

Regards croisés sur les approches de proximité et le vieillissement

Analyse 2025 de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA) et portrait de la population âgée au CCSMTL



REGARD CROISÉS SUR LES APPROCHES DE PROXIMITÉ ET LE VIEILLISSEMENT

Comité tactique d'implantation de l'AIPPA du CCSMTL

Manon Boulianne – Adjointe cadre
Soutien à domicile, Ressources intermédiaires et continuum SAPA

Nancy Durette – Directrice adjointe
Services généraux et des partenariats urbains

Karine Jalbert – Coordinatrice
Services généraux et des partenariats urbains

Paule Lebel – Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive
Direction régionale de santé publique

Elaine Polflit – Directrice adjointe
Services généraux et des partenariats urbains

Alexandra Schoming – Adjointe cadre
Services généraux et des partenariats urbains

Marie St-Louis – Cheffe de service
Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche

Joëlle Tremblay – Directrice adjointe
Services gériatriques spécialisés

Sous la direction de :

Madame Zina Benshila
Directrice – Services généraux et des partenariats urbains

Monsieur Luc Méthot
Directeur – Soutien à domicile,
Ressources intermédiaires et continuum SAPA

Table des matières

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS..... | 5 |
| LISTE DES ACRONYMES..... | 6 |
| SOMMAIRE EXÉCUTIF | 7 |
| 1 MISE EN CONTEXTE ET OBJECTIFS..... | 10 |
| 1.1 L’AIPPA et ses composantes en quelques mots..... | 10 |
| 1.2 Objectifs du rapport | 11 |
| 2 PORTRAIT ÉVOLUTIF DE LA COMMUNAUTÉ | 11 |
| 2.1 Population aînée..... | 11 |
| 2.2 Cartographie des ressources et des services..... | 12 |
| 3 MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE BILAN DES PRATIQUES ACTUELLES DE L’AIPPA AU SEIN DU CCSMTL ET DE SON TERRITOIRE | 13 |
| 3.1 Démarche d’analyse stratégique : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM) 13 | |
| 3.2 Identification des problèmes et des déterminants de santé prioritaires..... | 14 |
| 3.3 Entretiens et groupes de discussion réalisés..... | 14 |
| 4 DONNÉES RECUEILLIES À LA SUITE DE LA DÉMARCHE FFOM ET IDENTIFICATION DES PROBLÈMES PRIORITAIRES, SELON LES TROIS PERSPECTIVES..... | 15 |
| 4.1 Intra-CCSMTL (Programmes et directions SAPA-RI et DSGPU) | 15 |
| 4.1.1 Vision | 15 |
| 4.1.2 Concertation | 15 |
| 4.1.3 Pratiques collaboratives | 15 |
| 4.1.4 Évaluation du continuum | 16 |
| 4.1.5 Problèmes et déterminants de santé prioritaires (Intra-CIUSSS)..... | 16 |
| 4.2 Instituts et centres de recherche | 17 |
| 4.2.1 Gouvernance, Expertise, Collaborations, Transfert de connaissance, Participation des personnes aînées et proches | 17 |
| 4.2.2 Problèmes et déterminants de santé prioritaires | 17 |
| 4.3 Concertations intersectorielles locales des RLS Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun. | 17 |
| 5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ISSUS DES TROIS PERSPECTIVES (CCSMTL, Communautaire, Recherche-Transfert de connaissances)..... | 18 |
| 5.1 Vision et leadership partagés | 18 |
| 5.1.1 Vision | 18 |

| | | |
|--------|--|----|
| 5.1.2 | Partenaires | 21 |
| 5.1.3 | Ressources humaines et budget..... | 22 |
| 5.1.4 | Communication | 22 |
| 5.2 | Concertation robuste | 23 |
| 5.2.1 | Offre de Programmes et de Services..... | 24 |
| 5.2.2 | Collaboration locale et inter-établissements | 26 |
| 5.2.3 | Engagement des Partenaires..... | 26 |
| 5.2.4 | Participation des Personnes Aînées et des Proches Aidants..... | 27 |
| 5.2.5 | Communication | 27 |
| 5.3 | Pratiques collaboratives et continuum de services..... | 28 |
| 5.3.1 | Besoins des personnes âgées | 29 |
| 5.3.2 | Ressources humaines et financières | 29 |
| 5.3.3 | Fonctionnement d'équipe et rôles professionnels | 30 |
| 5.3.4 | Mécanismes et outils..... | 30 |
| 5.3.5 | Communication | 30 |
| 5.3.6 | Évaluation, plans de congé et plans d'intervention | 31 |
| 5.3.7 | Participation des personnes âgées et des proches aidants | 31 |
| 5.3.8 | Coordination..... | 31 |
| 5.3.9 | Innovations, technologies et projets..... | 31 |
| 5.3.10 | Programmes de promotion de la santé et de repérage | 32 |
| 5.4 | Évaluation du continuum en termes de santé et bien-être | 33 |
| 5.4.1 | Culture organisationnelle | 33 |
| 5.4.2 | Budget et ressources humaines | 33 |
| 5.4.3 | Analyse et interprétation des données et prise de décision | 33 |
| 5.4.4 | Indicateurs..... | 34 |
| 5.4.5 | Participation des personnes âgées et des proches aidants | 34 |
| 5.4.6 | Outils de suivi et évaluation | 34 |
| 5.4.7 | Communication | 34 |
| 5.5 | Problèmes et déterminants de la santé prioritaires | 35 |
| 6 | CONCLUSION ET ÉTAPES À VENIR | 35 |
| 7 | ANNEXE..... | 37 |
| | FIGURE 1 – STRUCTURE DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE..... | 37 |

| | |
|---|----|
| FIGURE 2 – NAPPERON AIPPA | 38 |
| FIGURE 3 – MONTAGE PHOTO DÉMARCHE FFOM | 39 |
| TABLEAU 1 – RÉSUMÉ DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUE | 40 |
| TABLEAU 2 - RÉPARTITION DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS INDIVIDUELS ET GROUPES DE DISCUSSION DE L'ANALYSE FFOM DE L'AIPPA | 41 |
| TABLEAU 3 - DÉFINIR ET COMMUNIQUER UNE VISION PARTAGÉE : UN LEADERSHIP PARTAGÉ. CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL | 42 |
| TABLEAU 4 - ÉTABLIR OU CONSOLIDER UNE CONCERTATION ROBUSTE : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL | 44 |
| TABLEAU 5 - DÉVELOPPER DES PRATIQUES COLLABORATIVES ET UN CONTINUUM DE SERVICES : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL | 51 |
| TABLEAU 6 - ÉVALUER LE CONTINUUM DE SERVICES EN TERMES DE RÉSULTATS DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL | 59 |
| TABLEAU 7 - ANALYSE FFOM AIPPA : CONSTATS DES RÉPONDANTS DE LA DEUR DU CCSMTL, DES INSTITUTS ET CENTRES DE RECHERCHE*** | 61 |
| TABLEAU 8 - ANALYSE FFOM AIPPA : CONSTATS DES RÉPONDANTS DES CONCERTATIONS INTERSECTORIELLES DES RLS JEANNE-MANCE ET SUD-OUEST-VERDUN | 64 |
| TABLEAU 9 - PROBLÈMES ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ IDENTIFIÉS DE FAÇON INDIVIDUELLE COMME PRIORITAIRES PAR LES PARTICIPANTS | 66 |

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier l'ensemble des parties prenantes ayant contribué, de quelque manière que ce soit, et sans exception, à l'aboutissement de ce travail.

| Catégorie | Participants |
|---|---|
| Soutien administratif et technique | |
| Atelier DSGPU – Services cliniques | Jean-Thierry Popieul, Monique Assal, Sylvianne Landry, Marilynne Cleroux-Desmarais, Annie Tremblay, Zenabe Imadine, Fabienne Bayol, Guylaine Marcoux, Marlène Côté, Sari Chengberlin, Marie Brien, Nathalie Joannette |
| Atelier DSGPU – Santé publique territoriale et organisation | Miriam Rouleau Perez, Sabrina Moffatt, Catherine St-Germain, Annick Diop, Hai-Oanh Bui-Nguyen, Jessica Gilles, Marie-Josée Dupuis, Eve Jasmin, Louise Bourque |
| Atelier SAD-RI | Karine Vigneault, Marie-Dalliah Jean-François, Encarnation Perez-Sanchez, Marie Brien, Marie-Hélène Dufour |
| Atelier Hôpital Verdun | Danielle Bellevue Lavallée, Dre Lucie Boucher, Neelie Belinda Present, Marie-Josée Apothéloz |
| Atelier Hôpital Notre-Dame | Joseph Di Lalla, Pauline Delambre, Marie-Élaine Dupuis |
| Atelier DQEPE | Dominique Allaire |
| Entretiens individuels avec des médecins de l'établissement | Doris Clerc, Louis-Xavier D'Aoust, Evelyne Gaillardetz, Rémy Lagacé, Arianne Murry, Alexandre Pagé, Catherine Richer, Jean-Pierre Villeneuve |
| Atelier chercheurs CRIUGM | Adriana Lacerda, Patricia Belchior |
| Atelier gestionnaires Instituts universitaires, centre affilié universitaire et centres de recherche, DA DEUR | Véronique Landry, Manon Parisien, Marc Cuesta, Danielle Thériault, Geneviève Baril, Marise Guindon |

LISTE DES ACRONYMES

| Acronyme | Définition |
|-------------------|--|
| AIPPA | Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées |
| AMM | Aide médicale à mourir |
| CAT | Centre d'activités thérapeutiques |
| CAU | Centre affilié universitaire |
| CCSMTL | CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal |
| CISSS | Centre intégré de santé et de services sociaux |
| CIUSSS | Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux |
| CLSC | Centre local de services communautaires |
| CR | Centre de recherche |
| CRESP | Centre de recherche en santé publique |
| CRIR | Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation |
| CRIUGM | Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal |
| DEUR | Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche |
| DRSP | Direction régionale de santé publique |
| DSGPU | Direction des services généraux et des partenariats urbains |
| FFOM | Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces |
| FMOQ | Fédération des médecins omnipraticiens du Québec |
| GAP | Guichet d'accès à la première ligne |
| GMF | Groupe de médecine de famille |
| GMF-U | Groupe de médecine de famille universitaire |
| IPS / IPS+ | Infirmière praticienne spécialisée |
| IU | Institut universitaire |
| IUGM | Institut universitaire de gériatrie de Montréal |
| JM | Jeanne-Mance |

| Acronyme | Définition |
|-------------------|---|
| MADA | Municipalité amie des aînés |
| MSSS | Ministère de la Santé et des Services sociaux |
| MU | Mission universitaire |
| OMHM | Office municipal d'habitation de Montréal |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| PARI | Plan d'action régional intégré |
| PEC | Prise en charge |
| PIED | Programme intégré d'équilibre dynamique |
| PREM | Plans régionaux d'effectifs médicaux |
| PSL | Point de service local |
| PSOC | Programme de soutien aux organismes communautaires |
| RAMQ | Régie de l'assurance maladie du Québec |
| RI | Ressources intermédiaires |
| RLS | Réseau local de services |
| RSSS | Réseau de la santé et des services sociaux |
| SAD | Soutien à domicile |
| SAD-RI | Soutien à domicile – Ressources intermédiaires |
| SAPA | Soutien à l'autonomie des personnes âgées |
| SCPD | Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence |
| SGPU | Services généraux et partenariats urbains |
| SIAD | Service intégré d'aide à domicile |
| SM | Santé mentale |
| SMF | Sans médecin de famille |
| SOV | Sud-Ouest-Verdun |
| SPVM | Service de police de la Ville de Montréal |
| SWOT | Strengths, weaknesses, opportunities and threats |
| TAL | Tribunal administratif du logement |
| TNC / TNCM | Troubles neurocognitifs (majeurs) |

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Contexte et objectifs

Le présent rapport dresse un portrait de la communauté et de l'état actuel des Approches intégrées de proximité pour les personnes âgées (AIPPA) au sein du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Il s'inscrit dans une démarche stratégique visant à soutenir le déploiement de cette approche sur une période de trois ans, de 2025 à 2028, en cohérence avec les orientations de Santé Québec. L'AIPPA repose sur une intervention précoce, locale, intersectorielle et concertée visant à améliorer la santé, l'autonomie et le bien-être des personnes âgées, tout en favorisant leur maintien à domicile. Elle s'appuie sur cinq composantes structurantes : le portrait évolutif de la communauté, la définition d'une vision partagée, le renforcement de la concertation, le développement de pratiques collaboratives et l'évaluation du continuum de services. Le rapport vise à documenter les caractéristiques de la population âgée et de son environnement, à analyser les pratiques actuelles et à identifier les priorités d'action pour la période 2026-2028.

Méthodologie

L'analyse repose sur une démarche FFOM (forces, faiblesses, opportunités, menaces) réalisée dans une approche participative visant à recueillir les perspectives des différentes parties prenantes de la trajectoire âgée. Celle-ci a mobilisé un large éventail d'acteurs issus des directions cliniques, des équipes de première ligne, des milieux de recherche et des partenaires communautaires. Cette approche a permis de croiser les perspectives organisationnelles et territoriales et de structurer les constats selon les différentes composantes de l'AIPPA, offrant ainsi une compréhension globale des enjeux et des leviers d'action.

Portrait de la population âgée et enjeux territoriaux

Le territoire du CCSMTL se caractérise par une population âgée en croissance présentant des vulnérabilités importantes. Une proportion significative de personnes vit sous le seuil de faible revenu, plusieurs vivent seules et le nombre de personnes très âgées est en augmentation. Des disparités territoriales importantes sont observées entre les réseaux locaux de services, notamment entre Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun, tant en matière d'espérance de vie que de prévalence de maladies chroniques. Ces facteurs contribuent à une complexification des besoins et accentuent la pression sur les services de proximité. Ce portrait met en évidence la nécessité d'adapter les interventions aux réalités locales et de renforcer les actions de proximité.

Vision et leadership

Une vision commune se consolide autour d'une approche populationnelle intégrée tenant compte des déterminants de santé physiques, psychosociaux et environnementaux. Le vieillissement est envisagé comme un levier pour développer des initiatives favorisant le maintien à domicile, en cohérence avec les politiques publiques.

Cependant, plusieurs défis subsistent. Le modèle demeure encore fortement orienté vers les soins curatifs, au détriment de la prévention et de la promotion de la santé. Des écarts persistent entre les orientations stratégiques et leur mise en œuvre opérationnelle, dans un contexte de ressources humaines et financières limitées. De plus, l'arrimage entre les milieux clinique, communautaire et de la recherche demeure à consolider. La reconnaissance des rôles, la valorisation des expertises et le rapprochement entre ces acteurs constituent des conditions essentielles au succès du déploiement.

Concertation et gouvernance

Le CCSMTL bénéficie d'une concertation intersectorielle bien établie, soutenue par des tables locales actives et une culture de collaboration. Cette concertation favorise la diversité de l'offre de services et contribue à la fluidité du continuum de soins. Toutefois, des enjeux persistent en matière d'accès aux services et de navigation pour les personnes âgées, notamment en raison de la complexité administrative et de la fragmentation de l'information. La coordination inter-établissements demeure un défi, particulièrement pour les situations complexes. La participation des personnes âgées et des proches aidants, bien que reconnue comme essentielle, demeure encore peu structurée. L'engagement des partenaires est également fragilisé par la multiplication des comités et la surcharge organisationnelle. Une structure de gouvernance ([Figure 1](#)) en évolution vise à renforcer l'alignement entre les niveaux stratégique, tactique et opérationnel, tout en assurant un ancrage territorial des actions.

Pratiques collaboratives et continuum de services

Les pratiques collaboratives s'appuient sur des équipes interdisciplinaires solides, notamment en soutien à domicile, en gériatrie et en première ligne. Ces équipes représentent une force importante dans la réponse aux besoins des personnes âgées. Cependant, elles font face à une complexification croissante des situations, à une pénurie de professionnels, à une surcharge de travail et à un roulement élevé du personnel. Ces facteurs fragilisent la continuité et la qualité des interventions. Les mécanismes de référence et de coordination existent, mais demeurent parfois complexes ou insuffisamment intégrés, ce qui limite la fluidité des trajectoires de services, en particulier lors des transitions de soins. Par ailleurs, bien que des capacités d'innovation existent, notamment en santé numérique et en télésanté, leur déploiement reste limité par les contraintes organisationnelles et financières. Les activités de promotion et de prévention, jugées prioritaires, demeurent sous-développées.

Évaluation et performance

Le CCSMTL présente une culture organisationnelle orientée vers l'amélioration continue. Toutefois, les mécanismes d'évaluation du continuum de services demeurent incomplets. Les indicateurs actuellement en place ne couvrent pas l'ensemble du continuum et leur cohérence entre les différents niveaux reste à améliorer. Les ressources disponibles pour la collecte et l'analyse des données sont limitées, ce qui freine la capacité de suivi et de pilotage. La participation des personnes âgées et de leurs proches aux démarches d'évaluation est encore

faible, et les mécanismes permettant de transformer les constats en actions concrètes restent à renforcer. Le partage de l'information et la transparence constituent également des enjeux.

Problèmes et déterminants prioritaires

L'analyse met en évidence une combinaison de problématiques sociales, cliniques et organisationnelles. Les principaux enjeux concernent l'isolement social, la pauvreté, la précarité résidentielle, les troubles neurocognitifs, les problèmes de santé mentale et la perte d'autonomie. S'ajoutent des difficultés d'accès aux services médicaux et psychosociaux, des enjeux de coordination des soins, ainsi qu'une pénurie de personnel et un épuisement des proches aidants. Ces problématiques nécessitent des réponses intégrées, concertées et adaptées aux réalités territoriales.

Priorités stratégiques et prochaines étapes

L'analyse confirme la pertinence de l'AIPPA comme levier pour renforcer l'intégration des services et améliorer l'expérience des personnes âgées et de leurs proches aidants. Les priorités identifiées portent sur le renforcement de la collaboration intersectorielle, l'adaptation de l'offre de services aux besoins populationnels et le développement des activités de promotion, de prévention et de repérage précoce. Elles incluent également l'amélioration des communications, la valorisation des expertises cliniques, communautaires et scientifiques, ainsi que le renforcement de la participation citoyenne. Les prochaines étapes consistent à finaliser le portrait évolutif, à consolider la gouvernance, à élaborer et mettre en œuvre le plan d'action 2026-2028, ainsi qu'à définir des indicateurs de suivi permettant d'assurer un pilotage efficace.

La réussite du déploiement reposera sur la capacité à aligner les visions, à soutenir les équipes, à favoriser l'innovation et à maintenir une coordination fluide entre les partenaires.

1 MISE EN CONTEXTE ET OBJECTIFS

À l'automne 2024, la Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) du ministère de la Santé et des Services Sociaux déposait aux CISSS et CIUSSS du Québec le cadre de référence sur l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA). [La Figure 2](#) en annexe est la synthèse du cadre de référence de l'AIPPA. Le Secrétariat aux aînés a assuré la coordination des travaux de rédaction du cadre. Depuis 2025, Santé Québec assure la coordination du déploiement de l'approche sur trois ans (mai 2025-mai 2028).

L'une des premières étapes consiste à décrire les caractéristiques socio-sanitaires de la population aînée du CCSMTL, de mettre à jour la cartographie des ressources et des services offerts sur les territoires des Réseaux locaux de services (RLS) de Jeanne-Mance (JM) et du Sud-Ouest-Verdun (SOV), de dresser l'état actuel des pratiques selon les composantes de l'AIPPA.

Le présent rapport rend compte des démarches entreprises dans le cadre de cette première étape et synthétise les perceptions recueillies auprès des parties prenantes consultées. Il présente ainsi les constats issus des échanges avec des cliniciens et gestionnaires intra-CCSMTL, des membres des concertations intersectorielles aînées des RLS Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun, ainsi que des acteurs de la Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), du CRIUGM et des centres de recherche affiliés dont les travaux portent sur le vieillissement et ses déterminants.

1.1 L'AIPPA et ses composantes en quelques mots

L'AIPPA se définit comme une façon d'agir et d'intervenir précocement à l'échelle locale (RLS/CLSC) en concertation intersectorielle avec, par et pour les personnes âgées avec : les citoyens et partenaires communautaires, privés, publics de manière coordonnée et intégrée. Elle vise à influencer positivement l'état de santé, l'autonomie et le bien-être et la qualité de vie de la population aînée, tout au long des transitions de vie; maximiser le potentiel des communautés locales; contribuer à favoriser le maintien à domicile, à retarder ou à éviter le recours aux structures hospitalières et d'hébergement. Elle valorise et consolide ce qui existe déjà et selon des priorités déterminées collectivement.

Les objectifs de l'AIPPA sont les suivants :

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

L'AIPPA se déploie sous la responsabilité des CISSS et CIUSSS du Québec selon les 5 composantes suivantes :

- Dresser un portrait évolutif de la communauté
- Définir et communiquer une vision partagée : un leadership partagé
- Établir ou consolider une concertation robuste (gouvernance)
- Développer ou consolider des pratiques collaboratives se déclinant en activités spécifiques :
 - Promotion de la santé;
 - Attribution efficiente des services;
 - Accompagnement dans les parcours de services;
 - Prévention des problèmes sociaux et de santé et des conditions défavorables à la santé par, entre autres le repérage de personnes présentant des besoins.
- Évaluer le continuum de services en termes de résultats de santé et bien-être

1.2 Objectifs du rapport

Le présent rapport dresse une synthèse des différentes perspectives recueillies, en vue d'éclairer les actions prioritaires pour un déploiement ancré dans les réalités locales de la population du CCSMTL. Ses objectifs sont les suivants :

- Décrire les principales étapes parcourues et à venir dans la réalisation du portrait évolutif de la communauté du CCSMTL et de ses besoins (composante 1 de l'AIPPA)
- Produire un état de situation actuel des pratiques cliniques, organisationnelles, évaluatives et communicationnelles, de participation des usagers/citoyens/personnes proches aidantes et de concertation intersectorielle en lien avec l'AIPPA, selon différentes perspectives (cliniciens et intervenants professionnels, gestionnaires, chercheurs, concertations locales aînées, usagers et citoyens) (composantes 2-5 de l'AIPPA)
- Identifier des pistes de priorités d'action du Plan d'action de l'AIPPA du CCSMTL et de son territoire pour la période 2026-2028
- Préciser les étapes à venir en 2026

2 PORTRAIT ÉVOLUTIF DE LA COMMUNAUTÉ

La carte sociale qui documente les caractéristiques de la population aînée du territoire du CCSMTL et ses besoins, les acteurs clés, les services et les collaborations est en élaboration de façon continue. Cette composante vise à maintenir un portrait dynamique et partagé des besoins de la population, permettant d'adapter l'offre de services à la réalité des milieux et des usagers.

2.1 Population aînée

Un portrait socio-démographique (2025) faisant ressortir les particularités de la population aînée du CCSMTL a été produit par la Direction régionale de santé publique et diffusé à plusieurs instances du CCSMTL, aux Instituts et Centres de recherche du territoire. Différentes enquêtes et rapports montréalais produits par la DRSP complètent ce portrait. [Le Tableau 1](#) en annexe est un résumé des données sociodémographiques.

Certaines caractéristiques de la population âgée du CCSMTL méritent une attention particulière, en raison de la vulnérabilité accrue qu'elles révèlent :

- En 2021, le territoire du CCSMTL comptait 43 420 personnes âgées de 65 ans et plus (14% de la population du territoire)
- Les personnes de 65 ans et plus vivent davantage en situation de pauvreté (30% sous la MFR c. 23% à Montréal, particulièrement dans les territoires des CLSC Pointe St-Charles et CLSC des Faubourgs)
- Près de 50% d'entre elles vivent seules (c. 37% à Montréal)
- Elles sont plus nombreuses à consacrer plus de 30% de leur revenu au logement (26% c. 23% à Montréal, particulièrement dans les territoires des CLSC St-Louis du Parc et des Faubourgs Centre-Ville ou la proportion est près de 30%)
- L'espérance de vie à 65 ans est plus faible (écart de 2 ans) pour le RLS SOV par rapport au RLS Jeanne-Mance et la région de Montréal. Il en est de même pour la prévalence de maladies chroniques (ex. MPOC, troubles mentaux et troubles neurocognitifs)
- Les arrondissements Sud-Ouest et Ville-Marie comportent : plus de personnes de 55 ans et plus avec un grand risque d'isolement social
- Dans l'arrondissement Plateau Mont-Royal : une forte participation sociale des personnes de 55 ans et plus est notée
- Les territoires municipaux de Ville-Marie, Plateau Mont-Royal, Sud-Ouest et St-Henri se distinguent par un taux de personnes en situation d'itinérance plus élevé. Une croissance de personnes de 60 ans et plus parmi les personnes en situation d'itinérance est notée
- On compte 5246 personnes de 85 ans et plus sur le territoire. Ce groupe d'âge est en augmentation en nombre et en proportion, est plus précaire sur le plan de la santé et des conditions sociales

2.2 Cartographie des ressources et des services

Différents inventaires de ressources, services, partenaires et concertations âgées ont été mis à jour ou sont en voie de l'être :

- Programmes et services offerts aux personnes âgées par le CCSMTL
- Répertoire de ressources dans la communauté
- Liste des acteurs clés des Concertations intersectorielles âgées et de leurs membres, par RLS

3 MÉTHODOLOGIE UTILISÉE POUR LE BILAN DES PRATIQUES ACTUELLES DE L'AIPPA AU SEIN DU CCSMTL ET DE SON TERRITOIRE

3.1 Démarche d'analyse stratégique : Forces, Faiblesses, Opportunités, Menaces (FFOM)

Une démarche d'analyse FFOM a été menée entre mai 2025 et novembre 2025 pour les Programmes et directions Intra-CCSMTL ainsi que les Instituts et Centres de recherche. La démarche a été adaptée auprès des Concertations intersectorielles locales aînées en juin 2026, dans le cadre des travaux sur l'indicateur 12 (adéquation besoins-services) de la planification stratégique de Santé Québec.

La démarche FFOM repose sur une approche participative et collaborative visant à recueillir les perspectives de différentes parties prenantes : organisateurs communautaires, cliniciens professionnels et médecins, gestionnaires et décideurs des directions cliniques SAD-RI et continuum SAPA et DSGPU; direction du Bureau de l'Expérience Patient et Usager Partenaire (BEPUP); direction de l'enseignement universitaire et de la recherche (DEUR), chercheurs et gestionnaires des Instituts et Centres de recherche; membres des Concertations intersectorielles locales aînées.

Chaque atelier d'une durée de 90 minutes a été tenu en présence dans les locaux des établissements du CCSMTL (hôpital, CLSC) l'hôpital Notre-Dame ou Verdun. Par des alternances de travail individuel et de mise en commun en plénière avec synthèse, les éléments suivants ont été recueillis pour les diverses composantes de l'AIPPA. La [Figure 3](#) en annexe est un montage des photos recueillis lors des de la démarche FFOM.

| | |
|-----------------------------------|---|
| Forces | Les forces sont les éléments de l'AIPPA que les diverses directions et programmes du CCSMTL, les Instituts et CR réussissent déjà particulièrement bien et doivent être maintenus ou renforcés |
| Faiblesses | Les faiblesses sont les attributs et les ressources internes qui font défaut pour implanter l'AIPPA dans les diverses directions et programmes du CCSMTL, les Instituts et CR. Il faudra corriger progressivement celles-ci |
| Opportunités internes et externes | Les opportunités sont des facteurs internes ou externes qui, combinés avec les bonnes décisions, peuvent faciliter l'implantation de l'AIPPA au sein du CCSMTL ou le placer dans une position stratégique favorable. Prendre conscience de ces opportunités permet de les utiliser à bon escient. Les opportunités internes ont été traduites dans les tableaux par des objectifs ou actions à viser dans le plan d'implantation de l'AIPPA |
| Menaces internes et externes | Les menaces sont les forces internes ou externes au CCSMTL qui constituent un risque pour l'implantation de l'AIPPA. Les obstacles externes sont de l'ordre politique, économique, sociologique, technologique, juridique ou environnemental. Une vigilance à leur égard sera à développer. La notion d'environnement « interne » concerne le CCSMTL et ses partenaires communautaires des RLS JM et SOV |

NOTE : Cette analyse stratégique aidera à exploiter les forces pour saisir les opportunités, réduire les menaces et surmonter les faiblesses qui entravent l'organisation.

D'autres sources documentaires ont été consultées pour enrichir les constats aux axes d'amélioration organisationnelle. Les éléments pertinents à l'AIPPA sont intégrés dans les tableaux ci-après.

- Rapport d'Agrément Canada sur les programmes et services du CCSMTL, janvier 2025
- Sondage sur l'expérience des usagers du CCSMTL, (2023-2024)
- Analyse des écarts entre besoins populationnels et services SAPA/SGPU, Plan stratégique Santé Québec, indicateur 12, janvier 2026
- Rémy Lagacé (2024). Le développement d'une équipe de gérontopsychiatrie communautaire dans le RLS Jeanne-Mance du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal: Une approche intersectorielle pour rejoindre les personnes âgées les plus vulnérables. (Présentation ppt, 10 mai 2024)

3.2 Identification des problèmes et des déterminants de santé prioritaires

Dans chaque groupe de discussion ou entretien intra-CCSMTL, les participants ont individuellement sélectionné un problème de santé prioritaire pour l'AIPPA. Les thèmes choisis ont été compilés qualitativement.

3.3 Entretiens et groupes de discussion réalisés

Les données recueillies proviennent de 9 groupes de discussion et de 10 entretiens individuels (principalement auprès de médecins). Les groupes de discussion ont été menés auprès :

- Des cliniciens hospitaliers des milieux hospitaliers (hôpital de Verdun et hôpital Notre-Dame);
- Des équipes de soutien à domicile en Soutien à l'Autonomie des Personnes Âgées (SAPA SADRI et continuum SAPA);
- Des équipes de la première ligne et des organisateurs communautaires de l'équipe territoriale de la santé publique de la Direction des Services Généraux et Partenariats Urbains (DSGPU);
- De l'équipe de direction SAPA-SAD-RI et continuum SAPA et de l'équipe de direction de la DSGPU;
- Des gestionnaires et chercheurs de la DEUR du CCSMTL, des Instituts et Centres de recherche;
- Des membres des concertations intersectorielles des RLS Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun.

[Le Tableau 2](#) en annexe présente la répartition des personnes consultées dans les programmes et services du CCSMTL ainsi que dans les organismes du territoire. Près de cent personnes du CCSMTL ont participé.

4 DONNÉES RECUEILLIES À LA SUITE DE LA DÉMARCHE FFOM ET IDENTIFICATION DES PROBLÈMES PRIORITAIRES, SELON LES TROIS PERSPECTIVES

4.1 Intra-CCSMTL (Programmes et directions SAPA-RI et DSGPU)

4.1.1 Vision

La composante 2 de l'AIPPA « Définir et communiquer une vision partagée » englobe la gouvernance aux différents niveaux hiérarchiques (stratégique, tactique, opérationnel) qui est partagée par le plus grand nombre de parties prenantes possible. La vision est teintée par l'importance d'œuvrer ensemble pour se doter d'un continuum de services dans la perspective d'une amélioration continue. Pour ce faire, le leadership de l'établissement est partagé avec les partenaires pour éviter une centralisation. [Le Tableau 3](#) en annexe résume les principaux constats dégagés lors des groupes de discussion et des entretiens individuels.

4.1.2 Concertation

La composante 3 de l'AIPPA « Établir ou consolider une concertation robuste » vise à mettre ensemble les acteurs communautaires, privés, publics et les personnes âgées pour favoriser une concertation visant la complémentarité et la continuité des services, tout en s'appuyant sur les déterminants de la santé. La relation structurée et durable entre les parties prenantes est engagée vers l'atteinte d'objectifs communs et vers l'amélioration de leur interdépendance pour assurer la continuité, sans doublon, dans l'offre de services locale. L'expérience des personnes âgées est mise à profit pour influencer et adapter les services, les ressources et les activités à leurs besoins. [Le Tableau 4](#) en annexe résume les principaux constats dégagés lors des groupes de discussion et des entretiens individuels.

4.1.3 Pratiques collaboratives

La Composante 4 de l'AIPPA « Développer des pratiques collaboratives : un continuum de services » regroupe quatre activités interreliées visant à assurer un continuum de services intégrés et humains :

- La promotion de la santé : encourager le vieillissement actif et la participation sociale
- La prévention de la maladie et des conditions défavorables à la santé : action précoce et vigie pour réduire les risques de fragilité
- L'attribution des bons services au bon moment : utilisation pertinente et efficace des ressources du milieu, de la communauté
- L'accompagnement à travers les parcours de services : offre d'un soutien à la personne âgée

La création de mécanismes pour assurer la complémentarité, la continuité et la qualité des actions est sous-jacente à ces activités. Par exemple, le repérage et le référencement des personnes en situation de vulnérabilité, les échanges d'informations, le plan de services personnalisés,

l'accompagnement des personnes dans les services. [Le Tableau 5](#) en annexe résume les principaux constats dégagés lors des groupes de discussion et des entretiens individuels.

4.1.4 Évaluation du continuum

La Composante 5 « Évaluer le continuum de services en termes de résultats de santé et de bien-être » consiste à mesurer les résultats obtenus en termes de santé, de bien-être et de maintien à domicile des personnes âgées. L'évaluation s'appuie sur des indicateurs partagés et sur un processus d'amélioration continue et de monitoring impliquant tous les partenaires. [Le Tableau 6](#) en annexe résume les principaux constats dégagés sur la composante 5 de l'AIPPA (évaluation), lors des groupes de discussion et entretiens individuels.

4.1.5 Problèmes et déterminants de santé prioritaires (Intra-CIUSSS)

Dans le cadre des groupes de discussion et entretiens individuels des directions et services cliniques de l'AIPPA, les participants ont été appelés à identifier personnellement un déterminant ou problème de santé prioritaire sur lequel l'AIPPA pourrait travailler en concertation intersectorielle au cours des prochaines années. La compilation des thèmes retenus est la suivante.

Problèmes de santé identifiés :

- La prévention de la dépression et de l'isolement social
- La prévention des chutes
- Le repérage précoce et la gestion des troubles neurocognitifs (TNCM), dont les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) qui affectent le maintien à domicile
- La prévention de la perte d'autonomie et de la fragilité, surtout chez les personnes qui vivent seules à domicile, sans l'implication d'une personne proche aidante
- L'éducation de la population: préparer sa vieillesse, participation citoyenne
- La promotion des saines habitudes de vie

Déterminants de la santé identifiés :

- La pauvreté
- L'amélioration de l'accessibilité interdisciplinaires aux médecins de famille, gériatres, gérontopsychiatres et intervenants psychosociaux et communautaires de proximité
- La coordination intersectorielle des services
- L'accès sécuritaire à des espaces verts plus nombreux, compte tenu de leurs bienfaits sur la santé
- Le changement de la culture sociétale face aux personnes âgées : valorisation de l'apport aînée, l'autodétermination

4.2 Instituts et centres de recherche

4.2.1 Gouvernance, Expertise, Collaborations, Transfert de connaissance, Participation des personnes âgées et proches

Les données sont regroupées au [Tableau 7](#) en annexe selon les catégories suivantes :

- a) Structure, gouvernance et ressources;
- b) Expertise et réponse aux besoins de la population;
- c) Collaborations;
- d) Transfert des connaissances;
- e) Participation des personnes âgées et personnes proches aidantes.

4.2.2 Problèmes et déterminants de santé prioritaires

Les priorités identifiées par les participants aux groupes de discussion sont les suivantes :

- Isolement
- Santé mentale
- Logement et milieux de vie
- Inégalités sociales
- Accès aux services et ressources adaptées
- Prévention

4.3 Concertations intersectorielles locales des RLS Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun

En janvier 2026, dans le cadre de l'analyse de l'adéquation des besoins et des services offerts par le CCSMTL (indicateur 12 du plan stratégique de Santé Québec), deux groupes de discussion, animés par les directions SAPA et SGPU, ont été tenus avec des membres de Concertations intersectorielles des territoires des RLS Jeanne-Mance et Sud-Ouest-Verdun.

Plus d'une quinzaine de partenaires communautaires, dont les actions pour la plupart étaient dédiées aux personnes âgées, ont participé à chaque groupe de discussion. Ils provenaient entre autres d'organismes communautaires (aide à domicile, services juridiques, bénévolat, etc.), de centres communautaires, d'arrondissements municipaux, de postes de quartiers de la SPVM, d'habitations collectives, des membres du conseil d'administration des tables locales de concertation des aînés, des CAE (Centres d'aide aux entreprises), etc. [Le Tableau 8](#) en annexe présente les problèmes identifiés par les partenaires de la communauté des deux RLS en lien avec les directions SAPA et SGPU du CCSMTL.

Principaux problèmes et déterminants de la santé cités :

- Les problèmes de santé mentale
- Les troubles neurocognitifs
- Les situations complexes : itinérance, toxicomanies, judiciarisation, refus d'aide, consentement aux soins

- L'accessibilité des soins: confidentialité des données, consentement aux soins, accès aux soins de première ligne en GMF et CLSC
- La continuité des soins: difficulté à identifier l'équipe ou le professionnel responsable du suivi, arrimage entre services de la communauté et CCSMTL
- L'insuffisance d'activités préventives
- Roulement et pénurie de personnel

5 SYNTHÈSE DES CONSTATS ISSUS DES TROIS PERSPECTIVES (CCSMTL, Communautaire, Recherche-Transfert de connaissances)

5.1 Vision et leadership partagés

La vision et leadership partagés ont été analysés par les participants sous l'angle de la vision, des partenaires, des ressources humaines et du budget, et enfin de la communication. D'emblée, l'une des personnes participant aux groupes de discussion rappelait que l'implantation de l'AIPPA s'inscrivait dans le mouvement d'une décennie d'action mondiale concertée de façon urgente sur le vieillissement en bonne santé.

La Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030) est l'occasion de réunir les gouvernements, la société civile, les organismes internationaux, les professionnels, le milieu universitaire, les médias et le secteur privé pour mener sur une période de 10 ans une action concertée, catalytique et de collaboration en vue d'améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et des communautés dans lesquelles elles vivent. Dans le monde entier, les populations vieillissent à un rythme plus rapide que par le passé et cette transition démographique aura un impact sur près de l'ensemble des aspects de la société. Une décennie d'action mondiale concertée sur le vieillissement en bonne santé s'impose de toute urgence. Source: <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

5.1.1 Vision

Le CCSMTL adopte depuis plusieurs années une approche populationnelle intégrée, prenant en compte l'ensemble des déterminants de la santé, qu'ils soient physiques, psychosociaux ou environnementaux. Une vision commune émerge progressivement entre les partenaires du réseau et le milieu communautaire, illustrant une volonté de collaboration et de synergie.

Le vieillissement de la population montréalaise qui se poursuit au cours des prochaines années constitue un levier important pour le développement d'initiatives adaptées aux besoins des personnes âgées, tel que préconisé par l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA). Ceci met à l'avant-plan l'importance du maintien à domicile, par diverses solutions dont la téléassistance (Intervention à distance), et incite aux partenariats avec les organismes locaux. Les multiples politiques sur le vieillissement constituent des assises complémentaires à la mise en œuvre de l'AIPPA, si une vigilance est portée à l'intégration des actions préconisées par chacune. Mentionner la Politique Vieillir et Vivre ensemble et son plan d'action « La fierté de vieillir » (2024-2029), la Politique nationale de soutien à domicile « Mieux chez soi » (2026), ainsi

que la Politique québécoise sur la Maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs (2025). Enfin, la Stratégie nationale de prévention en santé (2025-2035) rappelle l'importance de la prévention pour la santé globale.

Cependant, plusieurs obstacles peuvent freiner la réalisation de cette vision, notamment la prévalence d'une culture axée sur la guérison au détriment de la prévention. La conciliation des différentes cultures organisationnelles demeure difficile, augmentant le risque de dilution de la vision commune dans un contexte de priorités multiples. Des tensions peuvent émerger entre la vision stratégique et les réalités opérationnelles, accentuées par le manque de mécanismes formels pour assurer la continuité. La gestion du changement de Santé Québec, qui s'étend sur plusieurs années, la situation financière du réseau imposant une vision centrée sur la performance financière, les incertitudes politiques liées aux élections provinciales à venir, constituent des menaces externes. Enfin, la population connaît mal le phénomène du vieillissement, les besoins des personnes vieillissantes et comment adopter des comportements favorables à la santé.

Le CCSMTL bénéficie de cinq désignations, couvrant des domaines clés tels que la gériatrie, les inégalités sociales, la réadaptation physique et les dépendances et s'intégrant dans un écosystème provincial de recherche dynamique, orienté vers l'innovation sociale et clinique.

Trois centres de recherche (Centre de recherche Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM), Centre de recherche en santé publique (CRESP), Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation (CRIR)) sont également présents, offrant des expertises variées sur le vieillissement ou des thématiques connexes.

L'équipe de la Mission universitaire sur la gériatrie ([2024_09_Brochure_MUGV](#)) accompagne le développement et le partage des savoirs scientifiques, cliniques et expérientiels des personnes âgées sur le vieillissement et la santé. Elle collabore avec les milieux cliniques et de recherche qui disposent d'une expertise unique pour proposer des solutions originales et adaptées aux besoins croissants des personnes âgées et du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi que de leurs proches et de leurs personnes proches aidantes. Diverses stratégies soutenant l'appropriation et l'implantation des meilleures pratiques permettent de répondre aux besoins des différents milieux. (par exemple, formations, guides et journées d'échanges, développement d'outils, etc.). De plus, le programme AvantÂge, s'adressant au grand public, permet de mettre à la disposition du grand public les résultats les plus récents de la recherche des professionnels de la santé et des chercheurs de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM).

Le CRIUGM compte plus de 108 chercheurs et cliniciens-chercheurs se consacrant à la recherche dans une optique de santé durable. Le CRIUGM possède des expertises uniques en neurosciences. En santé physique, les chercheurs identifient les déterminants de la santé et les syndromes gériatriques. Ils développent des interventions non médicamenteuses, et innovent en santé numérique (appartement intelligent) et dans le domaine social (ex. Laboratoires vivants). La mise en place de l'Unité d'innovation sociale au CRIUGM et les liens avec la gouvernance de l'AIPPA représentent des opportunités.

Ce portefeuille présente un aperçu concret, mais non exhaustif, des contributions scientifiques prometteuses en cours en gériatrie et vieillissement. Plusieurs initiatives sont en phase avec les constats du portrait sociosanitaire ainsi qu'avec les thématiques d'intérêts identifiées par les participants consultés sur l'AIPPA (ex. prévention de la santé cognitive, santé numérique, prévention des chutes). Des programmes préventifs développés par la recherche et conçus pour les milieux communautaires sont des leviers pour l'AIPPA. (Ateliers de stimulation de la santé cognitive, le programme ViesAge sur la santé psychologique, Vivre en équilibre, etc.). Des instances d'arrimage, sont en place pour chacune des désignations, telles que le Comité de collaboration stratégique et les comités de répondants. Elles facilitent la concertation, la cohérence et l'identification de priorités communes entre les différentes unités universitaires, directions cliniques et centres de recherche. L'intégration des résultats de recherche dans la planification stratégique régionale et institutionnelle est également à saisir. La mission universitaire du CCSMTL offre des leviers importants. Toutefois, un défi demeure soit celui du rapprochement la recherche des milieux communautaires des deux RLS.

Le CIUSSS du Centre-Sud-de-Montréal se distingue à l'échelle provinciale par la mise en œuvre d'approches particulièrement innovantes pour soutenir l'intégration de l'approche de proximité auprès des personnes âgées. Parmi celles-ci, on note la participation à un documentaire réalisé par Pamplemousse Média, "J'ai souvenir encore", diffusé en décembre 2025, et qui met en lumière l'impact de la musique auprès des personnes âgées vivant avec la maladie d'Alzheimer. L'organisation contribue également au mandat de l'équipe nationale SCPD, notamment par le développement de formations accessibles à l'ensemble des équipes du Québec et par le déploiement d'une communauté de pratique soutenant l'harmonisation des interventions.

Le mouvement De tout COEUR avec vous qui vise à améliorer la qualité des interactions humaines grâce à la bienveillance sous trois moyens concrets: Expérimenter la perspective de l'autre, systématiser un accueil de qualité, tenir compte des valeurs et préférences de l'autre

Initiative Porte-voix qui vise à l'intégration de la voix des usagers et de leur proche afin d'en améliorer l'expérience.

La clientèle de soutien à domicile de chaque territoire CLSC peut compter sur une équipe médicale et infirmière spécialisée dans la prise en charge des situations de santé aiguës, permettant la prestation de soins proportionnés directement à domicile. Cette approche favorise le rétablissement de la santé tout en réduisant les visites non pertinentes aux urgences

En partenariat avec l'École de design industriel de l'Université de Montréal, des travaux sont en cours afin d'améliorer l'expérience usager dans les espaces de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), favorisant ainsi une navigation plus intuitive et sécuritaire. Le CIUSSS se démarque également par la réouverture de l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG), alignée avec le cadre de référence provincial, renforçant ainsi l'offre de services en gériatrie aiguë.

Une démarche de consultation intersectorielle incluant des personnes âgées et des proches aidants a eu lieu à l'automne 2024 sous forme de Laboratoires d'innovation pour contribuer à

imaginer et à tester les solutions de soutien à domicile de demain, notamment par une réflexion collective sur l'organisation des services et des équipes ainsi que l'étude de solutions technologiques. Le déploiement de deux projets pilotes intégrant des technologies innovantes en a été la résultante, soit l'utilisation d'une horloge intelligente, d'un pilulier connecté et de modalités d'intervention à distance. Enfin, l'initiative « Voyage en gériatrie » permet d'accueillir annuellement plus de 100 étudiants de différents programmes universitaires à l'IUGM afin de promouvoir le continuum d'intervention auprès des personnes âgées, renforçant ainsi l'attractivité de la pratique clinique en gériatrie.

Dans le cadre de l'indicateur 12 du Plan stratégique 2025-2028 de Santé Québec qui vise notamment à prioriser l'offre de soin et de services selon la pertinence, la qualité et la valeur créée pour la population, la direction SAPA travaille en collaboration avec la Direction adjointe des partenariats urbains et santé publique territoriale (DSGPU) pour assurer une offre de service cohérente et adaptée aux besoins de la population.

Les équipes de santé publique territoriales accompagnent la direction SAPA via les Dyades (Direction adjointe SAD-RI, organisateur communautaire et APPR de la coordination de santé publique territoriale) pour l'atteinte des objectifs liés à l'indicateur 12 ainsi que pour l'atteinte des objectifs liés au Plan régional de santé publique de Montréal (PARI). Cet accompagnement permet à la direction la mise en œuvre de stratégies qui sont adaptées aux spécificités de notre territoire. Cet accompagnement permet aussi d'adopter les efforts de nos partenaires pour remplir de façon coordonnée et cohérente notre mandat de responsabilité populationnelle.

5.1.2 Partenaires

Les fondements de l'AIPPA reposent sur une approche intersectorielle au sein du territoire du CCSMTL avec ses partenaires de la communauté. Il est heureux de constater qu'il existe des Tables de concertation intersectorielles d'ânés fonctionnelles depuis plusieurs années au sein des deux RLS JM et SOV, avec la participation du personnel du CCSMTL dont les organisatrices communautaires. À titre d'exemple, des partenariats ont été créés entre le CCSMTL et la SPVM pour réaliser des tournées conjointes dans les milieux de vie des personnes âgées afin de les sensibiliser à différentes réalités, dont la maltraitance (ex. fraudes en ligne).

Cependant il persiste une méconnaissance mutuelle entre les acteurs communautaires et institutionnels, ainsi qu'un manque de clarté sur les rôles et responsabilités de certains partenaires. Par ailleurs, la faible reconnaissance du rôle de certains partenaires dans la diffusion de la vision commune limite l'efficacité du travail en réseau.

Il est possible de favoriser la reconnaissance mutuelle entre les partenaires du réseau et du communautaire, et de mettre en valeur des acteurs de proximité de premier plan comme les agents sociocommunautaires de la SPVM et les intervenants de milieu (ITMAV) comme vecteurs d'influence locale. La capacité d'intervention sur certains déterminants de la santé, tels que la qualité de l'air ou l'emploi, demeure limitée et dépend principalement d'acteurs externes.

Le CCSMTL s'arrime à la démarche régionale et collabore avec d'autres centres de recherche intéressés au vieillissement, comme le CREGES et le CSVQ. Le mandat national des IU et CR offre un potentiel d'influence sur les politiques publiques, le partage et le rayonnement des expertises. Le dynamisme de la philanthropie, notamment par la Fondation santé urbaine, la Fondation RÉA et la Fondation de l'IUGM, constitue une opportunité externe.

5.1.3 Ressources humaines et budget

L'organisation fait face à un enjeu de capacité interne important dû à la gestion simultanée de nombreux projets. Les ressources humaines limitées freinent la participation à la concertation, tandis que le contexte budgétaire peut restreindre la mise en œuvre complète de la vision partagée. La démarche Municipalité amie des aînés (MADA) pourrait être une opportunité de mutualisation des ressources qui pourrait avoir un pouvoir fédérateur au niveau de la vision commune. La pénurie des médecins de famille s'accroîtra dans les prochaines années, compte tenu des PREM limités et de la prise de la retraite d'un bon nombre de médecins âgés de 65 ans et plus.

L'épuisement du personnel, provoqué par la surcharge de travail et les changements fréquents, constitue une menace interne. De plus, la rotation du personnel et la perte de mémoire organisationnelle nuisent à la pérennité des initiatives.

L'expertise du CRIUGM dans l'innovation sociale demeure sous-utilisée. Les ressources pour soutenir la recherche-action et la mobilisation des savoirs sont limitées. Il existe un potentiel d'arrimage des expertises à maximiser entre les IU, CAU et CR.

La complexité du milieu de recherche, impliquant le MSSS et le MEIE, limite l'approche intersectorielle. Le contexte dans le réseau de la SSS est en constant changement. Un rehaussement du financement de la recherche en gériatrie et en innovation sociale s'avère nécessaire. La perte de talents et de chercheurs qualifiés, faute de ressources pérennes, représente une menace interne. Enfin, la charge administrative élevée nuit à la recherche participative et au transfert des connaissances.

5.1.4 Communication

La communication autour de la mission et des valeurs du CCSMTL est claire et cohérente, soutenant la promotion de l'AIPPA et la mobilisation des partenaires. La diffusion de la vision partagée favorise la cohésion et la compréhension commune des objectifs. La conscience de l'importance d'utiliser des canaux variés et d'adapter le message selon les publics cibles est bien présente au sein de l'organisation.

La communication intersectorielle est parfois fragmentée ou inégale. De plus, il existe un manque de communication auprès des intervenants du réseau et de la communauté concernant certaines initiatives, telles que l'AIPPA. Il faudra y remédier par un plan de communication adapté à une approche intersectorielle en partenariat avec les personnes âgées.

Le développement d'outils communs de communication permettrait d'uniformiser les messages. La création d'espaces de dialogue réguliers contribuerait au maintien de la cohésion et de la compréhension partagée. De plus, il est possible d'améliorer la visibilité externe de l'approche AIPPA à l'échelle régionale et provinciale. La cohérence des communications peut être difficile à maintenir en période de changements organisationnels. Il en découle un risque de désengagement des partenaires si les communications ne reflètent pas leurs réalités locales.

Peu de mécanismes structurés sont en place pour relier la recherche aux organismes communautaires des deux RLS desservis par le CCSMTL.

En conclusion, l'analyse stratégique FFOM de la VISION ET DU LEADERSHIP PARTAGÉS révèle principalement que :

- Le CCSMTL adopte une approche populationnelle intégrée, impliquant partenaires institutionnels et communautaires, pour répondre aux défis posés par le vieillissement de la population. Le maintien à domicile est priorisé via diverses solutions comme l'intervention à distance, soutenu par plusieurs politiques publiques
- Cette vision fait face à des obstacles : prédominance d'une culture de guérison sur la prévention, difficultés d'intégration organisationnelle, contraintes budgétaires et politiques, méconnaissance des enjeux liés au vieillissement
- L'AIPPA repose sur une collaboration intersectorielle avec des tables de concertation actives, mais une méconnaissance mutuelle limite l'efficacité. Valoriser le rôle d'acteurs locaux (ex. SPVM, ITMAV) améliorerait la diffusion de la vision commune
- Avec cinq désignations universitaires et trois centres de recherche, le CCSMTL s'inscrit dans un réseau innovant orienté vers le vieillissement et l'innovation sociale. Des structures facilitent la cohérence et l'intégration, mais l'expertise reste sous-utilisée, et le manque de ressources freine la mobilisation et la pérennité des talents
- La gestion simultanée de nombreux projets pèse sur des ressources humaines limitées, nuisant à la concertation et à la continuité des initiatives. La pénurie de médecins et l'épuisement professionnel sont préoccupants
- La communication soutient l'AIPPA et la cohésion, mais demeure inégale, notamment à l'interne et avec la communauté. Un plan de communication adapté, des outils communs et des espaces de dialogue réguliers renforcerait la visibilité et l'engagement des partenaires, même en période de changement
- Les liens entre la recherche et les organismes communautaires manquent de structures formelles, limitant la portée régionale de l'expertise produite

5.2 Concertation robuste

La concertation et l'organisation des services destinés aux personnes âgées au sein du CCSMTL reposent sur plusieurs axes majeurs : l'offre de Programmes et de Services, la collaboration locale et inter-établissements, l'engagement des partenaires, la participation des personnes âgées et de leurs proches aidants, ainsi que la communication. Les répondants intra-CCSMTL, de la DEUR-CR-INSTITUT et des concertations intersectorielles font les constats suivants.

5.2.1 Offre de Programmes et de Services

La planification des services repose sur une analyse des besoins et offre des solutions variées pour les aînés, avec une flexibilité face à leur évolution. La gestion des soins à domicile est réfléchi malgré des contraintes budgétaires. L'information clinique, le suivi rapide et l'expertise médicale sont renforcés, mais des disparités d'accès persistent, tout comme la complexité du parcours usager et le manque d'intégration gériatrique.

Des disparités territoriales sont observées dans l'accès et la qualité des services offerts, notamment une répartition inégale de l'offre de services au sein du RLS. À titre d'exemple, le secteur SOV présente une densité de services moindre comparativement au secteur JM.

Le parcours de l'utilisateur demeure complexe, rendant difficile la navigation entre les différents intervenants et services. Les personnes âgées doivent souvent être accompagnées pour naviguer dans le dédale administratif. De plus, la trajectoire de prise en charge des besoins secondaires n'est pas suffisamment détaillée, une fois que les besoins prioritaires ont été initialement satisfaits.

L'accessibilité aux programmes est freinée par des critères d'admission et des formulaires jugés complexes. Par ailleurs, l'accès aux services non pharmacologiques reste limité pour une partie de la population, particulièrement pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance couvrant ces services ou qui disposent de ressources financières insuffisantes. Cette situation se traduit, par exemple, par la difficulté à obtenir une deuxième prothèse auditive ou à acquérir un climatiseur.

Certains programmes sont localisés de façon excentrée pour les usagers des secteurs JM et SOV, comme l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM). De plus, les intervenants ne possèdent qu'une connaissance partielle de certains programmes, tels que le programme PIED, l'hôpital de jour et l'URFI, ce qui est également le cas des médecins de famille.

Des réflexions approfondies sont menées afin d'appliquer les coupures budgétaires tout en identifiant les besoins spécifiques en soins à domicile (SAD). Les médecins résidents en formation bénéficient d'une exposition pertinente à cette approche, ce qui favorise une relève sensibilisée à la réalité des soins à domicile. L'implantation du Service intégré d'aide à domicile (SIAD) contribue à l'amélioration des pratiques cliniques et renforce l'expertise des intervenants. De plus, la mise en place de l'équipe SWAT assure un suivi rapide entre la demande initiale et la prise en charge par l'équipe régulière en SAD. Les ressources du parc RPA et RI sont limitées, réduisant les options alternatives aux CHSLD pour les personnes âgées.

L'offre de services de première ligne et de proximité est diversifiée, avec une présence sur plusieurs sites tels que les CLSC, GMF et Points de Services Locaux (PSL). Une révision du Plan directeur des services de première ligne est en cours afin de mieux répondre aux besoins territoriaux. Un comité consultatif de première ligne ainsi qu'un sous-comité en santé physique et mentale ont été créés pour soutenir ce processus. L'expertise et le leadership en première ligne sont assurés par les équipes médicales GMF et GMF-U, qui offrent aussi un soutien clinique. Les

plages horaires disponibles pour la réorientation médicale facilitent l'accès pour la clientèle GMF et les personnes non inscrites. Le guichet SAPA, porte d'entrée clinique, est relativement simple d'utilisation pour les médecins. Le déploiement de la paramédecine de régulation permet d'optimiser le transport ambulancier en triant les appels 911 non urgents, ce qui favorise un accès rapide et sécuritaire aux soins. Par ailleurs, la présence active des activités de garde médicale garantit la continuité des services. Le comité des soins palliatifs et de fin de vie est actif et intègre la pratique de l'aide médicale à mourir (AMM). Le renforcement des soins palliatifs à domicile est soutenu par l'engagement des équipes médicales. Un projet d'implantation pour les personnes itinérantes en fin de vie, « Maison Mobile », permet de créer une interface entre la Maison du Père et l'équipe du SAD-soins intensifs. L'offre de services en gériatrie communautaire englobe des centres de jour, des hôpitaux de jour et des services de réadaptation.

Une direction dédiée à la fluidité hospitalière est en place pour optimiser les transitions de soins et les retours à domicile. La culture des soins hospitaliers demeure orientée vers l'hospitalisation prolongée, ce qui limite l'utilisation optimale du Service intégré d'aide à domicile (SIAD) pour permettre des congés plus précoces et sécuritaires à domicile. Par ailleurs, il existe une absence d'admissions électives à l'hôpital et un manque de services de soutien électifs pour la première ligne, que ce soit en UCDG ou en hôpital de jour. L'approche gériatrique adaptée n'est que partiellement intégrée en centre hospitalier, ce qui limite la capacité à répondre pleinement aux besoins spécifiques des aînés.

L'expertise en gérontopsychiatrie est accessible, notamment à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), et également à l'hôpital Notre-Dame. Des zones grises subsistent dans l'offre de services pour certaines clientèles âgées. Par exemple, une personne présentant des troubles cognitifs légers, comportementaux ou psychiatriques peut ne pas correspondre aux critères des différentes unités ou services spécialisés. Une personne âgée isolée présentant des symptômes dépressifs risque d'être référée à des organismes sans expertise adéquate, et le manque de ressources freine l'accès à un soutien en santé mentale à moyen ou long terme, surtout en présence de comorbidités. Il n'existe pas de service de gérontopsychiatrie au sein du département de psychiatrie du CCSMTL, contrairement aux quatre autres CIUSSS montréalais. Cette absence nuit à la mise en place d'une offre de services globale en gérontopsychiatrie, tel que préconisé par les lignes directrices de l'Association canadienne de santé mentale (2019). La création d'une équipe de gérontopsychiatrie communautaire est recommandée dans le continuum de services en santé mentale pour les personnes âgées.

Les services préventifs devraient être renforcés et développés davantage, puisqu'ils sont jugés essentiels pour maintenir l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées. Cela inclut notamment la vaccination, la prévention des chutes par des programmes comme le Programme Intégré d'Équilibre Dynamique (PIED), le repérage précoce des situations de vulnérabilité ainsi que les initiatives visant à contrer l'isolement social. En intervenant en amont, ces actions permettent de réduire la détérioration de l'état de santé, les hospitalisations évitables et la perte d'autonomie, tout en soutenant de façon plus durable le continuum de soins et de services. Des actions intersectorielles ont été mises en place au sein des territoires de Jeanne-Mance et du Sud-

Ouest-Verdun, sous la coordination des organisatrices communautaires, souvent en partenariat avec des bénévoles âgés (ex. sécurité résidentielle, accessibilité universelle, partage d'informations).

5.2.2 Collaboration locale et inter-établissements

La concertation locale entre les acteurs du réseau, le secteur municipal et le milieu communautaire est de plus en plus établie, soutenue par des mécanismes qui se formalisent, facilitant la continuité des services. Une volonté partagée d'améliorer la fluidité des services et d'adapter les pratiques organisationnelles est exprimée clairement.

Cependant, des difficultés persistent et nuisent à la concertation et à la stabilité des partenariats communautaires : référencement inter-établissements, manque de coordination opérationnelle, gouvernance complexe multipartite, compétitions des priorités organisationnelles, références inadaptées pour des usagers vulnérables, gestion difficile des cas complexes, trous juridiques, roulement de personnel, duplication des interventions et insuffisance d'intégration des services médicaux et sociaux. Les collaborations doivent être renforcées pour assurer un continuum de services intégrés, notamment entre les CIUSSS et les partenaires locaux pour les problèmes de santé mentales, les troubles neurocognitifs et la prévention de l'itinérance. Des opportunités se présentent telles que renforcer la cohérence régionale, mettre en place une porte d'entrée unifiée, développer des formations communes, soutenir des initiatives locales innovantes et améliorer l'accessibilité des quartiers.

La collaboration constitue un élément central pour promouvoir la recherche interdisciplinaire en lien avec le vieillissement et la prévention. Les opportunités permettent de soutenir des initiatives qui favorisent les échanges entre différentes unités d'intervention (IU), centres d'activités universitaires (CAU) et centres de recherche (CR), tout en maximisant les croisements d'expertises et de thématiques reliées au vieillissement. Ces collaborations sont également essentielles pour renforcer les liens entre chercheurs, gestionnaires et milieux communautaires, en particulier par le rapprochement avec l'équipe du service du développement des communautés locales (DSGPU) et l'organisation communautaire. Cependant, le contexte actuel présente des défis, notamment des difficultés pour libérer le personnel clinique en vue de leur participation à des projets de recherche ou de transfert de connaissances.

5.2.3 Engagement des Partenaires

Les directions cliniques témoignent d'un engagement marqué en faveur de l'amélioration de l'accueil et de l'accessibilité aux services. Toutefois, la multiplication des comités et initiatives entraîne un épuisement des intervenants intra et extra CCSMTL, ce qui peut porter préjudice à la collaboration. Par ailleurs, le manque de formalisation des rôles et responsabilités au sein de certains comités de concertation constitue un frein potentiel à l'engagement des partenaires. La valorisation du rôle de ces derniers représente une opportunité, mais il subsiste un risque de démobilitation en cas de surcharge de travail ou d'absence de résultats concrets.

L'engagement des partenaires dans le domaine de la recherche peut être freiné par la difficulté à maintenir leur intérêt en l'absence de retombées concrètes visibles à court terme des projets de recherche et la compétition entre établissements pour les financements de recherche.

5.2.4 Participation des Personnes Aînées et des Proches Aidants

L'expérience et l'engagement des personnes âgées sont systématiquement reconnus et valorisés par une reconnaissance institutionnelle. Une volonté est bien présente d'adapter les modalités de participation aux capacités et à la disponibilité des citoyens. Cependant, leur participation active aux processus décisionnels et la coconstruction demeure limitée, en particulier pour les usagers vulnérables. Il importe d'accroître la participation citoyenne des aînés dans les instances de concertation, de mobiliser les générations montantes de personnes âgées déjà impliquées socialement, de renforcer la participation citoyenne en amont des décisions organisationnelles ainsi que de favoriser la reconnaissance publique des contributions des citoyens et usagers.

La participation à la recherche des personnes âgées et des proches aidants s'avère peu développée, principalement en raison d'un manque de mécanismes permettant d'atteindre les aînés du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) au-delà du secteur de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), notamment dans les secteurs DI-TSA, santé mentale et première ligne. Pour remédier à cette situation, il existe des opportunités visant à favoriser l'intégration des personnes âgées en tant que partenaires de recherche et cocréatrices de solutions innovantes.

5.2.5 Communication

L'absence de coordination intersectorielle claire peut entraîner une fragmentation des messages, ce qui complique la compréhension globale et la cohérence des actions menées. De plus, une surcharge d'informations risque de diminuer l'attention et la réceptivité des partenaires. Enfin, il existe des inégalités d'accès à l'information selon les territoires ou les types d'organisations, ce qui peut freiner la mobilisation et l'engagement de l'ensemble des parties prenantes. La communication est fragmentée, avec une diversité de canaux et un manque de coordination centralisée. Une stratégie de communication intégrée et partagée, impliquant tous les partenaires, favoriserait une meilleure circulation de l'information.

Certains acteurs manquent de visibilité au sein des mécanismes d'échange formels, ce qui limite leur capacité à participer activement aux processus de concertation. De plus, dans plusieurs structures, il existe une faible identification des responsables de communication, ce qui rend difficile la coordination et la transmission de l'information. L'information diffusée est parfois trop technique ou peu adaptée à la réalité des intervenants de terrain, ce qui peut nuire à leur compréhension et à leur implication.

La transformation numérique offre une occasion importante d'améliorer la communication entre les différents acteurs. Également, renforcer la diffusion d'histoires à succès permettrait de valoriser les retombées de l'AIPPA et d'encourager l'engagement. La modernisation des outils de communication, en mettant l'accent sur l'interactivité et la simplicité, pourrait également faciliter

les échanges et rendre l'information plus accessible. Des outils sont préconisés par plusieurs : bottin mis à jour des partenaires et ressources disponibles pour faciliter le référencement, trajectoires de services claires et simplifiées pour comprendre et faciliter l'accès aux services de leur quartier.

En conclusion, l'analyse stratégique FFOM sur la CONCERTATION ROBUSTE révèle principalement que :

- La concertation au CCSMTL pour les aînés repose sur l'offre de services, la collaboration, l'engagement des partenaires, la participation des usagers et la communication. L'analyse des besoins guide la planification de services flexibles pour les aînés, mais des disparités territoriales persistent, notamment dans l'accès des services, la complexité du parcours usager, et le manque d'intégration gériatrique. Les critères d'admission, formulaires complexes et ressources limitées freinent l'accessibilité, surtout pour les personnes sans assurance ou à faibles revenus. Certains programmes sont peu connus ou excentrés, ce qui limite leur utilisation
- Des initiatives comme le SIAD, SWAT (équipe d'intervention rapide en soutien à domicile) et la paramédecine de régulation améliorent la prise en charge et la fluidité des transitions, mais la culture hospitalière reste orientée vers l'hospitalisation prolongée. Le soutien en santé mentale et gérontopsychiatrie est insuffisant, avec des zones grises pour certaines clientèles et un manque de ressources adaptées
- La collaboration s'intensifie entre secteurs, mais des difficultés subsistent (référencement, gouvernance complexe, roulement de personnel), nuisant à la stabilité des partenariats et à l'intégration des services médicaux et sociaux. Des opportunités existent pour renforcer la cohérence régionale, développer des formations communes, et améliorer l'accessibilité
- L'engagement des partenaires et des directions cliniques est marqué, mais la multiplication des comités et initiatives peut entraîner un épuisement et une démobilisation. L'implication des intervenants dans la recherche est freinée par le manque de retombées concrètes et de financements
- La participation des personnes âgées et des proches aidants est institutionnellement reconnue, mais reste limitée dans les processus décisionnels. Des mécanismes pour intégrer davantage leur contribution en amont et en recherche sont à développer.
- La communication, fragmentée et mal coordonnée, nuit à la compréhension globale et à la mobilisation. La modernisation des outils, l'intégration numérique et la valorisation des succès favoriseraient une meilleure circulation de l'information et l'implication des acteurs

5.3 Pratiques collaboratives et continuum de services

L'analyse des pratiques collaboratives actuelles et du continuum de services présentée dans cette section incluent les trois perspectives, soient intra-CSSMTL, DEUR-CR-Instituts et Concertations intersectorielles. Les constats des participants ont été regroupés selon les thématiques suivantes,

dont certaines ont déjà été discutés antérieurement mais avec un angle d'analyse différent: besoins des personnes âgées; ressources humaines et financières; fonctionnement des équipes et rôles professionnels; mécanismes de suivi et outils; communication; évaluation, plan de congé et plan d'intervention; innovations, technologies et projets; participation des personnes âgées et des proches aidants; coordination; promotion de la santé et repérage.

5.3.1 Besoins des personnes âgées

Plusieurs défis émergent pour la population âgée, dont une augmentation des évictions menant à davantage d'itinérance, la présence de personnes judiciairisées dans des milieux de vie inadéquats, et des climats instables dans certaines résidences nécessitant un soutien accru. Les difficultés de cohabitation, en particulier avec des personnes vulnérables nécessitant des services ou de l'accompagnement, s'accroissent. De plus, certaines résidences font face à des situations complexes d'itinérance, de toxicomanie, de judiciarisation et de refus d'aide, nécessitant des expertises spécialisées comme la gérontopsychiatrie. La capacité d'adaptation des chercheurs aux besoins du réseau et aux réalités territoriales représente une force significative. L'augmentation de la population sans accès à des services de proximité, notamment à Griffintown et dans la Petite-Bourgogne, met en lumière la nécessité d'une planification plus large. Une population anglophone et minoritaire demeure sous-desservie en raison d'une optimisation insuffisante des ressources au CLSC identifié.

Les recherches menées offrent une richesse permettant de développer des solutions concrètes pour les aînés, en mettant notamment l'accent sur la participation sociale, les déficiences physiques (DP) et le vieillissement, intérêt particulièrement marqué à l'IURDPM. Par ailleurs, la fragmentation entre les projets de recherche et les besoins opérationnels, ainsi que le manque de mécanismes institutionnels de transfert de connaissances, sont des enjeux persistants. Les innovations technologiques, comme l'intelligence artificielle, pourraient optimiser l'orientation des besoins vers les bonnes instances. L'engagement du « lobby gris » et l'utilisation d'indicateurs stratégiques de Santé Québec offrent des leviers pour analyser l'adéquation des services aux besoins des aînés. Le développement des SIAD, la valorisation des innovations sociales issues de la recherche et l'accroissement de la visibilité du CRIUGM et du réseau affilié à l'AIPPA représentent des opportunités concrètes d'amélioration.

La complexité croissante des besoins des aînés, combinée à des ressources limitées et des coupures budgétaires, pose un risque majeur. Les crises associées à la pauvreté, à l'itinérance, à la santé mentale, l'augmentation de l'immigration sans ressources d'accueil suffisantes ou encore la vulnérabilité des communautés LGBTQ2+ vieillissantes sont autant de menaces. Les conditions de vie précaires, la hausse des troubles neurocognitifs, les habitudes de vie néfastes et les difficultés à assurer des soins sécuritaires à domicile s'ajoutent à ces défis.

5.3.2 Ressources humaines et financières

Les contraintes budgétaires limitent la capacité à répondre à la complexité des besoins. Le manque de professionnels, notamment en soins infirmiers SIAD et en kinésithérapie, a mené à l'arrêt de projets pilotes essentiels pour la mobilité et la prévention. La démotivation et

l'épuisement des ressources humaines, ainsi que le manque de ressources communautaires, aggravent la situation.

Les restrictions budgétaires récurrentes freinent la mise en œuvre de projets intégrés. La pénurie de personnel fragilise les pratiques collaboratives, entraînant surcharge, difficultés de rétention et perte d'expertise. La région de Montréal connaît un déficit de médecins et le vieillissement de la main-d'œuvre médicale risque d'aggraver la situation au cours des prochaines années. La non-valorisation de la rémunération en soins à domicile et la perte de reconnaissance d'expertise nationale de l'équipe SCPD affectent la motivation et la pérennité des services spécialisés. L'incertitude de l'application de la loi 2 sur la pratique des médecins spécialistes persiste.

5.3.3 Fonctionnement d'équipe et rôles professionnels

La proximité des organisatrices communautaires avec les partenaires communautaires facilite la concertation. L'autonomie professionnelle et l'interdisciplinarité sont encouragées, avec des avancées majeures en gérontopsychiatrie/SCPD, incluant des consultations, formations et guides pratiques. Les équipes SAD et SIAD, à Verdun et Jeanne-Mance, démontrent une grande efficacité et accessibilité médicale, intégrant les bénévoles et les pharmaciens communautaires. On note un manque de hiérarchisation des tâches, une difficulté à harmoniser les pratiques et à identifier l'équipe responsable de chaque personne aînée. La réactivité tardive aux dégradations de santé, la rotation élevée du personnel et la sous-utilisation de certaines expertises limitent la continuité des soins. La gérontopsychiatrie souffre d'un manque de ressources spécialisées pour les problématiques psychologiques. La gestion médicolégal des cas complexes demeure un enjeu

Le renforcement des pratiques collaboratives, l'optimisation des champs de pratique, le développement de formations interdisciplinaires et la valorisation des modèles locaux comme Pointe-St-Charles et les soins intensifs à domicile offrent des pistes concrètes d'amélioration. Cependant la surcharge de travail, la rotation élevée du personnel, la résistance au changement et l'inadéquation du recrutement d'IPS limitent la stabilité et l'efficacité des équipes. Les normes de performance actuelles ne sont pas adaptées à la complexité des besoins des aînés en gérontopsychiatrie.

5.3.4 Mécanismes et outils

Des mécanismes de référencement fonctionnels entre les niveaux de soins favorisent la continuité des services. Il manque des mécanismes formels pour intégrer les besoins des clientèles marginales, un dossier unique pour assurer la continuité, et le processus de référencement demeure flou. Le formulaire DESI, trop long et complexe, nuit à l'efficacité des professionnels. L'implantation de mécanismes numériques intégrés pour le suivi des trajectoires représente une avenue prometteuse. En l'absence d'outils uniformes, il existe un risque de perte de cohérence clinique. Les règles de télésanté jugées trop strictes limitent aussi l'efficacité des interventions.

5.3.5 Communication

La communication entre les acteurs est jugée bonne, surtout en situation d'urgence. Les mécanismes d'information et canaux simplifiés, ainsi que la présence physique des intervenants,

renforcent la confiance. Des stratégies de corridors de services directs et la sensibilité à la littératie améliorent l'accessibilité. Les gérontopsychiatres favorisent une communication rapide pour assurer la continuité des soins. La communication inter-établissements reste incomplète lors des transitions. Il existe un manque de fluidité, une mise à jour insuffisante des dossiers et des difficultés à joindre le personnel, notamment dans les CSLC et via les plateformes informatiques fragmentées. La fermeture des dossiers sans consensus, l'absence de discussions de cas et la multiplicité des plateformes nuisent à la continuité des soins.

Former les intervenants à la communication inclusive, déployer des canaux plus directs et créer des plateformes communes pour le partage des bonnes pratiques pourraient améliorer la situation. Le manque de ressources pour soutenir la communication continue et la fatigue informationnelle due à la multiplication des plateformes constituent des risques importants.

Des bottins de ressources en format papier destinés aux personnes âgées sont diffusés annuellement afin de rejoindre les personnes âgées peu ou pas branchées.

5.3.6 Évaluation, plans de congé et plans d'intervention

La présence de professionnels à l'urgence garantit une évaluation rapide et globale. Les plans de congé et plans d'intervention interdisciplinaires sont en cours d'implantation. L'absence de « gardien » du plan d'intervention nuit à la coordination et à la continuité, après le transfert des dossiers. Améliorer la planification des congés, la coordination post-hospitalisation et consolider les trajectoires de soins permettraient un gain en efficacité et en qualité.

5.3.7 Participation des personnes âgées et des proches aidants

Malgré une reconnaissance croissante des savoirs expérientiels des personnes âgées et de leurs proches aidants, il n'existe pas de participation formelle des usagers à leur plan d'intervention, ni de mécanismes structurés pour soutenir les proches aidants. La co-construction et l'expérimentation d'outils via le Living Lab du CRIUGM valorisent l'engagement des parties prenantes. Mieux intégrer les proches aidants, créer des espaces de dialogue, développer des approches inclusives et soutenir la participation numérique sont des axes de développement importants. Cependant, la fatigue ou l'épuisement des proches aidants et leur implication inégale représentent des risques pour la continuité du soutien à l'autonomie des aînés.

5.3.8 Coordination

Un meilleur arrimage entre les services communautaires et hospitaliers est nécessaire pour assurer la cohérence des trajectoires. Renforcer la collaboration réseau-communautaire par des ententes formelles et consolider les trajectoires de première ligne constituent des pistes à explorer. La fragmentation des services liée aux réorganisations structurelles et les difficultés de références inter-établissements, dues aux disparités entre CIUSSS, sont des enjeux majeurs.

5.3.9 Innovations, technologies et projets

L'innovation est encouragée, notamment par l'utilisation de la télésanté, qui améliore l'accessibilité et la continuité des soins, surtout en gérontopsychiatrie où elle représente 40 % des

interventions en SCPD. L'absence de logiciel efficace pour organiser les agendas nuit à la continuité des intervenants et à la planification des visites.

Des projets pilotes intégrant objets connectés et des équipes à distance, les avancées en gérontechnologie, l'automatisation des tâches administratives, et l'amélioration de la sécurité à domicile grâce à la télésurveillance sont des axes prometteurs. Cependant, les contraintes budgétaires risquent de limiter l'innovation ou le maintien des projets en cours.

5.3.10 Programmes de promotion de la santé et de repérage

La promotion de la santé et la prévention occupent une place importante grâce à des interventions variées (salubrité, vaccination, dépistage, etc.), la réorientation des visites non urgentes, l'accès facilité aux soins infirmiers, et la présence de centres d'activités thérapeutiques. Accroître la présence des professionnels en milieu communautaire, moderniser les outils d'évaluation, intégrer les outils de promotion développés par différents partenaires et s'appuyer sur les plans nationaux et régionaux pour renforcer la prévention sont identifiés comme des opportunités majeures. Le manque de ressources humaines dédiées à la promotion et la prévention, ainsi que la tendance à retrancher ces activités lors de coupures budgétaires, sont des menaces récurrentes pour le maintien des actions préventives auprès des aînés.

En résumé, l'analyse stratégique FFOM sur les pratiques collaboratives et le continuum de services révèle principalement que :

- Les besoins croissants des personnes âgées, comme l'itinérance, la judiciarisation et la cohabitation difficile, nécessitent des expertises spécialisées. Le manque d'accès aux services dans certains quartiers et pour les populations minoritaires souligne le besoin d'une planification plus inclusive. Les recherches favorisent des solutions concrètes, mais le transfert de connaissances reste limité. Les innovations technologiques pourraient améliorer l'orientation et la pertinence des services
- Des contraintes budgétaires et le manque de personnel (infirmiers, kinésithérapeutes, psychologues et intervenants psychosociaux et communautaires, médecins) limitent la réponse aux besoins, provoquent surcharge et perte d'expertise, et freinent la mise en œuvre de projets intégrés
- L'autonomie professionnelle et l'interdisciplinarité progressent, avec des modèles locaux efficaces. Toutefois, des problèmes persistent (tâches mal hiérarchisées, rotation élevée, sous-utilisation d'expertises). La surcharge, la résistance au changement et la difficulté de recrutement affectent la stabilité des équipes
- La continuité des soins dépend de mécanismes de référencement efficaces, mais il manque des outils uniformes et intégrés. La complexité administrative et les règles de télésanté strictes limitent l'efficacité
- Bien que la communication soit jugée relativement satisfaisante en urgence, elle demeure fragmentée entre établissements. Un manque de plateformes communes, de mises à jour et de ressources compromet la fluidité et la continuité de l'information

- L'évaluation est rapide à l'urgence, mais le suivi après transfert manque de coordination. Améliorer la planification des congés pourrait renforcer la qualité des trajectoires de soins
- La participation formelle des usagers et le soutien structuré aux proches aidants sont limités. Mieux intégrer ces acteurs et développer des approches inclusives restent des objectifs clés
- L'arrimage entre services communautaires et hospitaliers ainsi qu'entre CIUSSS doit être renforcé pour assurer la cohérence des parcours
- La télésanté et les projets pilotes améliorent l'accessibilité, mais leur pérennité dépend du financement. L'innovation demeure freinée par le manque d'outils adaptés.
- La prévention est importante mais menacée par le manque de ressources et les coupures budgétaires, limitant les actions auprès des aînés

En résumé, la complexité croissante des besoins des personnes âgées nécessite une meilleure collaboration, des ressources accrues, une innovation soutenue et un renforcement des mécanismes de coordination pour assurer l'efficacité et la pérennité des services.

5.4 Évaluation du continuum en termes de santé et bien-être

L'évaluation du continuum en termes de santé et bien-être a été menée à partir de plusieurs thématiques: la culture organisationnelle, le budget et les ressources humaines, l'analyse et l'interprétation des données., les indicateurs, la participation des personnes âgées et de leurs personnes proches aidantes, les outils de suivi et l'évaluation, et finalement la communication.

5.4.1 Culture organisationnelle

La culture organisationnelle d'évaluation du CCSMTL se distingue par un engagement systémique envers l'amélioration continue de la qualité des soins et des résultats de santé. Les pratiques d'évaluation sont intégrées aux démarches d'amélioration clinique et organisationnelle, renforçant ainsi la cohérence des interventions. Toutefois, il existe des menaces, notamment la difficulté à maintenir la motivation des équipes face à la multiplication des outils d'évaluation et l'instabilité des priorités organisationnelles, qui nuisent à la continuité des suivis.

5.4.2 Budget et ressources humaines

Malgré les contraintes financières et organisationnelles, une capacité d'adaptation est démontrée. Cependant, les ressources limitées entravent le soutien à la collecte et à l'analyse systématique des données de résultats. Parmi les menaces, on relève le sous-financement de la fonction d'évaluation et de reddition de comptes, ainsi qu'une surcharge administrative liée à la collecte de données sans valeur ajoutée pour le terrain. De plus, une pression accrue s'exerce sur les établissements pour démontrer des résultats rapides, accompagnée de contraintes budgétaires et de mesures de performance parfois cloisonnées. Par ailleurs des expertises méthodologiques solides existent au sein des instituts universitaires et centres de recherche.

5.4.3 Analyse et interprétation des données et prise de décision

L'analyse des grands consommateurs de services en cours permet de mieux orienter les interventions préventives. Il existe des opportunités pour appuyer la prise de décision par une

évaluation intersectorielle des impacts des interventions. Néanmoins, le risque d'interprétation erronée ou partielle des données sans analyse contextualisée demeure une menace interne.

5.4.4 Indicateurs

Des indicateurs sont en place pour suivre l'évolution du bien-être et de la performance, mais l'absence d'indicateurs institutionnels spécifiques pour mesurer le continuum de services et des mesures d'efficacité parfois mal adaptées aux réalités des clientèles âgées constituent des faiblesses. Des opportunités émergent, telles que le développement d'indicateurs intégrés reflétant mieux la qualité de vie et le bien-être des aînés. Toutefois, il existe un risque de perte de cohérence des indicateurs entre le niveau local, régional et national.

5.4.5 Participation des personnes âgées et des proches aidants

La difficulté à assurer la représentativité des clientèles vulnérables dans les sondages et évaluations ainsi que les écarts de mesure entre les résultats cliniques, organisationnels et ceux perçus par les usagers sont des faiblesses identifiées. Des opportunités se présentent pour renforcer l'analyse des données populationnelles afin d'orienter les priorités locales, valoriser la participation des usagers dans la définition des indicateurs de performance et intégrer la participation citoyenne dans l'évaluation continue des services.

5.4.6 Outils de suivi et évaluation

Le suivi des solutions implantées demeure inégal selon les secteurs et programmes, et il manque de mécanismes structurés pour transformer les constats en actions concrètes. Cependant, plusieurs opportunités sont identifiées : la mise en place de boucles de rétroaction continues pour alimenter l'amélioration des pratiques, une meilleure utilisation des technologies de l'information pour le suivi des résultats en temps réel, et la création d'outils partagés de suivi et d'évaluation de la concertation.

5.4.7 Communication

La transparence et la communication authentique sont valorisées dans le suivi des résultats, et le travail collaboratif de l'établissement avec ses partenaires permet d'identifier les priorités de santé. Toutefois, le manque de données partagées entrave les décisions concertées. Des opportunités subsistent pour favoriser la transparence et la diffusion des résultats auprès des partenaires et du public.

En conclusion, l'analyse stratégique FFOM de l'évaluation du continuum en termes de santé et bien-être révèle principalement que :

- Le CCSMTL s'engage à améliorer continuellement la qualité des soins en intégrant l'évaluation aux démarches cliniques et organisationnelles, bien que la motivation des équipes soit fragilisée par la multiplication des outils et l'instabilité des priorités
- Malgré une capacité d'adaptation, le sous-financement et la surcharge administrative limitent le soutien à l'évaluation et à la reddition de comptes, alors que la pression pour montrer des résultats rapides persiste

- Des indicateurs existent pour suivre le bien-être et la performance, mais il manque des mesures adaptées au continuum de services aux clientèles âgées. Des opportunités se présentent pour créer des indicateurs plus cohérents et intégrés
- La représentativité des clientèles vulnérables dans les évaluations est limitée, mais renforcer l'analyse populationnelle et la participation citoyenne peut améliorer l'orientation des priorités locales
- Le suivi reste variable selon les secteurs et des mécanismes structurés de suivi pourraient améliorer l'évaluation
- Des boucles de rétroaction continue et la meilleure exploitation des technologies offrent des perspectives d'amélioration
- La transparence et la collaboration sont privilégiées. Le déficit de partage des données freine les décisions concertées
- Favoriser la diffusion des résultats auprès des partenaires et du public constituerait un atout

5.5 Problèmes et déterminants de la santé prioritaires

[Le Tableau 9](#) en annexe présente la compilation des problèmes et déterminants de la santé identifiés comme prioritaires par les participants à la démarche, selon la méthodologie décrite à la section 3.2. La liste constituée est donc de nature qualitative. Il ne s'agit pas d'un consensus de groupe ou d'un vote où la majorité l'emporte. Plusieurs problèmes ont été identifiés par les trois groupes de répondants ce qui permet de reconnaître d'emblée l'importance de ceux-ci. Les tendances illustrées ici pourront être confirmées ou non ultérieurement par des approches de prise de décision démocratique et structurée.

6 CONCLUSION ET ÉTAPES À VENIR

L'analyse FFOM confirme la pertinence du modèle AIPPA pour renforcer l'intégration des services et améliorer l'expérience usager et citoyenne. Les stratégies préconisées mettent l'accent sur la collaboration, la concertation entre les directions du CCSMTL et les partenaires de la communauté, les personnes âgées et leurs personnes proches aidantes. Une communication claire et fluide de l'information, la valorisation et le développement de l'expertise clinique et communautaire, l'adaptation de l'offre de services aux besoins criants de la population notamment sur la précarité des conditions de vie, la santé mentale et cognitive. Les activités de promotion de la santé, de prévention, en particulier la prévention des chutes, et le repérage des personnes en situation de fragilité sont à investir davantage dans le continuum de soins et de services. Ces priorités visent à renforcer la continuité, la qualité et l'équité des services destinés aux personnes âgées, tout en favorisant leur participation active et leur inclusion sociale.

Le CCSMTL s'appuie sur des fondations solides et met à profit un capital humain d'une grande richesse. Toutefois, la réussite des initiatives et des projets mis en œuvre au sein de l'organisation repose sur la capacité collective à harmoniser les différentes visions des gestionnaires, intervenants et partenaires. Il est essentiel de soutenir les équipes en place, de reconnaître et de

valoriser la culture de partenariat qui prévaut, et d'encourager des modes d'intervention novateurs, en particulier les communications. Pour que celles-ci soient véritablement efficaces, elles doivent être pensées de manière à être fluides et à s'adapter aux divers contextes ainsi qu'aux publics ciblés.

L'atteinte des objectifs du CCSMTL dépend donc de l'engagement de tous à œuvrer ensemble, à favoriser la créativité organisationnelle et à assurer une cohérence dans l'action, tout en gardant le souci constant d'une communication adaptée et transparente. Le calendrier de la mise en place des actions devra être réaliste et respecter la capacité d'agir de tous les partenaires.

Les prochaines étapes consistent à :

- Compléter le portrait évolutif du CCSMTL avec les acteurs concernés, en assurer la mise à jour, la diffusion et l'appropriation par les personnes concernées: portrait sociodémographique; données d'utilisation de services; inventaire des ressources; liste des acteurs clés.
- Finaliser la structure de gouvernance de l'AIPPA au sein du CCSMTL et de son territoire, en y intégrant des personnes aînées citoyennes et usagères.
- Élaborer le Plan d'action AIPPA 2026-2028 en s'appuyant sur l'analyse actuelle des pratiques cliniques, de gestion, de communication de partenariat et de la participation des usagers/citoyens, en tenant compte des opportunités et menaces identifiées.
- Identifier des indicateurs de processus et de résultats qui permettront d'assurer le suivi de la mise en œuvre du Plan d'action.
- Assurer la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action 2026-2028

7 ANNEXE

FIGURE 1 – STRUCTURE DE GOUVERNANCE INTERSECTORIELLE

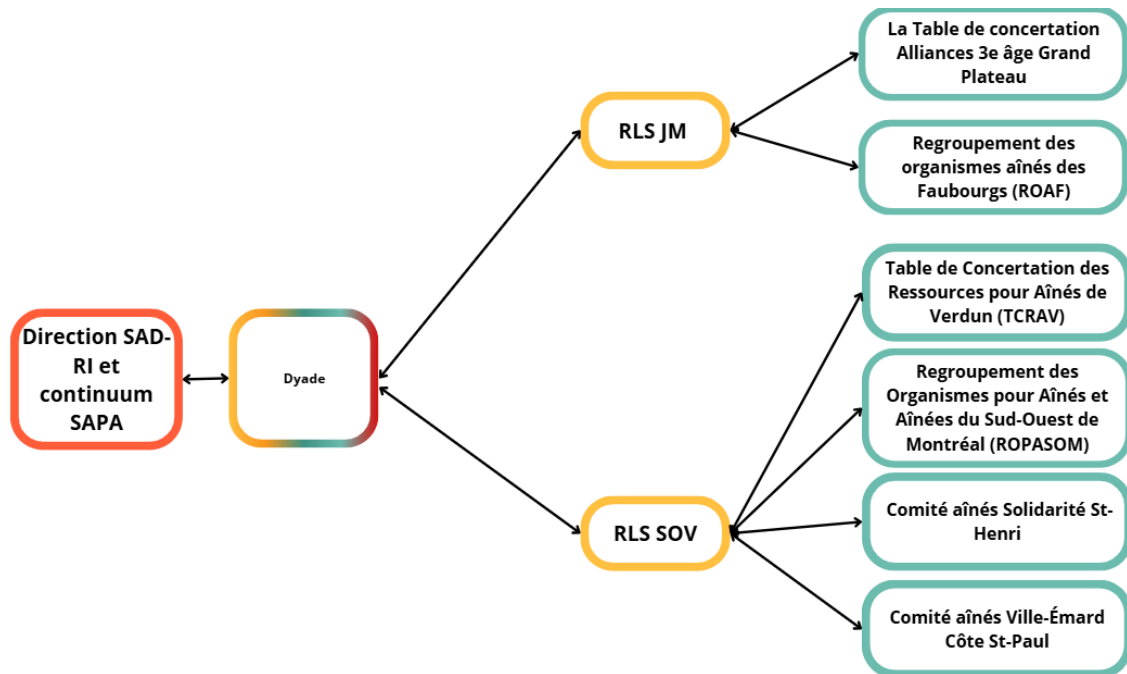


FIGURE 2 – NAPPERON AIPPA



FIGURE 3 – MONTAGE PHOTO DÉMARCHE FFOM



TABLEAU 1 – RÉSUMÉ DES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUE

| DONNÉES 2021 | CCSMTL CLSC/ARRONDISSEMENTS | MONTRÉAL |
|--|--|---|
| NOMBRE ET %, IMMIGRATION | | |
| Nb personnes 65 ans+ (% population totale) | 43 350 (14%) | 344 472 (17%) |
| Nb personnes 85 ans+ (% population 65 ans +) | 5 242 (12%) | 55 485 (16%) |
| Issues de l'immigration | 31% | 45% |
| PRÉCARITÉ FINANCIÈRE | 30% | 23% |
| % personnes âgées sous la mesure de faible revenu (MFR) | Territoires des CSLC Pointe Saint-Charles 44% Faubourgs Centre-Sud 40% Faubourgs Centre-Ville 41% | |
| Plus de 30% du revenu consacré au logement | 26% (Près de 30 %, territoires CLSC St-Louis du Parc et Des Faubourgs) | 23 % |
| ITINÉRANCE | Arrondissements Sud-Ouest St-Henri Ville-Marie Plateau Mont-Royal | |
| Taux plus élevé de personnes âgées en situation d'itinérance | | |
| VIVRE SEUL/ISOLEMENT | 48% | 37% |
| % personnes âgées vivant seules | Territoires des CSLC Pointe Saint-Charles 52% St-Louis-du Parc 52% Faubourgs Centre-Sud 58% Plateau Mont-Royal 58% | |
| Proportion de personnes de 55 ans+ cumulant au moins 3 facteurs de risque d'isolement social (grand risque) | Arrondissements Sud-Ouest 32% Ville-Marie 34% | 31% |
| ESPÉRANCE DE VIE/ MALADIES CHRONIQUES | Espérance de vie à 65 ans (ans) | Espérance de vie à 65 ans (ans) |
| Espérance de vie plus courte de 1 à 2 ans entre les RLS SOV/JM et Mtl | SOV H 18 F 21 JM H 19 F 22 | H 20 F 23 |
| Maladies chroniques plus fréquentes au RLS SOV et RLS JM qu'à Montréal, en particulier pour MPOC, troubles mentaux et neurocognitifs | Troubles mentaux SOV et JM 12 % MPOC SOV 21% JM 19 % Troubles neurocognitifs JM 8 % | Troubles mentaux 11 % MPOC 18% Troubles neurocognitifs 7% |

**TABLEAU 2 - RÉPARTITION DES PARTICIPANTS AUX ENTRETIENS
INDIVIDUELS ET GROUPES DE DISCUSSION DE L'ANALYSE FFOM DE L'AIPPA**

(Juillet 2025 à janvier 2026)

| Entretiens individuels | |
|--|---------------------|
| 8 médecins, cliniciens ou gestionnaires dont : <ul style="list-style-type: none"> • 6 médecins de famille en (CLSC, GMF, Centre hospitalier) • 2 gérontopsychiatres | 8 personnes |
| 1 gestionnaire, Service Partenariat, Éthique et Qualité axés sur les humains (PÉQAH), DQEPE | 1 personne |
| Groupes de discussion | |
| Programme SAD-RI (professionnels cliniciens et gestionnaires) | 6 personnes |
| Programme des Services hospitaliers (gériatre, professionnels cliniciens et gestionnaires) <ul style="list-style-type: none"> • Hôpital de Verdun (groupe) • Hôpital Notre-Dame (groupe) | 13 personnes |
| Comité de gestion de la DA recherche, développement et transfert de connaissances (gestionnaires des IU, CAU et CR) | 7 personnes |
| Comité innovation CRIUGM | 4 personnes |
| Comité de direction SAD-RI et continuum SAPA (directeur, DA, conseillères cadres, et coordonnateurs) | 10 personnes |
| Comité de direction DSGPU (Directeur adjoint des services généraux) | 1 personne |
| Organisatrices communautaires et APPR, Santé publique territoriale des RL JM et RLS SOV, DSGPU | 11 personnes |
| Concertations intersectorielles SO | 17 personnes |
| Concertations intersectorielles JM | 13 personnes |
| TOTAL : 10 entretiens individuels et 9 groupes de discussion | 91 personnes |

TABLEAU 3 - DÉFINIR ET COMMUNIQUER UNE VISION PARTAGÉE : UN LEADERSHIP PARTAGÉ. CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL

Composante 2 AIPPA : Définir et communiquer une vision partagée : un leadership partagé

| | Forces | Faiblesses | Opportunités internes (OI) et externes (OE) | Menaces internes (MI) et externes (ME) |
|--------|---|------------|--|---|
| VISION | <p>Vision commune émergente entre les partenaires du réseau et du milieu communautaire.</p> <p>Vision populationnelle intégrée du CCSMTL, tenant compte de l'ensemble des déterminants de la santé (physiques, psychosociaux, environnementaux)</p> | | <p>Viellissement de la population représente un levier pour développer des initiatives adaptées aux besoins des personnes âgées, favorisant le maintien à domicile (ex. : téléassistance), et renforçant les partenariats avec les organismes locaux. (OE/OI)</p> <p>Politiques sur le vieillissement Soutenir la mise en œuvre de l'AIPPA en tenant compte des récentes politiques, à travers une vision intégrée et concertée (OI/OE)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La Politique Vieillir et Vivre Ensemble avec son plan d'action « La fierté de vieillir » (2024-2029) - Politique nationale de soutien à domicile : MIEUX CHEZ SOI (2026) dont plusieurs composantes sont similaires à l'AIPPA - Politique québécoise sur la Maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurocognitifs (2025) - La prévention c'est la santé. Stratégie nationale de prévention en santé 2025-2035 | <p>Culture de guérison vs prévention (ME/MI)</p> <p>Difficultés à concilier les différentes cultures organisationnelles (MI)</p> <p>Risque de dilution de la vision commune dans un contexte de priorités multiples. (MI)</p> <p>Tensions possibles entre la vision stratégique et les réalités opérationnelles. (MI)</p> <p>Manque de mécanismes de suivi formels pour assurer la continuité de la vision. (MI)</p> <p>Gestion du changement Santé Québec sur plusieurs années (ME)</p> <p>Incertitudes politiques - élections provinciales à venir (ME)</p> <p>Situation financière du réseau qui impose une vision centrée sur la performance financière (ME)</p> <p>Manque de connaissance de la population des besoins des personnes vieillissantes (ME)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|-----------------------------------|---|---|--|--|
| PARTENAIRES | <p>Présence de plusieurs Tables de concertation d'aînés dans les 2 RLS, sur lesquelles siègent du personnel du CCSMTL.</p> <p>Présence d'agents socio-sanitaires et tournées SPVM pour sensibiliser les personnes âgées à différentes réalités (ex. fraudes en ligne)</p> <p>Présence des représentants des arrondissements sur les tables de concertation locale</p> | <p>Méconnaissance mutuelle entre les acteurs communautaires et institutionnels.</p> <p>Manque de clarté sur les rôles et responsabilités de certains partenaires.</p> <p>Faible reconnaissance du rôle de certains partenaires dans la diffusion de la vision commune.</p> <p>Les 5 tables de concertation (2 RLS) ont des compositions et fonctionnements différents et les pratiques CIUSSS ne sont pas harmonisées dans les 2 RLS en termes de représentativité.</p> | <p>Favoriser la reconnaissance mutuelle entre les partenaires du réseau et du communautaire (OI)</p> <p>Mettre en valeur les agents sociaux et communautaires comme vecteurs d'influence locale. (OI)</p> <p>La démarche Municipalité amie des aînés (MADA)</p> | <p>Capacité d'intervention limitée sur certains déterminants de la santé (ex. : qualité de l'air, emploi), dépendants d'acteurs externes. (ME)</p> |
| RESSOURCES HUMAINES/BUDGET | | <p>Enjeu de capacité interne en raison de nombreux projets simultanés.</p> <p>Ressources humaines limitées freinant la participation à la concertation.</p> <p>Contexte budgétaire limitant la mise en œuvre complète de la vision partagée.</p> | <p>La démarche Municipalité amie des aînés (MADA) est une opportunité de mutualisation des effectifs qui pourrait avoir un pouvoir fédérateur au niveau de la vision commune.</p> | <p>Épuisement du personnel en raison de la surcharge de travail et des changements fréquents. (MI)</p> <p>Rotation du personnel et perte de mémoire organisationnelle nuisant à la pérennité. (MI)</p> |
| COMMUNICATION | <p>Communication claire et messages cohérents autour de la mission et des valeurs.</p> <p>Communication stratégique claire soutenant la promotion de l'AIPPA et la mobilisation des partenaires.</p> <p>Communication de la vision partagée favorisant la cohésion et la compréhension commune des objectifs.</p> <p>Utilisation de canaux variés permettant d'adapter le message selon les publics cibles.</p> | <p>Communication intersectorielle parfois fragmentée ou inégale.</p> <p>Manque de communication auprès des intervenants du réseau et de la communauté concernant les initiatives (ex : l'AIPPA).</p> | <p>Développer des outils communs de communication pour uniformiser les messages. (OI)</p> <p>Créer des espaces de dialogue réguliers pour maintenir la cohésion et la compréhension partagée. (OI)</p> <p>Améliorer la visibilité externe de l'approche AIPPA à l'échelle régionale et provinciale. (OE)</p> | <p>Difficulté à maintenir la cohérence des communications en période de changements organisationnels. (MI)</p> <p>Risque de désengagement des partenaires si les communications ne traduisent pas leurs réalités locales. (MI)</p> |

TABLEAU 4 - ÉTABLIR OU CONSOLIDER UNE CONCERTATION ROBUSTE : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL

Composante 3 AIPPA : Établir ou consolider une concertation robuste

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|-----------------------------|---|--|--|---|
| COLLABORATION LOCALE | <p>Lieux de concertation en place entre les acteurs du réseau, du milieu communautaire et du secteur municipal.</p> <p>Présence de mécanismes formels favorisant la fluidité du continuum de services.</p> <p>Approche intersectorielle et enracinement communautaire : collaboration établie avec les partenaires locaux et les réseaux de proximité, incluant des mécanismes de référencement vers les ressources appropriées.</p> <p>Mobilisation interdisciplinaire solide entre les partenaires du réseau et du milieu communautaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> Comités de suivi et cafés-réseautage consacrés au travail de milieu aîné entre OC, ITMAV, travailleurs de rue, soutien communautaire en logement social (RLS JM et SOV) <p>Culture de collaboration ancrée dans les pratiques professionnelles et intersectorielles.</p> <p>Partage d'expériences et apprentissage collectif autour des besoins des aînés.</p> <p>Volonté partagée d'améliorer la continuité et la fluidité des services pour les aînés.</p> <p>Ouverture à la co-construction et à l'adaptation des pratiques organisationnelles (ex. Ouverture des ÉESAD et des organismes communautaires à travailler davantage ensemble)</p> <p>Partenariats renforcés par des actions communes concrètes.</p> <p>Présence des partenaires facilitant le repérage et l'identification des besoins spécifiques de la clientèle vulnérable en matière de soins à domicile (signalement de situation de vulnérabilité par les ÉESAD et arrondissement, implication dans l'accès au logement par l'OMHM)</p> | <p>Manque de coordination entre les partenaires sectoriels, le secteur municipal et les acteurs du réseau.</p> <p>Gouvernance complexe : coordination difficile entre les nombreux acteurs internes du RSSS.</p> <p>Références des usagers vulnérables vers des cliniques éloignées de leur lieu de résidence par le CRDS, ce qui nuit à une approche de proximité et complique l'accès aux spécialistes locaux.</p> <p>Défi au niveau de la communication efficace entre le réseau communautaire et les services cliniques du CIUSSS, entraînant dédoublements et inefficiences.</p> <p>Services ne sont pas suffisamment intégrés pour répondre de façon coordonnée aux besoins médicaux et sociaux complexes des personnes âgées avec des problèmes psychiatriques.</p> | | |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|--|---|--|---|
| COORDINATION RÉGIONALE INTER-ÉTABLISSEMENTS | | | <p>Renforcer la coordination régionale pour un continuum de services encore plus intégré, compte tenu du flot d'usagers des services d'un territoire de CIUSSS montréalais à l'autre. (OI)</p> <p>Renforcer la cohérence régionale autour du continuum SAD-RI et autres services. (OE)</p> <p>Mise en place d'une porte d'entrée unifiée pour les références internes et communautaires (OI)</p> <p>Reprise des liens de concertation via les objectifs stratégiques de la planification Santé Québec (indicateur 12) (OE)</p> | <p>Gouvernance multipartite complexe, notamment entre les différents secteurs impliqués (santé, services sociaux, communautaire, etc.) avec les défis du référencement inter-établissements, affectant la continuité des soins pour les usagers. (ME)</p> <p>Une importante proportion des patients de la pratique de première ligne inscrits à un RLS comme Verdun ou JM proviennent d'un autre territoire de CIUSSS montréalais ou d'une autre région que celle de Montréal ce qui limite une approche de proximité. (ME)</p> |
| COMMUNICATION | Désir mutuel de rapprochement entre le réseau de la santé et des services sociaux et les partenaires | <p>Communication parfois fragmentée entre les secteurs institutionnel et communautaire.</p> <p>Multiplicité des canaux de communication rendant difficile la coordination des messages.</p> <p>Absence de mécanismes centralisés pour la diffusion des informations clés.</p> <p>Variabilité de la communication entre les établissements et les partenaires du territoire.</p> <p>Manque de visibilité de certains acteurs dans les mécanismes d'échange formels.</p> <p>Faible identification des responsables de communication dans certaines structures.</p> <p>Information parfois trop technique ou inadaptée à la réalité des intervenants de terrain.</p> | <p>Miser sur la transformation numérique pour améliorer la communication entre acteurs. (OE)</p> <p>Développer une stratégie de communication intégrée et partagée entre tous les partenaires. (OI)</p> <p>Renforcer la diffusion d'histoires à succès pour valoriser les retombées de l'AIPPA. (OI)</p> <p>Moderniser les outils de communication en favorisant l'interactivité et la simplicité. (OI)</p> <p>Implication de la gouvernance régionale tactique de l'AIPPA pour favoriser un message cohérent et uniforme pour la population. (OE)</p> | <p>Risque de fragmentation des messages sans coordination intersectorielle claire. (MI)</p> <p>Surcharge d'informations pouvant réduire l'attention et la réceptivité des partenaires. (MI)</p> <p>Inégalités d'accès à l'information entre les territoires ou types d'organisations. (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--------------------------|--|--|--|---|
| OFFRE DE SERVICES | <p>Planification du développement des services basés sur une analyse rigoureuse des besoins populationnelles. (Indicateur 12)</p> <p>Offre de services variée, complémentaire et professionnelle pour les aînés, adaptée aux besoins changeants.</p> <p>SOINS À DOMICILE</p> <p>Guichet d'accès SAD: porte d'entrée unique</p> <p>Déploiement de la paramédecine de régulation (optimiser le transport ambulancier en triant les appels 911 non urgents) favorisant l'accès rapide et sécuritaire aux soins.</p> <p>Réflexion en profondeur pour appliquer la priorisation des services et répondre aux besoins grandissants de la population.</p> <p>Exposition pertinente pour les résidents en médecine, créant une relève sensibilisée à cette approche</p> <p>Implantation du SIAD contribuant à un rehaussement des pratiques cliniques et à l'expertise de pointe.</p> <p>Présence d'une équipe d'intervention rapide assurant une transition efficace dans le but de stabiliser la situation entre la demande initiale et la prise en charge par l'équipe régulière en SAD. (Équipe SWAT)</p> <p>SOINS PREMIÈRE LIGNE (GMF-GMF-U, CLSC)</p> <p>Offre de services de proximité diversifiée : présence sur plusieurs sites (CLSC, GMF, PSL).</p> <p>Révision en cours du Plan directeur des services de première ligne, en lien avec les besoins territoriaux.</p> <p>Création d'un comité consultatif de première ligne et d'un sous-comité en santé physique et mentale.</p> <p>Expertise et leadership en première ligne et soutien clinique par les équipes médicales GMF/GMF-U</p> <p>Plages horaires disponibles pour la réorientation médicale (clientèle GMF et non inscrite).</p> | <p>Disparités territoriales dans l'accès aux services.</p> <p>Parcours usager complexe, difficulté à naviguer entre les intervenants et les services.</p> <p>Trajectoire de prise en charge des besoins secondaires demeure insuffisamment détaillée une fois les besoins prioritaires satisfaits initialement.</p> <p>Accessibilité aux programmes entravée par des critères d'admission et formulaires complexes.</p> <p>Accessibilité aux services non pharmacologiques demeure limitée pour une partie de la population, en particulier pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une assurance ou qui disposent de ressources financières insuffisantes.</p> <p>Localisation excentrée de certains programmes pour les usagers de JM et SOV (ex : IUGM).</p> <p>Méconnaissance des services offerts aux personnes âgées dans la communauté.</p> <p>Culture de soins encore orientée vers l'hospitalisation prolongée, limitant l'utilisation optimale du SIAD pour des congés plus précoces et sécuritaires à domicile.</p> <p>Absence d'admissions électives à l'hôpital.</p> <p>Approche adaptée à la personne âgée (AAPA) encore partiellement intégrée en centre hospitalier, limitant la pleine réponse aux besoins spécifiques des aînés.</p> <p>Manque de places en ressources intermédiaires pour répondre aux besoins de la population du territoire</p> <p>Zones grises d'offre de services pour certaines clientèles âgées (exemple: troubles cognitifs légers, comportementaux ou psychiatriques, isolement social, symptômes dépressifs, etc).</p> <p>Manque de ressources freine l'accès à un soutien en santé mentale à moyen ou long terme, surtout en cas de comorbidités.</p> | | |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|--|--|--|---|
| | <p>Présence active des activités de garde médicale, assurant une continuité des services.</p> <p>SOINS GÉRIATRIQUES Offre de services en gériatrie communautaire et spécialisée (centre de jour, hôpital de jour, réadaptation, cliniques externes de 2e-3e ligne, équipe SCPD).</p> <p>SOINS HOSPITALIERS Équipe dédiée à la fluidité hospitalière pour optimiser les transitions de soins et les retours à domicile.</p> <p>SOINS GÉRONTOPSYCHIATRIQUES Expertise en gériopsychiatrie accessible</p> <p>SOINS PALLIATIFS Plan d’action en soins palliatifs et fin de vie et gouvernance établie pour améliorer les pratiques CCSMTL</p> <p>Renforcement des soins palliatifs à domicile, notamment par l’engagement des équipes médicales.</p> <p>Projet en implantation pour les personnes itinérantes en fin de vie « Maison Mobile » qui permet une interface entre la Maison du Père et l’équipe du SAD-soins intensifs.</p> | <p>Absence de service de gériopsychiatrie au sein du département de psychiatrie du CCSMTL, contrairement aux quatre autres CIUSSS montréalais.</p> | | |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---------------|-------------------|---|--|
| COLLABORATION INTERSECTORIELLE, INTER-ÉTABLISSEMENTS | | | <p>Favoriser des projets-pilotes de concertation inter-établissements (OE)</p> <p>Développer davantage la collaboration inter-établissements et intersectorielle (OI/OE)</p> <p>Développer des formations communes pour soutenir la collaboration intersectorielle. (OI/OE)</p> <p>Accroître la concertation régionale autour du vieillissement actif et de la prévention (OI/OE)</p> <p>Valoriser les initiatives locales innovantes et reproductibles dans d'autres milieux. (OI/OE)</p> <p>Favoriser le verdissement des quartiers pour améliorer la santé des aînés et l'accessibilité (ex : traverses sécurisées vers les parcs). Cartographier les quartiers selon cet objectif (OI/OE).</p> <p>Développement de la complémentarité entre le RSSS et les organismes communautaires, notamment pour les troubles neurocognitifs. (OI)</p> <p>Développement des partenariats, en particulier avec l'OMHM, pour répondre plus efficacement aux enjeux de salubrité et à la prévention de l'itinérance. (OE)</p> <p>Existence de lignes directrices par l'Association canadienne de santé mentale (2019) préconisant la création d'une équipe de gérontopsychiatrie communautaire dans le continuum de services en santé mentale pour les personnes aînées (OI)</p> | <p>Compétition entre priorités institutionnelles et locales limitant la concertation efficace. (MI)</p> <p>Difficulté à maintenir la cohérence dans un contexte de changements organisationnels fréquents. (MI)</p> <p>Fatigue organisationnelle liée à la multiplication des démarches collaboratives. (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---|--|--|--|
| PARTICIPATION DES PERSONNES ÂNÉES ET DES PROCHES AIDANTS | <p>Expérience des personnes âgées utilisée pour adapter les services et la planification.</p> <p>Implication croissante des aînés et des usagers dans les instances de gouvernance et de consultation</p> <p>Participation active à l'identification des besoins et à la co-construction des solutions locales.</p> <p>Valorisation du rôle social et de l'expérience des personnes âgées dans les décisions via le BEPUP</p> <p>Reconnaissance institutionnelle de la contribution des usagers aux orientations organisationnelles.</p> <p>Volonté partagée d'adapter les modalités de participation aux capacités et à la disponibilité des citoyens.</p> | <p>Manque de participation directe des usagers et de leurs familles dans les processus de concertation.</p> <p>Faible valorisation de la voix des comités des usagers et des proches aidants institutionnels</p> <p>Faible accessibilité de l'information limitant la compréhension et l'engagement des citoyens.</p> <p>Manque de diversité des profils représentés dans les consultations (usagers vulnérables sous-représentés).</p> <p>Modèles de participation encore centrés sur les comités plutôt que sur la co-construction.</p> <p>Participation citoyenne perçue comme symbolique dans certains contextes décisionnels.</p> <p>Peu d'occasions formelles offertes aux usagers de contribuer aux décisions stratégiques</p> <p>Partenariat avec les usagers et les proches peu développé dans les comités de gestion, sauf dans un comité sur les soins palliatifs en de fin de vie.</p> | <p>Accroître la participation citoyenne des aînés dans les instances de concertation. (OI)</p> <p>Mobiliser les générations montantes d'aînés plus impliquées socialement (OE)</p> <p>Renforcer la participation citoyenne en amont des décisions organisationnelles. (OI)</p> <p>Favoriser la reconnaissance publique des contributions des citoyens et usagers (OI/OE)</p> | <p>Mentalité d'état Providence des personnes âgées (ME)</p> <p>Risque de démobilité des citoyens si la participation ne produit pas de résultats visibles. (MI)</p> <p>Manque de ressources dédiées pour coordonner et animer la participation citoyenne. (MI)</p> <p>Inégalité de participation entre les territoires selon les moyens disponibles.</p> <p>Risque de récupération politique ou institutionnelle des démarches citoyennes. (MI/ME)</p> <p>Perte de crédibilité des consultations si elles ne sont pas suivies d'actions concrètes. (MI)</p> <p>Difficulté à maintenir la participation dans un contexte de roulement et de priorités multiples. (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|----------------------------|--|--|---|--|
| ENGAGEMENT DES PARTENAIRES | Engagement fort des directions cliniques du CCSMTL en faveur de l'amélioration de l'accueil et de l'accessibilités aux services. | Épuisement de certains partenaires dû à la multiplication des comités et initiatives. Inégalité de participation des partenaires selon les territoires et ressources disponibles. Difficulté à maintenir l'engagement constant de tous les acteurs à long terme. | | Risque de démobilitation des partenaires en cas de surcharge ou de manque de résultats visibles. (MI) Risque de perte de cohérence entre les partenaires si la vision commune n'est pas maintenue. (MI) Trous juridiques ou organisationnels limitant les possibilités d'action concertée. (ME) Perte d'adhésion si les retombées concrètes ne sont pas rapidement démontrées. (MI) Roulement élevé du personnel pouvant affaiblir la continuité des relations intersectorielles. (MI) |
| RÔLES ET RESPONSABILITÉS | | Faible formalisation des rôles et responsabilités dans certains comités de concertation | Valoriser le rôle des partenaires communautaires dans la planification conjointe (OI) | |
| BUDGET | | | | Contraintes budgétaires réduisant les moyens disponibles pour soutenir la concertation. (MI/ME) Instabilité du financement communautaire menaçant les partenariats établis. (ME) PSOC - comment il est utilisé et la réduction de son financement cette année (ME) |

TABLEAU 5 - DÉVELOPPER DES PRATIQUES COLLABORATIVES ET UN CONTINUUM DE SERVICES : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL

Composante 4 AIPPA : Développer des pratiques collaboratives : un continuum de services

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--------------------------------------|--|---|--|---|
| BESOINS PERSONNES AÎNÉES | <p>Arrimage efficace entre l'accueil psychosocial et le guichet d'Accès SAD pour orientation adéquate de la clientèle (No wrong door)</p> <p>Projet de repérage au guichet d'Accès SAD pour capter les besoins des aînés vulnérables non connus qui ont fréquenté HND et HV</p> | | <p>Intelligence artificielle pour diriger la réponse aux besoins vers les bonnes instances (OE)</p> <p>Lobby gris mobilisable pour faire valoir le droit des personnes aînées (OE)</p> <p>Indicateurs 12 à la planification stratégique de Santé Québec mobilise les programmes du CCSMTL pour l'analyse de l'adéquation des services aux besoins de la population aînée (OE/OI)</p> <p>Favoriser le développement des SIAD au sein des CLSC afin d'augmenter le nombre de personnes aînées ayant accès à un médecin de famille en cas de besoin urgent (OI)</p> | <p>Complexité croissante des besoins des aînés demandant des ressources accrues non toujours disponibles, affectées par des coupures budgétaires (MI/ME)</p> <p>Crise humanitaire sociale associée à la pauvreté : logement, itinérance, santé mentale, etc. (ME/MI)</p> <p>Augmentation de l'immigration et manque de ressources d'accueil et de soutien (ME)</p> <p>Itinérance : enjeu social aux retombées cliniques importantes non toujours prises en charge adéquatement. (ME/MI)</p> <p>Communauté LGBTQ2+ en vieillissement et manque d'adaptation de l'offre de service (MI/ME)</p> <p>Changements climatiques et sinistres potentiels affectant les aînés en situation de vulnérabilité. (ME)</p> <p>Augmentation des troubles neurocognitifs (TNC) au cours des prochaines années et difficulté d'assurer des soins à domicile sécuritaires (ME)</p> <p>Habitudes de vie néfastes (ex. tabagisme élevé dans RLS Verdun) (MI)</p> |
| BUDGET ET RESSOURCES HUMAINES | <p>Le mouvement De tout COEUR avec vous qui vise à améliorer la qualité des interactions humaines grâce à la bienveillance sous trois moyens concrets:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expérimenter la perspective de l'autre, • Systématiser un accueil de qualité | <p>Contraintes budgétaires affectant la capacité à répondre à la complexité des besoins.</p> <p>Pénurie de professionnels dans certains secteurs.</p> | <p>Optimisation des facteurs de rémunération médicale favorisant la fidélisation et l'attraction. (OE)</p> | <p>Restrictions budgétaires pouvant freiner la mise en œuvre de projets intégrés. (ME/MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|--|---|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> Tenir compte des valeurs et préférences de l'autre <p>Initiative Porte-voix qui vise à l'intégration de la voix des usagers et de leur proche afin d'en améliorer l'expérience.</p> | | Opportunité de développement d'une offre d'évaluation et de prise en charge en gérontopsychiatrie à domicile par la présence d'un spécialiste engagé dans le projet | <p>Environ 17 % des médecins de famille à Montréal ont 65 ans ou plus. La région manque de PREM et affiche un déficit de médecins, entraînant une surcharge de travail. Cette situation peut perdurer sur 10 ans. Si les conditions se détériorent, ces médecins pourraient prendre leur retraite plus tôt. (ME)</p> <p>Inquiétudes des médecins spécialistes, notamment des gériatres et gérontopsychiatres sur les conséquences éventuelles de la loi 2 sur leurs pratiques. (ME)</p> <p>Contrainte pour le développement de nouveaux projets ayant besoin de financement additionnel (ME)</p> <p>Risque de désengagement du personnel ainsi que des médecins, qui auraient la perception que certains projets de développement ne sont pas priorités. (MI)</p> |
| FONCTIONNEMENT D'ÉQUIPE, RÔLES PROFESSIONNELS | <p>Proximité des OC avec les partenaires communautaires : facilite la concertation, les consultations et la mise en place d'actions conjointes.</p> <p>Autonomie professionnelle accrue et développement des champs de pratique en interdisciplinarité.</p> <p>SOINS DE PREMIÈRE LIGNE</p> | <p>Absence de hiérarchisation claire des tâches pour certaines catégories de professionnels.</p> <p>Difficulté à harmoniser les pratiques entre les équipes cliniques et administratives.</p> <p>Sous-utilisation de certaines expertises professionnelles faute de mécanismes de valorisation.</p> | <p>Renforcer les pratiques collaboratives par le partage d'outils et d'approches communes. (OI)</p> <p>Optimiser le champ de pratique des infirmières et autres professionnels pour renforcer l'accessibilité (OI)</p> | <p>Surcharge de travail des équipes entraînant une baisse de disponibilité pour la concertation (MI)</p> <p>Surcharge des équipes cliniques liée à la complexité croissante des cas et à la rareté des ressources (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---|---|---|--|
| | <p>Présence des IPS de première ligne est un atout.</p> <p>Évaluations cognitives préliminaires par les infirmières GMF, favorisant une détection précoce.</p> <p>Expertise en travail social pour l'accompagnement des aînés et orientation par les travailleurs sociaux vers les organismes communautaires pour les cas simples.</p> <p>GÉRONTOPSYCHIATRIE/SCPD Approche clinique intégrée autour des besoins des personnes présentant des SCPD en implantation progressive.</p> <p>Des avancées importantes ont été faites dans la prise en charge clinique des SCPD. Depuis 2017, l'Équipe SCPD de l'IUGM propose consultation, téléconsultation, formations et guides pratiques à l'échelle provinciale.</p> <p>Une meilleure compréhension des intervenants et de l'importance d'agir auprès des patients ayant un SCPD, incluant la dimension psychologique.</p> <p>Le gériopsychiatre a de l'expérience devant la Cour pour les ordonnances et encourage les médecins de famille, souvent moins préparés, à l'accompagner afin de profiter de leur connaissance précieuse du patient.</p> <p>Disponibilité des gérontopsychiatres qui se déplacent à domicile, si nécessaire. Rencontres conjointes ont lieu et des discussions de cas plus complexes.</p> <p>SOINS À DOMICILE</p> <p>Équipe interdisciplinaire expérimentée et bienveillante, axée sur la collaboration et le bien-être global des aînés.</p> <p>Interdisciplinarité forte entre les intervenants du SAD et SAD aigu et l'équipe médicale.</p> <p>Références efficaces vers les organismes communautaires, accompagnement adapté aux patients et implication active des bénévoles.</p> <p>Intégration SAD-SIAD de l'équipe médicale du RLS JM, avec garde qui comprend les soins palliatifs à domicile. Travail étroit avec infirmière</p> | <p>SOINS DE PREMIÈRE LIGNE</p> <p>Ressources professionnelles limitées en GMF pour soutenir la pratique médicale et augmenter l'accessibilité.</p> <p>Insuffisance de l'évaluation cognitive de dépistage, avant la perte d'autonomie.</p> <p>SOINS À DOMICILE</p> <p>Réactivité tardive face à la dégradation de l'état de santé.</p> <p>Manque de temps et de formation du personnel d'aide à domicile du SAD (auxiliaires familiaux) pour du dépistage et de la prévention</p> <p>Rotation fréquente des auxiliaires familiales ce qui nuit à création de liens de confiance avec les personnes aînées et les proches aidants ainsi qu'à la continuité des interventions.</p> <p>GÉRONTOPSYCHIATRIE</p> <p>Manque d'outils des équipes pour la prise en charge des comportements violents et manque de capacité des équipes interdisciplinaires spécialisées limitant la gestion non pharmacologique et favorisant l'augmentation des prescriptions de psychotropes.</p> <p>Les personnes aînées avec TNC et troubles de comportement manquent parfois de solutions d'hospitalisation ou de logement. Il faut développer des services adaptés et mieux coordonner santé mentale et soutien à domicile.</p> <p>Roulement du personnel dans les milieux de soins obligeant à répéter la formation sur les approches comportementales non médicamenteuses.</p> <p>Gestion médicale des aspects légaux pour les personnes âgées atteintes de troubles gérontopsychiatriques et psychosociaux vivant dans la communauté demeure complexe au fil du temps.</p> | <p>Optimiser le champ de pratique des infirmières cliniciennes via les ordonnances collectives, les protocoles de soins. (OI)</p> <p>Renforcer le rôle des pharmaciens et des équipes communautaires dans la prise en charge globale. (OI)</p> <p>Développer des formations interdisciplinaires axées sur la continuité du service à la clientèle âgée. (OI)</p> <p>Exposition de la relève (étudiants et résidents) aux pratiques interprofessionnelles. (OI)</p> <p>Capitaliser sur les réussites locales en matière de collaboration interdisciplinaire (OI)</p> <p>Diversifier le rôle des pharmaciens (suivi de laboratoire associé à la prise de médicaments comme la glycémie, les électrolytes). (OI)</p> <p>Faire plus avec les ressources existantes en élargissant le champ de pratique et en substituant les services vers les moins coûteux. Améliorer l'efficacité sans sacrifier la qualité (OI)</p> <p>Modèle de Pointe-St-Charles constitue un exemple pertinent à considérer pour une éventuelle exportation vers d'autres milieux. Ce modèle met en lumière l'importance des organismes communautaires dans la prestation des soins et l'accompagnement des clientèles vulnérables. (OI)</p> | <p>Rotation élevée du personnel nuisant à la stabilité des équipes interprofessionnelles. (MI)</p> <p>Opposition ou résistance au changement de la part de certains groupes professionnels. (MI)</p> <p>Le recrutement d'IPS de première ligne présente un potentiel à long terme, mais leur nombre reste insuffisant pour répondre aux besoins actuels. Leur formation de deux ans et la limitation annuelle des nouveaux diplômés freinent une intégration rapide et massive dans le système de soins. (ME/MI).</p> <p>La réforme du système de santé vise la productivité, mais la gériopsychiatrie nécessite plus de temps pour évaluer, suivre et ajuster les soins en raison de la complexité des besoins. Les normes de performance actuelles, qui favorisent un traitement rapide, ne sont pas adaptées aux personnes âgées ayant des troubles psychiatriques et des comorbidités multiples, car deux mois d'intervention sont souvent insuffisants (ME/MI)</p> <p>Lacune dans la formation des professionnels de santé sur l'aspect psychologique des soins aux aînés. (ME)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|---------------------|--|---|--|---|
| | <p>dédiée en SAD aigu qui couvre tout le RLS. Gestionnaires du SAD très motivés et soutenant dans l'organisation et mise en place de ces services.</p> <p>Accessibilité médicale au sein des programmes SAD et SIAD. Les médecins résidents qui y sont formés sont attirés par cette pratique. Les effectifs médicaux sont complets.</p> <p>Projet d'implantation des équipes autonomes au SAD, bien que l'équipe médicale ne soit pas sectorisée et s'implique auprès de plusieurs équipes autonomes.</p> <p>Équipe engagée de médecins des CLSC. Prévention tertiaire qui a trait à la prévention des complications médicales.</p> <p>PHARMACIENS</p> <p>Place grandissante des pharmacies communautaires.</p> | | <p>Modèle de soins intensifs à domicile (SIAD) développé par médecins de Verdun diminue les visites à la salle d'urgence et réduit les effets de l'hospitalisation (stress, delirium, etc.) (OI)</p> | |
| MÉCANISME ET OUTILS | <p>Mécanismes de référencement fonctionnels entre les niveaux de soins favorisant la continuité.</p> | <p>Manque de mécanismes formels pour intégrer les besoins spécifiques des clientèles marginales et diversifiées.</p> <p>Absence de dossier unique rendant difficile la continuité de la participation entre les secteurs.</p> <p>Le mécanisme de référencement n'est pas clair pour avoir accès au suivi médical à domicile.</p> <p>Le formulaire DSIE REPÈRE est complexe et particulièrement long. Il peut atteindre 40 pages et nécessite beaucoup de temps à remplir, souvent au détriment d'autres tâches importantes.</p> | <p>Mettre en place des mécanismes numériques intégrés pour le suivi des trajectoires. (OI)</p> | <p>Risque de perte de cohérence clinique en l'absence d'outils uniformes. (MI)</p> <p>Règles d'utilisation de la télésanté trop strictes au niveau ministériel (ME)</p> |
| COMMUNICATION | <p>Bonne communication entre les acteurs, particulièrement en situation d'urgence.</p> <p>Présence de mécanismes d'information facilitant la transmission de données pertinentes aux équipes.</p> <p>SAD médical et non médical proactif avec des canaux de communication simplifiés (ex. prise de contact par un simple appel).</p> <p>Présence physique des intervenants dans les milieux, renforçant les liens et la confiance.</p> | <p>Communication inter-établissements demeure un défi lors des transitions de soins.</p> <p>Manque de fluidité inter-directionnelle.</p> <p>Difficultés à rejoindre les publics à faible littératie ou à accès numérique limité.</p> <p>Difficultés de communication après une référence aux urgences ou une hospitalisation (ex. : réception tardive des résultats d'examens ou sommaires d'hospitalisation).</p> | <p>Former les intervenants à la communication inclusive et adaptée aux aînés. (OI)</p> <p>Déployer des canaux de communication plus directs entre les usagers et les services. (OI)</p> <p>Créer une infolettre ou une plateforme commune pour le partage des bonnes pratiques. (OI)</p> | <p>Manque de ressources humaines ou techniques pour soutenir une communication continue. (MI)</p> <p>Fatigue informationnelle des équipes liée à la multiplication des plateformes et courriels. (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---|---|--|--|
| | <p>Stratégie pour créer des corridors de services directs : contacts personnalisés et immédiats entre les décideurs, ce qui limite l'utilisation des courriels souvent plus lents.</p> <p>Sensibilité accrue aux enjeux de littératie et d'accessibilité de l'information.</p> <p>Bottin de ressources en format papier diffusé dans les quartiers (SOV et JM)</p> <p>Tournée de rencontres au sein des milieux de vie aînés pour informer sur des enjeux, besoins, problématiques touchant le vieillissement et donner la parole aux personnes aînées.</p> | <p>Peu de discussion de cas entre médecins, ce qui pourrait par exemple faciliter l'adaptation des examens et des traitements selon le profil de l'usager.</p> <p>Il est difficile de contacter le personnel du CLSC en raison de la complexité administrative et de l'accès téléphonique.</p> <p>Absence d'interopérabilité entre certains systèmes informatiques.</p> <p>Multiplicité des plateformes cliniques, entraînant une fragmentation de l'information entre les médecins et les autres professionnels dans les établissements.</p> | | |
| ÉVALUATION, PLANS DE CONGÉ ET PLANS D'INTERVENTION | <p>Présence de professionnels dès l'urgence assurant une évaluation rapide et globale des besoins</p> <p>Implantation progressive des plans de congé et des plans d'intervention interdisciplinaires (PII).</p> | <p>Incohérence dans l'application des plans de congé et des outils de coordination.</p> <p>Il n'y a pas de « gardien » du Plan d'intervention au sein de l'équipe soignante qui s'assure de sa poursuite après le transfert du dossier par l'équipe de gérontopsychiatrie</p> | <p>Améliorer la planification des congés et la coordination post-hospitalisation. (OI)</p> <p>Trajectoires SSPPCC restent à consolider pour un gain en efficacité et en qualité de suivi en matière de planification de congé (OI)</p> | |
| PARTICIPATION DES PERSONNES ÂÎNÉES ET PROCHES AIDANTS | <p>Reconnaissance de l'importance du rôle des proches aidants dans les trajectoires de soins.</p> <p>Intégration progressive de la perspective citoyenne dans les plans d'intervention.</p> <p>Présence de collaborations entre usagers, proches aidants et professionnels de la santé.</p> <p>Connaissances des proches aidants contribuent à mieux comprendre les besoins des personnes âgées et à adapter les interventions en gérontopsychiatrie.</p> <p>Plusieurs projets PAR ET POUR les personnes aînées dans SOV et JM sur la sécurité résidentielle, la chaleur accablante, l'accessibilité universelle, la lutte à l'isolement social, etc.</p> | <p>Approchée centrée sur les besoins des usagers mais pas de participation formelle des usagers à leur plan d'intervention.</p> <p>Absence de mécanismes structurés pour soutenir la participation continue des proches aidants.</p> | <p>Mieux intégrer les proches aidants dans les parcours de soins et de services. (OI)</p> <p>Créer des espaces de dialogue entre les aînés, les proches aidants et les gestionnaires. (OI)</p> <p>Développer des approches inclusives pour rejoindre les usagers à faible littératie ou isolement social. (OI)</p> <p>Former les intervenants à la facilitation de la participation citoyenne et intergénérationnelle. (OI)</p> <p>Soutenir la participation numérique grâce à des outils accessibles et accompagnés. (OI)</p> | <p>Fatigue ou épuisement des proches aidants sollicités à répétition sans soutien adéquat. (MI)</p> <p>Implication inégale des proches dans le soutien à l'autonomie des personnes aînées (ME)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--------------------------------------|--|---|---|---|
| COORDINATION | | Besoin d'un meilleur arrimage entre les services communautaires et hospitaliers. | <p>Renforcer la collaboration entre le réseau et les organismes communautaires par des ententes formelles. (OI)</p> <p>Consolider les trajectoires de première ligne (CLSC, CH, SAPA) (OI)</p> <p>Consolidation des processus SSPPCC. (OI)</p> | <p>Risque de fragmentation des services avec les réorganisations structurelles. (MI)</p> <p>Transformation rapide du système de santé entraînant des ajustements fréquents et une instabilité. (ME)</p> <p>Difficultés liées aux références inter-établissements en raison des disparités dans les modalités de référence selon les CIUSSS (ex. hôpitaux de jour) (ME/MI)</p> |
| INNOVATIONS, TECHNOLOGIES ET PROJETS | <p>Innovations soutenant l'amélioration continue et sensibilité à l'innovation.</p> <p>Utilisation de la télésanté comme levier d'accessibilité pour les aînés à mobilité réduite.</p> <p>La télésanté en gériopsychiatrie améliore la liaison et la continuité des soins entre patients, proches aidants et intervenants, représentant près de 40% des interventions en SCPD.</p> | Absence de logiciel efficace pour organiser un agenda de visites assurant la continuité des intervenants. | <p>Mise en place de deux projets pilotes intégrant l'utilisation d'objet connecté (horloge et pilulier électronique) et équipe d'intervention à distance issus de la consultation du laboratoire d'innovation pour le SAD de demain. (OI)</p> <p>Avancées en géronto-technologie et en intelligence artificielle pour faire un suivi à distance, appartement connecté.). Application qui permet de suivre les usagers selon certains critères (maladies chroniques, fin de vie) afin d'obtenir une vision géographique de la distribution des personnes et mieux planifier les soins et les déplacements à domicile (OI/OE)</p> <p>Moins de temps consacré à la tenue de dossiers grâce aux scribes médicaux intelligents, permettant plus de soins directs aux patients. (OI)</p> <p>Analyse des tâches automatisables par l'IA ou nécessitant une intervention humaine. (OI)</p> <p>Amélioration de la sécurité à domicile : la télésurveillance et la télémétrie</p> | Financement pouvant limiter l'innovation ou le maintien de projets en cours. (MI) |

| | Forces | Faiblesses | Opportunités internes (OI) et externes (OE) | Menaces internes (MI) et externes (ME) |
|--|---|------------|--|--|
| | | | (glycémie) peuvent optimiser le suivi médical, notamment grâce à une meilleure présentation des données biologiques et à une programmation informatique dans MYLE. (OI) | |
| PROGRAMMES PROMOTION DE LA SANTÉ ET REPERAGE | <p>Accent mis sur la promotion de la santé, la prévention et le repérage. Voici des exemples:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interventions sur la salubrité des logements, l'accès aux services de dépistage et de vaccination (notamment en PSL). - Programme PIED pour la prévention des chutes (RLS JM et SOV) - Marche Santé (SOV) projet PAR et POUR les aînés soutenu par le ROPASOM pour contrer le déconditionnement et favoriser la participation sociale - Opération intersectorielle visiter un aîné isolé: SPVM, OC, équipe SAD, intervenants d'organismes communautaires au sein des milieux de vie (écoute, repérage, référencement, accompagnement) (JM et SOV) - Balconnades estivales (SOV) avec chansonniers dans milieux de vie aînés, avec présence d'intervenants pour faire connaître ressources aux personnes aînées isolées - Vaccination des personnes aînées isolées en mode intersectoriel (équipe de vaccination, ITMAV, résidents bénévoles) (JM et SOV) - Brigade Climat (SOV) Prêt de climatiseur pour personnes aînées vulnérables à la chaleur et repérage de situation de précarité psychosociale nécessitant des interventions. Idem JM pour personnes avec problèmes de santé mentale. - Accessibilité universelle (SOV): sensibilisation à l'accessibilité universelle (pétition, plaidoyer, influence des propriétaires et bâtisseurs, PAR ET POUR les personnes aînées, soutien ROPASOM - Service d'impôt (SOV) offert par un bénévole aîné du ROPASOM depuis plus de 20 ans. Idem pour usagères de SAD Faubourgs - Projet de menus travaux pour les personnes aînées du Plateau (JM) - Accompagnement par des bénévoles de personnes aînées récemment déménagées de RI Côte-St-Paul vers HDM. (JM) - Prévention de l'itinérance aînés: ateliers de sensibilisation, ateliers en sécurité urbaine (JM) | | <p>Accroître la présence des professionnels en milieu communautaire pour prévenir la perte d'autonomie (OI)</p> <p>Poursuivre la modernisation des outils de repérage et d'évaluation des besoins de la population aînée. (OI)</p> <p>Intégrer les outils de promotion de la santé et de prévention destinés à la population et aux intervenants développés par l'équipe « Adaptation au vieillissement » de la DRSP de Montréal et des partenaires du Réseau Résilience Aînés Montréal (FADOQ-Mtl, COMACO, GMF-Notre-Dame, Petits Frères, Ville de Montréal) (OI) Par exemple :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prévention des chutes - Vaccination - Transitions de vie et participation sociale (retraite, deuil, proche aidance, grand-parentalité, déménagement, arrêt de la conduite automobile, perte d'autonomie, fin de vie) - Promotion d'activités sociales (exercices en groupe, bénévolat, entrepreneuriat social) | <p>Manque criant de ressources humaines dédiées à la promotion de la santé et la prévention dans le domaine du vieillissement au Québec et dans la région de Montréal (ME/MI)</p> <p>Activités de promotion de la santé et de prévention sont souvent les premières retranchées lors de coupures budgétaires en santé car les retombées ne sont pas visibles dans l'immédiat pour la population. (ME/MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|--|-------------------|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Communauté compatissante de Centre-Sud pour accompagnement de personnes âgées isolées en fin de vie (JM). - Réduction des visites non urgentes aux urgences grâce à : <ul style="list-style-type: none"> - Des plages de réorientation (P4-P5), - La disponibilité du GAP, - Les cliniques IPS+ qui assurent le triage et la réorientation appropriée. - Accès sans rendez-vous infirmier sur tous les sites durant les heures d'ouverture. - RLS SOV : accès à des centres de prélèvements décentralisés dans les CLSC. - Présence de Centres d'Activités Thérapeutiques (CAT). | | <ul style="list-style-type: none"> - Participation citoyenne aînée, valorisation de la citoyenneté aînée et lutte contre l'âgisme - Lignes téléphoniques de soutien aux personnes âgées en situation de vulnérabilité - Activités de soutien clinique aux intervenants de la communauté (COMACO) - Communauté soignante en GMF (GMF Notre-Dame) - Ateliers de promotion de la santé animés par des personnes âgées retraitées de la santé ou de l'éducation (projet Part'Age Savoirs FADOQ-Mtl et DRSP de Mtl et DSP Laval) <p>S'appuyer sur le Programme national de santé publique 2025-2035 et le Plan d'action régional intégré (PARI) de la DRSP de Montréal qui en découlera pour intégrer des activités de promotion de la santé et de prévention au sein de l'AIPPA (OE/OI)</p> | |

TABLEAU 6 - ÉVALUER LE CONTINUUM DE SERVICES EN TERMES DE RÉSULTATS DE SANTÉ ET BIEN-ÊTRE : CONSTATS DES RÉPONDANTS INTRA-CCSMTL

Composante 5 AIPPA : Évaluer le continuum de services en termes de résultats de santé et de bien-être

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---|---|---|--|
| CULTURE ORGANISATIONNELLE | <p>Culture systémique axée sur l'amélioration continue de la qualité et des résultats de santé.</p> <p>Pratiques d'évaluation intégrées aux démarches d'amélioration clinique et organisationnelle.</p> | | | <p>Difficulté à maintenir la motivation des équipes face à la multiplication des outils d'évaluation. (MI)</p> <p>Instabilité des priorités organisationnelles nuisant à la continuité des suivis. (MI)</p> |
| BUDGET ET RESSOURCES HUMAINES | <p>Capacité d'adaptation démontrée malgré les contraintes financières et organisationnelles.</p> | <p>Ressources limitées pour soutenir la collecte et l'analyse systématique des données de résultats</p> | | <p>Sous-financement de la fonction d'évaluation et de reddition de comptes. (MI/ME)</p> <p>Surcharge administrative liée à la collecte de données sans valeur ajoutée pour le terrain. (MI)</p> <p>Pression accrue sur les établissements pour démontrer des résultats rapides. (ME)</p> <p>Contraintes budgétaires, avec des mesures de performance parfois cloisonnées (unités de mesure, indicateurs de performance, etc.). (ME/MI)</p> |
| ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES ET PRISE DE DÉCISION | <p>Analyse des grands consommateurs de services pour mieux orienter les interventions préventives.</p> | | <p>Appuyer la prise de décision par une évaluation intersectorielle des impacts des interventions. (OI)</p> | <p>Risque d'interprétation erronée ou partielle des données sans analyse contextualisée. (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|---|---|--|---|--|
| INDICATEURS | Existence d'indicateurs permettant de suivre l'évolution du bien-être et de la performance. | Absence d'indicateurs institutionnels spécifiques pour mesurer le continuum de services. Mesures d'efficacité parfois mal adaptées aux réalités des clientèles âgées. | Développer des indicateurs intégrés reflétant mieux la qualité de vie et le bien-être des aînés. (OI) | Risque de perte de cohérence des indicateurs entre les différents niveaux: local, régional et national. (ME) |
| PARTICIPATION PERSONNES AÎNÉES ET PROCHES AIDANTS | | Difficulté à assurer la représentativité des clientèles vulnérables dans les sondages et évaluations. Écarts de mesure entre les résultats cliniques, organisationnels et perçus par les usagers. | Renforcer l'analyse des données populationnelles pour orienter les priorités locales. (OI) Valoriser la participation des usagers dans la définition des indicateurs de performance. (OI) Intégrer la participation citoyenne dans l'évaluation continue des services. (OI) | |
| OUTILS DE SUIVI ET ÉVALUATION | | Suivi des solutions implantées encore inégal selon les secteurs et programmes Manque de mécanismes structurés pour transformer les constats en actions concrètes. | Mettre en place des boucles de rétroaction continues pour alimenter l'amélioration des pratiques. (OI) Mieux utiliser les technologies de l'information pour le suivi des résultats en temps réel. (OI) Créer des outils partagés de suivi et d'évaluation de la concertation (OI). | |
| COMMUNICATION | Mise en valeur de la transparence et de la communication authentique dans le suivi des résultats. Travail collaboratif de l'établissement avec ses partenaires pour identifier les priorités de santé. | Manque de données partagées pour orienter les décisions concertées. | Favoriser la transparence et la diffusion des résultats auprès des partenaires et du public. (OI) | |

TABLEAU 7 - ANALYSE FFOM AIPPA : CONSTATS DES RÉPONDANTS DE LA DEUR DU CCSMTL, DES INSTITUTS ET CENTRES DE RECHERCHE***

CAU : Centre affilié universitaire

CR : Centre de recherche

DP : déficience physique

IU : Institut universitaire

MU : Mission universitaire

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|--|---|--|--|--|
| STRUCTURE, GOUVERNANCE ET RESSOURCES (COMPOSANTE 2 AIPPA) | <p>Cinq (5) désignations universitaires au CCSMTL, dont gériatrie, inégalités sociales, réadaptation physique, dépendances</p> <p>Trois (3) centres de recherche</p> <p>Expertises variées en matière de vieillissement ou sur des thématiques associées</p> <p>Présence d'un écosystème interministériel provincial de recherche dynamique axé sur l'innovation sociale et clinique</p> <p>Instances d'arrimage MU, recherche, directions cliniques en place avec chacun des IU, favorisent la concertation, la cohérence et l'identification de priorités communes (Comité de collaboration stratégique, comités de répondants)</p> <p>Arrimage avec la démarche régionale et avec les autres centres de recherche qui s'intéressent au vieillissement (ex. CREGES, CSVQ, etc.)</p> | <p>Sous-utilisation de l'expertise du CRIUGM dans l'innovation sociale</p> <p>Ressources limitées pour soutenir la recherche-action et la mobilisation des savoirs</p> <p>Arrimage d'expertises à maximiser entre les IU, CAU et CR</p> <p>Peu de mécanismes structurés entre la recherche et les organismes communautaires des deux RLS desservis par le CCSMTL</p> | <p>Décennie du vieillissement en bonne santé (OMS), contexte politique favorable à l'AIPPA, priorité ministérielle, des politiques publiques sur lesquelles s'appuyer (Fierté de vieillir, Alzheimer, Politique gouvernementale de prévention, etc.) (OE)</p> <p>Mandat national des IU et CR : potentiel d'influence sur les politiques publiques, partage et rayonnement d'expertises</p> <p>Dynamisme de la philanthropie : Fondation santé urbaine, Fondation RÉA, Fondation de l'IUGM (OE)</p> <p>Mise en place de l'Unité d'innovation sociale (CRIUGM), liens avec la gouvernance de l'AIPPA (OI)</p> <p>Intégrer les résultats de recherche dans la planification stratégique régionale et institutionnelle. (OI/OE)</p> | <p>Complexité du milieu dans lequel se trouve la recherche (MSSS, MEIE); peu d'approche intersectorielle (ME)</p> <p>Contexte en mouvance dans le réseau de la SSS (ME)</p> <p>Nécessité d'un rehaussement du financement de la recherche en gériatrie et en innovation sociale. (ME)</p> <p>Perte de talents et de chercheurs qualifiés faute de ressources pérennes. (MI)</p> <p>Charge administrative élevée nuisant à la recherche participative et au transfert de connaissances (MI)</p> |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|---|--|--|---|---|
| EXPERTISE ET RÉPONSE AUX BESOINS DE LA POPULATION (COMPOSANTE 2 AIPPA) | <p>Capacité d'adaptation des chercheurs aux besoins du réseau et des réalités territoriales.</p> <p>Richesse de la recherche permettant de développer des solutions concrètes pour les aînés.</p> <p>Expertises méthodologiques solides au sein des IU et CR Living Lab reconnue pour son efficacité dans la co-construction et l'expérimentation. Espace participatif en réadaptation</p> <p>Guides et outils pratiques développés en co-construction</p> <p>Intérêt marqué de l'IURDPM pour la participation sociale, DP et vieillissement</p> | Fragmentation entre les projets de recherche et les besoins opérationnels du réseau. | <p>Nouveaux champs sur le vieillissement en développement à l'Institut universitaire en dépendance et au CRÉMIS (inégalités sociales) (OI)</p> <p>Utiliser différents leviers pour mettre en lumière les expertises inter-IU; par exemple, miser sur la Semaine de la mission universitaire, activité connue et reconnue. (OI/OE)</p> | Risque de déconnexion entre les priorités académiques et les besoins cliniques du réseau. (MI/ME) |
| COLLABORATIONS (COMPOSANTE 4 AIPPA) | | | <p>Soutenir la recherche interdisciplinaire en lien avec le vieillissement et la prévention. (OI/OE)</p> <p>Maximiser les collaborations entre les IU, CAU et CR et les croisements d'expertises et de thématiques liées au vieillissement. (OI/OE)</p> <p>Renforcer les liens entre les chercheurs, les gestionnaires et les milieux communautaires. (OI)</p> <p>Se rapprocher de l'équipe en développement des communautés (DSGPU) et de l'organisation communautaire. (OI)</p> | <p>Contexte défavorable pour la libération de clinicien.nes pour la participation à des projets de recherche et/ou de transfert de connaissances. (MI)</p> <p>Difficulté à maintenir l'intérêt des partenaires sans retombées concrètes visibles à court terme. (MI)</p> <p>Compétition entre établissements pour les financements de recherche. (ME)</p> |
| TRANSFERT DES CONNAISSANCES (COMPOSANTE 5 AIPPA) | <p>Approche participative favorisant le transfert de connaissances du milieu académique vers le terrain avec une équipe dédiée à la mobilisation des connaissances.</p> <p>Équipe dédiée en diffusion des connaissances issues de la recherche : expertises dans le développement de stratégies, de plateformes de partage et de vulgarisation des résultats de recherche.</p> | <p>Diffusion inégale des résultats de recherche au sein des établissements et partenaires.</p> <p>Manque de mécanismes institutionnels pour assurer le transfert systématique des connaissances.</p> | <p>Valoriser les innovations sociales issues des projets de recherche terrain-CRIUGM. (OI)</p> <p>Accroître la visibilité des réalisations du CRIUGM et du réseau de recherche affilié à l'AIPPA. (Transfert de connaissances) (OI/OE)</p> | |

| | <i>Forces</i> | <i>Faiblesses</i> | <i>Opportunités internes (OI) et externes (OE)</i> | <i>Menaces internes (MI) et externes (ME)</i> |
|---|---------------|---|--|---|
| PARTICIPATION DES PERSONNES AÎNÉES ET PERSONNES PROCHES AIDANTES (COMPOSANTE 3 AIPPA) | | Mécanismes à établir pour rejoindre les aînés du RSSS au-delà de SAPA, p.ex. DI-TSA, Santé mentale, 1ère ligne) | Favoriser la participation des personnes aînées comme partenaires de recherche et cocréateurs de solutions. (OI) | |

TABLEAU 8 - ANALYSE FFOM AIPPA : CONSTATS DES RÉPONDANTS DES CONCERTATIONS INTERSECTORIELLES DES RLS JEANNE-MANCE ET SUD-OUEST-VERDUN

PEC : prise en charge SM : santé mentale

| RLS DU TERRITOIRE DE JEANNE-MANCE | RLS DU TERRITOIRE DU SUD-OUEST-VERDUN |
|--|---|
| Direction des services généraux et des partenariats urbains (DSGPU) | |
| <p>1. Accès aux soins et continuité</p> <ul style="list-style-type: none"> Écarts de perception entre communauté et CIUSSS sur ce qu'est l'accès aux soins. Défis liés au consentement et à la capacité de reconnaître son état, particulièrement en santé mentale Difficulté à savoir si une personne a une équipe de soins; retours fréquents à l'urgence sans continuité. <p>2. Vulnérabilités et situations complexes</p> <ul style="list-style-type: none"> Confidentialité limitant le partage d'information même lorsque la sécurité est en jeu. Difficulté à identifier l'équipe de soins d'une personne vulnérable. <p>3. Ressources insuffisantes et pression sur les milieux</p> <ul style="list-style-type: none"> Manque de ressources pour répondre à la hausse des besoins, notamment en psychosocial et info sociale. Délais de prise en charge (PEC) importants; nécessité de filtrer les urgences pour orienter adéquatement. <p>4. Collaboration, partenariats et bonnes pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> Travail préventif à développer parce qu'essentiel pour mieux desservir la population. Importance d'un arrimage clair entre psychosocial, services généraux, communautaires et autres partenaires. <p>5. Besoin d'outils, repères et clarté organisationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> Besoin d'un outil regroupant partenaires, rôles, coordonnées, clientèle et directions. Manque de clarté sur les leviers des organismes et sur ce pour quoi ils sont consultés. Importance d'un langage commun entre CIUSSS et communauté. Enjeux pour offrir des services aux personnes sans RAMQ. | <p>1. Accès aux services et enjeux liés aux inscriptions</p> <ul style="list-style-type: none"> Enjeux réels d'accès pour les personnes sans médecin de famille (SMF), aggravés par les déménagements cinq ans. Capacité limitée des GMF à prendre de nouveaux patients, avec un taux élevé d'inscrits ayant déménagé hors territoire. Nécessité de développer, avec le GAP, des voies de contournement pour les patients SMF et clarifier le cadre GMF versus les inscriptions collectives. <p>2. Accessibilité et continuité des services au CLSC</p> <ul style="list-style-type: none"> Offre de services limitée au CLSC, entraînant des renvois vers Verdun et des ruptures dans la relation de confiance. Variabilité dans l'accueil et méconnaissance des services connexes (famille, aînés) par certains intervenants. Besoin de renforcer la collaboration entre l'accueil et les équipes d'intervention communautaire. <p>3. Services de proximité et planification territoriale</p> <ul style="list-style-type: none"> Augmentation de la population sans services de proximité, notamment à Griffintown et dans la Petite-Bourgogne. Services temporaires en place, mais nécessité d'une planification plus large pour les autres territoires. Présence d'une population anglophone et minoritaire, avec un CLSC identifié mais sous-optimisé au niveau des intervenants, malgré la disponibilité des BII. |
| Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) | |
| <p>1. Accès aux soins et continuité</p> <ul style="list-style-type: none"> Accès complexe pour les aînés vulnérables, notamment en perte d'autonomie ou en SM. Délais de PEC dans les résidences malgré la collaboration CIUSSS. Problèmes de consentement récurrents freinant l'accès aux services. <p>2. Vulnérabilités et situations complexes</p> | <p>1. Vulnérabilités, continuité des services et confidentialité</p> <ul style="list-style-type: none"> Les milieux communautaires repèrent les situations de vulnérabilité, mais le suivi ne se fait pas adéquatement au niveau du CCSMTL. Les enjeux cognitifs et de confidentialité entraînent des ruptures de service. |

| RLS DU TERRITOIRE DE JEANNE-MANCE | RLS DU TERRITOIRE DU SUD-OUEST-VERDUN |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des évictions menant à plus d'itinérance chez les aînés. • Présence de personnes judiciarisées avec restrictions incompatibles avec les milieux de vie. • Climat instable dans certaines résidences, nécessitant un soutien accru. • Difficultés de cohabitation en lien avec les personnes plus vulnérables qui ont besoin de services ou d'accompagnement. • Résidences confrontées à des situations d'itinérance, toxicomanie, judiciarisation (TAL) et refus d'aide. <p>3. Ressources insuffisantes et pression sur les milieux</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmentation des besoins sans augmentation du personnel ni du financement communautaire. • Pression accrue sur les organismes. • Cas complexes nécessitant des expertises spécialisées (géronto-psy, Alzheimer). • Questionnements des partenaires concernant des coupures de services. <p>4. Collaboration, partenariats et bonnes pratiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bons coups : programme ABC HND, géronto-psy, accompagnement familial (Arborescence). • Collaboration efficace avec certaines résidences malgré les enjeux. • Besoin d'une trajectoire claire incluant les partenaires externes. <p>5. Besoin d'outils, repères et clarté organisationnelle</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin d'outils pour naviguer les enjeux de consentement, de SM et de trajectoires complexes. • Nécessité d'une cartographie des partenaires et des services disponibles. • Importance d'un arrimage SAPA–communautaire pour les situations complexes. | <ul style="list-style-type: none"> • Besoin de mécanismes plus solides pour maintenir les services, incluant un meilleur arrimage avec les leaders cliniques et les services psychosociaux. <p>2. Maltraitance et accessibilité des politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les politiques liées à la maltraitance sont difficiles d'accès et d'utilisation pour les organismes communautaires. • Le contenu n'est pas suffisamment vulgarisé pour soutenir l'intervention sur le terrain. • Nécessité d'un accès simplifié via les ressources de la DSGPU et les outils disponibles sur l'extranet. <p>3. Information, rendez-vous et processus administratifs</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'information en ligne sur les services est insuffisante et les rendez-vous en ligne sont difficiles d'accès, avec peu de disponibilités et des délais importants. • Les prélèvements et certains services présentent des délais longs, et les processus de plainte sont complexes sans accompagnement. • Les usagers rencontrent des obstacles importants lorsqu'ils ne sont pas soutenus par un intervenant. <p>4. Accueil, orientation et outils de référencement</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'accueil doit être mieux outillé pour orienter efficacement vers les services appropriés. • Besoin d'un bottin dynamique ou d'un outil centralisé pour faciliter le référencement. • Importance d'un soutien accru pour les intervenants de première ligne afin d'assurer une orientation cohérente. <p>5. Roulement du personnel et repères pour les usagers</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le roulement des intervenants fragilise la continuité des services. • Les usagers manquent de repères clairs pour comprendre l'accès aux services dans leur quartier. • Un guide de base sur les services disponibles localement serait nécessaire. |

TABLEAU 9 - PROBLÈMES ET DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ IDENTIFIÉS DE FAÇON INDIVIDUELLE COMME PRIORITAIRES PAR LES PARTICIPANTS

| <p>PRÉVENTION ET GESTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ DANS UN CONTINUUM DE SOINS ET DE SERVICES</p> | <p>DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ Mesures sociales, environnement, organisation des services de santé</p> |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Isolement social, surtout chez les personnes vivant seules à domicile, sans personne proche aidante • Solitude, sentiment d'inutilité • Troubles neurocognitifs (SCPD), surtout les cas complexes qui nécessitent des approches de gériatopsychiatrie, dont les comportements violents sont à l'origine d'hébergement prématuré. • Problèmes de santé mentale dont les troubles anxieux et dépressifs • Chutes et ostéoporose. • Perte d'autonomie et fragilité, surtout chez les personnes qui vivent seules à domicile, sans personne proche aidante • Itinérance, toxicomanies, judiciarisation, refus d'aide qui sont des situations complexes qui nécessitent des actions concertées intersectorielles • Maltraitance • Méconnaissance du vieillissement par la population : éducation pour mieux se préparer à sa vieillesse • Habitudes de vie néfastes (ex. tabagisme, sédentarité) | <p>Mesures sociales, environnement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pauvreté et Inégalités sociales de santé • Précarité et salubrité résidentielle • Insécurité alimentaire • Fragilisation du tissu communautaire • Faible littératie, fracture numérique • Épuisement des personnes proches aidantes • Accès au transport • Accès sécuritaire à des espaces verts <p>Organisation des services de santé</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faible part aux activités de prévention • Difficulté d'accès interdisciplinaires aux médecins de famille, gériatres, gériatopsychiatres et intervenants psychosociaux et communautaires de proximité • Coordination intersectorielle insuffisante des services en cas de situations médicales et psychosociales complexes • Enjeu de consentement aux soins • Enjeu de confidentialité des données qui limitent la fluidité de la trajectoire de soins de la communauté vers les programmes du CSSMTL • Méfiance des personnes âgées face aux intervenants • Manque d'équipes médicales interdisciplinaires capables de prendre en charge des patients ayant des besoins médicaux, psychiatriques et sociaux, afin d'optimiser les diagnostics et interventions. • Roulement et pénurie du personnel |

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

Québec 