Fondation AGES
VIEILLIR MIEUX

14/01/2019

Rapport d'analyse des données du premier Forum sur la gériatrie sociale

Emilie Proteau-Dupont, Ph.D. (c)
Administration Publique (ENAP)
Danielle Lepage, MA.
Anthropologie

REMERCIEMENTS

Nous tenons grandement à remercier la Fondation AGES de nous avoir fait confiance pour ce travail de recherche et de consultation. De même, nous remercions chaleureusement les participants du premier forum sur la gériatrie sociale qui ont généreusement collaboré à cette consultation et qui, ainsi, ont contribué à poursuivre l'élaboration de la gériatrie sociale en communauté. L'intérêt et l'enthousiasme qu'ils ont démontrés étaient des plus stimulants. Ainsi se développe la gériatrie sociale, « par et pour » les ainés et leurs proches, en collaboration étroite avec les intervenants de la santé et ceux de la communauté.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVD : Aide à la vie domestique

AVQ : Aide à la vie quotidienne

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

FADOQ : Fédération de l'Âge d'Or du Québec

EESAD : Entreprises d'économie sociale en aide domestique

GMF : Groupes de médecines familiales

MADA : Municipalité amie des aînés

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

MFA : Ministère de la famille

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

SABV : Service amical Basse-Ville

Table des matières

Introduction : l'organisation des soins et services auprès de la population vieillissante 4

La gériatrie sociale en communauté telle qu'envisagée initialement 5

Le forum tenu le 24 novembre 2016 7

L'objectif visé par ce rapport 7

PREMIERE PARTIE : LA RECENSION DES ECRITS 9

Les modèles d'intervention en communauté auprès des aînés sous une perspective internationale 9

Les soins et services offerts à domicile au Québec 12

Cadre législatif 12

Inégalités de l'offre selon les régions et l'absence de standards 13

Municipalités 14

Acteurs « non-étatiques » pour l'offre de soins et services à domicile 14

Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) 15

Résidences privées pour aînés 15

Nouvelles formes d'habitation alternatives avec services 15

Limites de la proche aidance 16

DEUXIÈME PARTIE : LA MÉTHODOLOGIE 18

Cueillette des données 18

Analyse des données 20

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS D'ANALYSE DES DONNÉES DE LA CONSULTATION 21

Les problèmes vécus par les aînés au plan social et au plan de la santé 21

Difficultés d'accès et le manque de ressources ou de services 21

Perte des capacités fonctionnelles et diminution de la qualité de vie 22

Isolement social 23

Manque d'information et de connaissance 23

Âgisme et maltraitance de l'aîné 24

Problèmes liés à la multi-morbidité et à la poly-pharmacie 24

Problèmes de santé mentale 24

Vulnérabilité lors des transitions 24

Lacunes au niveau de l'approche des intervenants 25

Les besoins de la population vieillissante en matière de santé et ceux des proches aidants 25

Besoins associés à la perte de capacités fonctionnelles 25

Besoins psychosociaux 26

Besoin d'être informé 27

Accès aux ressources nécessaires 28

Prévention de problèmes de santé gériatriques 28

Les besoins des proches aidants 29

Les solutions proposées et les contributions potentielles du modèle de gériatrie sociale en communauté 29

Une offre adaptée aux besoins de la population vieillissante 30

La diminution des barrières institutionnelles au profit de l'aîné 30

Le développement d'une solidarité sociale 31

La diffusion d'informations et l'offre de formations 31

La précision du concept de gériatrie sociale 32

Les acteurs partenaires à inclure dans le modèle 32

La participation et l'engagement des personnes aînées et de leurs proches 34

Les pièges à éviter dans l'élaboration et le déploiement du modèle de gériatrie sociale 35

QUATRIÈME PARTIE : SYNTHESE DES RESULTATS DE LA CONSULTATION VUS À LA LUMIÈRE DE LA *NORMALISATION PROCESS THEORY* 35

1. La cohérence : le modèle doit faire sens auprès des acteurs et nécessite une cohérence par rapport aux pratiques existantes 36

2. La participation cognitive : la motivation à s'impliquer dans le modèle et les moyens de communication envisagés pour incorporer les idées de chacun 38

3. L'action collective : les changements dans la pratique et les nouvelles distributions de tâches 40

4. Le suivi réflexif : les freins et solutions pour l'adaptation du modèle 42

CONCLUSION 48

Les apports et les limites de l'analyse 48

Bibliographie 50

Annexe I Liste des 22 programmes et références 55

Introduction : l'organisation des soins et services auprès de la population vieillissante

La proportion des 65 ans et plus atteindra près du quart de la population en 2030, tant au Canada qu'au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2014 et Statistique Canada, 2013). Ce phénomène démographique constitue un enjeu majeur pour la gestion de la santé et des services sociaux. Si toutes les personnes âgées n'ont pas besoin d'aide au quotidien, les dernières données de l'enquête canadienne sur l'incapacité montrent néanmoins que pour une proportion importante d'entre eux, cette aide est requise : 33,2% des Canadiens et 23,6% des Québécois âgés de 65 ans et plus ont déclaré une incapacité, soit légère, modérée, grave ou très grave (Statistique Canada, 2013). Parallèlement, depuis une trentaine d'années, le gouvernement du Québec privilégie le maintien à domicile (Ministère de la santé et des services sociaux, 2003 et 2012). Ces orientations découlent à la fois de la volonté des personnes aînées de rester chez elles ainsi que la volonté de l'État de réduire les dépenses dans un contexte de « crise» de l'État-Providence.

Or, la médecine gériatrique est exercée dans un contexte essentiellement institutionnel et peu dans le milieu de vie du patient. Certes, il existe une panoplie de services de soutien à domicile par l'entremise des organismes communautaires, entreprises d'économie sociale et centres locaux de services communautaires (CLSC). Toutefois, les soins médicaux offerts aux patients concernés sont généralement détachés de ces services en communautés. Les groupes de médecines familiales (GMF) ou les médecins de famille sont présents en cabinet et très peu à domicile, sans compter qu'il y a peu de collaboration directe avec les professionnels des CLSC (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015).

À titre illustratif, selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, les examens à domicile ne représentaient que 2.3% de tous les actes médicaux posés par les médecins omnipraticiens rémunérés à l'acte en 2006 (RAMQ, 2006). Aussi, les services gériatriques spécialisés de chaque région sont offerts par des équipes de généralistes qui, bien qu'ils utilisent parfois le domicile du patient comme lieu d'évaluation, restent éloignés des services communautaires soulignés précédemment. Les professionnels communautaires sont pourtant aux premières loges d'intervention auprès des patients dans leur contexte spécifique. Soulignons enfin qu'une partie des services gériatriques concerne les cliniques externes des hôpitaux, à partir desquelles des évaluations sont menées de façon thématique (ex : clinique de mémoire, d'incontinence, de chutes, etc).

Cela nous amène à aborder les limites du réseau actuel au Québec, soit le « réseau de services intégrés à la personne âgée », qui agit dans un cadre local ou régional. Malgré que la mise en place de ce réseau puisse contribuer à une meilleure continuité des soins gériatriques (Bergman et al. 1997), ceux-ci demeurent hiérarchisés et l'activité du réseau de la santé gravite autour de l'hôpital. En se référant au récent rapport du Commissaire à la santé et au bien-être intitulé « la performance du système de santé et des services sociaux

québécois 2015, résultats et analyses », ainsi qu'à la synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées (Institut national de santé publique du Québec, 2013), nous constatons certaines limites:

- le maintien de structures administratives "en silos";
- l'éloignement structurel des acteurs du réseau par rapport aux acteurs communautaires;
- le manque de coordination auprès des ressources communautaires;
- le maintien de barrières professionnelles relativement étanches;
- peu de concertation entre les cliniciens dans l'élaboration des plans de services individualisés (échange d'information non bidirectionnel entre les médecins traitants et les ressources communautaires);
- Une faible mise à profit des technologies de l'information auprès des médecins.

La gériatrie sociale en communauté telle qu'envisagée initialement

L'éloignement de la médecine gériatrique avec les communautés et les limites de l'intégration des soins et services pour les personnes âgées font obstacle à une réponse adéquate aux besoins complexes et grandissants des aînés en perte d'autonomie vivant à domicile (Lavoie et Guberman, 2014). La génèse de cette complexité consiste au fait que les personnes âgées en perte d'autonomie présentent souvent une multi-morbidité, une poly-pharmacie et que divers facteurs peuvent affecter leur autonomie.

Afin de maximiser le potentiel des interventions à domicile, le gériatre Stéphane Lemire, directeur de la Fondation AGES, souhaitait développer un modèle d'intervention complexe, soit « la gériatrie sociale en communauté ».

Une expérimentation pilote sur une période de deux ans, soit de 2014 à 2016, a été réalisée par Dr. Stéphane Lemire, en partenariat avec le Service amical Basse-Ville (SABV) et en collaboration avec le CLSC de la Basse-Ville.

Le projet fut initialement envisagé selon les caractéristiques suivantes.

Principes fondateurs

- Une philosophie d'action qui place l'aîné au coeur des interventions, leur conférant ainsi leurs sens;
- Mettre à contribution les proches aidants et les autres acteurs intervenants, dans le respect des volontés de l'aîné;
- Prioriser les valeurs et les choix de l'aîné advenant l'inaptitude de ce dernier;
- Favoriser l'exercice d'un rôle de protection des droits des aînés utilisateurs du service de gériatrie sociale.

Finalité principale des interventions

Permettre le maintien à domicile de l'aîné et viser l'amélioration de son statut fonctionnel et de sa qualité de vie, à la fois par des interventions médicales et psycho-sociales. Pour ce, avoir recours à une gamme élargie de services communautaires et professionnels offerts par les partenaires du service de gériatrie sociale en communauté.

Lieux de pratique

- Le bureau du gériatre, fondateur du modèle, était situé à proximité des aînés vivant à domicile, c'est-à-dire dans les locaux de l'organisme communautaire SABV, offrant des services de soutien à domicile au cœur d'un quartier défavorisé, soit Limoilou et Basse-ville.
- Sa pratique s'effectuait essentiellement à domicile.
- L'objectif était de mieux rejoindre les clientèles vulnérables désaffiliées du réseau traditionnel de santé.

Approche

Une approche fondamentalement interdisciplinaire et inter-sectorielle qui brise les barrières institutionnelles au bénéfice de l'aîné et valorise un partenariat étroit entre les organisations.

Interventions

- L'évaluation des aînés en perte d'autonomie était réalisée dans le contexte du milieu de vie de l'aîné, soit à domicile par le gériatre. Le traitement et le suivi furent également faits à domicile;
- Un plan de traitement individualisé; dont la coordination est assurée par le médecin de famille ou un médecin partenaire;
- Une collaboration inter-professionnelle décloisonnée qui tire profit des évaluations et des interventions réalisées par les intervenants de première ligne et qui évite le redoublement;
- Une organisation du travail fondée sur les principes d'amélioration continue, les meilleures pratiques organisationnelles et le recours à des technologies nécessaires à une efficacité optimale;
- Un système d'accueil téléphonique qui facilite le contact avec l'aîné plutôt que de le freiner;
- Un service de soutien aux aidants offert par l'OBNL partenaire.

Acteurs impliqués et rôles

- Les patients aînés en perte d'autonomie vivant à domicile et leur famille, qui consentent aux interventions et à l'échange de renseignements entre les différents partenaires;
- Stéphane Lemire, gériatre fondateur du modèle;
- Des médecins généralistes possédant une formation en soins gériatriques et respectant la philosophie d'intervention de la gériatrie sociale en communauté souhaitent s'associer au gériatre. Une relation de mentorat est alors établie;
- Un organisme communautaire (entreprise d'économie sociale, coopérative ou autre) au sein duquel travaillent des intervenants se déplacant à domicile, en mesure d'identifier les personnes aînées dont l'état justifie une évaluation gériatrique à domicile;
- Des acteurs professionnels du CLSC de la communauté concernée;
- Un médecin de famille; ou médecin partenaire qui assure la coordination du plan d'intervention;
- Un pharmacien d'officine pour conseiller sur la pharmacologie;
- Un consultant juridique qui, au besoin, supportera l'aîné ou son entourage.

Le forum tenu le 24 novembre 2016

Afin d'améliorer le modèle expérimental de gériatrie sociale en communauté, d'assurer sa cohérence aux besoins des aînés et de prendre en compte les pratiques existantes, il s'est tenu le 24 novembre 2016 un forum qui a été l'occasion d'une consultation. L'évènement a eu lieu à Québec, au Centre Horizon, et il a réuni 98 participants.

La programmation de la journée débutait par une conférence sur la « pédiatrie sociale », modèle duquel s'inspire la « gériatrie sociale » (présentée par la Dre Marie-Camille Duquette, présidente et chef de la direction du Centre de pédiatrie sociale de Québec); suivie d'une présentation du concept de la gériatrie sociale en communauté (par le Dr Stéphane Lemire, président et Fondateur de la Fondation AGES), puis d'un pannel de discussions sur : comment le modèle de gériatrie sociale pourrait répondre adéquatement aux besoins des usagers (les pannélistes étant un professeur à l'ENAP, un travailleur de milieu, un orthophoniste, deux intervenants d'organismes offrant des services à domicile); et finalement les ateliers de consultation furent tenus.

L'objectif visé par ce rapport

S'inscrivant dans la poursuite des efforts pour affiner la gériatrie sociale initialement envisagée, ce rapport vise l'objectif suivant:

> Faire état des résultats de l'analyse des données recueillies auprès des 81 participants à la consultation tenue le 24 novembre 2016 et ressortir les éléments

pouvant guider ou être intégrés dans la conception du modèle de gériatrie sociale en communauté

Dans la poursuite de cet objectif, nous nous inspirerons également de la littérature sur les modèles d'intervention en communauté auprès des aînés sous une perspective internationale, ainsi que de la littérature concernant les soins et services offerts à domicile au Québec.

Structure du rapport

Première partie : nous présentons la littérature sur les modèles d'intervention en communauté auprès des aînés sous une approche internationale, ainsi que la littérature sur les soins et services à domicile au Québec.

Deuxième partie: nous exposons la méthodologie de cueillette d'informations et d'analyse qualitative utilisée pour traiter les données de la consultation menée lors du Forum du 24 novembre 2016.

Troisième partie: l'analyse des données de la consultation est présentée selon les grandes catégories prédéterminées dans la cueillette ainsi que ses sous-catégories émergentes.

Quatrième partie: la synthèse des éléments à retenir dans la poursuite du développement de la gériatrie sociale est présentée à la lumière de la *Normalisation Process Theory*.

Conclusion : les apports et les limites de l'analyse.

PREMIERE PARTIE : LA RECENSION DES ECRITS

Les modèles d'intervention en communauté auprès des aînés sous une perspective internationale

La recension des écrits fait ressortir l'absence de consensus sur un modèle de soins intégrés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie qui soit efficace.

Johri, Berland et Bergman (2003) ont réalisé une revue systématique des modèles innovateurs offrant une intégration des services auprès des personnes âgées. Leur étude conclue que les soins basés dans la communauté ont des impacts favorables sur les coûts globaux du système de santé. Les travaux d'Hollander et Chappell (2002) arrivent à une conclusion similaire : les soins et services dispensés à domicile aux personnes âgées en perte d'autonomie se révèlent moins coûteux pour l'État et il s'agit là d'une voie pouvant minimiser les coûts du système de santé. Toutefois, il est difficile de connaître la combinaison la plus efficace des interventions associées aux modèles de soins intégrés auprès des aînés en perte d'autonomie. À cet effet, introduisons un extrait de l'article «Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques plutôt qu'un défi économique » (Lafortune, Béland et Bergman, 2011) :

> « Dans le système québécois de santé, le point d'ancrage des défis du vieillissement se situe à la jonction des besoins complexes des personnes âgées, de la prestation et du financement des services. En dépit des réformes mises en place, le décalage existe toujours entre l'organisation, le financement, la prestation de services axés sur le court terme et le curatif, et les besoins continus de prévention, de guérison et de maintien des personnes âgées fragiles et dépendantes. **La question que l'on pose est la suivante : quel modèle d'organisation et de financement faut-il mettre en place pour répondre aux besoins de cette population? »**

Nous avons tenté de répondre à cette question en recensant 23 articles décrivant 22 programmes émanant des méta-analyses récentes sur le sujet (Stall et al., 2014; Beswick et al., 2008; Eklund et Wilhelmson, 2009; Huss et al. 2008). L'annexe I présente les 22 programmes et les articles associés. Une attention particulière fut portée sur les interventions, la performance des programmes et la composition des équipes interdisciplinaires.

Les interventions les plus fréquentes

	Total (/22)	Pourcentage (%)
Plan d'intervention individualisé	19	86%
Éléments du *Chronique Care Model**	18	82%
Évaluation initiale multidimensionnelle	16	73%
Prescriptions ou références offertes	14	64%
Appels téléphoniques	13	59%
Suivis fréquents	13	59%
Services sociaux	11	50%
Coordination des services locaux	10	45%
Soins gériatriques de base à domicile	9	41%
Conseils médicaux	7	32%
Soutien aux proches aidants	6	27%
Thérapie physique	5	23%
Évaluations paracliniques	5	23%
Autres interventions représentant de moins de 15%		

*** Efficacité de l'approche d'équipe, Gestion des cas, Éducation préventive

Malgré que 73% des programmes insistent sur une l'importance d'une évaluation initiale multidimensionnelle, nous avons remarqué, d'une part, que les interventions des programmes s'articulent généralement autour d'une problématique particulière (ex. : prévention des chutes, maladie chronique ciblée, etc.) plutôt que de répondre à l'ensemble des besoins complexes des aînés en perte d'autonomie.

Les mesures d'évaluation et les résultats sont hétérogènes

	Total (/22)	Pourcentage (%)
Réduction des coûts par patient	8	36%
Réduction des admissions à l'hôpital (%)	7	32%
Amélioration des Habilités fonctionnelles	7	32%
Réduction des jours d'hospitalisation (%)	6	27%
Amélioration de la qualité de vie/bien-être	5	23%
Réduction des visites aux urgences (%)	4	18%
Utilisation accrue des services en communauté	4	18%
Meilleur fonctionnement de la santé mentale	3	14%
Réduction du temps de soins à domicile par des infirmières (%)	2	9%
Réduction du nombre total de jours d'hospitalisation durant une année (%)	2	9%
Réduction des réadmissions mensuelles à l'hôpital (%)	2	9%
Amélioration du soutien social	2	9%

Réduction des admissions à des centres de soins (%)	1	5%
Autres < ou = 5%		

Si les mesures d'évaluation sont hétérogènes, elles portent davantage sur l'évaluation de la réduction des coûts globaux pour le système de santé (réduction du taux d'hospitalisation, de visites aux urgences…).

Les équipes interdisciplinaires incluent une faible variété de professionnels

	Total (/22)	Pourcentage (%)
Médecin	7	32%
Gériatre	3	14%
Gestionnaire/ coordonnateur/ directeur	5	23%
Infirmière (degré universitaire ou pas)	16	73%
Infirmière avec une spécialisation en soins gériatriques	2	9%
Travailleur social	6	27%
Physiothérapeute	6	27%
Autre professionnel moins de 10%		

D'autre part, les équipes interdisciplinaires ne sont généralement pas composées d'une grande diversité d'intervenants. La présence d'un travailleur social ou d'un physiothérapeute fut rapportée dans seulement 27 % des programmes, celle d'un médecin dans une proportion de 32% et celle d'autres types de professionnels dans moins de 10% des programmes. La présence des infirmières était la plus fréquemment rapportée, soit dans 73% des programmes (les infirmières spécialisées en soins gériatriques, dans une proportion de 9%).

Somme toute, ce portrait des 22 programmes nous permet de retenir certaines des meilleures pratiques étrangères, mais nous demeurons sans réponse quant à leur combinaison pour répondre à la complexité des besoins de la population vieillissante au Québec.

Le Commissaire de la santé et du bien-être (2015 : 34) souligne que « l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients au Québec constitue un défi important dans la mesure où la population vieillit et où la proportion de patients ayant des maladies chroniques augmente ». Le Comité permanent de la santé (2012) rapporte à ce titre des lacunes quant à la formation des professionnels de la santé pour le diagnostic, le traitement et la prise en charge des maladies chroniques chez les personnes âgées.

À ces égards, la gériatrie sociale en développement s'inspire du modèle gériatrique traditionnel reposant sur une approche interdisciplinaire *bio-psychosociale* (Association des médecins gériatres du Québec, 2012), qui cherche l'identification des causes sociales,

psychologiques ou médicales sous-jacentes aux incapacités fonctionnelles. L'approche biopsychosociale permet de remédier aux causes des problèmes plutôt que de simplement les compenser, évitant ainsi qu'ils se détériorent au point de nécessiter une admission en milieu hospitalier. Enfin, la gériatrie sociale en développement s'inspire également des interventions des principaux modèles de réseaux intégrés de services qui ont été expérimentés au Québec, (Modèle PRISMA : Hébert *et al*., 2003; Modèle SIPA : Béland et Bergman, 2000; Béland *et al.* 2006). Ces auteurs ont par ailleurs tous recommandé une meilleure collaboration entre les médecins et les autres professionnels de la santé.

Enfin, selon un récent rapport de réflexion sur le soutien aux aînés à domicile (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017 :11), deux interventions ressortent comme fondamentales : une évaluation initiale sous une approche globale, ainsi qu'une gestion de cas, par un professionnel de la santé, sur le long terme, du patient âgé dont l'état évolue.

Les soins et services offerts à domicile au Québec

Cadre législatif

L'importance des soins et services à domicile fut maintes fois soulignée dans les politiques, plans d'action, programmes et rapports gouvernementaux (MSSS, 2003; Ministère des affaires municipales du sport et du loisir, 2004; MSSS, 2005; MFA, 2010; MFA 2012, Service Québec; 2014; Gouvernement du Canada, 2015). Pourtant, les budgets alloués aux services à domicile depuis la Politique des services à domicile de 2003 ont faiblement augmentés (Lavoie, 2014 :17).

En matière de dispositifs légaux, l'article 5 de la loi sur les services de Santé et les Services Sociaux du Québec indique que « toute personne a le droit de recevoir des services de santé et sociaux adéquats, avec continuité, de façon personnalisée et sécuritaire » (Lavoie, 2014). Paradoxalement, soulignons que la Loi canadienne sur l'assurance maladie précise que les services médicaux doivent être couverts par l'État, mais pas les services à domicile (Lavoie, 2014). La Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule également que le Ministère de la santé et des services sociaux est responsable de diffuser auprès des établissements les standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficience et d'efficacité (Vérificateur général, 2013). Or, très peu de standards furent communiqués en matière de services à domicile (Vérificateur général, 2013).

La « loi 90 » (Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé), effective depuis 2003, permet l'évaluation à domicile, par un infirmier, de l'état mental et physique des patients, qu'ils soient mineurs ou âgés. L'infirmier peut être amené conséquemment à assumer le rôle de gestion des cas et de coordination des soins sur le long terme. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

(OIIQ) souligne que pour remplir ces rôles, faire appel à des infirmiers praticiens spécialisés en soins de première ligne est plus judicieux que de recourir à des médecins:

> « Actuellement, l'accès au médecin de famille est difficile et ne répond pas nécessairement aux besoins les plus urgents d'une personne en perte d'autonomie ou présentant une détérioration ou une exacerbation de ses symptômes, ni aux besoins de l'équipe interdisciplinaire qui s'en occupe. Peu de médecins offrent des soins à domicile ou sont disponibles en temps opportun, et ce, malgré le vieillissement de la population qui exige un soutien plus intensif et performant avec une accessibilité à ces services médicaux. L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) pourrait aussi être mise à contribution. En effet, sa formation et son champ d'exercice, en collaboration avec un médecin de famille, lui permettent d'assurer le suivi des personnes en perte d'autonomie. » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2017 :13)

Inégalités de l'offre selon les régions et l'absence de standards

Les changements de pratique s'installent lentement et inégalement selon les milieux. À titre illustratif, le plan de la Politique des services à domicile de 2003 ne fut pas réellement appliqué, selon le Vérificateur général du Québec, au niveau des services à domicile (2013). L'absence ou le manque de standards ou d'indicateurs associés à des cibles rendent son évaluation difficile. Un plan pour la mise en œuvre de la politique de soutien à domicile aurait d'ailleurs dû être publié. Un plan d'action pour 2005-2010, fut produit, mais peu d'éléments concordaient avec ceux prévus initialement par la politique de soutien à domicile.

Voici des exemples d'orientations qui ne furent jamais appliqués:

- offrir les services à domicile jusqu'à concurrence du coût à payer pour héberger une personne dans un établissement public;
- gérer les listes d'attente selon des critères uniformes;
- effectuer le suivi des pratiques pour chaque intervenant;
- établir des critères et des normes de qualité pour les fournisseurs de services d'aide à domicile;
- préciser des indicateurs qui permettront d'évaluer les services à domicile; c'est-à-dire mesurer l'accès, leur intensité, leur continuité et le coût des interventions.

Les services aux aînés à domicile sont inégalement desservis sur le territoire québécois. Des différences s'observent entre les régions selon le nombre moyen d'heures de services consacrées par usager pour l'aide à domicile des personnes âgées (Vérificateur général, 2013). La moyenne du nombre d'heures offertes annuellement par usager passe de 33,4 heures dans la région du Bas Saint-Laurent, à 122,4 heures dans la région du Nord du Québec.

Municipalités

Depuis les années 2000, le gouvernement québécois a sollicité les municipalités afin qu'elles développent une gestion de services et des aménagements qui tient compte du vieillissement de la population. (Harvey, 2000; Ministère des affaires municipales du sport et du loisir, 2004 cité par Séguin 2010). Elles doivent s'assurer de la disponibilité et de l'accessibilité des ressources nécessaires au bien-être des personnes âgées (Séguin, 2011). Au chapitre du logement, les municipalités devraient augmenter le nombre et l'accessibilité des logements adaptés (Ministère de la famille et des Aînés, 2009). Des formules souples de transport adapté doivent également être développées, car il s'agit d'une condition nécessaire pour l'accessibilité aux ressources et pour la participation à la vie collective (Ministère de la famille et des Aînés, 2009).

Les effectifs des personnes âgées tendent à augmenter au sein des villes et des banlieues plus récentes (Séguin, 2010). Ces villes ont été cependant aménagées principalement pour répondre aux besoins des jeunes familles. Elles n'ont pas été conçues pour des personnes ayant des difficultés de mobilité. Ceci peut amener une exclusion spatiale; ayant pour conséquences le confinement au logement, l'incapacité de se déplacer pour accéder aux services nécessaires à la qualité de vie, et conduire à une invisibilité dans l'espace public (Séguin, 2010, cité par Séguin, 2011). En regard des études menées dans le cadre du projet *Villes amies des aînés au Québec* (VADA-QC), les conclusions démontrent que les aînés ont une connaissance limitée des options qui leur sont offertes. Ils sont souvent confrontés à des choix d'habitations financièrement inabordables, situées loin des services de proximité (Bigonnesse, Beaulieu et Garon, 2013).

La question que pose Séguin (2011 : 48-49) mérite ici d'être soulignée : « La municipalisation de l'État-providence est-elle susceptible (…) de fragiliser encore plus les aînés les plus pauvres? ». En somme, la responsabilité du soutien à domicile des aînés, transférée aux municipalités par l'État, ne garantit pas un accès égalitaire aux services, puisque les ressources variant d'une municipalité à l'autre. Les aînés en situation favorable sur le plan financier et de leur santé auraient même tendance à se concentrer dans les collectivités offrant plusieurs services (Rosenberg, 1999; cité par Séguin, 2011).

Acteurs « non-étatiques » pour l'offre de soins et services à domicile

Selon les données provenant du système d'information du MSSS et de l'Institut de la Statistique du Québec (Vérificateur général, 2013), le pourcentage des heures de services d'aide à domicile rendus par les CSSS est en moyenne de 62% et il est en moyenne de 38% par les autres fournisseurs. Ces pourcentages peuvent varier selon les régions, mais il apparait que pour l'ensemble du Québec, des « acteurs non-étatiques », issus des communautés, entrent en scène. Il s'agit des entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) et groupes communautaires, des résidences privées pour aînés ou de nouvelles formes d'habitation alternatives. Il faut également considérer l'apport important des proches aidants en matière de soins et services à domicile.

Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD)

À l'issue du sommet socioéconomique de 1996, est prise la décision d'investir dans les entreprises sociales dédiées à l'aide domestique ou aux soins personnels. Le gouvernement québécois a incité l'élargissement des paniers de services offerts par les Entreprises d'économie sociale en aide domestique (EESAD) en introduisant d'abord l'aide à la vie domestique en 2004 (AVD), puis par la suite l'aide à la vie quotidienne (AVQ). En 2008, le répit fut également pris en charge par les ESSAD (Diadiou, 2011).

Les EESAD et groupes communautaires furent sous financés, comme en témoigne la faible rémunération du personnel et leur manque de formation (Fournier, 2005). Le programme d'exonération financière pour les services d'aide constitue la principale source de financement, mais somme toute, les EESAD ne couvriraient pas leurs dépenses. Ces conditions difficiles prédisposent à une faible qualité des services. Malgré le dévouement des directions et les sacrifices au plan salarial des employés, il demeure difficile de répondre aux attentes (Vaillancourt *et coll.*, 2003).

Résidences privées pour aînés

Concernant les résidences privées, la Société canadienne d'hypothèques et de logement note qu'au Canada, en 2011, près de la moitié des places dans les résidences privées pour aînés sont situées au Québec et que la majorité (87,9%) est à but lucratif (MSSS, 2014, cité par Lavoie et Guberman, 2014). Environ la moitié des places offertes dans les résidences privées seraient occupées par des personnes âgées qui ont des incapacités et qui nécessitent des soins de longue durée (Charpentier et Soulières, 2006). La nomenclature utilisée par le MSSS témoigne que ces personnes vivent « à domicile » et plusieurs services sont donc à leur charge (Lavoie et Guberman, 2014). Or, financer les soins pour une clientèle en perte d'autonomie est une avenue peu lucrative pour les résidences privées. Les promoteurs de résidences privées orientent ainsi leurs offres de services vers une clientèle autonome.

Nouvelles formes d'habitation alternatives avec services

De nouvelles formules d'habitation, alternatives à l'hébergement de type institutionnel, se sont développées depuis la dernière décennie (ex : Centre d'hébergement de soins de longue durée). En 2010, seulement 0,7% des personnes âgées de 65 ans et plus vivaient en ressources intermédiaires et en ressources de type familial (MSSS, 2011).

Une réalité susceptible d'affecter les aînés ayant à la fois des incapacités et un faible revenu, est le nombre limité d'habitations avec services et à prix modiques. En effet, les personnes âgées en perte d'autonomie peuvent difficilement accéder à une habitation à loyer modique, car « le demandeur doit assurer, de façon autonome ou avec l'aide d'un soutien extérieur ou d'un proche aidant, la satisfaction de ses besoins essentiels, en particulier ceux liés aux soins personnels et aux tâches ménagères usuelles. » (Programmes et services aux aînés, édition 2014-2015 : 27).

Limites de la proche aidance

Les proches aidants ont des limites pour le soutien à domicile des aînés en perte d'autonomie. Celles-ci sont à tenir en compte dans l'optique du développement d'un modèle d'intervention cherchant à intégrer les proches aidants.

La littérature démontrant que les proches aidants sont sujets à l'épuisement est abondante. Offrir un soutien à un aîné avec des incapacités comporte souvent, pour l'aidant, des conséquences sur sa santé et sur sa vie professionnelle et personnelle. Chez les proches aidants canadiens offrant du soutien à un de leur parent, 60% ressent de l'inquiétude ou de l'angoisse, 21% est déprimé, 18% a rapporté des incidences sur la santé, 7% a des difficultés financières et 10% a été dans l'impossibilité de maintenir un emploi (Turcotte, 2013).

Les statistiques diffusées dans le mémoire du Regroupement des aidants naturels du Québec (2014) sont éloquentes. Elles font état des difficultés éprouvées par les proches aidants occupant un emploi: 43 % a déclaré être arrivés en retard, être contraints de partir plus tôt ou s'être absentés pendant la journée pour s'occuper d'un proche; 15 % a réduit leur nombre d'heures; 10 % a refusé une promotion, un nouvel emploi, ou encore, n'ont pas osé demander une promotion; et 40 % a recherché un emploi moins exigeant. À l'échelle du Canada, 35% de la population active (6 millions de personnes) fournit des soins informels tout en assumant des responsabilités professionnelles (Gouvernement du Canada, 2015).

En regard de ces statistiques, il s'avère que malgré les soins et services offerts à domicile par les établissements publics ou les autres acteurs en communauté, les proches demeurent fortement sollicités.

L'Enquête Sociale Générale (Statistique Canada, 2007) nous informe qu'au Québec, la moyenne d'heures de soins informels fournis par semaine par les femmes est de 11,9 heures, comparativement aux hommes qui procurent 7,6 heures. Notons que ces moyennes sont largement supérieures aux moyennes d'heures offertes annuellement par les établissements publics, soulignées précédemment. L'engagement accru des femmes à fournir de l'aide informelle, en termes de fréquences et de durée des services, les prédisposent à devancer leur retraite (Fast *et coll*., 2011), pouvant entraîner de lourdes conséquences financières, d'autant plus qu'elles vivent en moyenne plus longtemps que les hommes.

En ce qui a trait aux proches aidants issus de l'immigration ou appartenant à un groupe culturel minoritaire, la littérature souligne certaines barrières à l'accès aux services publics:

- le manque de professionnels habilités au le plan culturel (Das Emongo et Grégoire, 2003; cité par Harroud, 2008);
- le manque de connaissances des ressources existantes;

- l'incompréhension linguistique et culturelle entraînant une méfiance envers les services publics (Centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale *et coll.* 2007; cité par Laquerre, 2013);
- une préférence pour recourir à leur réseau d'entraide informel (Legault et Roy, 2000; cité par Tremblay *et coll*., 2006).

Les proches aidants éloignés géographiquement du parent en perte d'autonomie éprouvent certains défis. Dans l'étude de Vézina et Turcotte (2010), un enfant sur cinq habite à plus d'une heure de voiture (aller simple) du lieu de résidence du parent aidé. Plus la distance était grande, moins les visites d'aide étaient fréquentes. 85 % des aidants demeurant à plus d'une demi-journée de route fournit de l'aide une fois par mois ou moins, alors que 93 % des aidants demeurant dans le même voisinage fournit de l'aide une fois par semaine ou plus (Vézina et Turcotte, 2010). De plus, les aidants éloignés doivent assumer des dépenses supplémentaires.

DEUXIÈME PARTIE : LA MÉTHODOLOGIE

Cueillette des données

La présente constitue une étape de recherche exploratoire, qualitative, qui contribuera au développement de la gériatrie sociale plaçant l'aîné et ses besoins au centre de l'approche. Cette étape vise à recueillir un large éventail d'idées, issues de différents points de vue afin de mieux comprendre différentes réalités vécues par les personnes âgées vivant à domicile. Pour ce, nous avons privilégié la tenue d'une consultation par focus group.

La consultation par focus group s'est inscrite dans la programmation du premier Forum sur la gériatrie sociale en communauté, tenu le 24 novembre 2016. Elle réunissait, autour de tables rondes, des professionnels de la santé, des aînés, des organismes communautaires et des proches aidants. Une quinzaine de tables regroupant chacune de 6 à 8 personnes ont été formées, constituant autant de focus group. À chaque participant était remis un cahier appelé : *Cahier des co-chercheurs*.

Deux animateurs de l'organisme Présâges[1] donnaient les consignes générales selon les thèmes abordés et allouaient des périodes d'échange. À chacune des quinze tables, un facilitateur, appelé *capteur d'idées*, animait les discussions selon un guide d'animation préétabli appelé : *Gabarit de prise de notes pour les capteurs d'idées.*

Les groupes de discussions étaient d'une durée de 2.5 heures. Ils portaient sur :

- Quels sont les problèmes auxquels les personnes aînées fragilisées, vivant à domicile font face?
- Quels sont les besoins particuliers de ces personnes aînées?
- Quelles sont les solutions à envisager?
- Comment la gériatrie sociale en communauté peut-elle contribuer?
- Quels acteurs devraient être partenaires dans la mise en œuvre de la gériatrie sociale en communauté ?
- De quelles façons les personnes aînées et leurs proches pourront-ils participer et s'engager dans la mise en œuvre des solutions identifiées?
- Quels obstacles pourraient entraver la mise en œuvre des solutions?
- Quelles seraient les conditions favorables?
- Quels sont les pièges à éviter dans l'élaboration de la gériatrie sociale en communauté?

[1] Soutenu par la Fondation Berthiaume-Du Tremblay, Présâges offre « un service d'accompagnement pour prêter main forte à des intervenants, des organismes, des tables de concertation, des projets de recherche… intéressés par des enjeux reliés au bien vieillir et qui sont ouverts à de nouveaux apprentissages ». Présâges demande « une contribution sous forme de témoignage, de récit, de partage… afin que tout accompagnement contribue à la construction de nouveaux savoirs qui participeront à l'évolution du milieu communautaire des aînés » (http://presages.org/#qui-sommes-nous).

Après chacun des échanges, un temps était alloué afin que les participants remplissent l'espace, dans leur cahier des co-chercheurs, correspondant au thème discuté. Pour leur part, les animateurs, à chacune des tables, complétaient le *Gabarit de prise de notes pour les capteurs d'idées*

Au cours des focus group, 81 participants ont complété les cahiers de « Co-chercheurs ». La majorité était des femmes (78%) et la plupart venait de la région de Québec.

Le tableau suivant montre les catégories d'appartenance des participants.

RÉPARTITION DES PARTICIPANTS AUX GROUPES DE DISCUSSION		
FONCTIONS	***n* 81**	**%**
Aînés(es) et proche aidants	16	20%
Professionnels de la santé et des services sociaux	45	56 %
Chercheurs et professionnels de recherche	6	7 %
Bénévoles	5	6 %
Étudiant	1	1 %
Autres	6	7%
Non précisé	2	2 %

Parmi les 45 professionnels de la santé et des services sociaux participant au groupe de discussion, la majorité était des travailleurs sociaux (29%) et des travailleurs de milieu (18%), tandis que 9% était des médecins ou du personnel infirmier. Les autres catégories de professionnels étaient des éducateurs spécialisés (4%), des ergothérapeutes (2%), pharmaciens (2%), pharmaco-épidémiologistes (2%), massothérapeutes (2%), psychologues (2%), psychopédagogues (2%), organisateurs communautaires (2%), intervenants social. 13% des répondants disaient appartenir à d'autres catégories.

Le tableau suivant illustre la répartition des catégories d'organismes auxquels sont rattachés les participants.

CATÉGORIES D'ORGANISMES	*n* 81	%
Organismes communautaires (OBNL)	36	44 %
CIUSSS, CISSS et CLSC	11	14 %
Secteur privé	6	7 %
Universités	4	5 %
Entreprises d'économie sociale	3	4 %
Fondations	2	2 %
MSSS	1	1 %
OMHQ (Office municipal d'habitation du Québec)	1	1 %
Autres	3	4 %
Non précisé	14	17 %

Analyse des données

Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse thématique qualitative réalisée à l'aide du logiciel N'Vivo11. Il s'est effectuée une double codification, validée au cours d'échanges téléphoniques réguliers entre les deux professionnelles de recherche.

Notre grille d'analyse initiale correspondait aux thèmes de discussion des focus group (identifiés précédemment). Elle recoupe les dimensions de la *Normalisation Process Theory*, cadre théorique auquel nous avons eu recours afin de retenir les composantes potentielles de la gériatrie sociale en communauté. À la lumière d'une lecture approfondie du matériel recueilli, les catégories ont été affinées en sous-catégories émergentes.

TROISIÈME PARTIE : RÉSULTATS D'ANALYSE DES DONNÉES DE LA CONSULTATION

Les grandes catégories qui seront explicitées et les sous-catégories émergentes sont:

1. les problèmes vécus par les aînés aux plans social et de la santé;
2. les besoins de la population vieillissante en matière de santé et ceux des proches aidants;
3. les solutions et contributions potentielles du modèle de gériatrie sociale en communauté;
4. les acteurs partenaires à inclure dans le modèle;
5. la participation et l'engagement des personnes aînées et leurs proches;
6. les pièges à éviter dans l'élaboration et le déploiement du modèle de gériatrie sociale.

Les problèmes vécus par les aînés au plan social et au plan de la santé

Parmi les problèmes sociaux ou de santé vécus par les aînés relevés lors de la consultation au forum, soulignons :

- l'âgisme et la maltraitance de l'aîné;
- les difficultés d'accès et le manque de ressources ou de services;
- l'isolement social;
- le manque d'information et de connaissances;
- la perte des capacités fonctionnelles;
- la diminution de la qualité de vie;
- les problèmes liés à la présence d'une multi-morbidité et d'une poly-pharmacie;
- les problèmes de santé mentale;
- certaines lacunes de l'approche des intervenants;
- une vulnérabilité lors des transitions.

Pour éviter les redondances, certains de ces problèmes seront développés à la section suivante portant sur les besoins.

Difficultés d'accès et le manque de ressources ou de services

Les difficultés d'accès et le manque de ressources représentent la sous-catégorie impliquant le plus grand nombre de réponses en termes de problèmes vécus par les aînés. Elle se décline en quatre points :

1) **La complexité et la longue attente pour l'accès et le suivi** se reflètent, dans les témoignages, par un manque de soutien au niveau des services de la première ligne, l'attente aux urgences, la tendance à consulter aux urgences afin d'obtenir des références ou des prescriptions, l'attente pour accéder à un professionnel du CLSC

(jusqu'à deux années selon ce qui est rapporté), les difficultés à « naviguer dans les dédales des boîtes vocales » et les non-retours d'appels, les difficultés d'accès à un psychologue ou un travailleur social, cela même avec une référence, les nombreuses démarches requises pour accéder à des services gouvernementaux, la liste d'attente pour accéder aux services d'aide à domicile et la complexité pour trouver les services et prendre des rendez-vous.

2) **Les difficultés d'accès à un logement adapté** peuvent faire en sorte que la personne habite un environnement inadéquat et l'amène à être confinée à son domicile (ex. : non accès à un ascenseur), ou à être moins autonome.
3) **L'insuffisance de services ou de soins adaptés** concerne le manque de services à domicile (« moins d'heures que ce qu'ils ont besoin »), l'insuffisance de transports adaptés, l'inexistence de services de livraison dans son quartier, la pénurie de médecins de famille, le manque de soins de base (nourriture et hygiène), le peu d'activités de loisirs accessibles, « le manque de continuité dans les services et chez les intervenants, le manque de concertation ou de vision d'ensemble », et enfin, l'insuffisance de lieux de socialisation pour les aînés.
4) **Le manque de ressources financières de l'individu** se traduit par: la pauvreté, l'incapacité de s'offrir l'aide appropriée, le manque de revenus pour la retraite, des conditions de vie difficiles amenant des choix déchirants au niveau des besoins fondamentaux, de même que le coût des médicaments ou des services qui peut s'avérer trop élevé.

À retenir : le modèle de gériatrie sociale doit faciliter l'accès aux services, tant au plan financier qu'au plan des démarches d'admissibilité, qu'à ceux des loisirs, des livraisons et des déplacements. De plus, la gériatrie sociale doit contribuer à simplifier les trajectoires de services et développer des formes de partenariats multiples qui permettront de réduire l'attente et les difficultés d'accès aux soins et services.

Perte des capacités fonctionnelles et diminution de la qualité de vie

La perte des capacités fonctionnelles et la perte de qualité de vie constituent la deuxième sous-catégorie rassemblant le plus de réponses. Cette catégorie concerne une diminution des capacités physiques et cognitives et elle englobe les problèmes suivants: une dépendance, une perte de pouvoirs, des problèmes cognitifs non diagnostiqués, une sécurité compromise (oubli de chaudron sur le poêle, perte de repères…), des difficultés à maintenir de bonnes habitudes de vie et à accomplir les tâches quotidiennes, une fragilité psychologique (confusion, peurs) et physique (déshydratation, dénutrition, douleurs nuisant à leur autonomie), la sédentarité, ainsi qu'un manque de stimulation qui peut avoir un impact sur la mémoire.

Les conséquences psychologiques négatives liées à la perte des capacités fonctionnelles rapportées par les répondants sont multiples : une perte de jouissance globale, le déni de la

perte de ses facultés, l'insécurité, le sentiment d'inutilité ou celui d'être un poids pour les autres, la perte de dignité, la perte de rôles sociaux, la perte d'estime de soi, la présence de stress, de peurs, d'angoisses, la méfiance par rapport aux ressources et la crainte d'être placé, l'agressivité, le découragement, le sentiment de perdre le contrôle sur sa vie, la difficulté à trouver un sens à l'existence, la solitude, la dépression.

À retenir : le modèle de gériatrie sociale devra prévoir un accompagnement psychologique en regard de l'acceptation de la vieillesse telle une étape normale du parcours de vie et permettre une ouverture chez l'aîné à recevoir de l'aide et à bonifier sa qualité de vie.

Isolement social

L'isolement social est la troisième sous-catégorie ayant obtenu le plus de réponses au niveau des problèmes vécus par les aînés. L'isolement se manifeste par la crainte de sortir à l'extérieur, l'absence de sortie, une famille peu présente, l'éloignement géographique des enfants, la peur de demander de l'aide ou de déranger (la « génération dite silencieuse »), le sentiment d'abandon par le système, la faiblesse du réseau social, le peu ou l'absence de relations significatives avec autrui, ne pas pouvoir se confier à quiconque, être mis à l'écart par ses proches en raison de difficultés financières ou d'une perte d'autonomie.

Un participant à la consultation renchérit : «L'isolement est déjà un défi pour les personnes confrontées à un vieillissement normal. Il devient d'autant plus problématique lors de maladies ou de perte d'autonomie ».

À retenir : Le modèle de gériatrie sociale doit tenir compte de la problématique de l'isolement social, fortement soulignée par les participants. L'évaluation du réseau social apparaît donc importante afin de maintenir ses liens sociaux ou d'en créer de nouveaux.

Manque d'information et de connaissance

Cette problématique, est la quatrième la plus fortement soulignée par les participants. Elle est étroitement liée au « Besoin d'être informé » décrit à la section suivante (page 27).

Le manque d'informations sur les services existants, sur ses problèmes de santé et les solutions possibles, le manque de littératie ou de connaissances diverses (informatique, vocabulaire médical, etc.) engendrent des difficultés à faire les démarches (par téléphone ou en ligne), ou encore, des difficultés de compréhension et d'expression de ses difficultés.

À retenir : Les intervenants de la gériatrie sociale doivent recourir à un langage accessible à leurs patients âgés et leur offrir du soutien afin qu'ils puissent exprimer leurs besoins. De plus, il faudra établir des stratégies de communication en vue de clarifier les soins et services disponibles et non pas fournir une montagne d'informations complexifiant davantage leur prise de décision.

Âgisme et maltraitance de l'aîné

Les participants rapportent certains préjugés associés à l'avancée en âge, des formes d'humiliation (moqueries par rapport aux limitations), ainsi que diverses formes de maltraitance : abus psychologiques, physiques et financiers, dénigrement, manque de respect, intimidation, négligence, non-respect des droits, mise à l'écart du cercle social en raison de la perte d'autonomie et maltraitance de la part de proches aidants épuisés, à risque de craquer sous la pression.

À retenir : Afin de lutter contre l'âgisme et la maltraitance envers les aînés, la gériatrie sociale doit préconiser le respect des droits de la personne âgée dans son approche. De plus, nous réitérons l'importance de respecter les limites des proches aidants afin de diminuer les risques de maltraitance.

Problèmes liés à la multi-morbidité et à la poly-pharmacie

La multi-morbidité est dépeinte dans les propos des répondants par l'augmentation et la co-présence des problèmes de santé, tels que l'inflammation, l'atteinte au système immunitaire, l'incontinence urinaire, la confusion, la dénutrition, la démence, la fragilité, ou le délirium.

Le manque de suivi et de gestion de la médication peut conduire à des difficultés à respecter la posologie, à de l'abus de médicaments, à subir des interactions entre les médicaments et des effets secondaires néfastes qui génèrent de l'inconfort ou des douleurs.

À retenir : Étant donné que l'avancée en âge s'accompagne généralement d'un cumul de problèmes de santé et d'une polypharmacie, il apparaît fondamental qu'il y ait un suivi de la médication afin d'éviter les interactions néfastes entre les médicaments et les dosages inappropriés.

Problèmes de santé mentale

Les répondants relèvent chez les aînés le risque de dépression, de suicide, de consommation de drogues, d'être sujet à du stress ou de l'anxiété, de perdre le goût de vivre, ou d'avoir un problème de santé mentale qui n'est pas diagnostiqué ou traité.

À retenir : Si l'accès aux soins de santé physique est souvent complexe, l'accès aux soins de santé mentale peut l'être d'avantage. Les risques de problèmes de santé mentale ne sont pas à négliger et retenons que l'évaluation initiale du patient doit inclure à la fois un volet social et médical.

Vulnérabilité lors des transitions

Les participants à la consultation estiment que les aînés sont davantage en situation de vulnérabilité lors des transitions suivantes : lorsqu'ils quittent après un séjour à l'hôpital,

lors des changements importants tels qu'une maladie, un déménagement, le départ des enfants, la perte d'un permis de conduire, ou un deuil.

À retenir : Les suivis psychosociaux et médicaux doivent s'accentuer lors des moments de transition.

Lacunes au niveau de l'approche des intervenants

Des lacunes diverses au niveau de l'approche des intervenants ont été soulevées:

- des comportements infantilisants;
- une évaluation erronée menant à un mauvais diagnostic;
- la non-considération du milieu de vie lors de l'évaluation;
- l'élaboration du plan d'intervention sans la participation de l'aîné et du proche-aidant;
- la définition des besoins de l'aîné à sa place;
- une investigation peu approfondie des habitudes de vie;
- la non-vérification à savoir si l'aîné est entouré socialement.

À retenir : Une évaluation globale, qui considère le milieu de vie, le réseau social et les besoins définis par l'aîné lui-même telle que préconisée dans le modèle de gériatrie sociale contribuerait à éviter ces lacunes. L'historique médical et celui des habitudes de vie, pourront être constitués par une investigation auprès du patient, du médecin de famille, ainsi que des proches.

Les besoins de la population vieillissante en matière de santé et ceux des proches aidants

De cette catégorie, les sous-catégories suivantes ont émergées:

- les besoins associés à la perte de capacités fonctionnelles;
- l'accès aux ressources nécessaires;
- le besoin d'information;
- les besoins psychosociaux;
- la prévention des problèmes de santé gériatrique;
- les besoins spécifiques des proches aidants.

Besoins associés à la perte de capacités fonctionnelles

Les besoins liés à la perte de capacités fonctionnelles représentent la sous-catégorie impliquant le plus de réponses. Ces besoins comportent :

- l'adaptation du domicile;
- les services de livraisons;
- la stimulation cognitive;

- l'aide pour les activités de la vie quotidienne;
- les besoins de transport.

Nous constatons que la majorité des réponses concernent directement les besoins d'aide pour des activités de la vie quotidienne. L'aide pour les activités de la vie quotidienne se décline sous plusieurs formes : aide à l'habillement, à l'hygiène corporelle, à la préparation des repas, au ménage, pour réaliser les courses, ainsi que pour les travaux extérieurs.

En ce qui a trait à l'adaptation du domicile, les réponses témoignent de l'importance d'un aménagement adapté en fonction des pertes de capacités (visuelles, motrices, d'audition etc.) :

- disposer d'un équipement afin de pouvoir se lever ou circuler;
- désencombrer les pièces et disposer les objets à une hauteur accessible;
- installer au besoin un système de télésurveillance;
- procéder à une évaluation du milieu de vie afin de le rendre sécuritaire et diminuer les risques de blessures ou de chutes.

Les services de livraison suggérés sont de différents ordres : médicaments livrés par la pharmacie, épicerie, services de popote roulante, ou de paniers alimentaires. Les services de livraison seraient particulièrement requis dans les régions éloignées.

Les commentaires exprimés montrent l'importance de maintenir la stimulation cognitive par des activités enrichissantes telles que l'art, la musique, le chant, la zoothérapie, les lectures, la danse, la poésie, ou des contacts avec la nature. Afin de prévenir l'ennui, il est suggéré également des visites amicales afin d'assurer une présence quotidienne et offrir une stimulation.

Pour les besoins relatifs au transport, notons la possibilité d'accéder au transport adapté dans un horaire souple et un délai acceptable, notamment en milieu rural, cela afin de se rendre à des rendez-vous médicaux, effectuer des courses, ou simplement sortir pour des activités sociales.

À retenir : Il importe de s'assurer que l'aîné reçoit à domicile l'aide et les services quotidiens nécessaires pouvant contribuer à sa qualité de vie, de réfléchir à des adaptations du domicile, de répondre aux besoins de déplacements et de proposer une offre d'activités sociales enrichissantes et stimulantes.

Besoins psychosociaux

Il s'agit de la deuxième sous-catégorie comportant le plus grand nombre de réponses. Les besoins psychosociaux exprimés sont divers:

- rire, s'amuser;
- être valorisés, se sentir utile, se réapproprier des rôles sociaux;

- recevoir de la chaleur humaine;
- établir des liens de confiance avec son entourage ou avec des intervenants (que ces-derniers demeurent stables dans le temps afin que puissent s'établir ces liens de confiance);
- bénéficier d'un suivi psychologique à domicile au besoin;
- qu'il y ait une présence sociale accessible et fréquente pour communiquer ses besoins ou ses difficultés quotidiennes;
- que les décisions de l'aîné soient respectées.

Le respect des décisions de l'aîné signifie que les interventions soient basées sur la volonté des personnes aînées afin que les interventions fassent sens pour elles, les aider à exprimer leurs besoins en cas de difficultés, les écouter, les impliquer, les consulter, leur faire confiance. Que les aînés soient véritablement au cœur des interventions.

À retenir : l'importance, lors de l'évaluation initiale, de développer des liens de confiance avec le patient aîné et de composer à partir de ce qu'il identifie lui-même comme étant ses besoins psychosociaux. La notion de plaisir ne doit pas être oubliée. S'assurer de la présence d'un répondant en tout temps.

Besoin d'être informé

Le besoin d'information est très marqué et constitue la troisième sous-catégorie comportant le plus grand nombre de réponses. Celles-ci se répartissent en trois points :

1) Besoin d'accompagnement dans les démarches administratives pour :
   - formuler correctement son problème;
   - obtenir les renseignements désirés;
   - compléter des formulaires (ex. : pour produire son rapport d'impôt);
   - repérer les ressources existantes;
   - accéder à un médecin de famille;
   - demander des services dans le Réseau (aide à domicile, services de transport, prises de rendez-vous, etc.).

2) Besoin d'être informé en matière de santé :
   - informations sur l'alimentation;
   - disposer d'un répertoire des services offerts et des numéros de téléphones;
   - informations sur les différentes formes de démences, comme l'Alzheimer et autres problèmes de santé;
   - explications médicales détaillées de son état de santé et sur les choix de traitements;
   - informations concernant la vaccination, les ressources « télé-communautaires », etc.

3) Besoin de connaissances en matière judiciaire et besoin de soutien administratif :
   - gestion des avoirs;
   - arrangements funéraires, testament, successions et héritage;
   - mandat d'inaptitude;
   - accès à des services juridiques;
   - connaissance de ses droits et des outils contre les abus financiers (tels que l'outil offert par la Caisse Desjardins et la Ligne Aide Abus Aînés).

À retenir : les ainés requièrent de disposer de toute l'information nécessaire pour bien comprendre leurs problèmes de santé, les différentes solutions s'offrant à eux et les risques qu'elles comportent afin de prendre des décisions éclairées. Dans certains cas, un accompagnement de l'ainé dans ses démarches administratives doit également être envisagée (prise des rendez-vous et démarches pour accéder aux ressources et services).

Accès aux ressources nécessaires

Nous constatons d'après les informations recueillies que l'accès aux diverses ressources nécessaires se déploie conditionnellement à la présence de trois principales ressources : la possibilité financière de s'offrir les services requis, l'accès à des transports pour les déplacements et le soutien dans les démarches administratives et logistiques.

Prévention de problèmes de santé gériatriques

Il s'agit ici de « prévenir, plutôt que guérir » des problèmes de santé gériatrique, c'est-à-dire :

- par la pratique d'activités physiques régulières;
- par des visites chez le dentiste, l'optométriste ou l'audiologiste;
- par des soins de pieds (afin de détecter le diabète, par exemple);
- en « découvrant ce que la personne peut faire elle-même » et favoriser ainsi le maintien de ses capacités fonctionnelles;
- une cohérence entre les différents services;
- une présence humaine offrant une aide régulière;
- un domicile adapté aux capacités de l'aîné.
- Des suivis médicaux et psychosociaux, avec la possibilité d'être reçus à domicile.

Par suivi médical, il est attendu un suivi pour la gestion de la médication et une stabilité des intervenants dans le temps. Il est souhaité d'être évalué dans son milieu de vie. Les suivis devraient se faire par des appels téléphoniques, de même, que par une équipe multidisciplinaire soignante joignable et se déplaçant à domicile.

Le suivi psychosocial est particulièrement important lors d'épreuves ou de problèmes de santé mentale (deuils, dépression…). Une mise à profit de bénévoles est suggérée afin

d'offrir un support social ou des visites d'amitié aux aînés à domicile en perte d'autonomie. Le suivi psychosocial préconise également la visite d'un psychologue ou d'un travailleur social à domicile.

À retenir : Pour prévenir l'apparition de problèmes de santé gériatriques, tant le suivi psychosocial que médical doivent être constants et accrus à la suite de changements et transition de vie.

Les besoins des proches aidants

Les participants à la consultation ont rapporté :

- l'épuisement des proches aidants;
- leur manque de connaissances afin d'effectuer des soins, entre autres, les injections;
- que plusieurs aidants sont eux-mêmes des aînés;
- que peu d'entre eux sont aptes ou disponibles pour offrir de l'accompagnement aux rendez-vous médicaux.

En ce qui concerne les besoins des proches aidants, ils s'expriment ainsi :

- besoin de répit;
- besoin de soutien psychologique;
- besoin d'informations sur les services.

L'enjeu est de ne pas faire reposer l'entière responsabilité sur les épaules de l'aidant. L'extrait suivant est signifiant: « Je m'occupe de ma mère de 86 ans, qui vit seule. Si je ne suis pas disponible, elle n'a aucun accompagnement. »

À retenir : reconnaître les limites des proches aidants dans l'élaboration d'un plan d'intervention et dans son application. Il importe que la gériatrie sociale contribue à prévenir leur épuisement en maximisant le recours aux ressources disponibles dans la communauté pour l'aîné.

Les solutions proposées et les contributions potentielles du modèle de gériatrie sociale en communauté

Les solutions et les contributions potentielles du modèle de gériatrie sociale identifiées par les participants à la consultation se déploient ainsi:

- une offre adaptée aux besoins de la population vieillissante;
- la diminution des barrières institutionnelles au profit de l'aîné;
- le développement d'une solidarité sociale;
- la diffusion d'informations et l'offre de formation
- la précision du concept de « gériatrie sociale ».

Une offre adaptée aux besoins de la population vieillissante

Une réponse adaptée aux besoins de la population vieillissante signifierait que la gériatrie sociale:

- ne se limite pas au volet médical, mais prenne en compte les aspects psychosociaux;
- offre une accessibilité accrue aux soins et services;
- réalise des actions préventives. Une piste de solution proposée est la mise sur pied de comités de dépistage pour chaque quartier ou pour un immeuble d'appartements afin de repérer les aînés « à risque » et de les référer au service de gériatrie sociale. Le prêt d'appareils de télésurveillance, ou le recours au programme PAIR (service gratuit d'appels automatisés appelant à une centrale de sécurité si la personne ne répond pas à la suite de trois appels) sont d'autres pistes suggérées;
- effectue une évaluation globale dans le milieu de vie;
- offre une flexibilité et une fréquence adéquates des interventions ou des suivis;
- parte des besoins exprimés par le patient, au centre de l'intervention;
- offre un accompagnement administratif permettant de maximiser le recours aux services ou aux formes d'aides financières. Ainsi, la gériatrie sociale permettrait d'« accéder à une qualité de vie décente, malgré de faibles revenus ».

La diminution des barrières institutionnelles au profit de l'aîné

La diminution des barrières institutionnelles au profit de l'aîné fait référence à deux points :

- Adopter une approche intersectorielle et interdisciplinaire : cela implique une concertation auprès des différents professionnels et acteurs afin de mettre en commun des expertises. Une certaine proximité entre les intervenants doit être recherchée afin de faciliter les communications. Il s'agit d'amener les intervenants à développer des complicités et des complémentarités.

  Pour rapprocher les soins et services des aînés, les participants proposent de répertorier les spécialistes prêts à offrir des services à domicile. Il est également fortement suggéré de collaborer avec des travailleurs de milieu, susceptibles de connaître les diverses ressources.
- Prodiguer des soins et services plus humains : créer des liens de confiance, parler directement à l'aîné (éviter les boîtes vocales), s'assurer en tout temps du consentement de ce-dernier, que les interventions fassent sens pour lui, prendre le temps nécessaire lors des interventions (ex. : pour les soins d'hygiène), aller à la rencontre des aînés plutôt que l'inverse et offrir une équipe d'intervenants stables dans le temps. Une participante s'exprime ainsi : « ne plus se sentir comme un numéro, rendre les entretiens plus humains! » Enfin, les participants suggèrent que la gériatrie sociale ait un local d'accueil chaleureux.

À retenir : La gériatrie sociale en communauté doit donc tisser des toiles multiples de collaboration entre différents acteurs issus de différents secteurs, plutôt que de s'appuyer uniquement sur celle établie entre un CLSC, un gériatre et un organisme offrant des services à domicile tel qu'envisagé initialement. Nous retenons également l'idée que des liens de confiance doivent exister à la fois entre les différents intervenants collaborant entre eux et auprès de l'aîné.

Le développement d'une solidarité sociale

La gériatrie sociale pourrait contribuer au développement d'une solidarité sociale :

- favoriser la mise à contribution de l'entourage;
- le développement de liens intergénérationnels;
- la sensibilisation de la communauté aux difficultés vécues par les aînés, et aux préjugés véhiculés.

Une participante souligne : « S'il n'y a pas de réseau, ou de mobilisation, la gériatrie sociale peut aider à recréer, ou solidifier le réseau ». À cette fin, des projets d'échanges intergénérationnels pourraient être développés.

Des campagnes de sensibilisation pourraient être déployées pour attirer l'attention sur le phénomène d'isolement des aînés et des moyens de le prévenir. La sensibilisation viserait également à responsabiliser la collectivité et les municipalités sur les besoins des aînés et des façons d'y répondre, afin de prévenir l'apparition de problèmes. Un participant mentionne que « les livreurs d'épicerie et de pharmacie devraient être plus sensibles aux signes et aux besoins des aînés ». Un autre dit que le projet de gériatrie sociale peut également « sensibiliser les divers intervenants des différents réseaux sur l'importance de se rapprocher des aînés et faciliter l'accès aux services ».

Afin d'augmenter la visibilité du modèle de « gériatrie sociale », il est suggéré un partenariat avec la « pédiatrie sociale » mise en œuvre par le Dr. Julien.

À retenir : le succès du modèle de gériatrie sociale dépend fortement du degré de confiance que les différents acteurs de la communauté vont y conférer. D'où l'importance de faire connaître, par les médias, le modèle de gériatrie sociale et de sensibiliser la population.

La diffusion d'informations et l'offre de formations

Afin de diffuser l'information sur les services existants, sur les droits des aînés, ou sur les maladies chroniques, tel qu'il fut identifié au plan des besoins des aînés, les participants proposent de recourir à divers médias : télévision, réseaux sociaux, Skype, journaux, portes à portes, tables de concertation, etc. Par ailleurs, des formations pourraient être offertes aux aînés et aux familles. De plus, un guide pourrait être rendu disponible aux aînés, aux aidants et aux intervenants, réunissant la liste et les coordonnées des différents types de services

offerts (gouvernementaux, lignes téléphoniques tels que le 211, 811, services de livraison, campagnes de vaccination, etc.).

La précision du concept de gériatrie sociale

Il importe de préciser le concept de gériatrie sociale, définir sa mission et établir ses balises d'intervention. À ces égards, les participants ont émis certaines recommandations.

Lors de la consultation, une certaine confusion fut témoignée quant au concept : « Le terme de gériatrie sociale a besoin d'être clarifié pour moi. Si je comprends bien, on vise un mouvement… ». Un concept clairement défini, sera plus facile à communiquer, à opérationnaliser et à exporter dans d'autres contextes

En ce qui a trait à la mission, il fut proposé:

- offrir une réponse adaptée aux besoins des aînés en perte d'autonomie,
- jouer le rôle d'ambassadeur dans les sphères décisionnelles politiques. « Les aînés ont besoin d'une voix, qui a du poids pour présenter leurs besoins à la société et les faire respecter et y répondre! ».

Concernant les balises d'intervention, les participants mentionnent qu'il faudra clarifier les critères d'admissibilité, les rôles et responsabilités de chacun des acteurs, ainsi que les méthodes prévues pour assurer les suivis et échanger l'information (ex. : comment assurer la confidentialité des patients?).

La création de comités est suggérée : comité d'éthique, de suivis, de communication, d'administration, de recherche, etc. Il est recommandé que ces comités soient composés majoritairement d'aînés.

À retenir : l'importance de poursuivre les initiatives d'arrimage avec la sphère politique et avec le Réseau de la santé. Les principes fondateurs sur lesquels se fonde le modèle de gériatrie, préconisent que les besoins des aînés soient exprimés par ces-derniers et qu'ils soient davantage entendus et respectés. La gériatrie sociale peut à cet effet engendrer des transformations au plan des pratiques professionnelles et au plan de l'organisation des soins et services.

Les acteurs partenaires à inclure dans le modèle

Selon les participants à la consultation les acteurs partenaires à inclure dans le modèle sont multiples: « Plus il y aura de gens impliqués, mieux ce sera! ».

On propose d'inclure tout d'abord l'aîné lui-même et ses proches.

Le nombre le plus élevé de réponses a concerné les divers professionnels pouvant être impliqués. Trois types ressortent davantage: les médecins, les travailleurs sociaux et les travailleurs de milieu. On mentionne aussi les professionnels suivant :

> infirmier, ambulancier, avocat, notaire, dentiste, nutritionniste, diététiste, orthophoniste, pharmacien, physiothérapeute, kinésiologie, ergothérapeute, podiatre, préposé aux soins, auxiliaire, psychologue, psychoéducateur, éducateur spécialisé, prêtres.

Les entreprises sociales, ou privées pourraient être associées : les EESAD (entreprises d'économie sociale en aide à domicile), le Centre d'orthophonie sociale, les entreprises sociales de transport adapté, des commerçants, des centres dentaires, des cliniques d'optométrie, d'audiologie, le coiffeur, la pharmacie, la SPCA (en vue de développer de la zoothérapie), les épiceries, les propriétaires d'immeubles ou de résidences pour aînés, les institutions financières, les dépanneurs, etc.

Des Associations, organismes, centres et Fondations pourraient également être affiliées : l'Armée du Salut, la Fédération de l'Âge d'Or du Québec (FADOQ), les Chevaliers de Colomb, les centres de loisirs, les organismes à buts non lucratifs offrant du soutien à domicile, des centres de recherche sur le vieillissement…

On suggère également d'inclure certains organismes gouvernementaux:

> le Ministre de la santé et des services sociaux, le Secrétariat aux aînés, le Ministère de la famille et des aînés. Concernant spécifiquement le réseau de la santé, les participants ont mentionné : les CLSC, les CIUSS, le réseau hospitalier, les services d'urgence les équipes SAD (service d'aide à domicile) et les cliniques médicales.

Parmi les acteurs gouvernementaux, on suggère également d'inclure Poste Canada (les facteurs) et des écoles.

Les partenariats avec les écoles peuvent viser des écoles techniques ou des programmes collégiaux (coiffure, massothérapie…), ainsi que des programmes universitaires (travail social, médecine, soins infirmiers, droit, ergothérapie, dentiste, etc.), afin d'offrir des stages aux étudiants en milieu communautaire ou à domicile. Des partenariats auprès d'écoles secondaires ou primaires (ou même des garderies) permettraient de développer des projets d'échanges intergénérationnels.

Les municipalités peuvent également être associées à la gériatrie sociale : les bibliothèques, le service de police, etc. À cet effet, le Programme Municipalité amie des aînés (MADA)[2] peut servir d'inspiration pour un tel partenariat.

[2] Le Programme de soutien à la démarche MADA est affilié à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au sein d'une MADA, il se développe une culture d'inclusion sociale des aînés. Les politiques, les services

Enfin, on note que d'autres partenaires pourraient être inclus : des promoteurs de projets innovants en termes de services à domicile, par exemple au sein de coopératives, ou encore, des équipes de recherche qui puissent évaluer le modèle de gériatrie sociale.

La participation et l'engagement des personnes aînées et de leurs proches

La participation et l'engagement des personnes aînées et leurs proches peut concerner, d'une part, les actions initiées par les aînés, ou d'une autre part, les façons de favoriser leur implication au sein du modèle.

Les actions qui ont été relevées, pouvant être initiées par les aînés, sont :

- un engagement dans des activités sociales ou communautaires;
- aller eux-mêmes chercher les informations et les ressources dont ils ont besoin;
- s'impliquer dans la gériatrie sociale.

Afin de favoriser l'implication des aînés et de leurs proches au sein du modèle, plusieurs facilitants sont énoncés par les répondants :

- assurer des moyens de communication efficaces et établir des liens de confiance;
- fournir les conditions matérielles favorables à leur implication (milieu de vie adapté, accès au transport, etc.);
- considérer leurs forces et limites des proches dans l'accompagnement;
- considérer les aînés et leurs proches comme des partenaires experts et tenir compte des valeurs ou de l'histoire personnelle de l'aîné;
- les informer ou les référer;
- partir des besoins identifiés par les aînés et reconnaître leur diversité;
- respecter les droits et volontés de l'aîné;
- valoriser l'aîné et lutter contre l'âgisme (collaborer à ce titre avec des organisations luttant contre l'âgisme).

À retenir : cette section rappelle à juste titre que l'aîné, comme n'importe quel membre de la société, souhaite se sentir utile, entretenir des liens avec sa communauté et réaliser des projets personnels. Il faut donc tenter de savoir si l'aîné est animé par certains projets (un voyage, apprendre à jouer d'un instrument de musique, perdre du poids, arrêter de fumer, recevoir la parenté durant les fêtes, faire plus d'activités avec ses

et les structures environnementales et sociales sont conçues pour soutenir les aînés, leur offrir des conditions de vie adpatées et les aider à maintenir leurs activités. Tiré du site Web : https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-financiere/municipalite-amie-des-aines/

petits-enfants, s'impliquer dans du bénévolat etc.) et l'accompagner dans cette direction.

Les pièges à éviter dans l'élaboration et le déploiement du modèle de gériatrie sociale

Certains pièges à éviter dans la conception et du déploiement du modèle ont été identifiés par les répondants :

- Au niveau de l'approche, il est craint une médicalisation des problèmes sociaux, une sur-professionnalisation, tenir pour acquis que la personne accepte l'aide, décider pour la personne, la surprotéger ou l'infantiliser plutôt que de favoriser son autonomie et ne pas respecter le rythme des aînés;
- vouloir aller trop vite dans l'élaboration et l'implantation du modèle, sauter des étapes, « voir trop grand, trop rapidement »;
- une définition du modèle « trop théorique, sans impliquer les acteurs terrain »;
- se fier totalement aux subventions gouvernementales;
- choisir un local qui serait peu couteux mais mal situé;
- générer, en parallèle, un autre réseau tout aussi complexe que le réseau de la santé actuel et ses listes d'attente;
- négliger l'importance de la sensibilisation et de la recherche;
- une analyse des besoins déficiente, ainsi que la mauvaise adaptation du modèle au milieu spécifique ou aux particularités culturelles.

QUATRIÈME PARTIE : SYNTHESE DES RESULTATS DE LA CONSULTATION VUS À LA LUMIÈRE DE LA *NORMALISATION PROCESS THEORY*

Le plus récent guide du Conseil en recherches médicales (Craig *et coll*., 2008), recommande de recourir à une théorie sur le développement d'une intervention complexe et à son adaptation empirique dans un contexte local. À cet effet, la *Normalisation Process Theory* (Murray *et coll*., 2010) guidera nos pas. Cette théorie nous permettra de retenir, parmi les données recueillies, les éléments permettant de répondre à la fois aux besoins de la population vieillissante en matière de santé et d'éviter de reproduire les soins et services déjà existants.

Il est à noter que les recommandations émanant de l'opérationnalisation de cette théorie sont à titre de proposition et ne signifie aucunement qu'elles seront mises en application.

La *Normalisation Process Theory* comporte quatre composantes. Au cours du processus par lequel est déployée l'intervention, ces composantes doivent être évaluées afin d'apporter les correctifs nécessaires.

Les quatre dimensions de la *Normalisation Process Theory* sont:

1. La cohérence : le modèle doit faire du sens auprès des acteurs et nécessite une cohérence par rapport aux pratiques existantes;
2. La participation cognitive : la motivation à s'impliquer dans le modèle et les moyens de communication envisagés pour incorporer les idées de chacun;
3. L'action collective : les changements dans la pratique, la nouvelle distribution des tâches et la suffisance des ressources;
4. Le suivi réflexif : les barrières et solutions pour l'adaptation du modèle.

Afin d'affiner le modèle de gériatrie sociale en communauté, nous présentons ici la synthèse des résultats d'analyse des données de la consultation, à la lumière de la littérature et celle des quatre dimensions de la *Normalisation Process Theory :*

1. **La cohérence : le modèle doit faire sens auprès des acteurs et nécessite une cohérence par rapport aux pratiques existantes**

Faire du sens auprès des acteurs impliqués

Cet aspect de la *Normalisation Process Theory* fait habituellement référence aux intervenants impliqués. Toutefois, comme les aînés et leurs proches sont considérés tels des partenaires experts, nous discuterons également du sens que les interventions font pour eux.

<u>Faire sens pour les aînés et leurs proches</u>

Placer l'aîné au cœur de l'intervention signifie, tel que relevé dans les propos des participants :

- partir de sa propre identification de ses besoins multiples;
- respecter ses choix, ses limites, ses capacités et ses droits, cela de manière inconditionnelle,
- prendre le temps de développer initialement des liens de confiance avec lui;
- s'assurer de sa compréhension, son accord et sa collaboration quant aux choix des interventions;
- inclure des projets de vie de l'aîné (réaliser un voyage, apprendre à jouer d'un instrument de musique, etc);
- offrir à l'aîné, si tel est son désir, des moyens afin de se réapproprier un rôle social (bénévolat, participation à des Tables de concertation, etc.).

Selon la volonté de l'aîné, les proches devraient être impliqués dans l'élaboration et l'application d'un plan d'intervention. Cependant, les limites des proches aidants doivent être considérées, de sorte qu'aucune pression ne leur soit imposée. Avant de prendre pour acquis qu'ils assumeront certaines responsabilités (accompagnement aux rendez-vous médicaux, administrer des injections, changer des pansements, etc.), il faut s'enquérir de leur capacité et disponibilité. Cette manière d'inclure les proches aidants est cohérente avec la littérature consultée, indiquant que ces-derniers assument souvent des responsabilités allant jusqu'à l'épuisement. Il est attendu que les services publics offrent la possibilité de concilier vie familiale et professionnelle (Lavoie et al. 2003, cité par Lavoie, 2014).

Les participants au forum soulignent également la nécessité d'apporter les ajustements nécessaires aux interventions auprès d'aînés appartenant à différentes communautés culturelles. La revue de littérature souligne certaines barrières d'accès aux services publiques et le manque de professionnels habiles sur le plan culturel (Das Emongo & Grégoire, 2003; cité par Harroud, 2008). Le manque de connaissances des ressources existantes appropriées et l'incompréhension linguistique et culturelle entraînent une méfiance envers les services publics (Centre de recherche et d'expertise de gérontologie sociale, CSSS Cavendish et CSSS de la Montagne et al. 2007; cité par Laquerre, 2013).

Une adaptation des interventions en fonction de la situation géographique des aînés serait également nécessaire. Les aînés éloignés de leurs enfants recevraient de l'aide moins régulièrement (Vézina et Turcotte, 2010).

Faire sens pour les intervenants

Concernant les intervenants, développer ensemble un modèle interdisciplinaire et intersectoriel de gériatrie sociale, adopter une vision commune conytribuera certes à donner du sens à leur actions. À cet égard, il importe de clarifier la mission, d'offrir des formations pour l'adoption d'une approche et des pratiques professionnelles gériatriques communes, tout en gardant une souplesse pour permettre les adaptations aux besoins particuliers. D'autres formations devraient porter sur les connaissances en matière de droits des aînés.

Le modèle nécessite une cohérence par rapport aux pratiques existantes

L'arrimage avec les services existants est primordial et le modèle de gériatrie sociale souscrit aux efforts entamés par la loi 90 et la *Politique de soutien à domicile « Chez soi : le premier choix »* adoptée en 2003. Il vise un continuum des soins et services, en brisant les barrières administratives, cela en agissant en complémentarité et en partenariat avec les services existants.

L'expérimentation de 2014 à 2016 vécue en partenariat avec le Service amical Basse-ville et en collaboration avec le CLSC Basse-ville démontre qu'il y a là une ébauche de formule gagnante. Il a d'ailleurs été relevé par les participants la nécessité d'une collaboration avec des organismes communautaires complémentaires, les municipalités et les CLSC, afin d'assurer une cohérence et l'efficience du modèle. Ceci corrobore également les visées du modèle SIPA et du programme *Municipalités amies des ainés* (MADA) qui prônent également la participation de la communauté à la santé des aînés sur des principes de collaboration et de complémentarité. L'effort d'investiguer l'historique du patient au plan médical et social permettra d'éviter le redoublement des évaluations entre la 1ère , 2ème et 3ème ligne.

Il faudra innover et créer de nouvelles façons de collaborer davantage afin d'améliorer les services et soins aux aînés. Devant la complexité de l'œuvre, tel que proposé lors de la consultation, la théorie « des petits pas » est souhaitable.

2. La participation cognitive : la motivation à s'impliquer dans le modèle et les moyens de communication envisagés pour incorporer les idées de chacun

La motivation à s'impliquer dans le modèle

Le manque de disponibilités et de motivation des intervenants furent relevés comme étant des obstacles potentiels à l'implication des acteurs. Certaines suggestions émanent du forum afin de maintenir ou renforcer leur motivation :

- identifier des *leaders* de la communauté pour promouvoir le modèle et motiver les acteurs à y participer;
- reconnaitre au sein de l'équipe l'expertise et la légitimité de chacun des intervenants impliqués;
- établir un partage des tâches et responsabilités adéquat et clairement établi;
- offrir des formations. Entre autre, pour distinguer le vieillissement « normal » du vieillissement « pathologique ». Celle-ci pourrait être offerte non seulement aux intervenants mais au grand public afin qu'il puisse reconnaître les signes d'un vieillissement « pathologique » et référer la personne, au besoin, au service de gériatrie sociale.
- tenir des activités de sensibilisation sur l'importance d'établir une proximité des soins et services offerts aux aînés et les avantages sociaux et économiques que cela comporte;
- développer des liens de complicité en offrant des occasions de rencontres sociales, ou pour reconnaître le travail effectué afin de maintenir la motivation de l'équipe.

De nombreuses vigiles potentielles gravitent dans la communauté où vit l'aîné. Entre autres un répondant mentionne que : « les livreurs d'épicerie et de pharmacie devraient être plus

sensibles aux signes et besoins des aînés ». La gériatrie sociale peut faire connaître les défis auxquels le modèle cherche à répondre et les avantages qu'il comporte. Elle peut constituer une manière efficace pour sensibiliser, ou «responsabiliser la collectivité » sur ces enjeux, et ainsi accroître la motivation des acteurs à participer au modèle.

Des rapports plus humains constituent certes un incitatif important auprès des aîné, leurs proches et les intervenants, afin de vouloir participer au modèle de gériatrie sociale. Nous avons constaté, lors de la recension des écrits, des mesures évaluatives auprès de modèle d'intervention en communauté à l'échelle internationale (Stall et al., 2014; Beswick et al., 2008; Eklund et Wilhelmson, 2009; Huss et al. 2008), qu'on retrouve peu de mesures portant sur l'amélioration de la qualité de vie de la personne. Or, cette dimension est une particularité du projet de gériatrie sociale proposé. En effet, le volet psychosocial des interventions importe autant que le volet médical. En ce sens, la notion de loisirs, de plaisir chez les aînés doit demeurer importante dans les interventions.

Moyens de communication envisagés pour incorporer les idées de chacun

Il fut suggéré que l'évaluation initiale du patient soit réalisée à domicile et que les suivis soient effectués par différents professionnels afin de mettre en commun leur expertise. Minimalement, l'équipe devrait inclure un infirmier, un médecin (gériatre, médecin de famille ou médecin partenaire), un travailleur social et un intervenant psychosocial.

Une collaboration inter-professionnelle décloisonnnée et une organisation du travail fondée sur les principes d'amélioration continue et des meilleures pratiques seront mises de l'avant. La consultation et l'échange d'informations dans l'élaboration des plans individuels d'intervention devraient nécessairement inclure l'aîné. Les plans d'intervention s'actualiseraient à travers des rapports non hiérarchiques et une communication bi-directionnelle entre les médecins impliqués et les autres intervenants multidisciplinaires. Par exemple, lors de l'exdpérimentation du modèle de gériatrie sociale, les préposés aux bénéficiaires du Service Amical Basse-Ville communiquaient directement avec le gériatre afin de lui signaler certaines problématiques liées au vieillissement qu'ils avaient déceler chez des aînés visités, et donc le besoin de faire une évaluation au domicile. Cela a eu pour effet de valoriser les préposés aux bénéficiaires dans l'exercice de leur fonction, d'aller rejoindre des aînés qui, autrement auraient passer sous les radars des services de santé et de services sociaux et enfin de prévenir la détérioration de leurs capacités fonctionnelles.

Des moyens de communication simples, efficaces, peu couteux, devraient être développés pour permettre un partage d'informations fluide, afin que tous les intervenants médicaux et psychosociaux puissent consulter l'historique du patient et suivre son évolution et les soins et services qui lui sont prodigués. Des règles de confidentialités devront ainsi être mises en place dans la transmission des renseignements du patient.

Les moyens de communication devront faciliter la proximité avec l'aîné et ses proches aidants. Cela devrait débuter par un système d'accueil téléphonique qui facilite le contact avec ces-derniers plutôt que de le freiner. Le niveau de langage nécessite d'être adéquat pour permettre à l'aîné concerné de connaître en détail son état de santé, les possibilités de traitement, les risques encourus afin de faire des choix éclairés.

Soulignons enfin que le modèle de gériatrie cherche à faciliter la communication entre les professionnels du réseau de la santé et les acteurs communautaires. Actuellement, les groupes de médecines familiales (GMF) ou les médecins de famille sont présents en cabinet, très peu à domicile, et peu de collaboration directe s'effectue avec les professionnels des CLSC (Commissaire à la santé et au bien-être, 2015). Le modèle devra offrir un espace d'échange entre ces intervenants.

Par la création d'une équipe interdisciplinaire et intersectorielle, non-hiérarchique, qui place l'aîné au cœur des préoccupations, qui met de l'avant une approche globale, en proximité avec l'aîné et ses proches, et qui le rejoint dans son milieu, nous pensons qu'il y a là les ingrédients pour créer un espace où les idées et les expertises de chacun seront mises à profit.

3. L'action collective : les changements dans la pratique et les nouvelles distributions de tâches

Les changements dans la pratique

La concertation et la complicité entre les différents acteurs du modèle de gériatrie sociale, dans une approche interdisciplinaire bio-psychosociale, constituent en soi une action collective qui, certes, implique des changements de pratique. En effet, beaucoup plus qu'une approche de soins médicaux, la gériatrie sociale vise à mobiliser l'aîné et ses proches, des professionnels de la santé, le réseau social, des organismes communautaires, d'autres privés et d'autres gouvernementaux, dans un mouvement solidaire qui vise le mieux-être des aînés.

Une série de pratiques innovantes ont ressorti des données de la consultation et méritent l'attention afin de voir la pertinence de les inclure dans le modèle de gériatrie sociale.

Entre autres, différents comités composés majoritairement d'aînés pourraient être constitués:

- Comité d'éthique et de suivi
- Comité de communication;
- Comité d'administration.

Le modèle de gériatrie sociale en communauté engendre des changements de pratique par rapport à l'approche bio-médicale actuelle, en ce sens qu'il propose de considérer l'état de santé du patient sous une approche globale. L'analyse des modèles d'intervention en communauté auprès des aînés sous une échelle internationale a démontré que sur 22 programmes, les travailleurs sociaux ne sont présents que dans la moitié des équipes multidisciplinaires. Or, les données du forum suggèrent que les besoins sociaux et psychologiques importent autant que les besoins médicaux. Par exemple, un soutien psychologique est souvent requis lors des moments de transition ou de changement (retour à la maison suite à une hospitalisation, déménagement, deuil, etc.), ou ne serait-ce que pour l'acceptation des pertes de capacités liées au vieillissement.

Afin de procéder à une évaluation des capacités de l'aîné correspondant davantage à la réalité, il est prôné dans le modèle initial et suggérer par les participants du forum que l'évaluation soit pratiquée dans le milieu de vie de l'aîné. Ainsi, il sera également possible de procéder à l'évaluation de l'environnement physique de l'aîné, étape considérée importante. Au besoin, une démarche pourra être entreprise pour rendre l'environnement physique immédiat plus facilitant et plus sécuritaire, et permettre ainsi une plus grande autonomie à la personne et une diminution des risques de blessures ou de chutes. L'évaluation à domicile de la personne aînée et de son environnement requiert des changements considérables dans les pratiques actuelles.

L'évaluation de l'environnement tiendra également compte si la personne aînée est en mesure de se déplacer à l'extérieur, si elle le désire, et si elle a accès, à proximité, aux différents commerces et services requis. L'étude de Seguin (2010) démontre à cet effet que l'aménagement des banlieues est faiblement conçu pour des personnes à mobilité réduite (Séguin, 2010). D'où l'importance des partenariats avec les municipalités et l'adhésion au Programme MADA.

La gériatrie sociale introduit également des changements de pratique sur le plan des interventions psychosociales. Il fut recommandé lors de la consultation, de recourir à une grande variété d'activités enrichissantes et susceptibles d'intéresser les aînés, telles que :

> la musique ─ le chant ─ la zoothérapie ─ les lectures ─ la danse ─ la poésie ─ les contacts avec la nature ─ recevoir des visites d'amitié ─ le bénévolat ─ la participation à des projets sociaux intergénérationnels.

Les participants à la consultation ont rappelé que les aînés, comme les autres membres de la société, souhaitent se sentir utile socialement, et entretenir des liens avec leur communauté. À cet effet, une évaluation du réseau social de l'aîné, afin de vérifier s'il réalise des activités ou des implications sociales enrichissantes et qu'il bénéficie des conditions pour le faire. Cette évaluation permettra d'éviter que l'aîné soit sujet à l'isolement social, problème majeur ressortant des données de la consultation et que

confirment les études actuelles (voir entre autres, les travaux de l'Institut sur le vieillisement et la participation sociale des aînés[3].

Par ailleurs, la gériatrie sociale en communauté pourrait offrir un accompagnement pour les démarches administratives auprès des ainés qui en ont besoin, tel que :

- passer au travers des procédures complexes pour l'ouverture d'un dossier au CLSC;
- accéder à de l'aide à domicile[4];
- trouver un médecin de famille;
- produire son rapport d'impôts.
- entreprendre des démarches au plan juridique;
- accéder à des ressources financières (ex. : le Supplément de revenu garanti).

En ce qui concerne la distribution des tâches, le rapport publié par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2017) insiste sur l'importance qu'un acteur puisse assurer la gestion de cas individualisé. Le Commissaire de la santé et du bien-être (2015 :23) indique que l'implication du médecin de famille dans la coordination des soins était préoccupante auprès des personnes présentant des besoins complexes de santé. La province du Québec se trouve au dernier rang pour cet indicateur dans l'enquête du *Commonwealth Fund* de 2014, concernant les personnes de 55 ans et plus**.** Les données issues de la consultation suggèrent pour leur part que le profil du gestionnaire de cas soit choisi en fonction de la problématique majeure de la personne âgée (sociale ou médicale).

4. Le suivi réflexif : les freins et solutions pour l'adaptation du modèle

Nous faisons ici état des barrières potentielles au déploiement de la gériatrie sociale qui, selon les données de la consultation, apparaissent les plus problématiques, de même que les solutions pouvant être mises de l'avant.

Parmi les freins potentiels, celui ayant été relevé le plus souvent est constitué par les difficultés d'engager et de maintenir la collaboration entre les partenaires.

À cet effet, les facteurs de risque suivants furent identifiés:

---

[3] *Lutter collectivement pour diminuer l'isolement social des aînés de Québec, résultats préliminaires et réflexions du Collectif aînés isolement social* dirigé par André Tourigny. Site Web : https://www.ivpsa.ulaval.ca/search/node/isolement%20social%20des%20ain%C3%A9s

[4] Soulignons que le facteur le plus déterminant de satisfaction rapporté dans l'enquête sur la satisfaction des usagers des services de santé et des services sociaux (Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2011) consiste à l'accès à un médecin pour un suivi médical. Ce facteur est d'autant plus déterminant auprès des personnes de 65 ans et plus. L'accompagnement administratif qui serait offert par la gériatrie sociale contribuerait à répondre à cet impératif.

- un partage inadéquat des rôles et des responsabilités entre les intervenants;
- une non-collaboration des municipalités;
- une communication déficiente (manque de concertation, ententes floues dans les alliances, manque d'espaces de rencontre entre les intervenants);
- la non reconnaissance de l'expertise de tous et chacun;
- le peu de disponibilité des intervenants;
- le découragement de l'équipe quant à l'ampleur de la tâche;
- un manque d'ouverture ou d'appui du gouvernement;
- un manque d'arrimage avec le Réseau de la santé et les autres services existants;
- la lourdeur administrative pour développer des formes de partenariat;
- un manque de vision commune aboutissant à un manque de cohésion entre les acteurs impliqués;
- un manque de ressources humaines et matérielles;
- un manque de connaissances ou de compétences;
- un manque de temps;
- des problèmes de leadership ou de gestion.

On craint que la réorganisation des soins gériatriques ne soit pas considérée telle une priorité gouvernementale, ou qu'il n'y ait pas suffisamment de volonté politique à cette fin. De plus, il est souligné que l'évaluation essentiellement quantitative des programmes gouvernementaux pourrait s'avérer un frein. En effet, elle n'est pas appropriée pour évaluer les apports de la gériatrie sociale en communauté, ceux-ci étant, dans une grande partie, d'ordre qualitatif.

Un manque d'arrimage avec le Réseau de la santé et les autres services existants maintiendrait le travail en silo et susciterait davantage la résistance institutionnelle et celle du milieu médical.

Les coupures dans le réseau, le manque de subvention pour les organismes communautaires et l'augmentation de la population vieillissante constituent un cocktail par lequel se développe le risque de voir apparaître « trop de besoins par rapport aux ressources disponibles ». On évoque aussi le fait qu'il y a peu de gériatres au Québec[5] et qu'il est difficile de recruter des médecins intéressés par la pratique à domicile.

Le manque de temps peut également s'avérer un obstacle non négligeable : d'une part, le manque de disponibilité des intervenants, et d'autre part, le temps requis pour mettre en place les changements dans les pratiques.

[5] On comptait 63 internistes gériatres au Québec en 2012 (Dupras A. et S. Lemire). En 2018 ils sont environ au nombre de 70.

Enfin, on soulève que des problèmes de leadership ou de gestion seraient aussi des obstacles à surmonter. À cet effet on parlait de l'éventualité d'un financement non récurent, un roulement de personnel trop fréquent, l'absence de coordination des services, ainsi qu'une rémunération non adéquate.

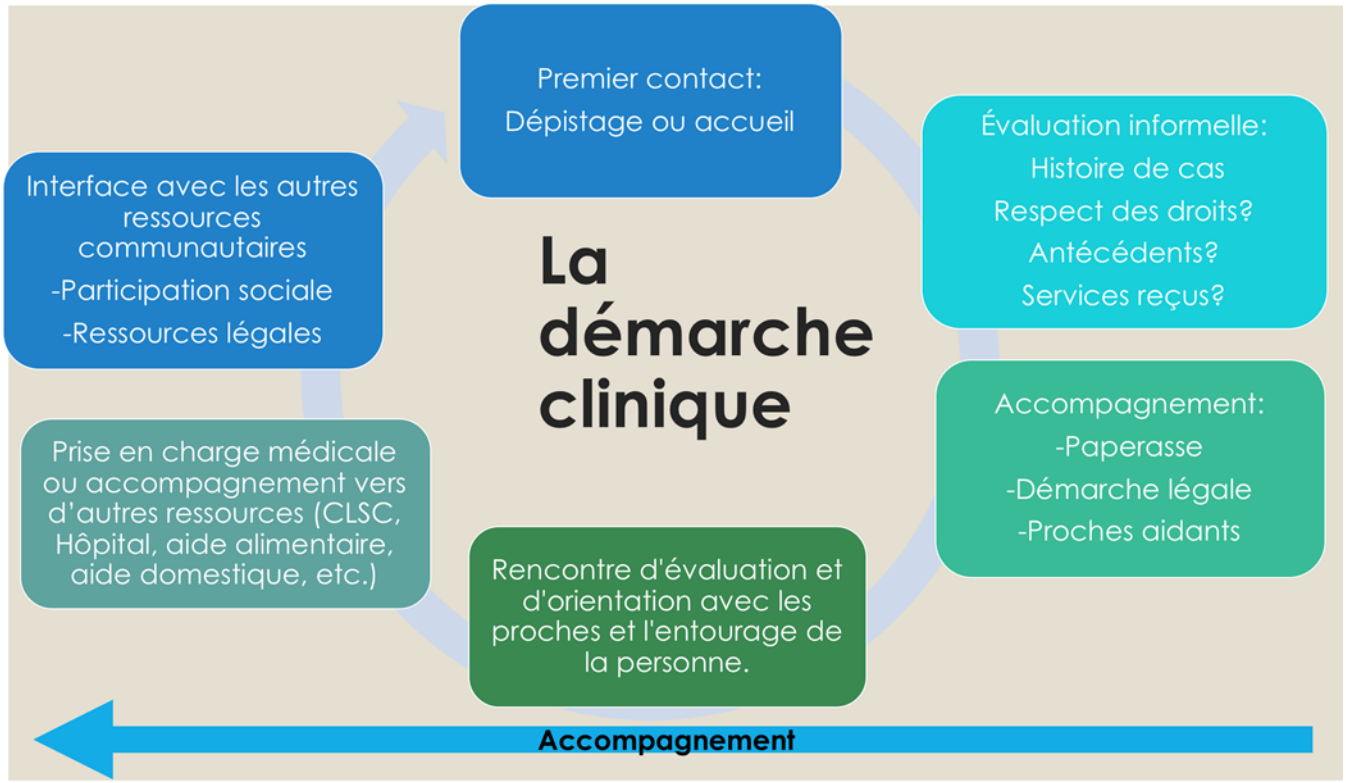
SOLUTIONS POUR L'ADAPTATION DU MODÈLE

Tous les éléments décrits à la section **La motivation à s'impliquer dans le modèle** constituent des composantes de solutions :

- une campagne d'informations et de sensibilisation auprès des intervenants professionnels de la santé et organismes communautaires, des partenaires potentiels, du grand public et des instances gouvernementales. Cette campagne permettrait de clarifier, entre autres, la mission, l'équipe, les partenaires ainsi que les rôles et responsabilités. Cette clarification favoriserait chez les acteurs la motivation, l'engagement et l'adhésion à une vision commune;
- le recours à des subventions de recherche pour démarrer le projet, recueillir des données probantes, autant qualitatives que quantitatives, et ainsi établir la crédibilité;
- des ateliers de formation pour mettre à niveau les connaissances;
- une concertation auprès des différents professionnels et des partenaires permettrait d'élaborer des stratégies pour simplifier les processus et réduire les intermédiaires de façon à dégager du temps et bénéficier d'une meilleure efficience;
- la diversification des sources de financement (Fondations, programmes gouvernementaux, financement privé, etc.) et l'obtention d'un financement récurrent permettrait une meilleure planification, l'engagement de ressources permanentes et des ententes de rémunération adéquate;
- Le peu de gériatres au Québec peut être compensé par : 1) le fait que la gériatrie sociale ne repose pas uniquement sur les gériatres. Les médecins de famille, les infirmières et infirmiers sont appelés à jouer des rôles de premier plan en ce qui concernent les soins médicaux; 2) une formation des autres professionnels sur les spécificités d'un vieillissement normal comparativement à l'état de santé d'un aîné comportant des pathologies; 3) des démarches auprès des instances gouvernementales afin de modifier le mode de rémunération des médecins pratiquant à domicile;
- le recours à des expertises à moindre coûts (des stages d'étudiants de différents programmes : administration, service juridiques, soins infirmiers, médecine, travail social, etc.) pourrait palier, en partie, au manque de financement, tout en assurant la qualité des services.

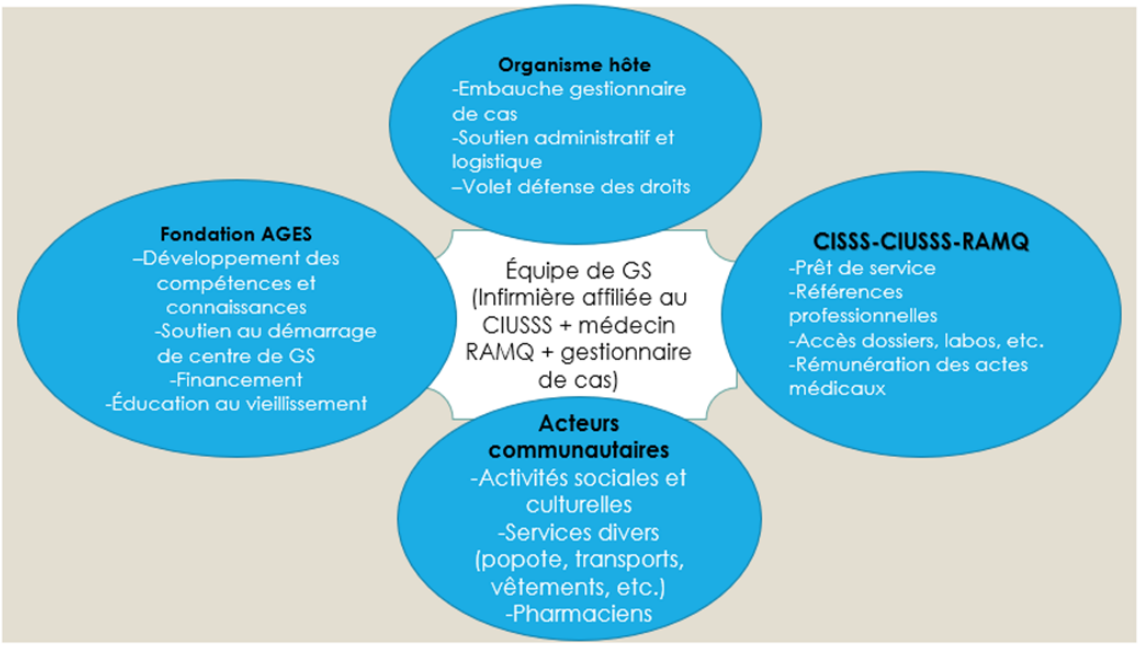
Illustrations schématique du modèle de gériatrie sociale

La démarche clinique s'illustre dans le tableau qui suit :



Source : tiré de la présentation du Dr. Stéphane Lemire lors du deuxième forum sur la gériatrie sociale, tenue le 28 octobre 2018

Le modèle organisationnel de la gériatrie sociale en communauté pourrait prendre la structure suivante :



Source : tiré de la présentation du Dr. Stéphane Lemire lors du deuxième forum sur la gériatrie sociale, tenue le 28 octobre 2018

CONCLUSION

Les apports et les limites de l'analyse

Nous avons tenté de ressortir des données de la consultation menée lors du forum, les éléments pertinents pouvant contribuer au développement de la gériatrie sociale en communauté. Par ailleurs, ceux-ci correspondent en grande partie, aux facteurs associés à la réussite de l'intégration des services ressortant de l'étude réalisée par le King's Fund (Ross, Curry et Godwin, 2011) : le repérage des cas afin que les soins adéquats soient destinés aux patients en ayant besoin; une globalité des soins; des plans de soins partagés; une continuité des soins permettant d'éviter le recours inapproprié aux services hospitaliers; une approche interprofessionnelle; ainsi qu'un partage des données dans une perspective d'amélioration continue.

La consultation a fait également ressortir des éléments qui permettraient, s'ils sont intégrés au modèle, de distinguer la gériatrie sociale des initiatives menées auparavant :

- la prise en compte autant du volet psychosocial que celle du volet médical dans les évaluations et les suivis;
- un accompagnement accru au niveau administratif afin d'accéder aux soins et services existants et faire respecter les droits des aînés;
- un échange non hiérarchisé entre les acteurs impliqués;
- des rapports plus humains auprès des patients et à ce titre,
- l'implication entière de l'aîné dans les prises de décisions;
- l'assurance de la compréhension de l'aîné en ce qui concerne son état de santé, les solutions et les risques inhérents et le respect inconditionnel de ses choix;
- la prise en compte des limites des proches aidants.

Or, il est difficile de déterminer un modèle qui combine judicieusement les interventions appropriées pour répondre aux besoins complexes des aînés (Lafortune, Béland et Bergman, 2011). De plus, le modèle doit également s'avérer en adéquation avec le contexte communautaire dans lequel il est implanté. C'est pourquoi la démarche clinique et le modèle organisationnel de la gériatrie sociale devront assurer la qualité des soins et services, tout en permettant une certaine souplesse afin de s'adapter aux particularités de chaque milieu.

À la suite des réflexions encourues, nous constatons toutefois que plusieurs questions restent à être explicitées et qu'il importe de poursuivre la réflexion afin d'y répondre:

- Quels seront les mécanismes de communication entre les différents partenaires qui permettront un partage fluide de l'information, tout en respectant les règles d'éthique et de confidentialité sur l'historique médical et social des patients?
- Comment s'articulera un arrimage avec le Réseau de la santé?

- Quelle sera l'autonomie de la gériatrie sociale en regard des services publics?
- Comment s'assurer que les équipes de gériatrie sociale en communauté ne seront pas occupées uniquement par les cas les plus lourds, référés par les établissements du réseau de la santé, et que le travail accompli puisse, comme souhaité, bénéficier à l'ensemble de la population aînée en perte d'autonomie vivant à domicile?

De plus, quoique la théorie utilisée pour l'analyse du rapport (*Normalisation process theory*) nous ait permis d'apporter un éclairage sur les éléments à retenir dans le modèle de gériatrie sociale, certaines dimensions reliées à l'intégration ne furent que partiellement abordées. Le processus d'intégration vise à institutionnaliser les relations de coopération entre les acteurs et vise la mise en œuvre dans le temps de cinq dimensions (Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez, 2001):

> 1) l'intégration des soins (coordonner de façon durable les pratiques cliniques autour des problèmes de santé du patient);
> 2) l'intégration de l'équipe clinique (constitution d'équipes multidisciplinaires, adoptant une approche globale, qui s'articulent à la structure du Réseau et en collaborant avec les médecins spécialistes ou généralistes);
> 3) l'intégration fonctionnelle (les conditions visant à constituer les équipes cliniques et permettre leur fonctionnement durable);
> 4) l'intégration normative (cohérence entre le système collectif de représentations, de valeurs des acteurs; ainsi que les modalités d'organisation des soins de santé);
> 5) l'intégration systémique (que les principes organisateurs de l'ensemble du système de soins soient cohérents avec la dynamique du projet local).

Les données recueillies lors de la consultation ne permettaient pas d'explorer en profondeur ces cinq dimensions.

Il importe donc de poursuivre ces réflexions pour être en mesure d'apprécier la faisabilité et la pertinence de la gériatrie sociale. Son expérimentation, soutenue par les services publics et la communauté pourrait amener des changements de pratiques professionnelles durables et permettre une amélioration au niveau de l'intégration des soins et services pour les aînés. Pour conclure, citons Contandriopoulos, Denis, Touati et Rodriguez (2001 : 47) :

> « Le paradoxe du changement, c'est que lorsqu'il devient indispensable, les ressources sont généralement rares, le temps est insuffisant pour expérimenter et, trop souvent, on n'a pas de projets crédibles proposés par des leaders légitimes! Il importe donc de penser explicitement les projets d'intégration comme des processus de changement que l'on doit soutenir délibérément. »

Bibliographie

ASSOCIATION DES MÉDECINS GÉRIATRES DU QUÉBEC, (2012). *Les gériatres à l'aube du vieillissement démographique, un défi à relever, un rôle à clarifier.* Rapport.

BÉLAND, François, et BERGMAN. (2000) « Rapport d'évaluation intérimaire II du projet de démonstration SIPA. » Rapport.

BÉLAND, François et al. (2006). « Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA): expérimentation d'un modèle pour le Canada », *La revue canadienne du vieillissement*, vol. 25, no 1, p. 5-24.

BERGMAN, H., BÉLAND, F., LEBEL, P., LEIBOVICH, E., CONTANDRIOPOULOS, A. P., BRUNELLE, Y., KAUFMAN, T., TOUSIGNANT, P., RODRIGUEZ, R. et SCOTT, G. (1997) « L'hôpital et le système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)», *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, Vol 4, no 2, p. 311-321.

BESWICK, Andrew D et al. (2008) « Complex Interventions to Improve Physical Function and Maintain Independent Living in Elderly People: A Systematic Review and Meta-Analysis. » *The Lancet*, vol. 371, no 9614, p. 725-735.

BIGONNESSE, C., BEAULIEU, M. et GARON, S. (2013), « L'habitation destinée aux aînés : l'importance du chez-soi et de la participation dans le développement de nouveaux modèles », Reflets, dossier : l'habitation chez les aînés, p. 14

CENTRE DE RECHERCHE ET D'EXPERTISE EN GÉRONTOLOGIE SOCIALE (CREGES), CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX CAVENDISH, CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MONTAGNE, ALLIANCE DES COMMUNAUTÉS CULTURELLES POUR L'ÉGALITÉ DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, INSTITUT INTERCULTUREL DE MONTRÉAL (2007). « Si c'était à refaire… Être immigrant et âgé au Québec, Symposium », Montréal

CHARPENTIER, M. et SOULIÈRES, M., 2006. Paroles de résidents. *Droits et pouvoir d'agir*.

COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ, (2012). (Page consultée le 02 décembre 2018). *Maladies chroniques liées au vieillissement et promotion de la santé et prévention des maladies*. [en ligne], http://publications.gc.ca/site/fra/9.555111/publication.html

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2015). *La performance du système de santé québécois et de services sociaux 2015, Résultats et analyse.* Gouvernement du Québec, Rapport final.

CONTANDRIOPOULOS, A.P., DENIS, J.L., TOUATI, N. et RODRIGUEZ, R., (2001). « Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre ». *Ruptures, 8*(2), pp.38-52.

CRAIG, Peter, DIEPPE, Paul, MACINTYRE, Sally, MICHIE, Susan, NAZARETH, Irwin et PETTICREW, Mark. (2008) "Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance." *Bmj,* Vol. 337, p. a1655.

DAS. K, EMONGO, L. et A.-J., GRÉGOIRE (2003). *Prise en charge des aînés des communautés ethnoculturelles. Guide de référence et d'inspiration.* Montréal: Institut Interculturel de Montréal.

DIADIOU, F. (2011). « Les entreprises d'économie sociale entre viabilité financière et utilité sociale : le cas de la coopérative de solidarité des services à domicile du royaume CSSDR ». Mémoire en études et interventions régionales. Université du Québec à Chicoutimi.

DUPRAS A., LEMIRE S. (2012) *Les Gériatres au Québec à l'aube du vieillissement démographique : Un défi à relever, un rôle à clarifier*. Montréal : Association des médecins gériatres du Québec.

EKLUND, K, WILHELMSON, K. (2009) « Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials ». *Health Soc Care Community*, Vol 17, No 5, p.447–458.

FAST, J., LERO, D., DUNCAN, K., DUNLOP, C., EALES, J., KEATING, N. et S. YOSHINO (2011). « Employment Consequences of Family/Friend Caregiving in Canada », Facts, Research on Aging Policies and Practice, avril, Edmonton, University of Alberta.

FOURNIER, Jacques (2005), « *Quelques réflexions et piste d'action sur l'avenir des EESAD* », RQIIAC, Interaction communautaire, no 71, hiver-printemps, pp : 12-13.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2015). "Quand il faut jongler entre travail et soins; comment les employeurs peuvent soutenir les aidants naturels », Rapport du groupe d'employeur sur la question des aidants naturels.

GUBERMAN, N., LAVOIE, J.-P., et I. OLAZABAL, (2011). « Baby-Boomers and the "Denaturalisation" of Care-Giving in Quebec », *Ageing & Society*, vol. 31, no 7, p. 1141-1158.

HARROUD, R. (2008). « Perception de proches aidantes marocaines de confession musulmanes prenant soin d'une personne âgée quant à la compétence culturelle d'infirmières », Mémoire en sciences infirmières, Université de Montréal

HARVEY, R., 2000. « Milieux de vie et municipalités : les personnes âgées », *Municipalité*, août-septembre, p. 20-21.

HÉBERT, R. DURANT, P.J., DUBUC, N., TOURIGNY, A. et le GROUPE PRISMA (2003). « PRISMA : a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada» , *International Journal of Integrated Care,* Vol 13 (Mars), p.1-8

HOLLANDER, Markus J. et CHAPPEL Neena L. Chappell. (2002). *Synthesis Report: Final report of the National Evaluation of the Cost-Effectiveness of Home Care*, Victoria.

HUSS, Anke, STUCK, Andreas E., RUBENSTEIN, Laurence Z., *et al.* (2008) « Multidimensional preventive home visit programs for community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials ». *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, Vol. 63, no 3, p. 298-307.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2014). *Le bilan démographique du Québec*. Rapport final.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Synthèse accélérée des connaissances sur les conditions de mise en œuvre des réseaux de services intégrés aux personnes âgées : le point de vue des experts.* Gouvernement du Québec. Rapport final.

JOHRI, M., BELAND, F. and BERGMAN, H. (2003), « International experiments in integrated care for the elderly: a synthesis of the evidence ». *Int. J. Geriat. Psychiatry*, Vol. 18, p. 222–235.

LAFORTUNE, BÉLAND et BERGMAN, (2011). « Le vieillissement et les services de santé : une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique ». *Revue Vie Économique : numéro spécial « Comment va la santé? »*, vol 3, no 1

LAQUERRE, M.-E. (2013), « L'interaction professionnelle en soutien à domicile dans un contexte pluriethnique : quand faire, c'est être. Une étude exploratrice en milieu montréalais ». thèse de doctorat en communication, Université du Québec à Montréal

LAVOIE, J.-P., LESSARD, D., BARYLAK, L. et D., Côté, (2003). « Quand les services facilitent ou nuisent au pouvoir des aidantes familiales », *La Revue canadienne du vieillissement*, vol. 22, no 4, p. 381-394.

LAVOIE, J.-P., GUBERMAN, N. (2014). La responsabilité des soins aux aînés au Québec; du secteur public au privé, *Étude IRPP*, No 48, 37 p.

LEGAULT, G. et G. ROY, (2000). «Les difficultés des intervenants sociaux auprès des clientèles d'immigration récente», dans *L 'intervention interculturelle*, sous la dir. de Gisèle Legault. Boucherville, Gaétan Morin, p. 185-202.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, 2009. « Favoriser le vieillissement actif au Québec. Municipalité amie des Aînés », Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS, 2010. *Programme de soutien aux politiques familiales municipales et à la démarche Municipalité amie des aînés*. Gouvernement du Québec.

MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DES AÎNÉS (2012). « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté au Québec; Historique de la première politique gouvernementale sur le vieillissement ».

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, (2003) *Chez soi : le premier choix. La politique de soutien à domicile*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. (2005). *Un défi de solidarité. Les services aux aînés en perte d 'autonomie. Plan d 'action 2005-2010*. Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). (Page consultée le 11 mai 2018) *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté au Québec; Historique de la première politique gouvernementale sur le vieillissement*, [en ligne], https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/historique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2014).). (Page consultée le 11 mai 2018) « Résidences privées pour aînés selon le type de résidence » [en ligne], http://bit.ly/1rwFG6D.

MINISTÈRE DES AFFAIRES MUNICIPALES, SPORT ET LOISIR. (2004). *Les effets du vieillissement de la population québécoise sur la gestion des affaires et des services municipaux*. Gouvernement du Québec.

MURRAY, Elizabeth, SHAUN, Treweek, POPE, Catherine, MacFARLANE, Anne, LUCIANA, Ballini, DOWRICK, Christopher, FINCH, Tracy et al. (2010) "Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions." *BMC medicine*, Vol 8, no. 1

ORDRE DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES DU QUÉBEC (2017). (Page consultée le 4 décembre 2018). Réfexion sur le soutien aux aînés à domicile. Consultation des Ordres professionnels. Priorités du Ministère de la Santé et des Services Sociaux 2016-2017. Rapport. [en ligne], https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/1478-reflexion-soutien-aines-domicile-web.pdf/05e0f6e3-5634-97a8-0f7e-10ec3bada182

PROGRAMMES ET SERVICES AUX AÎNÉS, ÉDITION 2014-2015. (2015). (Page consulté le 02 décembre 2018) Épargne Placements. Gouvernement du Québec. Rapport. [en ligne], https://sutton.ca/wp-content/uploads/2015/08/guide_aines_francais_2015_2016_webV2.pdf

RAMQ. (2006) *Nombre et coût des services médicaux selon le type, le mode de rémunération, la catégorie de médecins et le groupe de spécialités*. Québec, Services Médicaux, Rapport.

REGROUPEMENT DES AIDANTS NATURELS DU QUÉBEC (2014). *Mémoire Présenté lors des consultations particulières de La Commission des relations avec les citoyens concernant l'examen des rapports sur les activités du Fonds de soutien aux proches aidants.* Rapport final.

ROSENBERG, M.W. (1999). « Vieillir au Canada : les collectivités riches et les collectivités pauvres en services ». Horixons, vol 2. P.18

ROSS, S., CURRY, N. et GODWIN, N. (2011). *Case Management. What it is and how it can be best implanted?*. London, The King's Fund.

SÉGUIN, A.-M., (2010). « Vieillir en ville : les enjeux liés à l'exclusion », *in* M. Carpentier,N. Guberman, V. Billette *et al*. (dir.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Québec, Presses de l'Université du Québec, p.439-456.

SERVICE QUÉBEC. (2014). *Programmes et services pour les aînés, édition 2014-2015*.

STALL, Nathan, NOWACZYNSKI, Mark, et SINHA, Samir K. (2014) « Systematic Review of Outcomes from Home-Based Primary Care Programs for Homebound Older Adults », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 62, no 12, p. 2243-2251.

STATISTIQUE CADANA (2007). (Page consultée le 11 mai 2018) « Enquête sociale générale; Soins aux aînés, le point sur nos connaissances actuelles ». [en ligne], http://www.statcan.gc.ca/pub/11-008-x/2008002/article/10689-fra.htm

STATISTIQUE CANADA, (2013). (Page consultée le 11 mai 2018). *Enquête sociale générale : portrait des aidants familiaux, 2012*, [en ligne], http://aines.centre-du-quebec.qc.ca/wp-content/uploads/2010/04/portrait-proche-aidant-2013-2.pdf

TREMBLAY, L., BROUILLET, M.-I., RHÉAUME, J. et LAQUERRE, M.-E., (2006), « La communication avec l'interprète dans l'intervention à domicile », Centre de santé et de services sociaux de la Montagne

TOURIGNY, A., FRAPPIER, A. (2017). *Collaborer pour diminuer l'isolement social des aînés à Québec: portrait d'un Collectif,* Présentation colloque IVPSA octobre 2017, Collectif aînés isolement social, ville de Québec.

TURCOTTE, M., (2013). « Être aidant familial : quelles sont les conséquences ? », *Regards sur la société canadienne*, Statistique Canada, no 75-006-X, Ottawa.

VAILLANCOURT, Yves, François AUBRY, Christian JETTE, (2003), *L'économie sociale*
dans les services à domicile, Presse de l'Université du Québec, coll. Pratiques et politiques
sociales et économiques, 341 pages.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA, 2013. « Personnes âgées en perte d'autonomie : services à domicile », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2013-2014*, chapitre 4.

VÉZINA, M. et M. TURCOTTE, 2010. « Aider un parent qui habite loin de chez soi : les répercussions », *Tendances sociales canadiennes*, automne, 13 pages.

Annexe I Liste des 22 programmes et références

1- HOME BASED PRIMARY CARE (HBPC)

Articles :

Julie Leftwich Beales & Thomas Edes, (2009), VETERAN's AFFAIRS HOME BASED PRIMARY CARE, *Clin Geriatric Med 25*

Christine Chang, Susan S. Jackson, Tim A. Bullman &Elizabeth L. Cobbs, (2009), IMPACT OF A HOME-BASED PRIMARY CARE PROGRAM IN AN URBAN VETERANS AFFAIRS MEDICAL CENTER, *Clinical experience*

2- HOUSE CALLS FOR SENIORS

Article :

Robin A. Beck, Alejandro Arizmendi, Christianna Purnell, Bridget A. Fultz & Christopher M. Callahan, (2009), HOUSE CALLS FOR SENIORS : BUILDING AND SUSTAINING A MODEL OF CARE FOR HOMEBOUND SENIORS, *The American Geriatrics Society* , 57 :1103-1109

3- PRIMARY INTEGRATED INTERDISCIPLINARY ELDER CARE AT HOME (PIECH)

Article :

Ted Rosenberg, (2012), ACUTE HOSPITAL USE, NURSING HOME PLACEMENT, AND MORTALITY IN A FRAIL COMMUNITY-DWELLING COHORT MANAGED WITH PRIMARY INTEGRATED INTERDISCIPLINARY ELDER CARE AT HOME, *The American Geriatrics Society,* 60 :1340-1346

4- URBAN HOUSE CALLS PROGRAM (HCP)

Article :

Ania Wajnberg, Karen H. Wang, Mohamed Aniff, Hillary V.Kunins, (2010), HOSPITALIZATIONS AND SKILLED NURSING FACILITY ADMISSIONS BEFORE AND AFTER THE IMPLENTATION OF A HOME-BASED PRIMARY CARE PROGRAM, *the American Geriatrics Society,* 58 :1144-1147

5- POPULATION-BASED MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE IN UK GENERAL PRACTICE : A CLUSTER-RANDOMISED FACTORIAL TRIAL

Article :

Astrid E. Fletcher,Gill M. Price,Edmond S. Ng, Susan L. Stirling, Christopher J. Bulpitt, Elizabeth Breeze, Maria Nunes, Dee A. Jones,Amina Latif,Nicola M. Fasey, Madge R.

Vickers & Alistair J. Tulloch, (November 2004), POPULATION-BASED MULTIDIMENSIONAL ASSESSMENT OF OLDER PEOPLE IN UK GENERAL PRACTICE : A CLUSTER-RANDOMISED FACTORIAL TRIAL, *Articles*, Vol 364

6- MUNICIPALITY INTERVENTION IN COORDINATION WITH GENERAL PRACTITIONERS : GENDER DIFFERENCES

Article :

Mikkel Vass, Kirsten Avlund, Kajsa Kvist, Carsten Hendriksen,Christian K. Andersen & Niels Keiding, (2004), STRUCTURED HOME VISITS TO OLDER PEOPLE. ARE THEY ONLY OF BENEFIT FOR WOMEN? A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL, *Scand J Prim Health Care*, Vol 22

7- ENHANCED CASE MANAGEMENT (ECM)

Article :

Robert Newcomer, Vilma Maravilla, Paul Faculjak & Maria T. Graves, (December 2004), OUTCOMES OF PREVENTIVE CASE MANAGEMENT AMONG HIGH-RISK ELDERY IN THREE MEDICAL GROUPS, A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL, *Evaluation & the Health Professions*, Vol 27, No. 4 : 323-348

8- DEED II STUDY

Article :

Gideon A. Caplan, Anthony J. Wiliams, Barbra Daly & Ken Abraham, (2004), A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT AND MULTIDISCIPLINARY INTERVENTION AFTER DISCHARGE OF ELDERY FROM EMERGENCY DEPARTMENT – THE DEED II STUDY, *the American Geriatrics Society,* 52 :1417-1423

9- CASE MANAGEMENT PROJECT FOR THE COMMUNITY-DWELLING FRAIL ELDERY IN HONG KONG

Article :

Antony Chi-tat Leung, Chi-pun Liu, Nelson Wing-sun Chow & Iris Chi, (2004), COST-BENEFIT ANALYSIS OF A CASE MANAGEMENT PROJECT FOR THE COMMUNITY-DWELLING FRAIL ELDERY IN HONG KONG, *The Journal Applied Gerontology*, Vol. 23, No.1: 70-85

10- COOPERATIVE HEALTH CARE CLINIC MODEL (CHCC)

Article :

John C. Scott, Douglas A. Conner, Ingrid Venohr, Glenn Gade, Marlene McKenzie, Andrew M. Kramer, Lucinda Bryant & Arne Beck, (2004), EFFECTIVENESS OF A GROUP

OUTPATIENT VISIT MODEL FOR CHRONICALLY ILL OLDER HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATION MEMBERS : A 2 YEAR RANDOMIZED TRIAL OF THE COOPERATIVE HEALTH CARE CLINIC, *the American Geriatrics Society,* 52 :1463-1470

11- CARE ADVOCATE PROGRAM

Article :

George R. Shannon, Kathleen H. Wilber, Douglas Allen, (2006), REDUCTIONS IN COSTLY HEALTHCARE SERVICE UTILIZATION : FINDINGS FROM THE CARE ADVOCATE PROGRAM, *the American Geriatrics Society,* 54 :1102-1107

12- HOME CARE PROGRAM IN ONTARIO (Proactive nursing health promotion)

Article :

Maureen Markle-Reid, Robin Weir, Gina Browne, Jacqueline Roberts, Amiram Gafni, Sandra Henderson, (2006), HEALTH PROMOTION FOR FRAIL OLDER HOME CARE CLIENTS, *Nursing and Healthcare Management And Policy*

13- SYSTEM OF INTEGRATED CARE FOR OLDER PERSONS WITH DISABILITIES IN CANADA (French acronym : SIPA)

Article :

François Béland, Howard Bergman, Paule Lebel, A.Mark Clarfield, Pierre Tousignant, André-Pierre Contandriopoulos & Luc Dallaire, (2006), A SYSTEM OF INTEGRATED CARE FOR OLDER PERSONS WITH DISABILITIES IN CANADA : RESULTS FROM A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL, *Journal of Gerontology : Medical Sciences*, Vol. 61A, No 4 : 367-373

14- HOME VISITING PROGRAM FOR OLDER PEOPLE WITH POOR HEALTH STATUS IN THE NETHERLANDS

Article :

Ans Bouman, Erik van Rossum, Ton Ambergen, Gertrudis Kempen & Paul Knipschild, (2007), EFFECTS OF A HOME VISITING PROGRAM FOR OLDER PEOPLE WITH POOR HEALTH STATUS : A RANDOMIZED, CLINICAL TRIAL IN THE NETHERLANDS, *the American Geriatrics Society*, 56 :397-404

15- PREVENTIVE HOME VISITS FOR AMBULATORY HOUSEBOUND ELDERS IN JAPAN

Article :

Ayumi Kono, Ichiro Kai, Chiyoko Sakato, Judith O. Harker & Laurence Z. Rubenstein, (2004), EFFECT OF PREVENTING HOME VISITS FOR AMBULATORY HOUSEBOUND ELDERS IN JAPAN : A PILOT STUDY, *Aging Clinical and Experimental Research*, Vol 16 :293-299

16- KENOSHA COUNTY FALLS PREVENTION STUDY

Article :
Jane E. Mahoney, Terry A. Shea, Robert Przybelski, LaVerne Jaros, Ronald Gangnon, Sandy Cech & Alice Schwalbe, (2007), KENOSHA COUNTY FALLS PREVENTION STUDY : A RANDOMIZED, CONTROLLED TRIAL OF AN INTERMEDIATE-INTENSITY, COMMUNITY-BASED MULTIFACTORIAL FALLS INTERVENTION, *the American Geriatrics Society*, 55 : 489-498

17- PREVENTIVE HOME VISITS IN A SWEDISH CONTEXT

Article :
Klas-Göran Sahlen, Lars Dahlgren, Britt Mari Hellner, Hans Stenlund & Lars Lindholm, (2006), PREVENTING HOME VISITS POSTPONE MORTALITY – A CONTROLLED TRIAL WITH TIME-LIMITED RESULTS*, BMC Public Health*, 6 :220

18- MULTIFACTORIAL FALL PREVENTION PROGRAMME IN HOME-DWELLING ELDERY PEOPLE

Article :
N.M. Sjösten, M. Salonoja, M. Piirtola, T. Vahlberg, R. Isohao, H. Hyttinen, P. Aarnio, S.L. Kivelä, (2006), A MULTIFACTORIAL FALL PREVENTION PROGRAMME IN HOME-DWELLING ELDERY PEOPLE : A RANDOMIZED-CONTROLLED TRIAL, *Public Health*, 121 :308-318

19- MIND AT HOME

Article :
Jeremy A. Tanner, Betty S. Black, Deirdre Johnston, Edward Hess, Jeannie-Marie Leoutsakos, Laura N. Gitlin, Peter V. Rabins, Constantine G. Lyketsos, Quincy M. Samus, (2015), A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL OF A COMMUNITY-BASED DEMENTIA CARE COORDINATION INTERVENTION : EFFECTS OF MIND AT HOME ON CAREGIVER OUTCOMES, *Am J Geriatr Psychiatry*, 23 :391-402

20- DUTCH GERIATRIC INTERVENTION PROGRAM (DGIP)

Article :
René J.F. Melis, Monique I.J. van Eijken, Steven Teerenstra, Theo van Achterberg, Stuart G. Parker, George F.Borm, Eloy H. van de Lisdonk, Michel Wensing & Marcel G.M. Olde Rikkert, (2008), A RANDOMIZED STUDY OF A MULTIDISCIPLINARY PROGRAM TO INTERVENE ON GERIATRIC SYNDROMES IN VULNERABLE OLDER PEOPLE WHO LIVE AT

HOME (DUTCH EASY CARE STUDY), *Journal of Gerontology, Medical Sciences*, Vol. 63A, No 3 :283-290

21- MOUNT SINAI VISITING DOCTORS (MSVD)

Article :

Jennifer M. Reckrey, Theresa A. Soriano, Cameron R. Hernandez, Linda V. DeCherrie, Silvia Chavez, Meng Zhang & Katherine Ornstein, (2005), THE TEAM APPROACH TO HOME-BASED PRIMARY CARE : RESTRUCTURING CARE TO MEET INDIVIDUAL, PROGRAM, AND SYSTEM NEEDS, *The American Geriatrics Society*, 63 :358-364

22- Early discharge rehabilitation service for older people (EDRS)

Article :

Amanda L. Cunliffe, John R.F. Gladman, Sharon L. Husbands, Paul Miller, Michael E. Dewey, Rowan H. Harwood, (2004), SOONER AND HEALTHIER : A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL AND INTERVIEW STUDY OF AN EARLY DISCHARGE REHABILITATION SERVICE FOR OLDER PEOPLE, *Age and Ageing*, Vol 33, No 3 : 246-252