunes adultes bénévoles. Les bénévoles feront des visites cordiales, participeront à des activités récréatives et aideront à l'aiguillage vers d'autres formes d'aide officielles (transport, programme de services pour les personnes âgées, etc.), mais aideront aussi aux transports en dehors de la région pour des rendez-vous médicaux. Cette expansion reflète une mobilisation importante de la communauté, où la réduction de l'isolement social, l'orientation à travers le système et le transport ont été établis comme des préoccupations prioritaires pour les personnes âgées.

Approche de mise en œuvre

- **Collecte de commentaires de la communauté :** Les bénévoles du programme Older People Choices/Nav-CARE échangeront activement avec les personnes âgées de centres communautaires, à des événements et par l'intermédiaire de services de visites à domicile afin de comprendre les stratégies actuelles pour favoriser le vieillir chez soi. De plus, on étudiera les perspectives du personnel et des bénévoles afin de repérer des améliorations potentielles aux programmes de vieillissement à domicile de la région de Flagstaff. Les informations recueillies seront utilisées pour faire connaître les atouts et les préférences de la communauté et ainsi orienter la création de programmes futurs.
- **Accroître la participation au programme Older People Choices/Nav-CARE :** La FIRST collaborera avec le programme Older People Choices/Nav-CARE pour faciliter son expansion, mais aussi pour étudier des modèles de financement continus liant les personnes âgées aux sources de soutien nécessaires pour répondre aux besoins définis par la communauté, et encourageant la participation des adultes de tous âges aux activités de bénévolat.

Régie de la santé de la vallée du Fraser

En bref

Région : Colombie-Britannique

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

La Régie de la santé de la vallée du Fraser dirige l'initiative. L'équipe est composée de représentantes et représentants de la Régie de la santé de la vallée du Fraser, y compris une ou un gestionnaire régional, une ou un chef d'équipe, du personnel interdisciplinaire (travailleuse ou travailleur social, ergothérapeute, personnel de la mise en œuvre du programme). Les rétroactions des patientes et patients ainsi que des personnes proches aidantes sont prises en compte lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme.

Communauté

- La Régie de la santé de la vallée du Fraser est au cœur des soins de santé pour plus de 1,9 million de personnes dans 20 communautés diverses allant de Burnaby au canyon du fleuve Fraser sur le territoire traditionnel, ancestral et non cédé des nations salish de la côte et Nlaka'pamux.
- La Régie offre des services dans des régions urbaines comme rurales, y compris Chilliwack, la communauté dans laquelle est offert le programme de jour NetCare.
- À Chilliwack, 95 % de la population parle anglais, mais de petites communautés parlent allemand, pendjabi, coréen, chinois, espagnol, néerlandais, français, vietnamien et roumain. L'âge médian est de 41 ans, et 16 % de la population est âgée de plus de 65 ans. La proportion de la population âgée de 75 ans et plus sera amenée à croître rapidement.

Axes du programme

Description du programme

Le programme de jour pour personnes âgées de la Régie de la santé de la vallée du Fraser propose des rencontres en personne, des activités, de l'exercice physique et des examens médicaux aux personnes âgées ayant des problèmes de santé, afin de soutenir l'indépendance et le vieillir chez soi. L'expansion du programme avec NetCare amène une nouvelle option en personne/virtuelle d'une heure par jour, du lundi au vendredi : exercices, thérapie par la musique et bingo-exercice, combinant le bingo, l'exercice physique et la promotion de la santé à chaque séance. Le programme a pour objectif de maintenir les clientes et clients à la

maison le plus longtemps possible, d'améliorer leur santé et leur bien-être, de réduire l'isolement, de renforcer les compétences des personnes proches aidantes et de reporter l'admission en soins de longue durée. Grâce à l'expansion, on pourra offrir de l'exercice et du temps de socialisation structuré, améliorer les fonctions physiques, cognitives et sociales, favoriser le confort par la technologie et renforcer les liens communautaires. Le programme servira les personnes âgées fragiles, celles qui présentent des troubles cognitifs, les personnes proches aidantes à risque et les personnes isolées socialement, y compris la clientèle du programme de jour actuelle et en attente ainsi que la clientèle de soins à domicile de la communauté.

Approche de mise en œuvre

- **Lancement initial et expansion :** Commencer par les séances d'une heure de bingo-exercice les mardis et jeudis et la thérapie par la musique les mercredis pendant 12 semaines. Planifier un pré-lancement de trois jours par semaine, ciblant 10 à 12 personnes participantes, qui permettra de résoudre les problèmes techniques et matériels. Ensuite, élargir l'offre avec des exercices CareFit les lundis et vendredis d'ici l'automne, pour offrir des activités cinq jours par semaine.
- **Évaluation et croissance du programme :** Élaborer un processus de suivi des aiguillages et des recommandations des services communautaires d'ici janvier 2025. Planifier une expansion potentielle vers d'autres programmes d'un jour à la Régie de la santé de la vallée du Fraser selon le succès initial et la demande.

Golden Health Care Management inc.

En bref

Région : Saskatchewan

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Diffusion

Profil de l'équipe

L'organisme chargé de l'initiative est Golden Health Care Management inc. (GHC), en collaboration avec des représentantes et représentants de l'Université de la Saskatchewan et de la Régie de la santé de la Saskatchewan (SHA) ainsi que du personnel interdisciplinaire et des familles partenaires. Les spécialistes en gériatrie et le personnel infirmier praticien encadrent et conseillent l'équipe, aux côtés d'un ou d'une économiste de la santé et d'une personne spécialisée en informatique infirmière. De plus, une chercheuse ou un chercheur membre de la communauté métisse ainsi que plusieurs agentes et agents de liaison communautaires et créatrices et créateurs de liens sociaux apportent une aide importante à l'équipe.

Communauté

- L'initiative est mise à l'essai au Diamond House, un foyer de soins personnels situé à Warman, en Saskatchewan.

- Warman est une petite ville à environ 20 kilomètres au nord de Saskatoon, au centre de la province. Avec une population croissante d'environ 12 000 personnes, Warman est diversifiée sur le plan démographique. D'ailleurs, 15 % de sa population est âgée de 65 ans et plus, une proportion non négligeable.
- Elle sert de circonscription hospitalière pour d'autres communautés rurales et éloignées, y compris celles des Premières Nations et des Métis.

Axes du programme

Description du programme

GHC met présentement à l'essai 30 lits de niveau de soins alternatifs au foyer Diamond House de Warman, en partenariat avec la SHA, dans le cadre du programme STEPS (Short Term Enablement and Planning Suites). La pertinence de l'initiative STEPS repose dans son offre de soins de transition en dehors du contexte des soins actifs, pour des soins plus près de soi. Lorsque possible, le programme STEPS aide les personnes âgées à retrouver la santé et à retourner vivre dans la communauté, ce qui reporte l'admission en soins de longue durée. L'approche STEPS est conforme aux principes de soins de qualité; la patiente ou le patient peut ainsi recevoir les soins adéquats, au bon endroit et au bon moment. Parallèlement, le projet Nav-CARE est mis à l'essai au foyer Diamond House de GHC. Il aide les personnes participantes au programme et leurs personnes proches aidantes à prendre des décisions éclairées quant aux transitions et à l'accès aux services de soins de soutien plus près du domicile après le congé d'hôpital.

Approche de mise en œuvre

- **Intégration culturelle** : Dans ses interactions avec la communauté, GHC cherche à repérer les manières d'intégrer à son offre des soins culturellement adaptés.
- **Intégration de Nav-CARE Saskatchewan** : En collaborant avec le programme bénévole Nav-CARE de la Saskatchewan, les candidates et candidats aux espaces de niveau de soins alternatifs ainsi que les membres de leur famille recevront de l'aide personnalisée pour la planification de la transition et la définition de cibles tout au long de leur parcours. La coordonnatrice ou le coordonnateur de Nav-CARE Saskatchewan fera le pont entre les personnes participantes, les familles, et SHA/GHC, pour une communication fluide et des soins coordonnés.
- **Utilisation de Team CarePal** : GHC utilisera l'application Team CarePal pour favoriser la collaboration entre les équipes soignantes lors de la transition entre les milieux de soins de courte durée et la résidence choisie, le tout grâce au programme STEPS.
- **Tenue de discussions ouvertes** : À mesure que les personnes passent aux espaces de niveau de soins alternatifs, GHC tiendra des séances de discussion ouverte, axées sur l'aptitude (la personne, ses forces, ses objectifs) et le tissage de liens, pour favoriser la participation active des bénéficiaires à leur parcours de soins, faire la promotion de meilleurs résultats cliniques et souligner le rôle des personnes proches aidantes dans un milieu de soins de soutien.

GTA Rehab Network (RUS)

En bref

Région : Ontario

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

Parmi les organismes collaborant à ce programme, on retrouve le GTA Rehab Network (RUS), les services paramédicaux de Toronto, l'équipe Santé Ontario du Nord-Ouest de Toronto, West Park Healthcare Centre/UHN, ESS Support Services, le centre de services communautaires Black Creek, les services de santé communautaires Unison, les services communautaires LOFT, Lumacare, l'hôpital Humber River Health, la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien Emery-Keelesdale et le centre de soins Runnymede. L'équipe est composée de spécialistes du domaine, de responsables d'équipe en paramédecine, de cadres en soins infirmiers, de directrices et directeurs et de gestionnaires de projets, responsable des mesures et de l'évaluation du programme.

Communauté

- L'initiative couvre les régions du nord et de l'ouest de Toronto, desservies par l'équipe Santé Ontario du Nord-Ouest de Toronto.
- Les communautés desservies ont le taux de personnes âgées le plus élevé de l'Ontario, avec une importante proportion de personnes appartenant à des minorités visibles ou nouvelles arrivantes, confrontées à des difficultés socioéconomiques.
- Dans cette région, 61 % de la population s'identifie comme minorité visible, 54 % est arrivée récemment au pays et 50 % a l'anglais comme langue seconde. En outre, 22 % des ménages ont un faible revenu, et 48 % des adultes de 65 ans et plus vivent seuls et ont de la difficulté avec les activités de la vie quotidienne (AVQ), comparativement à la moyenne de l'Ontario, qui s'établit à 46 %.
- Le nombre de personnes de 65 ans et plus dans la région devrait presque doubler durant les 20 prochaines années, ce qui met en lumière la nécessité d'adapter les programmes pour répondre aux besoins grandissants.

Axes du programme

Description du programme

Ce programme de prévention secondaire vise à prolonger la durée de vie en santé et en autonomie des personnes âgées dans leur communauté, en améliorant l'accès aux services de réadaptation pour les personnes ayant subi une chute qui ne se sont pas rendues à l'hôpital, au moyen de plans d'intervention clinique après une chute créés par le personnel ambulancier de la communauté. Plus précisément, le plan d'intervention :

- évaluera les besoins de réadaptation des personnes âgées ayant subi une chute, mais n'ayant pas eu besoin d'être transférées à l'hôpital (aide au soulèvement/sans admission) au moyen d'outils d'évaluation;
- redirigera les personnes âgées vers les services pertinents pour prévenir les chutes.

Approche de mise en œuvre

- **Refonte du plan d'intervention** : Remanier les pratiques paramédicales communautaires dans les situations de soulèvement sans admission à l'hôpital et introduire un plan d'intervention réadaptatif post-chute en fonction des évaluations multifactorielles. Les volets d'intervention peuvent inclure trois « niveaux », selon l'intensité des services : intervention communautaire (niveau 1), clinique externe communautaire/soins à domicile/services gériatriques spécialisés (niveau 2), services de réadaptation pour personnes hospitalisées (niveau 3).
- **Orientation gériatrique** : Fournir une orientation et une formation complètes en gériatrie au personnel ambulancier paramédical de la communauté (par le biais des modules de formation en ligne du programme gériatrique régional [RGP] de Toronto et d'une présentation des évaluations standardisées du GTA Rehab Network).
- **Inventaire des services du plan d'intervention post-chute** : Créer un inventaire des plans d'intervention post-chute pour les services de soins gériatriques de réadaptation de l'équipe Santé Ontario du Nord-Ouest de Toronto, et simplifier le processus d'aiguillage, notamment par un plan d'accès direct aux programmes de réadaptation pour les patientes et patients hospitalisés de la communauté.

Santé Î.-P.-É. – Foyer Margaret Stewart Ellis

En bref

Région : Île-du-Prince-Édouard

Milieu : Rural et urbain

Principes du programme FVCS :

- Aide pour s'orienter dans le système
- Accès à un soutien social et communautaire

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

L'organisme qui dirige l'initiative est Santé Î.-P.-É., l'autorité sanitaire de l'Île-du-Prince-Édouard. L'équipe collaborative est composée de spécialistes de soins de santé de Santé Î.-P.-É. (administratrices et administrateurs, gestionnaires) ainsi que de représentantes et représentants des soins infirmiers et du travail social. Au sein de l'équipe se trouve également une consultante ou un consultant externe, qui guide le développement des capacités et l'évaluation.

Communauté

- L'initiative est offerte en partenariat avec deux communautés : O'Leary, une communauté rurale du nord-ouest de l'Île-du-Prince-Édouard, et Summerside, une petite ville d'une population de 20 000 personnes dans l'ouest de la province, toutes deux situées dans le comté de Prince.
- Dans cette région, les personnes de plus de 65 ans représentent le quart de la population (25,6 %), ce qui est considérablement plus élevé que la moyenne nationale (18,9 %).

- On y parle un mélange d'anglais et de français acadien; deux communautés francophones se trouvent dans la région et ont toutes les deux un centre scolaire communautaire et un club pour personnes âgées actives. La Première Nation Lennox Island se trouve également dans le comté.

Axes du programme

Description du programme

- Le Foyer Margaret Stewart Ellis s'agrandira et optimisera son programme de soins de relève, qui vise à éviter l'épuisement des personnes proches aidantes. L'équipe du programme a conclu que ses services sont sous-utilisés en raison d'une méconnaissance de la part du public, d'idées fausses sur la capacité des milieux institutionnels à offrir des soins centrés sur la personne et des obstacles rencontrés lors de processus administratifs. Ces obstacles ont été définis par la communauté à la phase 1 du projet collaboratif FVCS.
- Afin d'optimiser le programme de relève et son utilisation, l'équipe analysera des processus administratifs centralisés pour atténuer les obstacles au transport, créer du matériel promotionnel et nouer un partenariat en collaboration plus étroite avec des programmes de soins à domicile. Ces efforts devraient contribuer à élever les soins de longue durée au titre d'important organisme communautaire faisant la promotion du vieillir chez soi.

Approche de mise en œuvre

- **Promotion du programme de relève** : Du matériel servira à sensibiliser non seulement les utilisatrices et utilisateurs des soins à domicile, mais aussi le grand public au programme de relève en établissement. L'objectif est d'alléger la culpabilité et l'anxiété des personnes proches aidantes tout en réduisant les préjugés entourant les soins de longue durée. L'équipe prévoit se servir de diverses méthodes de promotion (vidéo, brochure, réseaux sociaux, etc.) en fonction des commentaires des partenaires communautaires et des personnes proches aidantes.
- **Améliorer les communications et l'accès au programme de relève** : L'équipe cherche à bonifier les communications internes afin de faciliter la transition entre les soins à domicile et les soins de relève dans un établissement. Elle vise notamment à instaurer une communication claire durant le processus d'admission et un processus de congé d'hôpital avec des rapports de suivi pour les familles et les personnes proches aidantes. En outre, la centralisation du processus d'admission atténuera les obstacles administratifs et évitera les interruptions des services de santé lors des soins de relève.
- **Rehaussement du milieu de relève** : Des changements, guidés par les utilisatrices et utilisateurs des services, les membres de leur famille et leurs personnes proches aidantes, seront apportés au milieu de relève afin de créer une atmosphère plus chaleureuse et accueillante. Il pourrait s'agir notamment d'offrir d'espaces privés et la mise en place d'éléments de conception encourageant la participation et une meilleure utilisation du programme de relève.

Hornby and Denman Community Health Care Society

En bref

Région : Colombie-Britannique

Milieu : Rural et éloigné

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté et expansion

Profil de l'équipe

L'équipe à la tête de l'initiative est la Hornby and Denman Community Health Care Society (Hornby Denman Health), un organisme de bienfaisance à but non lucratif offrant divers services axés sur l'optimisation de la santé et du bien-être des résidentes et résidents des îles Denman et Hornby. L'équipe est composée de représentantes et représentants de Hornby Denman Health (personnel interdisciplinaire, responsables d'équipe, personnes chargées de l'évaluation et des mesures) et d'un comité de clientes et clients, de familles et de partenaires de soins.

Communauté

- Les îles Hornby et Denman sont des communautés dépendantes d'un traversier au large de la côte est de l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique. Environ 1 300 personnes vivent sur ces îles toute l'année, et la population y est plus vieille, plus isolée et plus pauvre que la moyenne provinciale.
- Les services de santé locaux sont donc essentiels en raison de l'infrastructure limitée, de l'absence de transport en commun et de logements limités et onéreux. Il n'y a sur place aucun établissement d'aide à la vie autonome ou de soins de longue durée. Les hôpitaux et les spécialistes se trouvent sur l'île de Vancouver.
- La population des îles Hornby et Denman est plus vieille et a un revenu plus faible que la moyenne régionale. Le revenu individuel net médian est de 27 000 \$ sur l'île Hornby et de 30 000 \$ sur l'île Denman (2020, Statistique Canada). Par ailleurs, 40 % de la population de l'île Hornby et 39 % de la population de l'île Denman est âgée de plus de 65 ans, par rapport à 19 % pour la province. Une bonne partie des personnes vivent seules : 46,4 % sur l'île Hornby, 33,8 % sur l'île Denman, et 28,7 % en Colombie-Britannique (recensement de 2016).

Axes du programme

Description du programme

Le programme de services communautaires aux personnes âgées de Hornby Denman Health aide les personnes âgées de ces îles à préserver leur indépendance et à prendre en charge leurs propres soins avec l'âge. Il offre des services d'aide au rétablissement de maladies aiguës et offre du soutien continu pour les maladies limitant l'espérance de vie par la prestation de soins de fin de vie. Parmi les services offerts se trouvent la coordination de soins locaux intégrés, les programmes sociaux de traitement et les aides en fonction du revenu pour les activités de la vie quotidienne. Le programme a pour objectifs la simplification de l'orientation dans les services, l'aide à l'indépendance, l'offre d'aide sociale et émotionnelle et l'offre de services durables et polyvalents. Servant principalement les résidentes et résidents de plus de 65 ans, le programme sera étendu afin d'inclure le soutien à domicile pour les soins palliatifs, de créer les trousseaux de soins « câlin communautaire » pour les personnes revenant de l'hôpital et de proposer des séances de formation sur le vieillir chez soi et en santé.

Approche de mise en œuvre

- **Aide à domicile avec coordination des soins** : Lancé en avril 2023, ce programme s'adresse aux résidentes et résidents de plus de 65 ans des îles Hornby et Denman considérés vulnérables en raison de leur faible revenu, de problèmes de santé ou de l'isolement social. Il propose de l'aide non médicale, de l'engagement social et des services adaptables pour la prestation de soins de courte durée et palliatifs. Le financement du programme FVCS rendra possible l'expansion du programme pour y intégrer des services rapides pour les maladies aiguës, un soutien fiable aux activités quotidiennes pour les maladies complexes, et un soutien supplémentaire pour les soins palliatifs. Le programme, qui dépend des bénévoles et des partenariats communautaires, cherche à servir 150 personnes ainsi qu'à faire la promotion d'un congé d'hôpital anticipé et d'une indépendance à long terme à la maison.
- **Câlin communautaire** : Ce nouveau service accompagne les personnes nouvellement atteintes d'une maladie ou rentrant de l'hôpital grâce à des trousseaux de soins comportant des cadeaux locaux, des articles essentiels, du matériel éducatif et les coordonnées de services d'aide. Il aide à réduire l'isolement et à mettre les personnes en contact avec les services d'aide locaux. Hornby Denman Health recueille et distribue des trousseaux grâce aux contributions des entreprises locales, et les membres de la communauté se chargent de leur personnalisation et de leur livraison.
- **Programme de perfectionnement et de soins communautaires Choices in Aging and Dying** : Ce programme cible les personnes âgées plus jeunes pour les encourager à se préparer au vieillissement et à se rapprocher de Hornby Denman Health. Un programme d'événements trimestriels sera proposé, notamment des ateliers et séances publiques sur le vieillissement, la fin de vie et le décès, qui aborderont les droits, les choix, les possibilités de prise en charge locale et les outils disponibles pour préserver l'autonomie.

Home Hospice North Lanark

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'organisme à la tête de l'initiative est Home Hospice North Lanark (HHNL). L'équipe collaborative est composée de représentantes et représentants de HHNL, y compris du personnel infirmier et interdisciplinaire, une personne responsable de l'évaluation et des mesures, une marraine ou un parrain de projet et une agente ou un agent de soutien administratif. Un soutien supplémentaire est assuré par Hospice Palliative Care Ontario (spécialistes des connaissances) et des partenaires communautaires comme le foyer Beth Donovan, ConnectWell Community Health et la Mississippi River Health Alliance.

Communauté

- L'initiative est basée dans le comté de Lanark dans l'est de l'Ontario.
- La région englobe trois grandes municipalités et plusieurs hameaux et villages ruraux, pour une population totale d'environ 70 000 personnes.
- Les personnes âgées de North Lanark, âgées de 55 à 90 ans, sont la frange de population qui connaît la croissance la plus rapide dans le comté. Dans le territoire couvert par l'équipe Santé Ontario de Lanark, Leeds et Grenville, 17,8 % de la population est âgée de 65 ans ou plus.
- Plusieurs personnes vivant à North Lanark connaissent des difficultés en raison du manque d'options de transport et de l'accès limité à Internet haute vitesse, mais surtout des effets de l'isolement social.

Axes du programme

Description du programme

HHNL offre des soins palliatifs et des services de soutien chez les clientes et clients (résidences, établissements de soins de longue durée, maisons de retraite et logements sociaux). Le centre met en place un programme de soins palliatifs de jour pour aider les personnes âgées et leurs personnes proches aidantes à déterminer leurs besoins en soins palliatifs le plus tôt possible et à obtenir des soins, atténuant ainsi les risques de visites aux services d'urgence et de déclin de l'état de santé grâce à des services de santé et sociaux. Ce programme hebdomadaire, tenu dans un environnement accueillant et social en dehors du lieu de résidence, offre aux participantes et participants l'occasion de tisser des liens, d'accéder à des traitements complémentaires et de participer à des activités enrichissantes. Les personnes proches aidantes reçoivent également du soutien et du répit. Une infirmière ou un infirmier autorisé est présent sur place pour faciliter l'orientation dans le système, surveiller l'état des clientes et clients et assurer l'accès aux ressources afin de réduire les visites de soins de courte durée. Le programme encourage l'indépendance, réduit l'isolement social, améliore la qualité de vie, assure des transitions fluides entre les services de soins palliatifs et allège la pression sur le système de santé en optimisant l'utilisation des ressources.

Approche de mise en œuvre

- **Conception du programme et mobilisation communautaire** : HHNL instaurera un modèle, une conception et un cadre de développement politique exhaustifs, avec la participation continue de la communauté.
- **Lancement des services de soins palliatifs de jour** : Les services seront mis en place graduellement : une fois par semaine, pendant trois heures, dès septembre 2024, puis une expansion vers un programme pilote complet et une réévaluation en janvier 2025.
- **Évaluation** : À la suite du lancement du programme pilote, HHNL évaluera la conception, l'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle, les besoins de formation, la gestion des incidents et des risques, le caractère approprié de l'emplacement et le potentiel d'expansion en janvier 2025.
- **Mobilisation des partenaires** : HHNL partagera l'espace avec ConnectWell Community Health pour le programme de soins palliatifs de jour. Le bâtiment, situé dans un endroit paisible, est accessible et dispose d'un stationnement. HHNL sollicitera l'appui de partenaires actuels et potentiels pour l'aiguillage, l'élaboration de politiques, la collecte de données et les dons en nature des donateurs, entreprises et artistes et musiciens bénévoles lors d'activités.

Équipe de santé familiale de Huron Shores

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'organisme dirigeant l'initiative est l'équipe de santé familiale de Huron Shores (ESF HS). L'équipe collaborative comprend un éventail interdisciplinaire de membres du personnel (par exemple, personnel infirmier, évaluatrices ou évaluateurs en gériatrie, physiothérapeutes, intervenantes-pivots et intervenants-pivots et consultants et consultants en amélioration de la qualité) de l'équipe de santé familiale de Huron Shores, du Réseau Santé Rive Nord et de l'équipe Santé Ontario d'Algoma. Elle est également composée d'une personne de la communauté qui agit à titre de patiente ou patient ressource.

Communauté

- L'initiative est établie dans la région d'Algoma au nord de l'Ontario, où l'équipe de santé familiale de Huron Shores prodigue des soins à plus de 14 000 personnes, dont trois communautés des Premières Nations.
- La région a une proportion considérablement plus élevée de personnes âgées que le reste de la province. Selon le dernier recensement de 2021, 26 % de la population était âgée de 65 ans et plus (30 090 personnes sur 113 777) dans le district d'Algoma, et ce nombre serait amené à croître de manière importante dans les années à venir.
- Dans la zone de services de l'Est d'Algoma de l'ESF HS, plus de 30 % de la population est âgée de 65 ans et plus.
- Cette proportion importante de personnes âgées dans l'Est d'Algoma fait du transport une priorité dans la liste des grands obstacles à l'accès aux services loin des communautés de résidence.

Axes du programme

Description du programme

L'équipe prévoit instaurer le programme de vieillissement en santé de l'ESF HS, conformément à la stratégie sur le vieillissement en santé de l'équipe Santé Ontario d'Algoma. Le programme porte sur la prévention et la prise en charge de la fragilité, qui se décline en deux parties : dépistage précoce et éducation du public. Le dépistage précoce de la fragilité comprend l'intégration d'un outil d'évaluation au dossier médical électronique (DME) en soins de santé primaires. Grâce à cette intégration, les prestataires de soins de santé interdisciplinaires peuvent efficacement repérer la fragilité chez les patientes et patients de plus de 65 ans,

mais aussi chez les personnes présentant des facteurs de risque spécifiques. L'outil intégré oriente les questions d'évaluation des prestataires et leur offre des ressources pour traiter les patientes et patients et simplifier l'aiguillage vers les services pertinents. Les personnes considérées comme fragiles devront faire l'objet d'une évaluation exhaustive, durant laquelle les prestataires utiliseront des tests fondés sur des données probantes pour les aiguiller vers des ressources d'aide et des services communautaires, ce qui améliorera les résultats cliniques et rehaussera l'expérience de ces personnes.

Approche de mise en œuvre

- **Intégration des évaluations de fragilité** : L'équipe de santé familiale de Huron Shores procédera à une évaluation annuelle de la fragilité de niveau 1 pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, selon une version modifiée de l'outil de dépistage C5-75 et un outil de dépistage du risque de chute. En fonction de ces résultats, on pourra recommander des interventions comme des cours d'exercice physique communautaire ou des formations. Les patientes et patients considérés comme fragiles lors de l'évaluation annuelle subiront alors une évaluation multifactorielle qui révélera les facteurs contributifs. Par la suite, on élaborera un plan de soins, comprenant les recommandations et les interventions pertinentes, pour aider la patiente ou le patient à atteindre ses objectifs de soins.
- **Promotion du vieillissement en santé** : Une série de séances de formation sur le vieillissement en santé seront offertes dans diverses communautés. Elles porteront sur des sujets comme les facteurs de risque modifiables, le concept de fragilité et les services disponibles. Des invitées et invités spéciaux présenteront divers sujets, et des ressources seront mises à la disposition de la communauté. La première foire annuelle sur le vieillissement en santé du programme est prévue pour l'automne 2024. La formation s'adresse à un public de tous âges, et non seulement aux personnes de 65 ans et plus.

Équipe de Santé Ontario KW4, en collaboration avec le Lawson Research Institute

En bref

Région : Ontario

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Mise en œuvre (nouveau, diffusion, ou expansion) : Diffusion

Profil de l'équipe

L'équipe de soins intégrés pour personnes âgées de l'équipe Santé Ontario (ESO) KW4 s'appuie sur un modèle de soutien aux soins primaires qui offre aux personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes un accès direct à une équipe spécialisée en soins gériatriques intégrés faisant partie intégrante des services de première ligne. L'équipe est en mesure de proposer des soins efficaces et centrés sur la personne, notamment des services médicaux et sociaux multidisciplinaires intégrés et spécialisés en gériatrie. Un

membre du personnel infirmier dirige cette équipe, avec l'appui de membres du personnel spécialisé en gériatrie (gériatre, psychiatre gériatrique, pharmacien ou pharmacienne clinique, etc.).

Communauté

- Cette initiative cible les personnes âgées résidant dans la région de Kitchener-Waterloo.
- On compte 62 811 personnes de 65 ans ou plus dans cette zone de l'équipe Santé Ontario (ESO KW4).
- Dans la région, seuls 18 % des médecins de famille ont accès à une équipe soignante multidisciplinaire.

Axes du programme

Description du programme

L'équipe de soins intégrés de l'ESO KW4 prend en charge les personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes dès les premiers signes de fragilité, afin d'éviter l'intervention d'urgence de médecins spécialistes ou l'institutionnalisation. Objectifs du programme :

- Stabiliser l'état de santé des personnes âgées à risque
- Prendre en charge les symptômes gériatriques et les maladies chroniques et fournir de l'information
- Orienter les bénéficiaires dans le système et vers les ressources communautaires
- Offrir un soutien en santé mentale aux personnes âgées à risque

L'équipe de soins intégrés reçoit également les patientes et patients âgés de prestataires de soins primaires externes à New Vision qui n'ont pas accès à une équipe multidisciplinaire. Le programme rend ainsi les soins et services nécessaires plus accessibles, simplifie les soins primaires, améliore les pratiques de prescription et aide à diminuer les visites aux services d'urgence.

Approche de mise en œuvre

- **Simplification de l'évaluation et aiguillages accélérés vers les organismes communautaires :** l'équipe de soins intégrés accompagne les personnes âgées et les partenaires de soins, ce qui réduit considérablement le temps d'attente avant l'évaluation gériatrique complète et l'orientation vers les ressources communautaires pertinentes.
- **Soins efficaces et centrés sur la personne :** l'équipe propose des soins efficaces et centrés sur la personne aux personnes âgées ayant des problèmes de santé complexes, notamment des services médicaux et sociaux multidisciplinaires intégrés et spécialisés en gériatrie. Le regroupement des services et la dimension interprofessionnelle de l'équipe sont essentiels pour des soins coordonnés, en phase avec les objectifs et les souhaits des bénéficiaires, afin de pouvoir éviter les écarts, les redondances et les erreurs.
- **Soutien aux prestataires de soins primaires :** l'équipe est là pour soutenir les prestataires de soins primaires n'ayant pas accès à une équipe multidisciplinaire spécialisée en soins gériatriques, ce qui permet de réduire le fardeau de ces prestataires au travers d'un modèle de soins partagé.

Mayne Island Assisted Living Society

En bref

Région : Colombie-Britannique

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté, diffusion et expansion

Profil de l'équipe

L'équipe responsable de l'initiative est la Mayne Island Assisted Living Society (MIALS), en collaboration avec la Mayne Island Health Centre Association (MIHCA) et avec l'aide du Mayne Island Collective. L'équipe est composée de représentantes et représentants de la MIALS et de la MIHCA, chargés de la mobilisation de la communauté, de la collecte de données, de la direction du programme, de l'évaluation et de l'encadrement.

Communauté

- L'île Mayne, où l'âge moyen surpasse de près de 20 ans l'âge moyen du reste de la province, doit relever de grands défis en lien avec la mobilisation et les soins des personnes âgées.
- La nature rurale et éloignée de l'île, uniquement accessible par traversier, exacerbe le sentiment d'isolement social et restreint les possibilités de vieillir chez soi.
- La communauté comprend un nombre important de personnes âgées, un nombre grandissant de résidentes et résidents à temps plein et des Autochtones. La population âgée vulnérable comprend des personnes présentant des handicaps, des problèmes de mobilité et des obstacles socio-économiques, que vient aggraver l'isolement.

Axes du programme

Axes du programme

La trousse d'amélioration « Home Is Where The Heart Is », financée et distribuée par la MIALS et la MIHCA, est conçue pour venir en aide à la population vieillissante de l'île Mayne. Le programme est composé de quatre éléments clés :

1. L'expansion du réseau d'autobus communautaire pour améliorer la mobilité et l'accès aux soins de santé, ce qui répondrait aux besoins de transport fiable lors de rendez-vous avec des spécialistes de la santé.
2. Le programme d'accompagnement pour l'accès et l'utilisation personnalisée des ressources communautaires et de santé.
3. Des initiatives de sécurité à domicile permettant d'assurer la sûreté des résidences des personnes âgées, réduisant ainsi le risque d'accident et améliorant les conditions de vie.
4. Du soutien en santé mentale pour les proches s'occupant des insulaires d'âge avancé, proposant des ressources et de l'aide pour le bien-être émotionnel et psychologique.
5. Le programme s'inspire des actifs communautaires actuels pour améliorer la qualité de vie des

personnes âgées de l'île Mayne, par du soutien et un renforcement de la capacité à vieillir chez soi.

Approche de mise en œuvre

- **Programme de transport par bus** : Maintenir et élargir le programme de bus pour renforcer la mobilité et l'accès aux soins de santé pour les personnes âgées et les membres de la communauté, offert par des organismes partenaires. Il devrait offrir des trajets hebdomadaires vers Sidney, Victoria et d'autres régions environnantes, de l'aide au programme, des chauffeuses et chauffeurs de bus rassembleurs, des horaires de traversiers et des bénévoles.
- **Volet de santé mentale** : Mettre en place un nouveau service proposant du soutien aux personnes proches aidantes, un projet pilote de répit de nuit et du soutien thérapeutique individuel, ciblant les besoins émotionnels et psychologiques des personnes soignantes, mobilisant les bénévoles de la région, les prestataires de soins à la retraite et les sites communautaires avec une offre de répit annuelle limitée.
- **Sûreté du domicile** : Rétablir une armoire de prêt d'équipement médical et présenter le programme de prévention des chutes, proposé par les organismes hôte et partenaires, axé sur les résidences sécuritaires pour les personnes âgées, et mobilisant les bénévoles et ressources locales, avec un accès à l'équipement deux ou trois fois par semaine.
- **Programme d'orientation/de promotion** : Offrir de l'aide à l'orientation et à la promotion aux personnes âgées par l'intermédiaire d'organismes partenaires, selon une approche Nav-CARE avec soutien en ligne ou en personne mobilisant plus de 42 organismes à but non lucratif et de bienfaisance locaux.

Logements multigénérationnels et centres communautaires de Toronto

En bref

Région : Ontario

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à un soutien social et communautaire
- Accès à des services de santé spécialisés
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'initiative est gérée par les logements multigénérationnels et centres communautaires de Toronto, un organisme communautaire et religieux qui travaille à fournir des renseignements, à sensibiliser et éduquer le public ainsi qu'à offrir des services et de l'aide à la communauté musulmane ismaélienne du grand Toronto. L'équipe est composée de représentantes et représentants des logements multigénérationnels et centres communautaires de Toronto (spécialistes des services aux personnes âgées, des soins infirmiers, de la mise en œuvre de projets et du soutien aux politiques) pour l'évaluation et la recherche. En outre, un groupe consultatif communautaire appuie la conception et la mise en place du projet.

Communauté

- Le programme vise surtout les résidentes et résidents habitant à 10 ou 15 minutes de route de l'intersection Don Mills/Eglinton, une zone couvrant des quartiers tels que Thorncliffe Park, Leaside, Flemingdon, Banbury-Don Mills et Golden Mile à Toronto.
- Thorncliffe Park, la région principalement ciblée, a une population âgée de forte densité : environ 10 % de ses résidentes et résidents ont 65 ans et plus, et 38 % vivent seuls. Environ 80 % de la population appartient à une minorité visible, 46 % est considérée comme ayant un faible revenu, 74 % a une langue maternelle autre que l'anglais et 19 % a récemment immigré au Canada.
- Sa population musulmane y est également diversifiée; on y retrouve notamment la communauté ismaélienne, et trois jamatkhans servant de points d'ancrage communautaires.

Axes du programme

Description du programme

Le programme intégré de santé et bien-être des personnes âgées de Generations Toronto (GenTO-ISHWP) cible les personnes âgées confinées chez elles qui présentent un déclin cognitif léger à modéré et cherche à atténuer l'isolement et l'épuisement des personnes proches aidantes. Établi dans un cadre religieux respectueux des valeurs culturelles et linguistiques, le programme de jour favorise les liens sociaux et le développement d'un sentiment d'appartenance pour les personnes âgées musulmanes ismaéliennes isolées, fragiles, vulnérables et culturellement diversifiées. Il fait la promotion du bien-être physique, de la stimulation cognitive, de la mobilisation sociale et du bien-être émotionnel. De plus, le programme propose des renseignements, des formations, du soutien à l'orientation et des soins de répit aux personnes proches aidantes, améliorant leur capacité à offrir des soins de qualité et retardant l'admission en soins de longue durée. Ciblant les personnes âgées de 65 ans et plus présentant des besoins en matière de mobilité et d'assistance variables, le programme encourage la participation de familles de différentes confessions et sert principalement les membres de jamatkhans spécifiques dans le secteur de Don Mills et Eglinton Crosstown, mais envisage également au cas par cas l'inclusion de personnes provenant d'autres secteurs du grand Toronto qui peuvent se déplacer.

Approche de mise en œuvre

- **Processus de sélection et d'aiguillage** : Concevoir des outils d'évaluation et d'admission établissant les critères de sélection pour les personnes âgées présentant des handicaps légers ou modérés afin de gérer la capacité, la conception, les attentes et l'évaluation du programme, et établir un processus d'aiguillage chaleureux des personnes ayant des besoins plus complexes vers les programmes de jour améliorés d'organismes partenaires.
- **Transport et horaire** : Confirmer les partenariats communautaires et obtenir des services de transport payé, abordable et privé afin d'en garantir l'accès aux clientes et clients du programme. Tester différents horaires flexibles pour réduire les obstacles.
- **Recrutement de personnel et de bénévoles** : Recruter et orienter le personnel et l'équipe de bénévoles diversifiés avant la conception du programme, afin de définir les rôles et d'appuyer les options facilitant la mise en place dans le respect de la culture et de la langue.
- **Groupe consultatif communautaire** : Créer un groupe consultatif communautaire composé de diverses parties prenantes afin de veiller à ce que le programme réponde à l'évolution des besoins de toutes les personnes concernées et privilégie une approche centrée sur la personne.

Newfoundland and Labrador Health Services

En bref

Région : Terre-Neuve-et-Labrador

Milieu : Urbain, nordique, rural et éloigné

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté

Profil de l'équipe

L'organisme Newfoundland and Labrador Health Services dirige l'initiative. Les membres de l'équipe, issus de diverses disciplines, représentent chaque région géographique (Est urbain, Est rural, Ouest, Centre, Labrador-Grenfell). L'équipe est composée de membres de la direction, de leaders de l'administration et de membres ayant de l'expérience en amélioration de la qualité et en évaluation. Des conseillères et conseillers spécialisés dans l'expérience patientèle/famille participent également.

Communauté

- Toutes les zones géographiques (Est urbain, Est rural, Ouest, Centre, Labrador-Grenfell) collaboreront pour aider la population âgée à vieillir chez elle avec un soutien et des ressources pertinentes adaptés à leurs besoins.
- Selon Statistique Canada, la population de Terre-Neuve-et-Labrador est l'une de celles qui vieillissent le plus rapidement au pays. D'ici 2036, plus de 30 % de la population sera âgée de 65 ans ou plus, ce qui amplifiera la demande en unités de courte durée gériatrique (UCDG) et le besoin de soins et de communautés adaptés.

Axes du programme

Description du programme

La stratégie d'unité de courte durée gériatrique (UCDG) à Terre-Neuve-et-Labrador cible particulièrement les besoins médicaux des personnes âgées fragiles présentant des problèmes de santé aigus et des troubles liés à l'âge. Adoptant une approche interdisciplinaire, les UCDG visent la réduction de la durée de séjour des patientes et patients, la prévention du déconditionnement et de l'isolement social et la réduction au minimum des réadmissions. La recherche appuie les avantages des UCDG : moins de chutes, moins de plaies de pression, faible risque de delirium et moins de déclin fonctionnel après le congé de l'hôpital. La stratégie a pour objectifs l'amélioration des soins aux personnes âgées, la création de plans d'intervention de soutien et la promotion du vieillir chez soi.

Approche de mise en œuvre

- **Formation** : Offrir une formation complète au personnel clinique sur les soins gériatriques de courte durée, y compris les outils d'évaluation, les évaluations gériatriques, les soins centrés sur la personne, la compétence culturelle et les stratégies de soutien à la démence.
- **Création d'une équipe interdisciplinaire** : Faciliter les évaluations multidisciplinaires régulières pour étudier les cas complexes, encourager la collaboration et élaborer des plans de soins personnalisés tenant compte des déterminants sociaux de la santé.
- **Éducation des patientes et patients** : Créer du matériel et des séances de formation adaptés aux personnes âgées des UCDG, axés sur la gestion des médicaments, la mobilité, la nutrition, la prévention des chutes et les autosoins, le tout encourageant la participation des patientes et patients.
- **Relations communautaires** : Renforcer les liens avec les services d'aide communautaires, sensibiliser à l'approche « Chez soi avant tout » et établir des partenariats pour proposer les ressources nécessaires et les soins de suivi aux patientes et patients quittant les UCDG.
- **Établissement d'UCDG** : Instaurer de nouvelles unités de soins gériatriques de courte durée à l'hôpital Western Memorial (15 lits) et à l'hôpital St. Clare's Mercy (26 lits) pour servir les personnes âgées fragiles ayant des troubles de santé aigus et offrir des services complets et des plans de soins personnalisés.
- **Approche provinciale** : Pour les régions qui ne sont pas encore prêtes à accueillir une UCDG, tirer profit des groupes de travail et des apprentissages des unités existantes pour intégrer des services sur le continuum des soins aux personnes âgées, renforcer la capacité du personnel et créer des plans d'intervention et des liens pour aider les personnes âgées à vieillir chez elles. La mise en œuvre peut varier selon le degré de préparation de la région.

Play Forever

En bref

Région : Ontario

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS : Accès à un soutien social et communautaire

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

L'organisme qui dirige l'initiative est Play Forever, en collaboration avec la société d'habitation de Crescent Village et les centres communautaires pour personnes âgées de Toronto. L'équipe est composée de représentantes et représentants de chaque organisme, notamment des membres de la direction et des coordonnatrices et coordonnateurs de programme et des technologies.

Communauté

- L'initiative est menée dans la ville de Toronto, la plus grande ville au Canada, qui compte plus de trois millions de résidentes et résidents.

- Environ 17 % de la population de Toronto a plus de 65 ans, une proportion qui devrait augmenter à 19 % d'ici 2030. En 2030, le nombre de personnes à charge (personnes âgées et enfants) devrait passer de 55 à 64 personnes par 100 Torontoises ou Torontois en âge de travailler.
- Toronto est une ville multiculturelle, dont près de la moitié de la population est nouvellement arrivée au Canada et dont 52 % de la population fait partie d'une minorité visible.

Axes du programme

Description du programme

Play Forever propose un éventail d'activités et de services dans la communauté, visant la promotion du bien-être physique et mental des personnes âgées de Toronto. Le programme met l'accent sur l'orientation personnalisée et l'accompagnement, l'éducation sanitaire et la formation ainsi que la prise en charge de maladies chroniques. Il permet d'atténuer la solitude et de combattre l'isolement social par la tenue d'événements communautaires, d'ateliers et d'activités.

Par l'initiative FVCS, Play Forever élargit son programme pour surmonter divers obstacles (inclusion numérique, transport et accessibilité et littératie en santé), tout en renforçant la compétence culturelle et le soutien linguistique.

Approche de mise en œuvre

L'organisme prévoit une expansion de ses services en s'alliant à des organismes et programmes communautaires en place pour atteindre un public plus vaste et répondre aux besoins changeants de la population.

- **Ateliers de santé et de technologie** : Maintenir les ateliers sur la nutrition, la santé physique et la prise en charge des maladies chroniques. Offrir également des ateliers technologiques pour renforcer les compétences numériques et ainsi faire connaître les ressources en ligne et les plateformes sociales aux personnes âgées, en appui à leur indépendance.
- **Rupture de l'isolement social et excursions** : Planifier des partenariats et renforcer les relations avec les organismes locaux, les prestataires de soins de santé, les centres communautaires et les organismes de services aux personnes âgées pour exploiter leurs ressources, leur expertise et leurs réseaux, et ainsi planifier des activités communautaires. Organiser des excursions et des événements sociaux afin de permettre aux personnes âgées de tisser des liens, de combattre l'isolement social, de stimuler leurs fonctions cognitives et de bâtir des relations authentiques avec leur communauté.
- **Services flexibles à domicile** : Intégrer des services à domicile pour les personnes âgées ayant des problèmes de santé ou des besoins en matière de soins afin de faciliter le transport des personnes présentant des difficultés de mobilité. Présenter des options de programme flexibles pour accommoder des horaires et des préférences variés, proposer des ressources d'aide aux personnes proches aidantes et renforcer les liens avec les organismes communautaires pour atteindre un public plus vaste et être plus accessible.
- **Renforcement de la compétence culturelle** : Recruter une équipe diversifiée de membres du personnel et de bénévoles pour renforcer la compétence culturelle et le soutien linguistique. Prioriser la formation sur la compétence culturelle pour les animatrices et animateurs de programme, faire participer les leaders communautaires à la planification du programme et veiller à ce que les activités soient respectueuses des différentes origines culturelles.

Saskatchewan Abilities Council Inc.

En bref

Région : Saskatchewan

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS : Accès à un soutien social et communautaire

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

L'initiative est sous la direction de SaskAbilities, un organisme à but non lucratif basé en Saskatchewan dont les bureaux se situent à Yorkton, Moose Jaw, Saskatoon, Regina et Swift Current. L'équipe est composée de représentantes et représentants de SaskAbilities, de partenaires interdisciplinaires, de responsables de l'évaluation et des mesures du Conseil sur la qualité des soins de santé de la Saskatchewan et de partenaires de soins.

Communauté

- Yorkton est un centre urbain au sud-est de la Saskatchewan sur le territoire du traité no 4, avec une population d'environ 17 000 personnes, dont 32 % sont âgées de 55 ans et plus.
- La division Yorkton de SaskAbilities dessert les petites communautés rurales avoisinantes, qui varient de hameaux de 50 personnes à des villages et petites municipalités de 300 à 5 500 personnes.
- La vie en milieu rural offre son lot de défis : accès limité aux services de santé et à l'emploi, infrastructure et transport insuffisants, isolement social, manque d'établissements culturels et récréatifs, problèmes liés à une population vieillissante et à une pénurie de main-d'œuvre en santé.

Axes du programme

Description du programme

Le programme d'amélioration de la qualité de vie avec la démence, de la division Yorkton de SaskAbilities, propose des services récréatifs et de loisirs pour les personnes atteintes de démence pour améliorer leur bien-être général et leurs déterminants sociaux de la santé, mais aussi pour fournir du répit aux partenaires de soins. Le programme cherche à favoriser l'inclusion sociale, à réduire l'isolement et le stress, à favoriser le bien-être des partenaires de soins, à retarder la progression de la maladie et à réduire la dépendance au système médical, grâce à du soutien individuel et à des activités de groupe mensuelles.

Au service des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins à Yorkton et dans les communautés rurales environnantes, le programme d'amélioration de la qualité de vie s'élargit pour proposer de nouveaux services et desservir de nouvelles régions géographiques. L'évaluation des besoins à la phase 1 du projet collaboratif Favoriser le vieillir chez soi a montré que Swift Current est prête pour cette expansion. Le programme a pour objectif de créer des communautés inclusives où les personnes âgées peuvent prospérer et vieillir chez elles. À l'avenir, on cherchera à élargir les services en augmentant la fréquence des réunions de groupe, en recrutant des responsables du soutien par les pairs et en menant et évaluant le programme dans une nouvelle communauté.

Approche de mise en œuvre

- **Augmentation de la fréquence des rencontres de soutien par les pairs** : Faire passer la cadence des groupes de soutien par les pairs de une à quatre fois par mois, pour une séance par semaine à Yorkton et dans les communautés environnantes afin de favoriser l'inclusion sociale et de réduire l'isolement des personnes atteintes de démence et de leurs partenaires de soins.
- **Recrutement de responsables du soutien par les pairs** : Inviter les partenaires de soins de personnes ayant été admises en soins de longue durée à continuer de participer aux réunions de groupe, à partager leur expérience et à aider les groupes de coanimation à préserver leurs liens et leur pertinence.
- **Programme pilote à Swift Current, Saskatchewan** : Mener des activités d'amélioration de la qualité de vie pour les personnes atteintes de démence à la grande division Swift Current de SaskAbilities, dès septembre 2024, pour favoriser l'inclusion sociale et aider les personnes atteintes de démence et leurs partenaires de soins de la région.

Terrace Regional Hospice Network Society

En bref

Région : Colombie-Britannique

Milieu : Rural

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Nouveauté et expansion

Profil de l'équipe

L'équipe responsable de l'initiative est la Terrace Regional Hospice Network Society (TRHNS), en collaboration avec Nav-CARE, United Way/Centraide, Abbeyfield et la division de médecine familiale du Pacifique Nord-Ouest. Elle est composée d'intervenantes-pivots, d'intervenants-pivots, de coordonnatrices et de coordonnateurs auprès des personnes proches aidantes, de la direction générale et de bénévoles et partenaires communautaires.

Communauté

- La TRHNS est située en région rurale, sur les côtes nordiques de la Colombie-Britannique, une zone à peine plus petite que l'Île-du-Prince-Édouard.
- Les adultes de 65 ans et plus représentent environ 15 à 20 % de la population dans plusieurs parties du nord de la province, mais on observe des variations dans certaines communautés ou certains districts régionaux. Comme ailleurs au Canada, le nord de la Colombie-Britannique connaît un vieillissement de sa population.
- Une bonne proportion de la population de cette région est autochtone, le tiers étant membre d'une Première Nation.

- L'accès aux soins de santé et aux services sociaux peut être particulièrement ardu au nord de la province en raison de l'isolement géographique et de l'accès limité aux ressources. On constate un besoin d'accroître les services permettant aux personnes âgées de vieillir chez elles, y compris des services de soins à domicile, des établissements d'aide à la vie autonome et des programmes communautaires.

Axes du programme

Description du programme

- Nav-CARE est un programme gratuit pour les populations rurales des côtes nordiques de la Colombie-Britannique, grâce auquel des intervenantes-pivots et intervenants-pivots bénévoles et qualifiés viennent en aide aux personnes dont la santé est en déclin. Ces bénévoles contribuent à la recherche de services locaux, offrent du transport, aident à la reprise d'un passe-temps, donnent des conseils lors de décisions importantes et allègent les sentiments de solitude et d'anxiété.
- Le programme Nav-CARE de la TRHNS prend de l'expansion pour répondre à la demande croissante, y compris celle des communautés autochtones, lance un programme coopératif pour les jeunes et recrute davantage de bénévoles dûment qualifiés. Récemment, le programme s'est fait un nom dans la région, a obtenu des dons d'équipement médical et a établi des partenariats avec des ergothérapeutes.
- Parmi les nouvelles initiatives au sein du programme Nav-CARE de la TRHNS, mentionnons la création d'un programme de liaison pour la démence, la reprise de programmes mis sur pause comme les cafés de la mort et les promenades ainsi que la création d'un cercle de soins avec l'autorité sanitaire.

Approche de mise en œuvre

- **Soutien aux communautés autochtones** : Offrir de la formation sur Nav-CARE et le rôle de bénévole (22 heures au total) aux communautés autochtones pour encourager les bénévoles de la région à appuyer le vieillir chez soi.
- **Programme coopératif pour les jeunes** : Proposer un programme coopératif pour former les élèves du secondaire de la région à Nav-CARE, suivi d'une formation sur le rôle de bénévole pour encourager les soins dans la communauté.
- **Intégration et formation des bénévoles** : Intégrer et former au moins 25 nouvelles et nouveaux bénévoles grâce à un programme complet, comprenant Nav-CARE et une formation spécialisée sur le bénévolat, suivi d'un mentorat pour renforcer les capacités et répondre à la hausse des aiguillages.
- **Expansion des services existants et réduction de l'isolement social** : Rechercher du financement pour de plus grands espaces et élargir les services dans le but d'offrir des repas sociaux, des projets pratiques et divers groupes de soutien (par exemple, clubs de lecture, plans de soins avancés, promenades du deuil).

Ville de Stony Plain

En bref

Région : Alberta

Milieu : Urbain et rural

Principes du programme FVCS : Accès à un soutien social et communautaire

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Expansion

Profil de l'équipe

La ville de Stony Plain dirige l'initiative avec l'aide de collaborations communautaires régionales.

Communauté

- Les organismes desservent Stony Plain, Spruce Grove et le comté de Parkland (région de trois municipalités). Ces municipalités sont considérées comme petite, urbaine et rurale.
- La population cible comprend des résidentes et résidents vulnérables avec divers besoins de santé et sociaux ainsi que leurs partenaires de soins.
- Population vieillissante : En 2021, 13 % des résidentes et résidents avaient 65 ans ou plus, une hausse de 72 % par rapport à 2007, comparativement à une proportion de 12 % en Alberta. Population vieillissante : En 2027, 16 % des résidentes et résidents auront 65 ans ou plus, comparativement à une proportion de 17 % en Alberta.
- Violence familiale et abus des personnes âgées : En 2023, la GRC de Parkland a enregistré 1 299 cas de violence familiale, dont 203 concernaient des personnes de 60 ans et plus.
- Pauvreté et itinérance : En 2022, près de 50 résidentes et résidents étaient en situation d'itinérance, et 1 133 étaient à risque dans la région des trois municipalités. Les données montrent une croissance exponentielle.
- Personnes nouvellement arrivées au Canada : Selon le recensement canadien de 2021, 7 290 personnes immigrantes vivaient dans la région.

Axes du programme

Description du programme

Le Aging in Place Community Collaborative (AIPCC) rêve d'une communauté sûre et bienveillante qui promeut les valeurs du bien-être des personnes âgées, des adultes vulnérables et des partenaires de soins. L'objectif est de permettre aux résidentes et résidents vulnérables ayant des besoins médicaux et sociaux spéciaux de bien vieillir dans leur communauté, peu importe leur étape de vie. Voici les activités principales :

- Création d'un poste d'agente ou d'agent de liaison communautaire pour offrir un soutien et un aiguillage personnalisés
- Évaluations et améliorations continues des programmes et services
- Sensibilisation grâce au travail d'approche dans la communauté et des séances de formation
- Élaboration d'un projet collaboratif robuste avec diverses parties prenantes

La mission globale est de réduire les obstacles, d'améliorer l'accès aux services de soutien et de créer un milieu favorable au vieillissement pour les résidentes et résidents vulnérables. L'AIPCC cherche à créer un sentiment d'appartenance communautaire et à revendiquer des solutions efficaces qui profiteront aux résidentes et résidents de la région des trois municipalités, améliorant au bout du compte les résultats cliniques et sociaux.

Approche de mise en œuvre

- **Programme de liaison communautaire :** Établir un poste d'agente ou d'agent de liaison pour offrir de l'aiguillage et du soutien personnalisés. Cette personne travaillera de près avec les parties prenantes à

l'expansion des relations, à la collecte de renseignements sur la prévention de l'abus des personnes âgées, sur les soins de la démence et sur le vieillir chez soi ainsi qu'à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des résidentes et résidents vulnérables.

- **Programme et sensibilisation à la communauté** : Évaluer en continu et concevoir des programmes prenant en compte les commentaires de la communauté, en se concentrant sur les liens solides avec les résidentes et résidents vulnérables et en offrant du soutien aux partenaires de soins par la mobilisation communautaire et des initiatives de sensibilisation.
- **Réorientation de la sensibilisation et de la perspective** : Sensibiliser aux enjeux des résidentes et résidents vulnérables en mettant l'accent sur les actifs communautaires pour renforcer la résilience au moyen d'initiatives, comme Senior Connect et Neighbourhood Connect, et des séances de formation sur la prévention de l'abus des personnes âgées, la pauvreté et l'inclusion et la diversité.
- **Collaboration visant le développement des capacités** : Bâtir une coalition solide avec des représentantes et représentants diversifiés d'organisations et des membres de la communauté, afin de consolider les efforts d'amélioration des résultats cliniques pour les résidentes et résidents mal servis grâce à la coordination, à la représentation et au partage des ressources.
- **Évaluation et amélioration continue de la qualité** : Améliorer la qualité en continu grâce à des principes de développement communautaires fondés sur les actifs, pour l'évaluation et la mesure des résultats dans une optique d'optimisation de l'efficacité du programme et de la qualité de vie des résidentes et résidents ainsi que d'intégration des commentaires et des données au programme.

Université Laval

En bref

Région : Québec

Milieu : Urbain

Principes du programme FVCS :

- Accès à des services de santé spécialisés
- Accès à un soutien social et communautaire
- Aide pour s'orienter dans le système

Type de mise en œuvre (nouveau, diffusion ou expansion) : Diffusion

Profil de l'équipe

L'équipe qui dirige l'initiative est constituée de l'Université Laval, en collaboration avec l'Université McMaster, le centre de recherche VITAM, le CIUSSS de la Capitale-Nationale et Dessercom. L'équipe interdisciplinaire est composée de gestionnaires de projets, de chercheuses et chercheurs cliniques et de patientes et patients partenaires et de techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) qui feront le suivi auprès des participantes et participants.

Communauté

- La région de la Capitale-Nationale est composée de la ville de Québec, de six municipalités régionales de comté (MRC), d'une réserve autochtone et d'une municipalité de paroisse (hors MRC). La population de la Capitale-Nationale (région 03) est d'environ 760 000 personnes.

- La plupart vivent dans des centres urbains. Au départ, l'initiative se concentrera sur une zone urbaine, puis son expansion atteindra dans un deuxième temps des régions plus rurales.
- Environ 20,8 % de la population a 65 ans ou plus, et la région connaît une croissance démographique causée notamment par l'augmentation de l'immigration et la réduction de la migration vers d'autres régions du Québec.

Axes du programme

Description du programme

En 2020, la Dre Gina Agarwal a lancé les programmes de médecine paramédicale PC@clinique et PC@Domicile pour améliorer la santé des adultes et réduire les appels au 9-1-1 et les visites à l'hôpital. L'initiative, qui s'est avérée concluante en Ontario, sera menée au Québec, où l'on mettra l'accent sur la prévention et la prise en charge des maladies chroniques ainsi que sur la promotion de la santé auprès des personnes âgées. Le programme vise à améliorer la santé, à réduire l'isolement social et à rapprocher les participantes et participants des ressources en soins de santé primaires et en milieu communautaire. Le personnel ambulancier mènera des rencontres individuelles dans des unités de logements subventionnés pour y faire des suivis de santé, donner de la formation et procéder à des aiguillages. Le projet pilote visera trois immeubles de logements subventionnés, pour un total d'environ 150 résidentes et résidents, avec une ambulance et du personnel ambulancier disponibles une demi-journée par semaine. Ce programme gratuit s'est avéré efficace pour réduire les appels au 9-1-1, améliorer la qualité de vie et réduire les risques de maladie chronique.

Le principal objectif de l'initiative est d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre du programme PC@clinique dans la région de la Capitale-Nationale. Elle explorera aussi l'incidence du programme sur divers déterminants de la santé, évaluera son effet sur l'utilisation des services d'urgence préhospitaliers et la fréquentation des salles d'urgence, et étudiera son efficacité potentielle pour retarder l'admission dans un établissement de soins de longue durée.

Approche de mise en œuvre

- **Partenariats** : Continuer à nouer des relations et des partenariats avec divers organismes, prestataires, membres de la communauté et comités de résidentes et résidents.
- **Formation** : Former le personnel ambulancier local sur les processus et protocoles de PC@clinique ainsi que sur les méthodes de collecte de données.
- **Sensibilisation à PC@clinique** : Remettre des brochures et coller des affiches dans des bâtiments, et afficher des avis supplémentaires lorsque le personnel ambulancier est présent. Utiliser d'autres canaux de diffusion en collaboration avec les comités de résidentes et résidents.
- **Mise en œuvre de PC@clinique** : Tenir une clinique de paramédecine communautaire hebdomadaire. Une équipe composée de deux membres du personnel ambulancier visitera les trois immeubles de logements subventionnés une demi-journée par semaine. Ces visites normalisées suivront le programme PC@clinique et seront adaptées aux besoins des participantes et participants.