



**CCSMPA**

Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées



## **Renforcer la capacité des services sociaux et de santé du Canada à faire face à l'isolement social et à la solitude des personnes âgées :**

Faire évoluer les politiques, les pratiques et le système

*Situation actuelle, avenir souhaité et chemin à parcourir*

## Citation

---

Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, Horgan, S. et Prorok, J., Sangster, A (2026). Renforcer la capacité des services sociaux et de santé du Canada à faire face à l'isolement social et à la solitude des personnes âgées : Faire évoluer les politiques, les pratiques et les systèmes – Situation actuelle, avenir souhaité et chemin à parcourir. Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées.

## Remerciements

---

La réalisation de ce projet a été rendue possible grâce au généreux soutien philanthropique du Waltons Trust. Nous sommes profondément reconnaissants au personnel de la CCSMPA, notamment à Anna Sangster et à nos associées de recherche Salinda Horgan et Jeanette Prorok, pour leur remarquable contribution.

La CCSMPA est un programme de l'Académie canadienne de gérontopsychiatrie.

# Avant-Propos

**L'isolement social et la solitude (ISS) sont devenus des enjeux déterminants dans les sociétés vieillissantes, et ont des répercussions considérables sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Même s'il s'agit là d'expériences profondément personnelles, elles sont façonnées par les politiques, les systèmes et les pratiques quotidiennes qui conditionnent la manière dont les gens vivent, vieillissent et reçoivent des soins. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) place la lutte contre l'ISS au cœur de sa mission, qui est de promouvoir la santé mentale et le bien-être des personnes âgées en s'appuyant sur des données probantes, des activités de sensibilisation et des changements systémiques.**

La pandémie de COVID-19 a révélé, avec une acuité sans précédent, à quel point l'éloignement social peut rapidement affecter la santé et le bien-être, en particulier chez les personnes âgées. Au Canada et dans le monde entier, la pandémie a mis en évidence les lacunes dans la capacité de réaction des systèmes, a accentué les inégalités existantes et a permis de comprendre à quel point les liens sociaux peuvent être fragiles lorsque les structures de soutien sont perturbées. Dans le même temps, elle a servi de catalyseur et eu pour effet d'accélérer l'innovation, d'élever l'ISS au rang de priorité publique et politique, et d'amener à reconsidérer la manière dont les systèmes de services sociaux et de santé peuvent renforcer les liens et le sentiment d'appartenance à un âge avancé.

En 2024, la CCSMPA a publié les premières lignes directrices cliniques axées sur l'ISS chez les personnes âgées, une première mondiale. Les premières expériences de mise en œuvre et la base de données factuelles constituée en vue de la mobilisation des connaissances permettent de se rendre compte que le passage des recommandations à une pratique systématique parmi les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) dépendra d'une action politique concertée englobant les systèmes, les organismes et l'infrastructure de première ligne.

Les PSSS œuvrent dans des cadres médicaux, sociaux et communautaires à la promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie par le biais de soins cliniques, de la coordination des services et de mesures de soutien sociales et pratiques. Toutefois, nombre d'entre eux ne disposent pas de la formation, du soutien organisationnel, des voies d'orientation, des systèmes de données ou des politiques d'habilitation nécessaires pour transformer les données probantes en pratiques courantes. Par conséquent, les lignes directrices, même si elles sont robustes, ne sont pas toujours appliquées uniformément et leur portée peut être limitée. Pour lutter contre l'ISS, il est donc nécessaire que les politiques, les effectifs, les infrastructures opérationnelles et les mécanismes de mobilisation des connaissances soient coordonnés en vue d'une action durable sur le terrain.

Cette démarche s'inscrit dans une dynamique mondiale de plus en plus marquée. En 2025, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé que les liens sociaux soient reconnus comme un déterminant essentiel de la santé et une priorité de santé publique, et souligné la nécessité de mettre en place des politiques coordonnées, des programmes transposables et des dispositifs de suivi des progrès accomplis à tous les niveaux. Les lignes directrices cliniques de la CCSMPA sont en accord étroit avec cette recommandation : elles visent à faciliter la pratique quotidienne et à renforcer l'infrastructure de transformation des politiques en pratiques nécessaire à un changement systémique durable.

Dans ce contexte, la CCSMPA a élaboré le présent rapport afin d'examiner la situation politique du Canada en matière d'ISS chez les personnes âgées, en mettant l'accent sur les conditions qui facilitent le travail des PSSS. À partir de l'expérience internationale et canadienne, le rapport répertorie les dispositifs en place, les lacunes persistantes et les approches susceptibles d'être adaptées aux systèmes sociaux et de santé canadiens. Destiné aux décideurs politiques, aux formateurs, aux responsables de systèmes et aux PSSS, le rapport met en lumière les moyens stratégiques de tirer parti des changements entraînés par les politiques de manière à renforcer la capacité des PSSS à faire face à l'ISS chez les personnes âgées. Le lien social devient ainsi une composante systématique et pérenne des soins prodigués aux personnes âgées.

# Table des matières

---

<b>Summary &amp; Background</b>	<b>1</b>
Sommaire	2
Isolement social et solitude	4
La politique comme levier de changement	6
Une stratégie de prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées axée sur les soins de santé et les services sociaux	9
Présentation du rapport	10
Pays chefs de file	11

---

<b>Principales Constatations</b>	<b>13</b>
La vision	14
Gouvernance	18
Formation et enseignement	22
Renouvellement des effectifs	26
Interventions dans la pratique	30
Mobilisation des connaissances	34
Infrastructure opérationnelle	38

---

<b>Principaux Enseignements</b>	<b>42</b>
---------------------------------	-----------

---

<b>Feuille de route : voies de passage de la connaissance à l'intervention</b>	<b>44</b>
Objet et finalité	45
Acteurs, niveaux et leviers : Qui est habilité à agir, à quel moment et à quel niveau?	46
Huit voies de passage des connaissances à l'action	47
Comment consulter la feuille de route	48

---

<b>Voies de passage de la connaissance à l'action</b>	<b>49</b>
Faire évoluer l'élaboration des programmes d'études	50
Renforcer la promotion de la santé	54
Améliorer les plateformes de dossiers de santé électroniques	58
Développer l'apprentissage numérique et les microcertifications	62
Élargissement du partage et de l'intégration des connaissances	66
Optimiser l'apprentissage et la pratique interprofessionnels	70
Diffuser à grande échelle les outils et les ressources pratiques	74
Renforcer les voies d'orientation	78

---

<b>En conclusion</b>	<b>82</b>
<b>Bibliographie choisie et lectures complémentaires</b>	<b>84</b>



Partie I

# Sommaire & Contexte



## Sommaire

**L'isolement social et la solitude (ISS) chez les personnes âgées constituent un enjeu de santé publique de plus en plus important au Canada, lesquels ont des répercussions considérables sur la santé, le bien-être et la qualité de vie des personnes âgées. Le vieillissement de la population, la prévalence croissante des maladies chroniques et les transitions du troisième âge remodelent les réseaux sociaux et rendent de nombreuses personnes âgées plus vulnérables**

En 2024, la Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) a publié les premières lignes directrices cliniques axées sur l'ISS chez les personnes âgées, une première mondiale. Dans le même temps, la dynamique mondiale va en s'accroissant. En 2025, l'Organisation mondiale de la Santé a recommandé que les liens sociaux soient reconnus comme un déterminant essentiel de la santé et une priorité de santé publique, et souligné la nécessité de mettre en place des politiques coordonnées, des programmes transposables et l'obligation de rendre compte à tous les niveaux.

Afin d'orienter ces démarches, la CCSMPA a procédé à une analyse des politiques à partir des publications canadiennes et internationales et des sources institutionnelles, en se concentrant sur les mesures de soutien au niveau systémique visant à faciliter aux PSSS la prise en charge des personnes âgées aux prises avec l'ISS ou susceptibles de l'être. L'analyse a porté sur les politiques aux niveaux macro, méso et micro et a permis de dégager sept domaines d'intervention interreliés : *vision, gouvernance, formation et enseignement,*

*renouvellement des effectifs, interventions dans la pratique, mobilisation des connaissances et infrastructure opérationnelle.* L'analyse a également porté sur les initiatives et les stratégies mises en œuvre au Canada par comparaison avec celles des pays chefs de file, en vue de déterminer les stratégies applicables et adaptables à la situation canadienne.

Parmi les pays en pointe, on observe des progrès simultanés dans ces sept domaines, lesquels reposent sur des visions nationales communes, une gouvernance intersectorielle, des investissements dans de nouvelles catégories professionnelles telles que les prescripteurs sociaux et les intervenants pivots en milieu communautaire, la généralisation des interventions fondées sur des données probantes, et l'intégration de l'ISS dans les systèmes de données et les parcours de soins. Au Canada, des progrès notables sont en voie de réalisation dans tous les domaines, avec une prise en compte croissante de l'ISS dans les stratégies en matière de vieillissement sain et de santé mentale, et l'écllosion d'un large éventail d'initiatives novatrices aux niveaux provincial, territorial, régional et communautaire. Ces avancées forment une base solide sur laquelle il est possible de s'appuyer. Les initiatives en matière de formation et de sensibilisation se multiplient, de nouvelles attributions professionnelles sont mises à l'essai, les interventions dans la pratique gagnent du terrain, et les régions commencent à adapter les systèmes numériques et les processus d'orientation afin de faciliter la prise en charge systématique de l'ISS. Cependant, au Canada, il reste des défis à relever pour ce qui est de transformer la vision en action coordonnée.

Dans l'ensemble, ces constats aboutissent à une conclusion encourageante : Le Canada peut compter sur une capacité d'innovation et un leadership considérables. Le renforcement de l'infrastructure politique qui articule les initiatives en place dans tous les secteurs, à tous les niveaux et dans toutes les régions est une excellente occasion de concrétiser cette dynamique en une action plus homogène, plus durable et plus systémique en faveur des personnes âgées. Dans un souci de soutien à la mise en œuvre, le rapport présente une feuille de route qui s'articule autour de huit axes complémentaires de mise en pratique des connaissances, à savoir :

1. accélérer l'élaboration des programmes d'enseignement
2. renforcer la promotion de la santé
3. améliorer les plateformes de dossiers de santé électroniques
4. développer l'apprentissage numérique et les microcertifications
5. élargir le partage et l'intégration des connaissances
6. optimiser l'apprentissage et la pratique interprofessionnels
7. diffuser à grande échelle les outils et les ressources pratiques
8. renforcer l'accompagnement et l'arrimage aux soins

Ces axes fournissent de multiples points d'entrée aux gouvernements, aux organismes, aux éducateurs, aux partenaires communautaires et aux prestataires de soins de première ligne, étant entendu que le changement peut s'amorcer à n'importe quel niveau et prendre de l'ampleur par la voie de la collaboration.

En conclusion, les organismes, les équipes et les individus sont invités à examiner les pistes stratégiques présentées dans ce rapport et à déterminer celles qui correspondent à leurs priorités et à leurs ressources. En cas de concordance, la collaboration peut accélérer les progrès; en cas d'obstacles persistants, la mobilisation de partenaires stratégiques aux niveaux local, provincial, territorial ou national peut servir à dégager de nouvelles pistes. La feuille de route proposée dans le présent rapport indique la marche à suivre pour faire avancer les choses dans le contexte canadien, dans la mesure où, même en l'absence d'une réforme radicale, les partenaires résolus à faire du lien social une composante systématique des soins peuvent créer une dynamique et favoriser concrètement le passage de la politique à la pratique.

### Les politiques sont un outil puissant

Les politiques, à tous les niveaux, sont un puissant instrument de changement stratégique, systématique et durable.

### Une action harmonisée

Des avancées importantes en matière d'ISS nécessiteront une action harmonisée aux niveaux macro, méso et micro des politiques.

### Commencer

Le véritable mouvement se produit lorsque nous partons de là où nous sommes, que nous dépassons notre sphère d'influence immédiate et que nous trouvons les personnes avec qui nous collaborerons (à n'importe quel niveau).

# Isolement social et solitude

## Population et tendances démographiques

Parallèlement au vieillissement rapide de la population canadienne, une proportion croissante de personnes âgées vivent plus longtemps et continuent à résider dans leur communauté plutôt qu'en établissement. L'augmentation de l'espérance de vie s'accompagne d'un accroissement du nombre de personnes âgées atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques. Ces tendances sur le plan de la démographie et de la santé ont d'importantes répercussions sur les liens sociaux. Il n'est pas surprenant que les niveaux d'ISS chez les personnes âgées au Canada augmentent, une proportion importante des personnes âgées de 50 ans et plus étant menacée d'isolement social, et un grand nombre d'entre elles faisant état d'expériences de solitude à des degrés divers. Prises ensemble, ces tendances témoignent de l'importance croissante de l'ISS comme problème à l'échelle de la population touchant des personnes âgées dont les conditions de vie et les profils de santé sont très variés.

## Pressions sur les systèmes de santé, sociaux et communautaires

Les pressions exercées sur les systèmes de soins de santé et de services sociaux augmentent à mesure que la population canadienne vieillit. Il est avéré que le phénomène de l'ISS peut à la fois déclencher et aggraver des problèmes de santé physique et mentale, et agir comme un catalyseur susceptible de détériorer l'état de santé des personnes âgées et d'accroître leurs besoins en matière de soins. S'il n'est pas pris en charge, le problème de l'ISS peut se traduire par une augmentation du recours aux services, des trajectoires de soins plus complexes et une sollicitation accrue de systèmes déjà surchargés. Dans une optique systémique, les mesures visant à prévenir ou à atténuer l'ISS chez les personnes âgées sont un moyen stratégique d'améliorer le bien-être individuel et de ménager des ressources limitées sur le plan des soins de santé et de la protection sociale.

## Qu'est-ce que l'isolement social et la solitude (ISS)?

L'isolement social et la solitude sont des expériences apparentées mais distinctes. L'isolement social désigne le fait d'avoir peu de relations sociales quantifiables ou peu d'occasions d'interagir avec d'autres personnes. La solitude, quant à elle, est le sentiment éprouvé d'être seul ou privé de liens, quel que soit le nombre de personnes que l'on voit en réalité. Une personne peut se trouver socialement isolée sans se sentir seule, ou se sentir seule même lorsqu'elle est entourée d'autres personnes. Dans la pratique, ces expériences se chevauchent souvent et peuvent influencer l'une sur l'autre. Pour les PSSS, ce chevauchement peut compliquer la mise en lumière de ce qui affecte la santé sociale d'une personne. S'agit-il d'un manque de relations sociales, d'un sentiment subjectif de solitude ou d'une combinaison des deux? Pourtant, il est essentiel de comprendre cette distinction pour pouvoir déterminer les mesures de soutien et les interventions adéquates. Comme ces expériences se recoupent fréquemment et vont souvent de pair dans la pratique, on les désignera conjointement dans le présent rapport sous l'abréviation ISS.

### Isolement social

« Un déficit mesurable dans le nombre de relations sociales d'une personne. Un déficit « objectif » des liens avec la famille, les amis ou la communauté. »

**L'isolement social peut accroître le risque de solitude.**

**Mais l'augmentation des contacts sociaux ne réduit pas automatiquement la solitude.**

**Et on peut être seul sans pour autant se sentir seul.**

**La qualité des relations sociales est également importante, de même que le sentiment que les gens éprouvent par rapport à ces relations.**

### Solitude

« Expérience subjective interne; c'est une sensation désagréable ressentie lorsque les relations sociales d'une personne sont insuffisantes en qualité ou en quantité par rapport à ce qu'elle souhaite. Une évaluation "subjective" du manque de relations sociales. »

## **Pourquoi est-il important de prendre en charge l'ISS chez les personnes âgées?**

Les initiatives visant à réduire l'ISS sont importantes car ces expériences peuvent avoir des répercussions considérables sur la santé, le bien-être et la qualité de vie en général. Lorsqu'une personne a l'impression de manquer de véritables liens sociaux, elle est plus susceptible de présenter des problèmes de santé physique et mentale, et d'avoir besoin d'aide dans ses activités quotidiennes. Bien que l'ISS puisse toucher des personnes de tout âge, les personnes âgées (de plus de 65 ans) sont exposées à un risque disproportionné en raison des transitions habituelles liées au troisième âge (p. ex. départ à la retraite, santé déclinante, perte de proches), lesquelles peuvent perturber les réseaux sociaux et entraver les liens avec les autres. L'ISS peut nuire à la capacité des personnes âgées de prendre en charge leurs maladies chroniques, de rester actives et de bénéficier des services et des soutiens indispensables au vieillissement en bonne santé. Peu d'événements ont mis en lumière aussi clairement que l'épidémie de COVID-19 le risque disproportionné auquel les personnes âgées sont confrontées en matière d'ISS et la pression qui s'exerce de ce fait sur les systèmes de santé. La pandémie a fait passer le problème de l'ISS au rang de priorité de santé publique mondiale, en particulier pour les personnes âgées, ce qui a donné lieu à une réflexion politique plus approfondie et à des mesures pratiques visant à améliorer la qualité de vie, à favoriser le vieillissement en bonne santé, à renforcer les liens communautaires et à alléger la pression sur les systèmes de santé et de services sociaux.

## **Isolement social et la solitude chez les personnes âgées**

Au Canada, les personnes âgées sont de plus en plus touchées par l'ISS. En effet, 41 % des Canadiens âgés de 50 ans et plus présentent un risque d'isolement social et 58 % d'entre eux souffrent de solitude à un degré ou à un autre. L'ISS a un impact sur la santé mentale et physique des personnes âgées. Des taux élevés d'ISS ont été associés à la dépression, à l'anxiété, ainsi qu'au déclin cognitif, mais les effets vont au-delà des affections diagnostiquables puisqu'elles ont un éventail de répercussions infracliniques sur la santé mentale. De nombreuses personnes âgées font état d'une diminution de leur qualité de vie, d'une tristesse persistante, d'une perte de motivation et d'un déclin du sentiment d'utilité et d'appartenance. Le sentiment de passer inaperçu ou d'être peu apprécié peut éroder l'estime de soi et la résilience, ce qui peut entraîner une détresse émotionnelle qui n'atteint peut-être pas les seuils cliniques, mais qui influe tout de même sur le bien-être quotidien et la participation aux activités valorisantes. Dans le même temps, l'ISS peut également avoir des effets physiques et faire augmenter le risque de maladies cardiovasculaires, de chutes et de déclin des capacités fonctionnelles générales.

Ces difficultés sont souvent accentuées au sein des groupes défavorisés, parmi lesquels les inégalités systémiques et les discriminations passées ou actuelles contribuent à aggraver les risques et à réduire les occasions de nouer des liens. Par exemple, les nouveaux arrivants âgés peuvent faire face à l'insuffisance de leurs réseaux sociaux, à des barrières linguistiques et à la difficulté de s'orienter dans des systèmes qui ne leur sont pas familiers; les personnes âgées autochtones peuvent éprouver un isolement lié à l'héritage colonial, à la vie en milieu rural ou éloigné et à la rareté des soutiens culturellement adaptés; et les personnes âgées 2ELGBTQIA+ peuvent être confrontées à la stigmatisation, à des réseaux familiaux plus restreints ou perturbés et à un manque de services accueillants, inclusifs et respectueux de leur identité sexuelle et de genre. Les résultats des sondages canadiens révèlent par ailleurs que la question de l'ISS est rarement abordée par les personnes âgées dans leurs consultations auprès des PSSS, en dépit des nombreuses données probantes concernant son impact sur la santé. Les lignes directrices cliniques de la CCSMPA mettent en relief les principaux facteurs de risque, entre autres le fait de vivre seul, les restrictions de mobilité, les maladies chroniques, le deuil et d'autres tournants de la vie, les faibles revenus, les obstacles au transport et les barrières culturelles ou linguistiques. Tous ces éléments indiquent que l'ISS chez les personnes âgées est un problème de santé publique pressant qui dépend de facteurs personnels, sociaux et structurels qui s'entrecroisent.

# La politique comme levier de changement

## Qu'est-ce qu'une politique?

On entend par politique le système coordonné à plusieurs niveaux par lequel on fixe les attentes, on définit les rôles et on facilite (ou restreint) les interventions de première ligne visant à faire face à l'ISS chez les personnes âgées.

Il s'agit de bien plus qu'une simple directive gouvernementale rangée dans un classeur. Les politiques interviennent à de niveaux multiples et interreliés, macro, méso et micro (comme il est précisé plus bas), dont l'ensemble compose un écosystème politique interdépendant. Lorsqu'une politique évolue à un niveau donné, cela entraîne des changements dans tout l'écosystème.

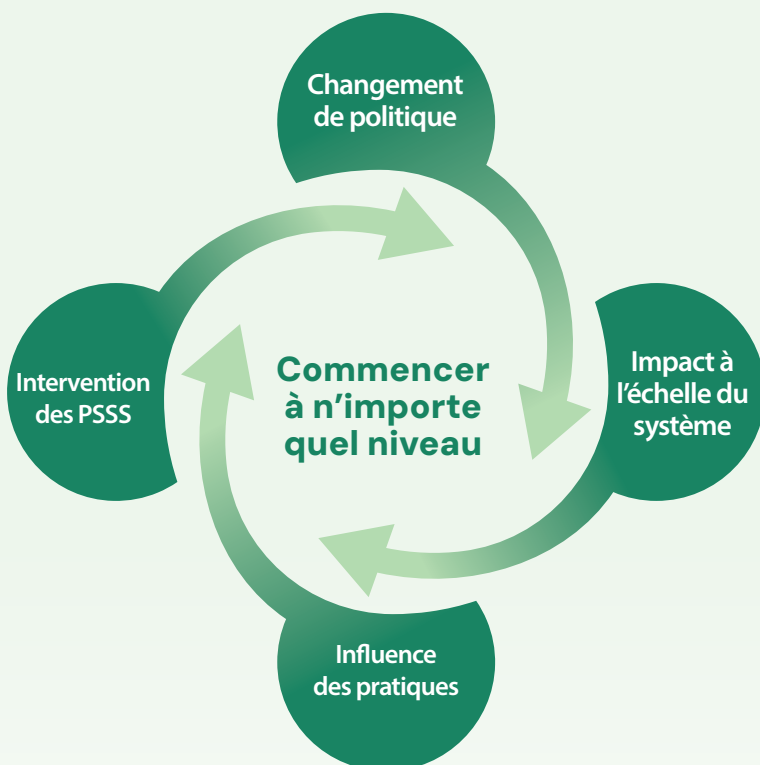
### Intégration des politiques à plusieurs niveaux



## Le rôle des politiques dans l'élaboration des pratiques

Les politiques peuvent jouer un rôle important dans la mise en place des conditions nécessaires à une mise en œuvre plus uniforme, à une diffusion plus générale et à une pérennisation des améliorations sur le plan des connaissances, des compétences et des ressources en matière d'ISS. Les Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées (ISSPA) présentent des recommandations fondées sur des données probantes destinées à aider les PSSS à prendre en charge l'ISS chez les personnes âgées. Bien que leur publication marque une étape importante, les premières étapes de diffusion et de mise en œuvre des lignes directrices ont fait apparaître des lacunes dans le passage de la politique à la pratique, qui doivent être comblées pour que les lignes directrices prennent véritablement effet. En d'autres termes, bien que les lignes directrices pratiques en matière d'ISSPA posent des jalons importants, elles ne suffiront pas, à elles seules, à faciliter aux PSSS la prise en charge systématique de l'ISS chez les personnes âgées. Pour faire face efficacement à l'ISS, les PSSS doivent également disposer de compétences pratiques plus précises, de possibilités de formation appliquée, d'un accès aisé à des outils de dépistage et d'évaluation validés, de voies d'orientation et de parcours de soins bien définis, et de structures de rémunération attirées. Les progrès dans l'un ou l'autre de ces domaines dépendent de changements politiques coordonnés au niveau systémique, organisationnel et pratique. Ainsi, pour que les PSSS soient effectivement mieux à même de prendre en charge l'ISSPA, il faudra opérer des changements généralisés et harmonisés dans l'ensemble de l'écosystème politique.

### Cycle du système politique



### La politique comme levier de changement





Les politiques, à tous les niveaux, peuvent constituer un puissant levier de changement stratégique, systématique et durable.

Les avancées importantes en matière d'ISS nécessitent une action harmonisée aux niveaux macro, méso et micro.

## Appel à l'action au niveau mondial

En juin 2025, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié son rapport historique intitulé *From Loneliness to Social Connection* (De la solitude au renforcement des liens sociaux) (ci-après désigné comme le « Rapport »), qui met en évidence un déclin mondial du lien social et une augmentation des taux d'ISS. Les auteurs du Rapport incitent les nations à reconnaître le lien social et la santé sociale comme une priorité de santé publique de premier plan, au même titre que la santé physique et mentale. L'appel à l'action de l'OMS se veut un catalyseur de changement et invite les pays à examiner de plus près la manière dont le problème de l'ISS est traité dans leur territoire. Les pays du monde entier sont appelés à se concentrer sur l'élaboration de politiques adéquates, à promouvoir des programmes qui favorisent le rapprochement social, et à surveiller les progrès réalisés à tous les niveaux, de l'expérience individuelle aux résultats sur le plan des collectivités et des systèmes de santé.

### Appel à l'action de l'OMS

-  Reconnaître le lien social et la santé sociale comme une priorité de santé publique de premier plan.
-  Renforcer les liens sociaux pour aider les gens à vivre en meilleure santé, renforcer les communautés, promouvoir l'équité et réduire la pression exercée sur les systèmes de santé.
-  Investir dans la santé sociale en élaborant des politiques favorables, en étendant la portée des programmes et en surveillant les progrès accomplis, du niveau individuel au niveau systémique.
-  Adapter les initiatives aux besoins des groupes vulnérables, comme les personnes âgées, qui se heurtent aux plus grands obstacles et peuvent en tirer le plus grand profit.

## Une stratégie de prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées axée sur les soins de santé et les services sociaux

Si des initiatives sont menées à l'échelon local pour lutter contre l'ISS, notamment des stratégies adaptées aux personnes âgées et des mesures plus générales en faveur de l'équité et de l'inclusion, les progrès sont beaucoup plus lents en ce qui concerne l'intégration d'une approche structurée et cohérente en matière d'ISS dans le cadre des soins de santé et des services sociaux officiels. Étant donné que l'ISS se traduit par une détérioration de l'état de santé des personnes âgées et par une sollicitation accrue des ressources du système de santé, il convient d'examiner de plus près le paysage politique dans le domaine des soins de santé et des services sociaux. Le renforcement de l'infrastructure politique qui encadre les interventions des PSSS en matière d'ISS chez les personnes âgées constitue une occasion importante de mettre en place des mesures mieux coordonnées, plus uniformes et plus durables dans le cadre des soins courants.

Les professionnels de la santé et des services sociaux (PSSS) peuvent jouer un rôle important dans la lutte contre l'ISS, en particulier au regard du vieillissement de la population canadienne. Chez les personnes âgées, les difficultés liées à l'ISS coïncident souvent avec d'autres problèmes de santé qui sont portés à l'attention des PSSS, qui se trouvent ainsi dans une position privilégiée pour intervenir. En faisant de l'ISS un aspect de la pratique quotidienne, les PSSS peuvent être mieux à même de reconnaître les patients vulnérables, d'effectuer un dépistage, d'intervenir et de les arrimer aux services de soutien dont elles ont besoin.

### Tirer les leçons des exemples d'autres pays

Le rapport de l'OMS met en avant des exemples de pays qui accomplissent des progrès dans le domaine des réponses politiques à l'ISS. Ces initiatives de changement de politique illustrent les nouvelles orientations prioritaires qui peuvent être adoptées et dont l'intérêt dépasse le cadre initial (p. ex. intégrer le renforcement des liens sociaux dans les stratégies de santé et de bien-être, améliorer la coordination intersectorielle et investir dans des moyens de mise en œuvre). Pris ensemble, ces exemples offrent un aperçu pratique de la manière dont les changements de politique peuvent contribuer à créer des conditions plus favorables à la mise en œuvre de mesures durables, coordonnées et systémiques de lutte contre l'ISS.

### Transposer les enseignements au contexte canadien

Il existe des différences importantes entre le Canada et les pays cités comme chefs de file dans la lutte contre l'ISS, notamment sur le plan de la gouvernance au niveau national et de l'organisation du système de santé. De nombreux pays précurseurs opèrent au sein de structures de gouvernance plus centralisées, ce qui peut se traduire par une orientation nationale plus claire, des attributions spécifiques et une mise en œuvre coordonnée entre les différents secteurs. En revanche, dans le modèle de gouvernance décentralisée qui est celui du Canada, la plupart des responsabilités en matière de soins de santé et de services sociaux sont déléguées aux provinces et aux territoires. Il en découle des disparités plus importantes sur le plan des priorités, des structures et des approches. Malgré ces différences, de nombreuses stratégies politiques mises en place dans les pays chefs de file conviennent tout à fait au contexte canadien.

L'examen des stratégies mises en œuvre dans d'autres pays permettra de déterminer ce qui est réalisable et comment on peut adapter des approches comparables au contexte politique et aux conditions de gouvernance propres au Canada.

### Agir collectivement

Pour que les PSSS soient effectivement mieux à même de prendre en charge l'ISSPA, il faudra opérer des changements généralisés et harmonisés dans l'ensemble de l'écosystème politique. Il faudra pour cela que de nombreux partenaires collaborent à l'évolution des politiques à tous les niveaux du système. Le changement de politique ne repose pas sur des actions menées à un seul niveau. Un changement véritable peut s'amorcer n'importe où.

Les ministères fédéraux et provinciaux ou territoriaux, les organismes non gouvernementaux (ONG) nationaux, les autorités sanitaires régionales, les équipes, les organismes communautaires, les PSSS, les personnes ayant une expérience concrète du problème et d'autres acteurs, tous peuvent jouer un rôle dans la réalisation d'un changement de pratiques favorisé par les politiques. Bien qu'aucun changement ne soit suffisant en lui-même, de modestes innovations peuvent faire évoluer l'écosystème politique lorsque des groupes agissent, tant de manière indépendante que conjointe, en mettant en commun leurs forces et leurs ressources. Ensemble, nous pouvons déployer des efforts concertés visant à promouvoir une politique en matière d'ISS et à la convertir en améliorations réelles, cohérentes et équitables de la pratique, qui auront une incidence concrète sur la vie des personnes âgées.

# Présentation du rapport

## Objet du rapport

La CCSMPA a préparé le présent rapport en vue d'examiner le paysage politique canadien, en accordant une attention particulière aux conditions qui régissent et modèlent l'activité des PSSS. Nous avons procédé à une analyse des cadres politiques internationaux et canadiens relatifs à l'ISS chez les personnes âgées afin d'examiner la situation actuelle, les lacunes qui subsistent et les approches susceptibles d'être adaptées aux systèmes de santé et de services sociaux du

Canada. Le présent rapport s'adresse aux décideurs, aux dirigeants, aux éducateurs, aux responsables des effectifs et aux PSSS. Il a pour objet de déterminer les moyens de renforcer l'écosystème politique du Canada (p. ex. gouvernance, formation, pratique) de manière à ce que la prise en charge de l'ISS soit intégrée plus aisément dans les soins quotidiens.

## Base factuelle : analyse des politiques

### Approche

En s'appuyant sur des [études antérieures](#), la CCSMPA a cherché à déterminer les moyens d'action dans le champ politique qui permettraient de mieux soutenir les PSSS dans leur activité de prévention, d'atténuation et de prise en charge de l'ISS.

Nous avons procédé à une analyse des politiques. L'analyse visait à résumer les publications évaluées par des pairs, la documentation parallèle et les sites Web institutionnels provenant de sources canadiennes (nationales, provinciales, territoriales et régionales) et de certaines sources internationales, en partant de la question exploratoire suivante :

***Qu'est-ce qui peut faciliter la prise en charge par les PSSS du Canada des personnes âgées touchées ou risquant d'être touchées par l'ISS?***

L'analyse s'est concentrée sur les mesures systémiques qui permettraient aux PSSS d'aborder systématiquement la question de l'ISS dans la pratique, et plus particulièrement sur les capacités, les politiques et l'infrastructure qui rendraient le dépistage et la prise en charge de l'ISS réalisables, uniformes et pérennes. En outre, l'analyse visait à dégager les leçons pouvant être tirées de l'expérience internationale et les stratégies utilisables qui pourraient être adoptées par la CCSMPA et les organismes de même nature.

### Portée et sources

Les publications évaluées par des pairs se limitaient à la période de 2020-2025, et la documentation parallèle à la période de 2015-2025. Les sources comprenaient des bases de données (p. ex. PubMed, CINAHL, Scopus), des portails de documentation parallèle et des sites Web institutionnels.

Alors que le champ initial de la recherche portait spécifiquement sur l'ISS, les personnes âgées, les PSSS et les politiques, il s'est avéré que les publications dans ce domaine précis étaient peu nombreuses. En conséquence, le champ de recherche a été élargi aux publications traitant d'autres populations et d'un éventail plus large de domaines de santé, sociaux et communautaires, ce qui a permis de recenser des mécanismes et des stratégies susceptibles d'être transposés dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées. Cet élargissement nécessaire du champ de recherche a impliqué un processus de resserrement analytique visant à garantir la pertinence des résultats par rapport à la question exploratoire.

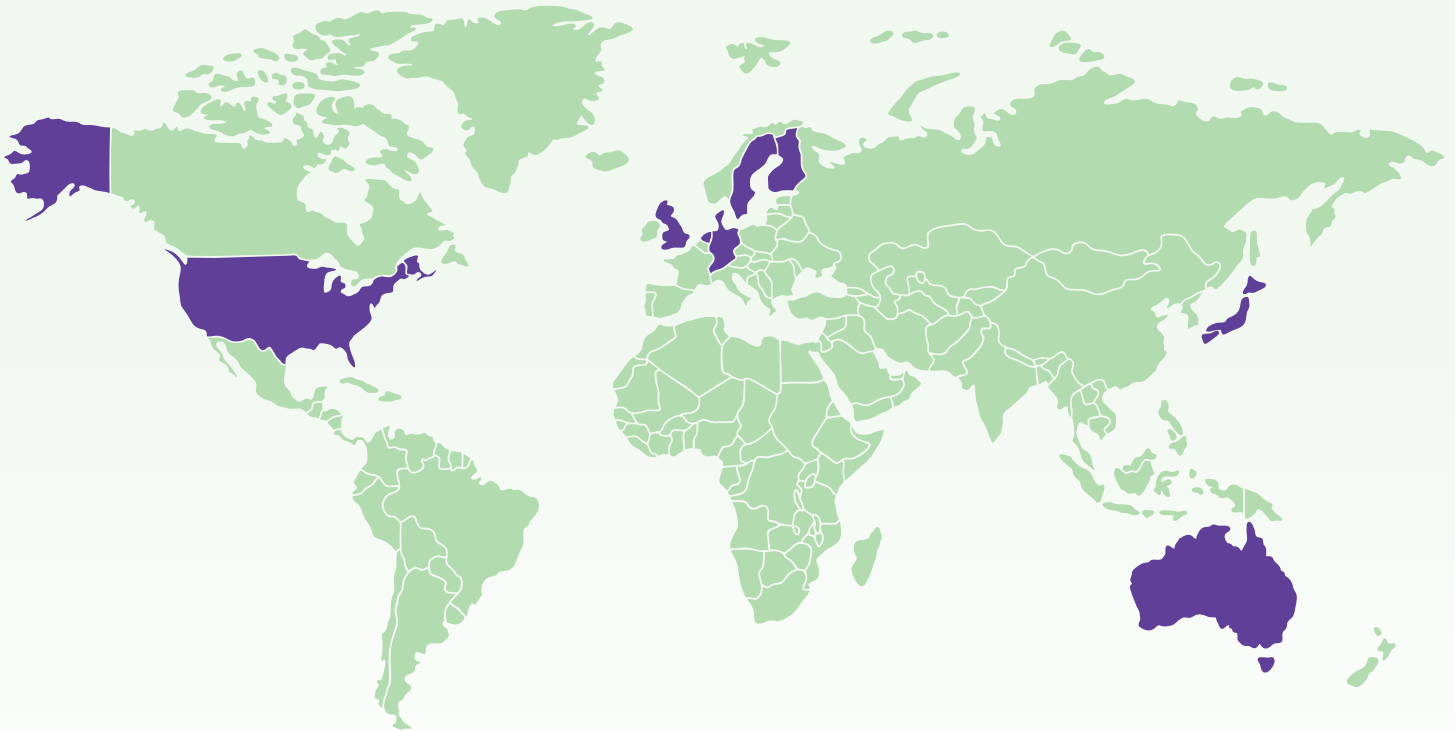
**Les documents recensés ont été examinés au regard des critères d'inclusion. Ils ont été retenus s'ils :**

- concernaient principalement des politiques, des cadres ou des initiatives à l'échelle du système;
- se rapportaient à des études de recherche présentant un intérêt sur le plan des politiques ou des systèmes, ou des analyses de politiques;
- concernaient principalement les secteurs de la santé, des services sociaux ou communautaires.

Les documents n'ayant pas traité aux politiques ou aux systèmes ont été exclus.

Comme nous l'avons indiqué, l'analyse visait également à recenser les stratégies applicables mises en œuvre dans les pays chefs de file.

## Pays chefs de file



### Pays chefs de file

---

- Australie
- Danemark
- Finlande
- Allemagne
- Japon
- Pays-Bas
- Suède
- Royaume-Uni
- États-Unis

### À quoi reconnaît-on un pays chef de file?

- L'isolement social et la solitude sont considérés comme un enjeu prioritaire.
- Les stratégies s'inscrivent dans un plan d'action national plus large.
- Stratégies ciblées et financées
- Suivi structuré des progrès
- Attachement au changement sur la durée

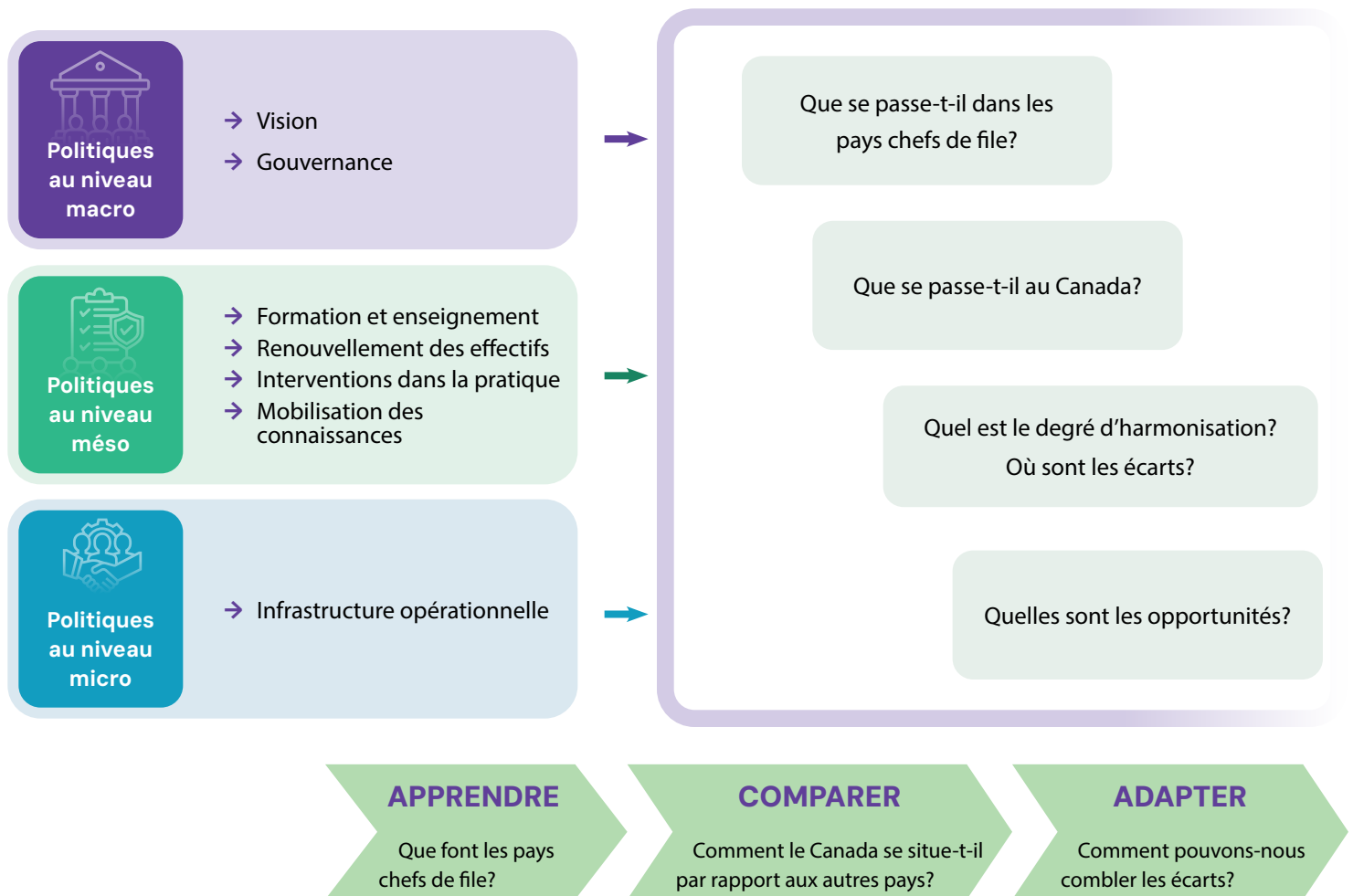
## Base factuelle : analyse des politiques (suite)

### Analyse et synthèse

Les données issues des documents retenus ont été répertoriées à l'aide d'un modèle standardisé. L'analyse a obéi à une approche thématique, une attention particulière étant accordée aux schémas et aux tendances ainsi qu'aux constatations aux niveaux macro, méso et micro. L'analyse a également permis de mettre en évidence des principes transférables et des stratégies adaptables à la situation canadienne. Les données factuelles ont été classées par ordre de priorité lorsqu'elles concernaient les fonctions clés du dépistage, de l'évaluation, de l'intervention et de l'arrimage aux mécanismes de soutien, l'accent étant mis sur les leviers politiques, le soutien des effectifs, l'infrastructure organisationnelle et les outils et systèmes permettant la mise en pratique. La portée du présent rapport est limitée en ce sens qu'il ne comporte pas d'analyse de l'efficacité des interventions et des stratégies recensées, car cela dépassait le cadre du projet. Toutefois, ces données ont été recueillies lorsque cela était possible et peuvent être consultées en cliquant [ici](#).

### Structure et organisation du rapport

Le reste du présent rapport est organisé en trois grandes parties : **Principales constatations**, Principaux enseignements et Feuille de route. La partie Principales constatations regroupe les résultats de l'analyse des politiques dans sept domaines clés aux niveaux macro, méso et micro. Nous examinerons les approches internationales et les tendances émergentes dans chaque domaine et nous nous en servirons pour déterminer dans quelle mesure la politique et la pratique canadiennes concordent, quelles lacunes subsistent et quelles sont les possibilités d'amélioration ou d'adaptation. Dans la partie **Principaux enseignements**, nous ferons le point sur ce que l'analyse des politiques nous a appris et sur la portée plus générale de ces résultats. Nous présenterons ensuite dans la **Feuille de route** un cadre pratique et orienté vers l'action, articulé autour de huit voies complémentaires de mise en pratique des connaissances, en vue de transformer les données factuelles en changements au niveau des politiques, des pratiques et des systèmes.



## Partie II

# Principales Constatations

L'analyse a permis de définir sept domaines d'intervention politique interreliés aux niveaux macro, méso et micro. Il s'agit de la vision, de la gouvernance, de la formation et de l'enseignement, du renouvellement des effectifs, des interventions dans la pratique, de la mobilisation des connaissances et de l'infrastructure opérationnelle. Dans les pays chefs de file, des progrès sont réalisés simultanément dans ces domaines et à ces niveaux, ce qui contribue à créer les conditions d'un changement systémique coordonné. Pris ensemble, ces sept domaines nous fournissent un plan directeur axé sur le renforcement de l'écosystème politique du Canada et l'élaboration d'un environnement permettant de mieux faire face à l'ISS chez les personnes âgées.

## La vision

### Qu'est-ce qu'une vision?

Une vision partagée et clairement formulée fournit un point de référence commun aux niveaux des politiques, des pratiques et des systèmes, de manière à ce que les différents acteurs puissent avancer dans une direction commune même si leurs fonctions et leurs cadres d'intervention sont différents. Lorsqu'une vision est explicite, elle permet de déterminer si les politiques, les décisions de financement et les stratégies de mise en œuvre servent les mêmes objectifs sous-jacents ou vont à l'encontre du but recherché. Au fil du temps, une vision harmonisée peut favoriser l'uniformité de la mise en œuvre des objectifs prioritaires, limiter la fragmentation et contribuer à ce que les pratiques de première ligne correspondent aux valeurs essentielles. Un énoncé de vision peut servir non seulement de cadre conceptuel, mais aussi de point d'ancrage pratique en vue d'une prise de décision coordonnée et d'un changement systémique durable.

Un baromètre :  
**grandes tendances  
en matière de vision  
concernant l'ISS  
dans les pays chefs  
de file**

- **Liens sociaux considérés comme un déterminant essentiel de la santé**, non pas comme un « plus », mais comme un élément indispensable à la santé et à la longévité.
- **Personnes âgées considérées comme des citoyens actifs**, dotés d'une expérience, de compétences et d'un capital social qui fortifient les communautés.
- **Responsabilité collective de tous les secteurs et systèmes** dans la lutte contre l'ISS par des approches qui concernent l'ensemble de la société, à savoir les gouvernements, les organismes communautaires, les systèmes de santé, les entreprises locales et les citoyens.
- **L'équité, l'inclusion et l'accessibilité comme principes directeurs** permettant de s'assurer que tous puissent maintenir des liens sociaux, sans égard aux revenus, à la mobilité, à la culture ou à la littératie numérique.

## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Les résultats de l'analyse des politiques montrent que, dans les pays chefs de file, le lien social est considéré comme un élément fondamental du vieillissement en bonne santé et du bien-être collectif. Ces pays partagent la conviction que la prévention de l'ISS n'est pas seulement un objectif social, mais une priorité essentielle de santé publique, qui exige une action touchant tous les secteurs. Dans cette vision commune, les personnes âgées sont considérées comme des contributeurs précieux, et non comme des bénéficiaires passifs de soins, de sorte que la responsabilité de l'ensemble de la société est interpellée, les systèmes sanitaires, sociaux et communautaires devant œuvrer de concert en faveur de l'inclusion. Tout cela repose sur un engagement résolu en faveur de l'équité et de l'accessibilité, de manière à ce que chaque personne âgée, quelle que soit son origine ou sa situation, puisse maintenir des liens sociaux, participer à la vie de la société et bénéficier d'un soutien. (Avis du médecin-chef des États-Unis sur la solitude et l'isolement social au troisième âge) En inscrivant le renforcement des liens sociaux et l'inclusion dans les fondements mêmes de la politique sociale et de santé, les pays chefs de file sont en mesure de créer des conditions dans lesquelles la promotion du bien-être social devient la responsabilité de tous, qu'il s'agisse des pouvoirs publics, des organismes communautaires ou des PSSS.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Australie – **Measuring What Matters : Australia's Wellbeing Framework (Mesurer ce qui compte : Cadre australien du bien-être)**
- Pays-Bas – **Eén tegen eenzaamheid (Un plan contre la solitude) : National Approach (Approche nationale)**
- Royaume-Uni – **A Connected Society : A Strategy for Tackling Loneliness (Une société bâtie sur les liens : stratégie de lutte contre la solitude)**
- États-Unis – **U.S. Surgeon General's Advisory on Loneliness and Social Isolation throughout later life**

## Que se passe-t-il au Canada?

Bien que le Canada soit très proche des chefs de file internationaux sur le plan conceptuel (p. ex. le lien social est un élément central du vieillissement en bonne santé, les personnes âgées sont considérées comme des contributeurs actifs et la collaboration intersectorielle, l'équité, l'inclusion et l'accessibilité sont mises en valeur), les progrès sont limités par l'absence d'une vision explicite et commune de l'ISS susceptible d'orienter la prise de décision coordonnée. Une vision clairement formulée, reposant sur des objectifs définis, des paramètres de mesure communs et une prise de responsabilité intersectorielle, permettrait de renforcer la structure nécessaire à l'harmonisation des mesures entre les provinces et les secteurs, et de passer d'initiatives fragmentées à un changement systémique durable

### Exemples issus du Canada


- **Can** – Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées (« vision » clinique en vue de l'adoption de pratiques courantes)
- Forum des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des aînés – **Trousses d'outils de lutte contre l'isolement social des aînés**
- T.-N.-L. – **Plan de santé et de bien-être pour les personnes âgées**
- SK – **Seul ou solitaire?**
- YT – **Plan d'action pour vieillir chez soi**

# Vision canadienne de l'ISS


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Le lien social comme déterminant de la santé de la population

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Le Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Les secteurs de la santé et des services sociaux commencent à intégrer des indicateurs de liens sociaux dans les cadres d'évaluation du bien-être et les programmes communautaires. Certaines régions mettent à l'essai des mandats de prescripteurs sociaux ou d'intervenants pivots dans les services de soins primaires et les programmes de soins à domicile destinés aux personnes âgées.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** reconnaissent le lien social comme un déterminant officiel de la santé, et l'intègrent dans les cadres de prévention, les modèles de financement et les normes professionnelles. **Au Canada**, le lien social est de plus en plus reconnu dans le cadre des stratégies axées sur le bien-être des personnes âgées, la santé mentale et la santé publique, mais il n'est pas encore officiellement intégré dans la planification systémique ou les structures de responsabilité.

### Les personnes âgées considérées comme contributeurs, pas seulement comme bénéficiaires

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Le Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


On assiste à une évolution vers des approches de conception conjointe : les personnes âgées contribuent à l'élaboration des programmes (p. ex. comités « amis des aînés », centres de bien-être communautaires, programmes de visites de pairs). Il est de plus en plus admis que l'expérience concrète des problèmes améliore la conception et la viabilité des programmes.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** ont intégré la conception conjointe et la participation à l'élaboration des politiques, la planification et la prestation des services. **Le Canada** promeut le bénévolat, les programmes de soutien par les pairs et les rôles consultatifs, ce qui témoigne d'une forte concordance au niveau des intentions, mais pas encore d'une intégration uniforme sur le plan de la gouvernance nationale ou des modèles de travail.

### Responsabilité collective et intersectorielle

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Le Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Les exemples émergents de collaboration intersectorielle – tels que les projets pilotes de prescription sociale, les équipes de santé communautaire et les réseaux de soins intégrés – commencent à établir des passerelles entre la santé et les services d'aide à la collectivité.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** disposent de mécanismes de coordination nationaux permettant de conjuguer l'action des systèmes de santé, de logement, de transport et les systèmes sociaux selon un cadre commun en matière d'ISS. **Le Canada** s'appuie sur des initiatives provinciales, territoriales et locales, mais ne dispose pas d'une stratégie nationale ni d'un cadre de responsabilisation unifié, ce qui se traduit par des actions intersectorielles disparates.

### Équité, inclusion et accessibilité

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Le Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance

Certaines approches ciblées émergent, comme les programmes de vieillissement dirigés par des Autochtones, les initiatives de sensibilisation en milieu rural et la formation à la littératie numérique pour les personnes âgées. Les projets pilotes locaux accordent de plus en plus de place à la conception centrée sur la personne.

#### Domaines où des écarts subsistent

L'équité et l'inclusion sont au cœur des préoccupations des **pays chefs de file** et font l'objet d'un financement spécialement alloué et d'une évaluation des résultats. **Le Canada** fait une large place à ces valeurs dans sa politique et son discours, mais des lacunes subsistent en ce qui concerne la disponibilité des données, les mécanismes de financement et les normes d'évaluation permettant de vérifier les réalisations en matière d'équité.

## Consolider la vision en matière d'ISS chez les personnes âgées au Canada

Le Canada peut consolider la vision de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées dans les principaux documents stratégiques nationaux, provinciaux, territoriaux et régionaux, ainsi qu'au niveau des programmes. En définissant le lien social comme un élément fondamental de la santé, en énonçant une vision nationale commune et en faisant participer directement les personnes âgées à l'élaboration des politiques, le Canada pourrait se doter d'une vision plus affirmée et plus cohérente permettant d'orienter son action. L'harmonisation intersectorielle des politiques et l'intégration de l'équité et de l'inclusion en tant qu'engagements mesurables permettraient de donner à la vision qui sous-tend les efforts de réduction de l'ISS un caractère cohérent et inclusif. Le tableau suivant énumère les moyens possibles de consolider la vision du Canada en matière d'ISS chez les personnes âgées.

Vision : Perspectives stratégiques		
Éléments à consolider	À quoi cette vision peut-elle ressembler	Qui pourrait y collaborer
<b>Le lien social comme composante essentielle de la santé</b>		
Faire du lien social et du sentiment d'appartenance un élément explicite de la vision du Canada en matière de santé et de vieillissement, et non pas seulement une question sociale.	Les documents d'orientation nationaux, provinciaux et territoriaux pourraient explicitement reconnaître le lien social comme un déterminant de la santé, en le rattachant aux cadres stratégiques de prévention, de santé mentale et de vieillissement en bonne santé.	Les ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, les organismes de santé publique et les organismes consultatifs en matière de politiques pourraient faire entrer ces notions dans les stratégies fondamentales et les documents d'orientation.
<b>Les personnes âgées considérées comme contributeurs, pas seulement comme bénéficiaires</b>		
Faire mieux ressortir dans les énoncés de vision la nécessité d'une collaboration entre les systèmes de santé, de services sociaux, de logement et les structures communautaires.	Les énoncés de vision pourraient insister sur la conception conjointe, l'initiative des pairs et le bénévolat comme composantes essentielles du vieillissement en bonne santé, et passer de la « prestation de services » à la « participation commune ».	Les gouvernements, les réseaux communautaires et les groupes de recherche ou de défense des intérêts des personnes âgées pourraient coopérer en vue de prendre en compte le point de vue de ces dernières dans l'élaboration des politiques et des orientations.
<b>Responsabilité de l'ensemble de la société et de tous les secteurs</b>		
Faire mieux ressortir dans les énoncés de vision la nécessité d'une collaboration entre les systèmes de santé, de services sociaux, de logement et les structures communautaires.	Une vision nationale permettrait de présenter la question de l'ISS comme une responsabilité partagée, assortie d'objectifs clairs, d'une coordination interministérielle et d'un financement facilitant les initiatives conjointes.	Le gouvernement fédéral, soutenu par les ministères provinciaux et territoriaux et les groupes de travail intersectoriels, pourrait se faire le promoteur d'un cadre national commun en matière de lien social et d'inclusion.
<b>Équité, inclusion et accessibilité</b>		
Passer d'un engagement de principe à des actions mesurables qui font de l'inclusion une réalité tangible au Canada.	Les énoncés de vision pourraient comporter des objectifs précis en matière d'équité (p. ex. les personnes âgées vivant en milieu rural, les Autochtones et les personnes âgées de diverses cultures) de manière à promouvoir l'accessibilité dans tout l'éventail des programmes et des initiatives.	Les bureaux de l'équité en matière de santé, les ministères chargés du bien-être des personnes âgées, les ONG et les organismes nationaux de collecte de données pourraient mener à bien l'élaboration de critères d'équité et évaluer les progrès accomplis au fil du temps.

## Gouvernance

### Qu'est-ce que la gouvernance?

Dans ce contexte, la gouvernance désigne les structures officielles et les systèmes de prise de décisions qui déterminent la manière dont la lutte contre l'ISS est appréhendée, priorisée, financée et mesurée dans l'ensemble des pouvoirs publics et de la société. Cela concerne les attributions des ministres et des ministères, les services et les organismes qui conçoivent et mettent en œuvre les programmes, les budgets et les lignes de conduite qui régissent l'affectation des ressources, ainsi que les mécanismes de reddition de comptes qui garantissent le suivi et la pérennité des progrès effectués. Une gouvernance efficace est le pilier d'une action multisectorielle coordonnée, et permet de transformer une vision d'ensemble du lien social en politiques et programmes concrets, et en résultats mesurables.

Un baromètre :  
**grandes tendances  
en matière de  
gouvernance  
concernant l'ISS  
dans les pays chefs  
de file**

- **L'appropriation au niveau ministériel et la responsabilisation interministérielle** garantissent la coordination des objectifs, des budgets et des mesures dans l'ensemble des services, et permettent de créer une responsabilité partagée en matière de résultats liés à l'ISS.
- **Des lignes de conduite assorties de mandats et de critères de mesure bien définis** établissent une vision, des objectifs et des indicateurs mesurables; elles sont souvent étayées par des lois ou des directives ministérielles.
- **Des enveloppes budgétaires et des postes de programme attirés** assurent la stabilité et permettent de transposer à plus grande échelle les mesures efficaces, pour aller au-delà d'un financement ponctuel à court terme.
- **Des circuits de responsabilisation intégrés** permettent de mesurer les progrès réalisés au moyen de mécanismes de reddition de comptes aux services ministériels, et sont souvent associés à des indicateurs de santé et de bien-être plus généraux destinés à affiner l'orientation des politiques et les priorités de financement.



## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Dans de nombreux pays chefs de file, les structures de gouvernance évoluent de manière à ce que l'enjeu de l'ISS soit reconnu non seulement comme un problème social et émotionnel, mais aussi comme un déterminant essentiel de la santé et du bien-être de la population et comme une priorité politique nationale. Cette évolution s'observe au niveau de la gouvernance interministérielle concernant l'ISS, les ministères de la Santé, des Services sociaux, du Logement, des Transports et des Affaires numériques assumant conjointement la responsabilité de favoriser le rapprochement social. Les stratégies politiques nationales sont assorties de mandats clairs qui recourent les différents secteurs, de manière à ce que les décisions politiques, les affectations de fonds et les systèmes de responsabilisation soient rattachés à des résultats communs tels que l'inclusion, la participation et le bien-être mental. Les mécanismes de financement et d'évaluation évoluent aussi dans le sens de cette approche intégrée. Plusieurs pays mettent en place des voies de financement consacrées, des indicateurs de résultats et des structures d'évaluation permettant de rattacher le lien social à des résultats de santé publique mesurables. Ces évolutions en matière de gouvernance indiquent que le lien social est envisagé comme un élément fondamental du vieillissement en bonne santé, et qu'il s'inscrit dans les priorités politiques et institutionnelles nationales.

### Exemples issus des pays chefs de file

- L'Australie, le Danemark, le Japon, les Pays-Bas, la Suède et le Royaume-Uni ont prévu des budgets cantonnés ou des enveloppes budgétaires pluriannuelles pour financer des stratégies durables de lutte contre l'ISS.
- Le Danemark, le Japon et le Royaume-Uni disposent de systèmes nationaux d'établissement de rapports et de plateformes de données communes permettant de suivre les indicateurs de solitude et de rapprochement social.

## Que se passe-t-il au Canada?

Les lignes de conduite mettent de plus en plus l'accent sur le vieillissement en bonne santé, le bien-être mental et l'inclusion communautaire comme objectifs du système de santé. Cependant, les structures de gouvernance du Canada manquent encore de la cohésion et des pouvoirs nécessaires pour mettre en place des mesures parfaitement coordonnées de lutte contre l'ISS chez les personnes âgées. Le rôle de direction est encore éparpillé entre plusieurs ministères et niveaux de gouvernement, et les mécanismes de responsabilisation partagée ou de financement durable des initiatives à long terme sont limités. Les lignes de conduite font souvent mention du lien social, mais ne sont pas systématiquement assorties de mandats clairs, de structures de reddition de comptes ou d'indicateurs des résultats. En conséquence, les initiatives tendent à être fragmentées, les priorités et les moyens varient d'une province et d'un secteur à l'autre, ce qui rend difficile la transformation d'une volonté nationale en action cohérente à l'échelle du système.

### Exemples issus du Canada


- Le Canada dispose d'un **Conseil national des aînés** qui fournit des recommandations au gouvernement fédéral sur les questions du vieillissement et établit des rapports sur le vieillissement en bonne santé.
- **Le Programme Nouveaux Horizons pour les aînés** finance des initiatives d'inclusion sociale destinées aux personnes âgées, mais il ne relève pas d'une stratégie nationale intégrée.

# Gouvernance canadienne en matière d'ISS


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Appropriation ministérielle et responsabilité interministérielle

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


La responsabilité à l'égard des personnes âgées est assumée conjointement par les ministères de la Santé, des Aînés et du Développement social, tant au niveau fédéral que provincial et territorial. Certaines provinces disposent de comités interministériels voués au vieillissement et au bien-être de la communauté.

#### Domaines où des écarts subsistent


Les **pays chefs de file** ont confié à des ministres ou à des services la charge de la lutte contre la solitude et ont mis en place des groupes de travail interministériels structurés. **Au Canada**, les responsabilités en la matière sont partagées, mais la coordination est non officielle et non obligatoire.

### Lignes de conduite assorties de mandats clairs et d'un mécanisme intégré de mesure des données

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Les stratégies en matière de vieillissement en bonne santé, de santé mentale et de bien-être des personnes âgées comportent des éléments relatifs à l'ISS.

#### Domaines où des écarts subsistent


Les stratégies nationales des **pays chefs de file** prévoient explicitement des valeurs cibles et des indicateurs en matière d'ISS, et des systèmes de données coordonnés au niveau national. **Le Canada** fait mention de l'ISS dans des lignes de conduite plus générales, mais ne dispose pas de mandats nationaux ou provinciaux et territoriaux assortis de réalisations mesurables. Le Canada s'est doté de nouveaux indicateurs, mais ne dispose pas d'un cadre de données national intégré ou normalisé.

### Coordination pangouvernementale et responsabilité à long terme

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance


Il est de plus en plus admis que le problème de l'ISS doit être abordé à l'échelle de la communauté et des structures de soins, ce qui explique que les premiers efforts ont été déployés pour favoriser le dialogue interministériel (p. ex. à l'échelle pangouvernementale) et l'établissement de priorités communes, notamment en matière de vieillissement en bonne santé, de santé mentale et de bien-être.

#### Domaines où des écarts subsistent


Les **pays chefs de file** inscrivent l'ISS dans des stratégies pangouvernementales assorties de mécanismes de surveillance et de reddition de comptes à long terme. **Le Canada** ne dispose pas d'une structure de coordination pangouvernementale assortie d'un mandat, d'une habilitation et d'une responsabilisation bien définis en matière d'ISS. Il n'existe pas d'organisme unique chargé de fixer des objectifs à long terme, de surveiller les progrès ou de rendre compte des résultats.

### Financement consacré et instruments de responsabilisation

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance

Des programmes fédéraux comme le Programme Nouveaux Horizons pour les aînés et des subventions provinciales et territoriales servent à financer des projets communautaires destinés à promouvoir l'inclusion et la participation.

#### Domaines où des écarts subsistent

Les **pays chefs de file** se sont dotés d'un financement consacré à long terme ou de modèles de facturation ou de remboursement rattachés à la réalisation d'objectifs en matière d'ISS. **Le Canada** recourt principalement à des subventions à court terme et au financement de projets, mais ne dispose d'aucun mécanisme de financement durable ou intégré à l'échelle du système.

## Consolider la gouvernance en matière d'ISS chez les personnes âgées au Canada

Une approche coordonnée de l'ISS au Canada doit reposer sur un leadership intersectoriel aux niveaux national, provincial, territorial et régional. Il s'agit notamment d'attribuer des rôles de direction attirés, d'indiquer clairement les priorités stratégiques et de fixer des objectifs et des points de référence mesurables. Collectivement, ces mécanismes de gouvernance peuvent constituer une structure stable et cohérente permettant de favoriser une action durable en matière d'ISS.

### Gouvernance : Perspectives stratégiques

#### Éléments à consolider

#### À quoi cette vision peut-elle ressembler

#### Qui pourrait y collaborer

#### Leadership et responsabilité interministériels

Désigner plus clairement une instance nationale responsable de l'ISS et renforcer les liens entre les ministères (Santé, Aînés, Développement social, Logement, etc.)

Créer un organisme de coordination ou un groupe de travail fédéral réunissant les ministères dans le cadre d'un mandat commun en matière de liens sociaux chez les personnes âgées.

Ministères fédéraux (Santé, Aînés, Développement social) travaillant conjointement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les partenaires nationaux.

#### Lignes de conduite, objectifs mesurables et systèmes de données et de partage de connaissances.

Passer de mentions générales du problème de l'ISS à des objectifs et des indicateurs de résultats précis pouvant faire l'objet d'un suivi dans le temps.

Un cadre national ou un plan d'action en matière d'ISS qui prévoit des objectifs clairs, des indicateurs et des attentes en matière de comptes rendus, associés à des résultats dans le domaine de la santé et du bien-être.

Organismes nationaux de collecte de données, ministères provinciaux et territoriaux et réseaux de recherche.

#### Mécanismes de financement attirés à long terme

Passer de subventions à court terme se rapportant à des projets ponctuels, à des voies de financement durables qui favorisent l'innovation et la transposition à plus grande échelle de modèles efficaces.

Programmes de financement pluriannuels intégrant des mesures de prévention de l'ISS (p. ex. prescription sociale, accompagnement communautaire) dans les systèmes de santé et les structures communautaires.

Gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et mise en œuvre assurée par les autorités sanitaires régionales et les organismes communautaires.

#### Coordination et responsabilisation à l'échelle pangouvernementale

Élaborer une structure de gouvernance durable, à l'échelle du système, qui fasse entrer le renforcement des liens sociaux dans le programme national de bien-être.

Se doter d'une stratégie nationale à long terme assortie d'un établissement de rapports publics réguliers, d'un mécanisme de surveillance interministérielle et d'une responsabilité claire à l'égard des résultats.

Gouvernement fédéral agissant en collaboration avec les provinces et les territoires, avec le soutien de conseils nationaux et d'organismes pancanadiens.

## Formation et enseignement

### Que faut-il entendre par formation et enseignement?

L'enseignement renvoie aux programmes universitaires et d'écoles professionnelles préalables à l'obtention du permis d'exercice, dans le cadre desquels les étudiants en soins de santé et en services sociaux acquièrent des connaissances sur le vieillissement en bonne santé, le rôle des liens sociaux et les concepts cliniques fondamentaux liés à l'ISS. La formation désigne l'ensemble des programmes d'intégration, de formation des effectifs et des activités de développement professionnel qui permettent aux PSSS ayant obtenu leur permis d'exercice d'acquérir et de mettre à jour les connaissances et les compétences pratiques nécessaires pour reconnaître, évaluer et prendre en charge l'ISS. Combinés, l'enseignement préalable à l'obtention du permis d'exercice et la formation en milieu de travail permettent de comprendre les concepts fondamentaux et les compétences quotidiennes nécessaires pour dépister efficacement l'ISS, entamer des conversations constructives, recourir aux ressources communautaires et utiliser les outils et les voies d'orientation appropriés.

Un baromètre :  
grandes tendances  
en matière de  
formation et  
d'enseignement  
concernant l'ISS  
dans les pays chefs  
de file

→ **Formation basée sur les compétences** reposant sur des évaluations et des jalons visant à encadrer l'apprentissage et à surveiller les progrès accomplis.

→ **Apprentissage interprofessionnel et en équipe** sous forme de stages, de cours et de simulations à effectuer en commun.

→ **Programmes d'études intégrés, centrés sur la personne et la communauté**, axés sur le vieillissement, la démence et le soutien aux partenaires de soins.

→ **Renforcement des compétences de collaboration** permettant de mieux articuler les soins de santé autour des services sociaux.



## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

L'analyse des politiques a permis de constater que de nombreux pays considèrent l'enseignement et la formation en matière d'ISS comme un outil central de sensibilisation et de développement des connaissances et des compétences des personnes œuvrant dans le domaine de la santé, des soins sociaux, du secteur communautaire et auprès du grand public. Dans ces pays, les stratégies de formation des effectifs et d'enseignement sont conçues de manière à ce que chacun (des PSSS au personnel et aux bénévoles en milieu communautaire) ait la compréhension, la confiance et les compétences nécessaires pour reconnaître, prévenir et prendre en charge l'ISS. L'enseignement dispensé aux futurs PSSS et la formation destinée à ceux qui sont déjà en activité reposent souvent sur une vision du cycle de vie dans laquelle l'ISS chez les personnes âgées relève d'une problématique plus large, qui concerne toute la population. De nombreux pays chefs de file ont adopté des approches coordonnées à l'échelle du système en vue de préparer leur personnel de santé et de services sociaux. L'accent est mis non seulement sur les compétences cliniques, mais aussi sur les aptitudes qui peuvent amener les PSSS à aider les personnes âgées à maintenir des liens avec leur communauté et à s'y sentir à leur place.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Australie – **Centre d'apprentissage sur les soins aux personnes âgées, microcertifications dans le domaine de la participation communautaire et de l'inclusion sociale**
- Pays-Bas – **Cadres de compétences nationaux** concernant le travail auprès des personnes âgées
- Royaume-Uni – **Plateforme d'apprentissage « Skills for Care »**
- Royaume-Uni – **Cadres de compétences concernant les agents de liaison habilités à la prescription sociale**

## Que se passe-t-il au Canada?

On constate à certains signes que le Canada commence à évoluer en matière de formation et d'enseignement concernant l'ISS chez les personnes âgées. L'enseignement et la formation sont généralement organisés par profession, par secteur et par province, ce qui donne lieu à des approches cloisonnées et à une faible harmonisation interdisciplinaire ou régionale. En outre, une grande partie de l'apprentissage se concentre sur la prise en charge clinique des affections associées à l'ISS (p. ex. la dépression, les problèmes de santé complexes), au détriment de la prévention. Des initiatives prometteuses sont toutefois en train d'être mises en place. Les programmes d'enseignement interprofessionnel aident les PSSS à réaliser que les liens sociaux peuvent contribuer au vieillissement en bonne santé. Pourtant, le problème de l'ISS n'a pas encore été intégré dans les cadres de compétences nationaux concernant les PSSS et, de ce fait, il figure rarement dans les programmes de formation professionnelle.

### Exemples issus du Canada


- Canada – **Lignes directrices cliniques canadiennes sur l'isolement social et la solitude chez les personnes âgées.**
- Canada – **Améliorations apportées au programme d'études en gériatrie**
- NU – **Formation sur le bien-être de la communauté et le soutien aux personnes âgées**
- Î.-P.-É. – **Formation sur la santé mentale et le bien-être social des personnes âgées**

# Approche canadienne de la formation et de l'enseignement en matière d'ISS


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Formation axée sur les compétences

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne les objectifs d'apprentissage communs et les évaluations en milieu de travail.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays les plus avancés** disposent de cadres de compétences nationaux qui rattachent la formation dans le domaine de la santé et de l'aide sociale à la prévention de l'ISS. **Le Canada** a entamé de nouveaux projets, mais ne dispose pas d'un cadre national ou d'un système de suivi.

### Apprentissage interprofessionnel et en équipe

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


L'apprentissage en équipe est de plus en plus courant et correspond aux modèles d'enseignement interprofessionnel en vigueur dans les pays chefs de file, où les équipes sont formées de manière intersectorielle.

#### Domaines où des écarts subsistent


Dans **ces pays**, la formation interprofessionnelle est intégrée à la planification et à la politique relatives aux effectifs. **Le Canada** progresse en lançant des initiatives pilotes, mais les actions restent localisées et basées sur des projets.

### Programmes d'études intégrés, axés sur la personne et la communauté

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


L'accent est de plus en plus mis sur les soins axés sur la personne, l'expérience et la participation de la communauté, à l'image des approches adoptées à l'échelle internationale.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** conçoivent les programmes d'études en collaboration avec les personnes âgées et les partenaires de soins, en intégrant les notions d'inclusion et d'appartenance à l'enseignement professionnel. Au **Canada**, l'enseignement et la formation en matière d'ISS **sont** souvent facultatifs et de courte durée.

### Collaboration entre les secteurs de la santé, des services sociaux et des services communautaires

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance

Ces initiatives s'inspirent des modèles de collaboration des « agents de liaison » et des approches de prescription sociale utilisées à l'échelle internationale et visant à associer les soins de santé et les services de soutien communautaire.

#### Domaines où des écarts subsistent

Dans les **pays chefs de file**, la collaboration est intégrée aux normes de formation (p. ex. modèle des « agents de liaison » au Royaume-Uni, réseaux communautaires aux Pays-Bas). Au **Canada**, les équipes de soins primaires, les carrefours pour personnes âgées (« Senior Hubs ») et les initiatives de soins paramédicaux communautaires favorisent la collaboration, mais celle-ci n'est pas encore intégrée à l'enseignement professionnel officiel.

## Consolider la formation et l'enseignement en vue de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées au Canada

Le Canada dispose déjà de nombreux atouts sur lesquels s'appuyer, notamment des professionnels dévoués, des initiatives innovantes et une reconnaissance croissante du fait que le lien social est indispensable au vieillissement en bonne santé, notamment chez les personnes âgées atteintes d'une maladie chronique. Ce qui manque, c'est le moyen de conjuguer ces efforts. Dans la mesure où l'ISS figure rarement dans les programmes d'enseignement classiques ou dans les formations en milieu de travail, on peut s'efforcer de combler ces lacunes en élargissant la portée des programmes d'enseignement et en préconisant des normes de compétence. Harmoniser l'enseignement dans l'ensemble des secteurs et intégrer la dimension du lien social dans l'apprentissage quotidien de tous les PSSS et d'autres catégories professionnelles est un moyen de former des travailleurs de la santé et des services sociaux mieux préparés à collaborer avec des partenaires pour aider les personnes âgées à vivre en bonne santé et à maintenir des liens avec autrui.

### Formation et enseignement Perspectives stratégiques

#### Éléments à consolider

#### À quoi cette vision peut-elle ressembler

#### Qui pourrait y collaborer

#### Formation axée sur les compétences

Élaborer un cadre national de compétences qui rattache la formation dans le domaine des soins de santé et dans celui des services sociaux et qui comprenne des qualifications liées à l'ISS.

Élargir la portée des lignes directrices relatives à l'ISSPA et en faire un cadre de compétences national. Inscrire les compétences en matière d'ISS dans les normes d'enseignement postsecondaire, de réglementation et d'agrément. Mettre en place des évaluations en milieu de travail permettant de vérifier les résultats de l'apprentissage.

Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux, organismes nationaux d'agrément, associations professionnelles et établissements d'enseignement postsecondaire.

#### Apprentissage interprofessionnel et en équipe

Développer l'apprentissage intersectoriel, en équipe, permettant de rassembler les PSSS et les prestataires communautaires.

Créer des stages intersectoriels dans les établissements de soins primaires et les structures communautaires. Créer des modules de formation conjoints portant sur l'ISS chez les personnes âgées.

Universités et écoles, centres de santé universitaires, autorités sanitaires régionales et organismes communautaires

#### Apprentissage centré sur la personne et la communauté

Mettre en place un enseignement centré sur la personne et la communauté, qui tienne compte des expériences concrètes des personnes âgées et des partenaires de soins.

Concevoir le contenu des programmes d'enseignement en collaboration avec les personnes âgées et les partenaires de soins. Intégrer des modules portant sur l'expérience concrète de l'appartenance et la participation sociale.

Établissements d'enseignement, organismes communautaires, réseaux de personnes âgées et de partenaires de soins, et centres de recherche ou d'innovation.

#### Collaboration entre les secteurs des soins de santé et des services sociaux

Intégrer officiellement la collaboration intersectorielle dans les normes professionnelles et les cheminements de carrière.

Inclure les compétences en matière de collaboration dans les exigences relatives à la reconnaissance des qualifications professionnelles. Développer la formation en matière d'orientation dans le système et de prescription sociale. Établir des partenariats entre les établissements d'enseignement postsecondaire, les systèmes de santé et les organismes communautaires.

Organismes d'agrément et de délivrance de permis d'exercice, écoles professionnelles, conseils sectoriels, ministères.

# Renouvellement des effectifs

## Qu'est-ce que le renouvellement des effectifs?

Le renouvellement des effectifs consiste à remodeler le personnel de la santé et des services sociaux et communautaires, ce qui comprend les professionnels rémunérés et les bénévoles, de manière à former des effectifs mieux outillés pour prendre en charge l'ISS chez les personnes âgées. Le renouvellement des effectifs est important dans la mesure où, pour pouvoir prévenir et atténuer l'ISS, ceux-ci doivent s'appuyer sur des ressources et une structure qui permettent de favoriser les liens sociaux, et pas seulement de répondre à des besoins médicaux ou pratiques. Le renouvellement est axé sur la recherche de la bonne combinaison d'attributions, de responsabilités, de compétences et d'interrelation permettant de promouvoir la santé sociale en même temps que la santé physique et mentale. Cela peut consister à créer de nouvelles catégories de PSSS (p. ex. des prescripteurs sociaux, des intervenants pivots de proximité, des agents de liaison, des professionnels et des pairs sensibilisés aux réalités culturelles et linguistiques) qui permettront aux personnes âgées de bénéficier de possibilités sociales enrichissantes et de services et de ressources utiles pour atténuer l'ISS. Il peut également s'agir d'établir des modes d'intervention bien définis et encadrés qui intègrent le dépistage, la reconnaissance, l'orientation et le suivi dans les flux de travail quotidiens et permettent d'assurer une liaison opportune et durable avec les services adaptés.

Un baromètre :  
grandes tendances  
en matière de  
renouvellement des  
effectifs concernant  
l'ISS dans les pays  
chefs de file

→ **Le renouvellement des effectifs, comme stratégie essentielle de réduction de l'ISS, passe** par une refonte des modes de collaboration entre les secteurs de la santé, des services sociaux et communautaires, visant à renforcer le lien social.

→ **De nouvelles attributions évolutives**, comme celles des **agents de liaison, des prescripteurs sociaux et des intervenants pivots**, jettent une passerelle entre les soins de santé et la vie communautaire, ouvrant ainsi la voie à des possibilités de participation enrichissantes.

→ **Renforcer les capacités des communautés**, de manière à ce que les **effectifs communautaires** soient suffisamment étoffés et outillés pour atteindre les groupes marginalisés ou privés de services.

→ **Mettre en adéquation la composition des effectifs avec les objectifs systémiques** liés aux **stratégies nationales et aux cadres de responsabilisation**, en veillant à ce que le rapprochement social fasse partie intégrante des objectifs des systèmes sociaux et de santé.



## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Les pays chefs de file s'efforcent de redéfinir la constitution des effectifs des services de santé, des services sociaux et des services communautaires, ainsi que les modalités de collaboration entre ces secteurs en vue du renforcement du lien social. Cette évolution se traduit par une plus grande diversité d'attributions, de parcours de formation et d'expériences. De nouvelles fonctions, telles que les agents de liaison et les prescripteurs sociaux, permettent d'assurer la liaison entre les soins cliniques et la vie communautaire. Ces pays investissent également dans des carrefours d'orientation locaux qui établissent de manière proactive un lien avec les personnes âgées et coordonnent les services entre les systèmes de santé et les structures communautaires. Les pays chefs de file constituent également des réseaux de bénévoles et mettent en place des dispositifs de formation, de coordination et de reconnaissance de manière à ce que le bénévolat devienne un élément valorisé et pérenne du système de soins de santé et de services sociaux.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Australie – **Réseaux de santé primaire – Attributions de prescription sociale et de liaison avec la communauté**
- Japon – **Coordonnateurs communautaires et travailleurs de proximité**
- Suède – **Recrutement de personnel chargé des soins aux personnes âgées dans les municipalités**
- Royaume-Uni – **Agents de liaison habilités à la prescription sociale (NHS England Social Prescribing Link Workers)**

## Que se passe-t-il au Canada?

Au Canada, les secteurs de la santé et des services sociaux commencent à élargir leur conception des attributions professionnelles au-delà des catégories classiques pour y intégrer les intervenants pivots, les prescripteurs sociaux, les pairs animateurs et les coordonnateurs de proximité qui permettent aux personnes âgées de bénéficier de possibilités sociales enrichissantes. De nouveaux moyens sont également mis en œuvre pour que les bénévoles et les pairs aidants soient habilités à reconnaître et à soutenir les personnes âgées menacées d'isolement. Les initiatives visant à constituer des effectifs plus inclusifs et plus sensibles aux spécificités culturelles gagnent également du terrain. Parallèlement, une attention accrue est accordée à la manière dont les personnes âgées et les partenaires de soins peuvent être mis à contribution par le biais du mentorat de pairs, de la co-animation et du bénévolat. Toutefois, ces initiatives restent pour l'essentiel limitées à l'échelon local ou basées sur des projets. Pour produire un impact plus large et plus équitable, elles devront être soutenues par une orientation politique coordonnée, des voies de financement durables et des structures qui permettent d'intégrer, de reconnaître et d'étendre ces attributions à l'ensemble des cadres de pratique.

### Exemples issus du Canada


- AB – **Programmes de liaison avec la communauté et d'accompagnement des personnes âgées**
- C.-B. – **Réseaux de soins primaires – Fonctions d'intégration sociale et communautaire**
- MB – **Modèles d'intervenants en santé communautaire et en bien-être des personnes âgées**
- ON – **Modèles de travailleurs de liaison habilités à la prescription sociale**

# Approche canadienne pour le renouvellement des effectifs en matière d'ISS


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Le renouvellement des effectifs comme stratégie fondamentale

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance


Il est de plus en plus reconnu que la planification des effectifs devrait prévoir des attributions liées à la santé sociale et émotionnelle, et pas seulement aux soins cliniques, à l'instar des autres pays qui font de l'ISS une priorité en matière de santé publique.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** intègrent la prévention de l'ISS dans leurs stratégies nationales de gestion des effectifs et du vieillissement, en y consacrant des ressources financières et des mécanismes de gouvernance propres. **Le Canada** reconnaît l'importance du renouvellement des effectifs dans le domaine de l'ISS, mais ne dispose pas d'un plan national coordonné ou d'un cadre de responsabilité partagée.

### Fonctions nouvelles et évolutives permettant de jeter une passerelle entre les soins de santé et la vie communautaire

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Cela va dans le même sens que ce que l'on observe dans des pays comme le Royaume-Uni et les Pays-Bas, où les agents de liaison et les prescripteurs sociaux sont devenus partie intégrante des équipes de soins qui s'occupent des personnes âgées.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** ont normalisé les postes d'agents de liaison, d'intervenants pivots et de prescripteurs sociaux, qui sont désormais dotés d'un financement et d'un statut permanent. **Au Canada**, il existe des projets pilotes au niveau local et de nouveaux rôles d'agents de liaison, mais pas de définition uniforme de ces attributions ni de mécanismes de transposition à plus grande échelle.

### Renforcement des capacités communautaires (bénévoles et pairs aidants)

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Concorde avec ce qui se passe dans les pays chefs de file, où les bénévoles et les pairs sont considérés comme des éléments essentiels du personnel chargé de renforcer la santé sociale.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** investissent dans des programmes de bénévolat structurés, assortis d'une formation et d'une coordination au niveau national. **Les initiatives communautaires sont bien développées au Canada**, mais il n'existe pas de cadre national unifié ou doté d'un financement en matière d'initiatives de bénévolat et de soutien par les pairs visant à lutter contre l'ISS.

### Concordance entre la composition des effectifs et les objectifs systémiques

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance

Cette approche correspond à celle des pays chefs de file qui intègrent les stratégies en matière d'effectifs aux objectifs nationaux en matière de vieillissement, d'inclusion et de santé publique.

#### Domaines où des écarts subsistent

Dans **ces pays**, la planification, la politique et le financement relatifs aux effectifs sont liés à des stratégies nationales en matière de vieillissement ou d'équité en matière de santé. **Les initiatives de renouvellement des effectifs au Canada** continuent de se déployer au niveau provincial et régional et sont toujours basées sur des projets. Elles sont souvent limitées dans le temps, et dépourvues de mécanismes d'évaluation uniformes et de financement à long terme.

# Consolider le renouvellement des effectifs en vue de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées au Canada

Bien que le Canada ait progressé dans la constitution d'effectifs plus diversifiés et mieux coordonnés pour faire face à l'ISS chez les personnes âgées, il lui reste à établir une stratégie cohérente de renouvellement des effectifs à l'échelle du système, qui englobe les secteurs de la santé, des services sociaux et des collectivités. De nombreuses initiatives prometteuses restent à l'état de projets pilotes ou de programmes à participation volontaire et ne disposent pas de l'infrastructure nécessaire pour en faire durer ou amplifier la portée. Pour avancer dans la voie du renouvellement des effectifs, il faudra définir clairement les compétences, les fonctions et les responsabilités nécessaires pour prévenir et prendre en charge l'ISS, tout en coordonnant le financement d'attributions nouvelles et élargies (intervenants pivots, travailleurs de liaison et pairs aidants, par exemple) et de mécanismes favorisant la pratique interprofessionnelle et intersectorielle.

## Renouvellement des effectifs Perspectives stratégiques

Éléments à consolider	À quoi cette vision peut-elle ressembler	Qui pourrait y collaborer
<b>Les effectifs comme stratégie fondamentale</b>		
Élaborer un cadre national qui intègre la prévention de l'ISS dans la planification, le financement et les objectifs liés à la prestation des effectifs dans tous les secteurs. Instaurer un partage des responsabilités entre les partenaires fédéraux, provinciaux et communautaires.	Élaborer un cadre national en matière d'effectifs qui associe la prévention de l'ISS à la planification des effectifs et aux stratégies relatives au vieillissement en bonne santé. Intégrer les résultats concernant le rapprochement social dans les ententes sur l'exécution du travail et le financement. Instaurer une structure de responsabilisation commune à tous les niveaux de gouvernement.	Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux, organismes nationaux de défense des intérêts des personnes âgées, conseils de certification, associations professionnelles et services de planification des effectifs
<b>Attributions nouvelles et évolutives permettant de jeter une passerelle entre le secteur de la santé et le secteur communautaire</b>		
Établir des fonctions normalisées (agents de liaison, intervenants pivots ou prescripteurs sociaux) au sein des programmes de soins primaires, de soins à domicile et de soutien communautaire. Établir des filières bien définies de formation, de supervision et de financement.	Élaborer des descriptions d'attributions et des compétences normalisées concernant les agents de liaison, les intervenants pivots et les prescripteurs sociaux. Financer la création de postes permanents au sein des équipes de soins. Mettre à l'essai des programmes de formation conjoints qui permettent de regrouper les PSSS.	Autorités sanitaires provinciales et territoriales, réseaux de santé régionaux, écoles professionnelles et instituts de formation, et organismes communautaires de santé et de services sociaux
<b>Renforcement des capacités communautaires (bénévoles et pairs aidants)</b>		
Mettre en place un système national de coordination des bénévoles qui assure la formation, la reconnaissance et le soutien permanent des bénévoles qui aident les personnes âgées à maintenir des liens sociaux. Rattacher les programmes de bénévolat aux systèmes de soins de santé et de services sociaux de la région.	Développer les filières de recrutement et de formation d'effectifs et de bénévoles issus de la diversité culturelle et linguistique. Intégrer la sécurité culturelle et l'expérience vécue dans tous les programmes de formation des effectifs. Soutenir les réseaux de mentorat au profit des groupes sous-représentés.	Réseaux nationaux de bénévoles, fondations caritatives, organismes de services communautaires et bailleurs de fonds régionaux.
<b>Concordance entre la composition des effectifs et les objectifs systémiques</b>		
Intégrer les objectifs en matière d'ISS dans les stratégies provinciales ou territoriales relatives aux effectifs, en prévoyant des indicateurs et des paramètres d'évaluation communs. Financer les initiatives par le biais de modèles de financement à long terme croisés qui prennent en charge à la fois les fonctions rémunérées et non rémunérées.	Intégrer les données concernant les effectifs dévolus à la lutte contre l'ISS dans les cadres de rendement nationaux, provinciaux et territoriaux. Favoriser les modèles de financement à long terme croisés qui prennent en charge à la fois les fonctions rémunérées et bénévoles. Produire des rapports annuels concernant le rendement des effectifs afin de mesurer les progrès accomplis en matière de rapprochement social.	Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux, organismes d'évaluation indépendants et alliances intersectorielles axées sur le vieillissement et l'inclusion

## Interventions dans la pratique

### Qu'est-ce qu'une intervention dans la pratique?

Les interventions dans la pratique sont des modèles ou des programmes de soins officialisés dont les composantes, les processus et les exigences de mise en œuvre sont clairement définis, et qui sont spécifiquement conçues pour lutter contre l'ISS en favorisant activement le lien social et la participation. Les interventions dans la pratique liées à l'ISS peuvent revêtir de nombreuses formes, à savoir : la prescription sociale, les rencontres amicales, le suivi par les pairs, les visites de bénévoles, les programmes de renforcement des liens sociaux faisant appel aux technologies. Parmi les autres interventions importantes, citons l'apprentissage de capacités d'adaptation, la thérapie du deuil et la thérapie cognitivo-comportementale. Ces interventions permettent aux PSSS de repérer et de joindre les personnes âgées en situation d'isolement social, de les aider à rétablir des relations enrichissantes et de les arrimer à des ressources et à des activités communautaires qui favorisent le sentiment d'appartenance.

Un baromètre :  
**grandes tendances  
en matière  
d'interventions dans  
la pratique liées à  
l'ISS dans les pays  
chefs de file**

→ **Les interventions dans la pratique en matière de lien social** sont intégrées dans les stratégies de promotion de la santé, de prise en charge des maladies chroniques et de vieillissement en bonne santé.

→ **Les technologies** telles que les **programmes de groupes virtuels, les soins télé-sociaux, les expériences de réalité virtuelle et les robots d'accompagnement dans les soins de longue durée**, sont utilisées pour faciliter le rapprochement.

→ **Une conception inclusive et centrée sur la personne**, élaborée en **collaboration plus étroite avec les personnes âgées et les partenaires de soins, adaptée à divers besoins et axée sur le maintien de la motivation**, de l'autonomie et du sentiment d'appartenance.

→ **Analyse des résultats et de la durabilité** reposant sur les projets pilotes et des modèles d'évaluation relevant de cadres nationaux ou de fonds d'innovation régionaux; l'accent est mis sur la transposition à plus grande échelle des méthodes efficaces et sur l'intégration dans les services généraux.



## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Dans les pays chefs de file, on reconnaît que la lutte contre l'ISS doit reposer sur des approches pratiques, fondées sur les relations, qui s'intègrent dans la prestation quotidienne des soins de santé et des services sociaux. Ces pays vont au-delà des interventions isolées et adoptent des modèles de soins intégrés qui privilégient le rapprochement, la continuité et le suivi. En intégrant le lien social et les approches basées sur les relations (p. ex. la prescription sociale, les rencontres amicales, la sensibilisation par les pairs) dans les structures de soins courants, le lien social devient une composante essentielle des soins de santé plutôt qu'un service optionnel ou complémentaire. Ces interventions dans la pratique sont encadrées par des voies d'orientation clairement définies, des rôles et devoirs partagés entre partenaires du secteur de la santé et du secteur communautaire, et les résultats sont recueillis dans les systèmes opérationnels.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Australie – **Agents de liaison de bien-être**
- Japon – **Centres de participation sociale en milieu communautaire**
- Pays-Bas – **Wijkteams (équipes de quartier)**
- États-Unis – **Modèles de visites amicales et de travailleurs de santé communautaires**

## Que se passe-t-il au Canada?

Au Canada, la sensibilisation à l'ISS chez les personnes âgées a considérablement augmenté, mais les progrès concernant les interventions dans la pratique dont il est avéré qu'elles améliorent les résultats en matière d'ISS restent inégaux. Les lignes directrices sur les pratiques en matière d'ISS chez les personnes âgées sont désormais largement diffusées, mais il reste à mettre en œuvre de manière uniforme et à généraliser les interventions fondées sur des données probantes (p. ex. les programmes de rencontres amicales, de prescription sociale, d'agents de liaison, d'animaux de compagnie robotisés) dans tout le continuum de soins. En outre, la formation des PSSS concernant la mise en œuvre des interventions en matière d'ISS est limitée, et très peu d'investissements sont consacrés à la recherche ou à l'évaluation en vue de la constitution d'une solide base de données permettant de déterminer les interventions les plus efficaces dans divers cadres et milieux de pratique.

### Exemples issus du Canada


- C.-B. – **Better at Home (Mieux chez soi)**
- N.-É. – **Intervenants pivots auprès des personnes âgées/agents de liaison communautaires**
- ON – Rx : **Prescription sociale en milieu communautaire – Alliance pour des communautés en santé**

# Mise en œuvre et généralisation des interventions dans la pratique en matière d'ISS au Canada


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Les interventions axées sur le renforcement des liens sociaux en tant que paramètre de rendement du système de santé.

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance


La tendance commence à évoluer dans le sens des pays chefs de file qui envisagent les liens sociaux comme un paramètre de rendement de leur système de santé. Certaines équipes de soins primaires et unités de santé publique procèdent au dépistage de la solitude dans le cadre de bilans de santé et de programmes de lutte contre les maladies chroniques.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** intègrent les interventions dans la pratique en matière de liens sociaux en tant que déterminant essentiel de la santé. **Au Canada**, l'accent est mis sur le dépistage, mais pas assez sur la mise en œuvre d'interventions spécifiquement axées sur le renforcement des liens sociaux.

### Les technologies comme outils facilitateurs

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Premiers signes de concordance avec les stratégies d'inclusion numérique observées dans d'autres pays. Certaines bibliothèques publiques, municipalités et associations à but non lucratif proposent des formations de littératie numérique et un soutien en matière d'accès

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** ont recours à des plateformes sociales de réalité virtuelle, à des animaux domestiques robotisés, à des programmes de téléprésence et à des initiatives de littératie numérique soutenues par des stratégies nationales en matière de santé numérique. **Le Canada** a créé des centres d'innovation nationaux qui soutiennent les interventions dans la pratique axées sur le rapprochement social numérique et financent la recherche en vue de la mise à l'essai et de la transposition à plus grande échelle de modèles fondés sur la technologie. Cependant, la mise en œuvre en première ligne reste inégale, en particulier dans les régions rurales ou à faibles revenus.

### Conception inclusive et centrée sur la personne – Conception conjointe et adaptation aux besoins de différents groupes

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


L'émergence de modèles inclusifs et culturellement sûrs concorde avec la tendance internationale à la conception conjointe et à l'adaptation aux besoins particuliers. Reconnaissance du fait que l'équité, la culture et l'expérience vécue sont essentielles à la mise en place de solutions efficaces en matière d'ISS.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** intègrent les principes de conception conjointe et d'équité dans toutes les politiques de vieillissement et de santé. **Au Canada**, on constate l'émergence de pratiques inclusives et d'initiatives dirigées par des Autochtones, mais les actions restent localisées et ne sont pas encore déployées à l'échelle systémique.

### Données probantes et pérennisation

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance

La tendance est à l'adoption de modèles fondés sur des données probantes et transposables à plus grande échelle, comme dans les pays chefs de file. Certains réseaux renforcent les capacités d'évaluation et partagent les meilleures pratiques au niveau national.

#### Domaines où des écarts subsistent

**Les pays chefs de file** investissent dans des infrastructures d'évaluation, des centres d'évaluation des résultats et des groupes nationaux d'apprentissage qui permettent de mesurer les résultats et de faciliter la transposition à plus grande échelle. **Les initiatives canadiennes** reposent en grande partie sur des projets pilotes, des financements à court terme, des activités de collecte de données limitées et de faibles investissements dans la recherche.

# Renforcer la mise en œuvre et la généralisation des interventions dans la pratique visant à lutter contre l'ISS chez les personnes âgées au Canada

Il est possible de favoriser la mise en œuvre et la généralisation des interventions dans la pratique en matière d'ISS chez les personnes âgées en les intégrant aux soins courants dans les établissements de soins primaires, de soins à domicile et de soins de longue durée. Lorsque les interventions en matière d'ISS sont intégrées aux soins habituels, elles sont plus susceptibles d'être mises en œuvre uniformément plutôt que de faire l'objet d'initiatives limitées dans le temps. Un financement durable peut procurer aux organismes la stabilité dont ils ont besoin pour planifier, mettre en œuvre, perfectionner les interventions dans la pratique en matière d'ISS et en rendre compte au fil du temps. Une telle approche permettrait de faire en sorte que les personnes âgées aient accès aux interventions fondées sur les relations les plus probantes à différents stades du continuum de soins.

## Mise en œuvre et généralisation des interventions dans la pratique en matière d'ISS : Perspectives stratégiques

Éléments à consolider	À quoi cette vision peut-elle ressembler	Qui pourrait y collaborer
<b>Le lien social, une priorité en matière de santé</b>		
Faire du lien social une partie intégrante des soins de santé et des services sociaux.	Ajouter des questions concernant la solitude et les soutiens sociaux aux examens de santé courants. Intégrer des objectifs de renforcement des liens sociaux aux plans de soins et aux consultations de bien-être des personnes âgées	Ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, organismes nationaux de collecte de données, équipes de soins primaires, ordres professionnels.
<b>Les technologies comme outils facilitateurs</b>		
Veiller à ce que les outils numériques soient accessibles et subventionnés, notamment au profit des personnes âgées vivant en milieu rural ou à faible revenu.	Développer les programmes sociaux virtuels, les groupes de pairs en ligne et la formation à la littératie numérique. Recourir aux technologies d'assistance (comme les robots de compagnie ou les tablettes intelligentes) pour aider les personnes âgées à maintenir des liens sociaux à domicile ou dans les établissements de soins de longue durée.	ONG, bibliothèques et organismes de santé numérique provinciaux et territoriaux.
<b>Conception inclusive et centrée sur la personne</b>		
Veiller à ce que les outils numériques soient accessibles et subventionnés, notamment au profit des personnes âgées vivant en milieu rural ou à faible revenu.	Élaborer de nouveaux programmes à l'aide d'ateliers de conception conjointe et de groupes consultatifs de personnes ayant une expérience concrète. Mettre en place des mécanismes de soutien qui tiennent compte de l'identité culturelle, de la langue et des besoins en matière de mobilité.	ONG, organismes de santé dirigés par des autochtones, bureaux municipaux d'inclusion et organismes communautaires.
<b>Données probantes et pérennisation</b>		
Passer de projets pilotes à court terme à des programmes pérennes, fondés sur des données probantes et transposables à plus grande échelle.	Créer un carrefour national de « Ce qui fonctionne en matière de lien social » en vue de la collecte et de la communication des résultats. Financer des programmes d'interventions dans la pratique (p. ex. des initiatives de rencontres amicales et de prescription sociale) sur une durée suffisante pour pouvoir en mesurer l'incidence et les modifier au fil du temps.	ONG, instituts de recherche provinciaux et territoriaux, et partenariats entre universités et communautés.

## Mobilisation des connaissances

### Qu'est-ce que la mobilisation des connaissances?

La mobilisation des connaissances est le processus qui consiste à traduire des politiques et des recherches fondées sur des données probantes en pratiques concrètes par la diffusion, l'adaptation et l'utilisation d'outils pratiques, de ressources et d'aides à l'apprentissage. Ce processus passe par le partage, la transposition et l'adaptation des connaissances au moyen d'outils tels que les lignes directrices, les modules de formation, les boîtes à outils pratiques et les réseaux d'apprentissage. Ces produits intermédiaires de mobilisation des connaissances se sont avérés efficaces pour ce qui est de transposer les orientations politiques fondées sur la recherche dans la pratique quotidienne. Les outils de mobilisation des connaissances peuvent favoriser la mise en œuvre uniforme et la généralisation d'interventions dans la pratique et d'approches fondées sur des données probantes dans le domaine de l'ISSPA. Sans ces outils, la mise en pratique des politiques risque de progresser plus lentement et de manière plus inégale.

Un baromètre :  
grandes tendances  
en matière de  
mobilisation des  
connaissances sur  
l'ISS dans les pays  
chefs de file

- Élaboration de **lignes directrices nationales et de cadres de mise en œuvre** permettant de transposer les résultats de la recherche en procédures claires et réalisables de dépistage, de prévention et de prise en charge de l'ISS.
- Investissement dans de **vastes campagnes de sensibilisation et d'information** du public visant à faire prendre conscience des effets de la solitude sur la santé, à réduire la stigmatisation et à encourager la recherche de soutien et la participation à la vie sociale.
- Augmentation du nombre de **boîtes à outils, de listes de contrôle et de ressources d'accès général** destinées aux organismes, aux professionnels de la santé et aux groupes communautaires.
- **Pôles de connaissances nationaux, réseaux d'apprentissage et communautés de pratique** rassemblant des chercheurs, des décideurs politiques et des PSSS en vue de la mise en commun de données, d'innovations et d'enseignements.



## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Dans les pays chefs de file, on observe une évolution vers la création d'écosystèmes coordonnés de mise en pratique des connaissances. Les pouvoirs publics investissent dans des ensembles de ressources harmonisés qui se conjuguent à tous les niveaux du système, et viennent renforcer des messages cohérents destinés à différents publics et intervenants. Au niveau macro, il s'agit de campagnes nationales de promotion de la santé et d'initiatives de sensibilisation du public visant à reconnaître le lien social comme une priorité de santé publique. Ces efforts sont complétés aux niveaux méso et micro par des boîtes à outils pratiques, des guides de pratique, des listes de contrôle et des outils d'aide aux prises de décisions grâce auxquels les PSSS et les organismes communautaires peuvent mettre en application les données probantes dans les situations quotidiennes. Cette convergence à plusieurs niveaux fait en sorte que les données probantes concernant l'ISS ne soient pas seulement diffusées, mais qu'elles se traduisent activement par un changement durable des pratiques concrètes.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Australie – **Trousses du praticien « End Loneliness Together » (Mettre fin à la solitude ensemble)**
- Danemark – **Listes de contrôle adaptées aux personnes âgées**
- Pays-Bas – **Outils d'intervention destinés aux municipalités**
- Royaume-Uni – **Outils liés à la campagne « End Loneliness » (« Mettre fin à la solitude »)**
- États-Unis – **Outils « Connect2Affect » de l'AARP**



## What is happening in Canada?

In Canada, there's a growing focus on knowledge mobilization as a critical driver of practice change. It is now more common to see investments in knowledge mobilization tools and products that make research findings easier to access, understand, and apply across different health and social care settings. Yet, these efforts still primarily occur as part of siloed organizational and local level initiatives or research-led projects, rather than through more encompassing national, provincial/territorial, and regional-level strategies. As a result, Canada's progress remains fragmented, with strong innovation at local levels but fewer mechanisms to standardize, scale, and sustain an evidence-informed knowledge mobilization ecosystem.

### Exemples issus du Canada


- CAN – **Carrefour de liens communautaires et Espace Mieux-Être Canada – Ressources en ligne et outils d'évaluation**
- CAN – **Lignes directrices concernant la pratique clinique en matière d'ISSPA**
- CAN – **Boîte à outils de prescription sociale au Canada**
- CAN – **Boîte à outils de mise en œuvre de la prescription sociale**
- CAN – **Lignes directrices de santé publique en matière de rapprochement social**

# Mobilisation des connaissances en matière d'ISS chez les personnes âgées au Canada


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Lignes directrices et cadres de pratique entérinés

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Une convergence avec les pays chefs de file qui adoptent des orientations nationales pour mener une action concertée est en train de se dessiner.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** disposent de lignes directrices et de cadres de pratique entérinés à l'échelon national. **Le Canada** dispose de lignes directrices concernant la pratique, mais pas d'une structure nationale coordonnée permettant d'en assurer la diffusion et l'adoption uniformes.

### Campagnes de sensibilisation du public

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Le Canada suit les tendances mondiales en élevant la solitude au rang de problème de santé publique et en recourant à la narration et à la sensibilisation numérique pour faire évoluer les normes sociales.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** mènent depuis longtemps des campagnes de promotion de la santé sur le thème du lien social, financées à l'échelle nationale. **Au Canada**, des campagnes et des initiatives limitées dans le temps ou axées sur des populations particulières abordent indirectement la question de l'ISS.

### Boîtes à outils et ressources pratiques pour tous

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Le Canada est en phase avec les pays chefs de file, où les outils orientés vers l'intervention permettent de transformer les données probantes en pratiques.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Ces pays** ont mis au point des outils de mise en œuvre centralisés et soigneusement conçus, rattachés à des cadres d'intervention entérinés à l'échelon national. **Le Canada** dispose de boîtes à outils partielles et propres à divers secteurs. Cependant, celles-ci ne relèvent pas d'un cadre national unifié officiellement entériné et assorti de responsabilités claires.

### Pôles de connaissances et réseaux d'apprentissage

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance

Le Canada se rapproche des pays qui se servent de l'apprentissage collaboratif et de pôles numériques pour développer l'innovation et échanger des données.

#### Domaines où des écarts subsistent

**Les pays chefs de file** sont dotés de pôles numériques centralisés et de modes collaboratifs d'apprentissage qui permettent le partage de données et l'échange de connaissances. **Le Canada** dispose de plusieurs réseaux actifs, mais pas d'un seul pôle coordonné.

# Consolider la mobilisation des connaissances en vue de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées au Canada

Le Canada a réalisé des progrès notables concernant certains types de mobilisation des connaissances liées à l'ISS, mais les mécanismes systémiques plus étendus restent sous-développés. Le Canada peut faire évoluer son infrastructure de mobilisation des connaissances en continuant à privilégier une approche résolument axée sur les réseaux, qui favorise la collaboration entre les secteurs de la recherche, de la santé et des collectivités. Les méthodes de coproduction et de participation – faisant intervenir les personnes âgées, les aidants et les organismes communautaires dans la conception et l'adaptation des stratégies de mobilisation des connaissances – sont un élément important de ce travail et une composante à part entière des études de recherche et des initiatives axées sur la pratique. Il en va de même pour la transposition à plus grande échelle des stratégies et des produits de mobilisation des connaissances par le biais de plateformes nationales, provinciales, territoriales et régionales.

## Mobilisation des connaissances Perspectives stratégiques

### Éléments à consolider

### À quoi cette vision peut-elle ressembler

### Qui pourrait y collaborer

#### Lignes directrices et cadres de pratique

Élaborer un cadre national coordonné qui permette d'inscrire l'ISS dans les stratégies plus générales en matière de vieillissement en bonne santé et de santé mentale.

Établir un plan d'action pancanadien conçu conjointement qui définisse les valeurs et les principes, les normes de pratique, les attributions et les résultats souhaités.

Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux), organismes de santé publique, instituts de recherche, groupements de politiques sociales et de santé.

#### Campagnes de sensibilisation du public

Développer les campagnes de sensibilisation et de mobilisation du public au moyen d'un investissement national durable.

Mettre en œuvre une stratégie de communication pluriannuelle visant à sensibiliser le public à la solitude en tant que problème de santé et de société, aux principales mesures de soutien et aux possibilités d'orientation.

Organismes de santé publique et de communication, associations universitaires et professionnelles, médias, organismes de défense des intérêts des personnes âgées, conseils d'aînés.

#### Boîtes à outils et ressources pratiques

Élaborer et diffuser des boîtes à outils, des modèles et des guides de mise en œuvre destinés à faciliter la mobilisation des connaissances dans la pratique quotidienne. Soutenir les mécanismes d'adaptation et de retour d'information au niveau local en vue d'une amélioration continue.

Concevoir une boîte à outils de communication destinée aux PSSS dans les secteurs de la santé, des services sociaux et des collectivités. Concevoir de manière collaborative des ressources spécialement adaptées aux différents milieux de pratique.

Organismes de santé et de services sociaux, réseaux communautaires, partenaires de recherche.

#### Pôles de connaissances et réseaux d'apprentissage

Créer un pôle de connaissances national en vue de centraliser les données probantes, les statistiques et les outils relatifs à l'ISS.

Lancer une plateforme numérique à partir de laquelle les chercheurs, les PSSS et les décideurs peuvent accéder à des tableaux de données, à des boîtes à outils et à des pratiques prometteuses, et contribuer au partage des enseignements entre provinces.

Réseaux de recherche et d'innovation, organismes de santé et de services sociaux, autorités sanitaires provinciales et territoriales, commissions de planification régionale, organismes de santé numérique et de transfert des connaissances.

# Infrastructure opérationnelle

## Qu'est-ce que l'infrastructure opérationnelle?

L'infrastructure opérationnelle désigne les mécanismes qui permettent le déroulement du travail courant en première ligne. Il s'agit notamment d'éléments tels que les invites de dépistage dans les dossiers médicaux électroniques (DSE) et les champs de saisie des résultats, ainsi que les codes de facturation qui correspondent au temps de travail et à l'activité des praticiens. Pour résumer, l'infrastructure opérationnelle détermine ce qui est priorisé, mesuré et pérennisé comme pratique courante en première ligne.

Un baromètre :  
**grandes tendances  
de l'infrastructure  
opérationnelle en  
matière d'ISS dans les  
pays chefs de file**

→ **Dépistage et consignation de l'ISS, invites intégrées dans les systèmes de DSE.**

→ **Financement et rémunération des services et des fonctions** liés à l'ISS, lesquels permettent d'établir une liaison entre les services de santé et les services de soutien communautaire.

→ **Suivi de l'activité concernant l'ISS au moyen de codes d'orientation** dans les systèmes de DSE à coordination centralisée; les données sont communiquées à l'échelle nationale.

→ **Parcours de soins relatifs à l'ISS intégrés**, comprenant un suivi systématique des résultats des dépistages, des orientations et du suivi dans les systèmes de DSE.

→ **Intégration de l'interface communauté-milieu clinique et des mécanismes de comptes rendus**, visant à renforcer la coordination et la responsabilisation en matière d'ISS dans l'ensemble des secteurs de la santé et des collectivités.

## Que se passe-t-il dans les pays chefs de file?

Bien que le Canada soit très proche des chefs de file internationaux sur le plan conceptuel (p. ex. le lien social est un élément central du vieillissement en bonne santé, les personnes âgées sont considérées comme des contributeurs actifs et la collaboration intersectorielle, l'équité, l'inclusion et l'accessibilité sont mises en valeur), les progrès sont limités par l'absence d'une vision explicite et commune de l'ISS susceptible d'orienter la prise de décision coordonnée. Une vision clairement formulée, reposant sur des objectifs définis, des paramètres de mesure communs et une prise de responsabilité intersectorielle, permettrait de renforcer la structure nécessaire à l'harmonisation des mesures entre les provinces et les secteurs, et de passer d'initiatives fragmentées à un changement systémique durable.

### Exemples issus des pays chefs de file

- Danemark, Suède, Royaume-Uni – **Mise au point de systèmes nationaux de DSE permettant de consigner les résultats des dépistages, des orientations et du suivi.**
- Japon – **Intégration des champs concernant l'ISS dans les systèmes numériques d'utilisation commune.**
- États-Unis – **Codes spécifiques de consignation de l'isolement social dans les dossiers des patients.**

## Que se passe-t-il au Canada?

Au Canada, l'infrastructure opérationnelle nécessaire à la prise en charge standardisée de l'ISS chez les personnes âgées est en cours d'élaboration et varie considérablement d'une région à l'autre. Les initiatives de renforcement des mécanismes de financement, et des plateformes numériques visant à faciliter le dépistage, la consignation et le suivi coordonné de l'ISS dans l'ensemble des milieux de soins se multiplient. Mais ces initiatives se déploient souvent de manière cloisonnée, sans interrelation entre les professions, les secteurs et les zones géographiques. En l'absence d'une infrastructure opérationnelle robuste et coordonnée, les pratiques en matière d'ISS relèvent souvent d'initiatives limitées dans le temps plutôt que de procédures intégrées dans les soins courants. En conséquence, la responsabilité de déceler et de prendre en charge l'ISS revient souvent à des individus qui se font les champions de la cause, ou se rattache à des projets à court terme, ce qui se traduit par de grandes disparités en ce qui concerne les personnes qui font l'objet du dépistage, la manière de consigner les besoins et le type de suivi assuré.

### Exemples issus du Canada


- C.-B., N.-É., SK – **Des questions concernant les liens sociaux sont intégrées aux formulaires d'accueil, dans les programmes d'accompagnement et dans les évaluations des personnes âgées.**
- YT – **Les équipes chargées du programme « Healthy Aging » consignent officiellement le niveau d'activité sociale dans le cadre des évaluations à domicile.**

# Infrastructure opérationnelle en matière d'ISS chez les personnes âgées au Canada


## Concordance avec les pays chefs de file et analyse des lacunes

### Dépistage et consignation de l'ISS

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Des efforts visant à intégrer le dépistage de l'ISS dans les évaluations régulières de la santé et de la situation sociale commencent à être déployés. En Ontario et en Colombie-Britannique, par exemple, des questions concernant les liens sociaux figurent dans les formulaires d'accueil en soins primaires et dans les outils de dépistage communautaires.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Dans les pays chefs de file**, le dépistage de l'ISS fait partie des évaluations des déterminants sociaux, dont les résultats sont consignés dans les DSE. **Le Canada** progresse dans cette voie au moyen de programmes pilotes locaux, mais les innovations restent inégales et n'ont pas encore été normalisées ou intégrées dans toutes les régions.

### Financement et rémunération des services liés à l'ISS

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 pas de concordance/  
écart important

#### Points de concordance


Il est de plus en plus reconnu que la collaboration entre les secteurs de la santé et des collectivités doit faire l'objet d'un financement. Certaines provinces commencent à prévoir un financement à petite échelle pour les programmes de liaison communautaires et les initiatives d'inclusion locale.

#### Domaines où des écarts subsistent


De nombreux **pays chefs de file** disposent de modèles de financement ou de remboursement attirés grâce auxquels les PSSS peuvent facturer les services liés à l'ISS. **Le Canada** ne dispose pas de mécanismes stables de remboursement et de facturation.

### Intégrer la prise en charge de l'ISS dans les parcours de soins et les DSE

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance


Les premières initiatives visant à intégrer les données relatives aux besoins sociaux dans les DSE correspondent aux approches observées à l'échelle internationale. Quelques provinces ont mis à l'essai des plateformes numériques d'orientation permettant de rattacher les services de santé et les services communautaires.

#### Domaines où des écarts subsistent


**Les pays chefs de file** utilisent un système national de DSE qui permet de faire le point sur les dépistages, les orientations et les résultats. **Au Canada**, même si certaines régions commencent à ajouter des champs concernant l'ISS, les systèmes provinciaux et territoriaux et les systèmes régionaux de DSE sont fragmentés et leur interfonctionnement est limité.

### Soins, interface communauté-milieu clinique et mécanismes de comptes rendus intégrés

#### Pays chefs de file

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Canada

 concordance partielle/  
progrès émergents

#### Points de concordance

Volonté politique croissante d'officialiser le lien entre les soins de santé et les services communautaires. La prescription sociale et les fonctions de liaison gagnent du terrain dans le cadre de la réforme des soins primaires et des initiatives communautaires destinées aux personnes âgées.

#### Domaines où des écarts subsistent

**Les pays chefs de file** ont officialisé les attributions des agents de liaison et les voies d'orientation permettant d'établir un lien entre les services de santé et les services communautaires. **Le Canada** met à l'essai des modèles analogues dans le cadre de projets pilotes et de partenariats, mais ne les a pas encore intégrés à l'échelle du système.

# Consolider l'infrastructure opérationnelle en vue de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées au Canada

Il est nécessaire d'investir dans la mise en place d'une solide infrastructure opérationnelle pour s'assurer qu'une prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées fondée sur des données probantes soit bien intégrée dans les parcours de soins courants. Pour ce faire, il faudra œuvrer à l'établissement de flux de travail communs, d'éléments de données uniformes et de modèles de financement réservés. La mise en place d'une infrastructure opérationnelle harmonisée permettra d'assurer à grande échelle la continuité des pratiques, des mesures et de l'impact à long terme.

## Infrastructure opérationnelle Perspectives stratégiques

Éléments à consolider	À quoi cette vision peut-elle ressembler	À quoi cette vision peut-elle ressembler
<b>Dépistage et consignation de l'ISS</b>		
Élaborer des outils et des lignes directrices nationales uniformes en matière de dépistage et de consignation de l'ISS dans tous les milieux de soins de santé et de services sociaux.	Intégrer des questions de dépistage normalisées dans les évaluations des déterminants sociaux ou du bien-être utilisées en soins primaires, dans le cadre des soins à domicile et dans les programmes communautaires. Créer des modèles de DSE qui invitent les PSSS à consigner les résultats et les orientations.	Ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux, ordres professionnels et organismes axés sur l'amélioration de la qualité et les normes en matière de données de la santé.
<b>Financement et rémunération des services liés à l'ISS</b>		
Créer des modèles de financement pérennes qui permettent de renforcer la prévention et le rapprochement, plutôt que de s'appuyer sur des subventions à court terme.	Établir des codes de facturation ou des postes subventionnés dans le domaine du dépistage, de l'orientation et du suivi en matière d'ISS. Préconiser un financement pluriannuel des programmes qui permettent d'établir un lien entre les services de santé et les services communautaires.	Ministères de la Santé, autorités sanitaires régionales et bailleurs de fonds communautaires coopérant en vue de l'harmonisation des priorités et des investissements.
<b>Intégrer la prise en charge de l'ISS dans les parcours de soins et les DSE</b>		
Renforcer l'intégration des mesures du lien social dans la planification des soins et les systèmes de données au niveau provincial. Améliorer l'interfonctionnement des systèmes de santé et des systèmes communautaires.	Ajouter des indicateurs relatifs à l'ISS et des mécanismes de suivi des orientations dans les DSE, et les coupler avec les bases de données des services communautaires. Veiller à ce que les objectifs de rapprochement social figurent dans les plans de soins des personnes âgées ayant des besoins complexes.	Organismes provinciaux et territoriaux de santé numérique, fournisseurs de systèmes de DSE et réseaux régionaux de santé, en collaboration avec les partenaires communautaires.
<b>Fonction de la prescription sociale, des agents de liaison et de l'interface communauté-milieu clinique</b>		
Élargir et officialiser les modalités de prescription sociale qui permettent d'établir un lien entre les soins de santé et les services communautaires.	Généraliser les attributions des agents de liaison ou des intervenants pivots communautaires dans toutes les provinces, en s'appuyant sur des plateformes d'orientation communes qui permettent de vérifier les résultats et d'assurer le suivi. Intégrer la prescription sociale dans les soins primaires courants.	Équipes de soins primaires, organismes communautaires, pouvoirs publics locaux et responsables politiques coordonnant les soins intégrés ou les initiatives destinées aux personnes âgées.

### Partie III

## Principaux Enseignements

Dans l'ensemble, il ressort de l'analyse des politiques que si des initiatives importantes sont en cours dans le domaine de l'ISS au Canada, les progrès sont freinés par des disparités et un manque d'harmonisation à l'échelle du paysage politique. Les activités se déroulent souvent de manière isolée plutôt que dans le cadre d'une approche coordonnée, et la convergence entre les sept domaines prioritaires est loin d'être aussi marquée que dans les pays qui adoptent une approche plus stratégique. En ce qui concerne les PSSS, cela met en évidence la nécessité d'un soutien pratique et quotidien – par exemple, des formations, des outils numériques, des voies d'orientation claires et des attentes partagées – visant à faciliter la prise en charge de l'ISS dans le cadre des soins courants. Du côté des administrateurs, cette analyse met en évidence les possibilités de renforcement des capacités des effectifs, des normes, des outils et des environnements de pratique en équipe, qui permettront d'assurer une mise en œuvre plus cohérente. En ce qui concerne les responsables politiques régionaux, provinciaux et territoriaux, le bilan fait ressortir la nécessité de mieux harmoniser les cadres, les secteurs et les systèmes afin d'aboutir à un changement coordonné et durable. Dans l'ensemble, ces constatations invitent à définir des moyens clairs et réalisables de faire avancer la situation dans les domaines prioritaires, à plusieurs niveaux. Dans la partie suivante, nous présentons une feuille de route conçue pour faciliter la prise de mesures à la fois pratiques et stratégiques.

## Conséquences des constatations à tous les niveaux politiques et dans tous les domaines prioritaires

	Principale constatation issue de l'analyse des politiques	Incidences sur le plan de l'intervention	Exemples de voies de passage utiles de la connaissance à l'intervention
<b>La vision</b>	Il est de plus en plus admis que l'ISS est un enjeu de santé et d'équité, mais on ne dispose pas d'une vision commune et cohérente à l'échelle des systèmes.	Une vision commune bien définie est nécessaire pour que l'ISS devienne une préoccupation permanente dans tous les secteurs de la santé et des services sociaux.	Renforcer la promotion de la santé; élargir le partage et l'intégration des connaissances
<b>Gouvernance</b>	La gouvernance et la responsabilité en matière d'ISS sont fragmentées d'une province ou d'un territoire à l'autre et d'un secteur à l'autre.	Une meilleure harmonisation est nécessaire entre cadres de travail, directives et responsables si l'on veut soutenir une intervention coordonnée et systématique.	Élargissement du partage et de l'intégration des connaissances; renforcement de l'accompagnement et de l'arrimage aux soins
<b>Formation et enseignement</b>	La formation en matière d'ISS est inégale, souvent facultative et intégrée de manière non homogène dans l'enseignement officiel.	Il est nécessaire de mettre en place un programme d'études général pour constituer des compétences fondamentales dans l'éventail des professions, des secteurs et des systèmes.	Faire évoluer l'élaboration des programmes d'études; développer l'apprentissage numérique et les microcertifications.
<b>Renouvellement des effectifs</b>	Les attributions, les avantages et les cheminements de carrière permettant de valoriser spécifiquement les activités liées à l'ISS sont peu nombreux.	Mettre en place des stratégies de perfectionnement des effectifs visant à reconnaître et à soutenir les pratiques et les attributions concernant les liens sociaux, la prévention et l'accompagnement en matière d'ISS.	Développer l'apprentissage numérique et les microcertifications; Optimiser l'apprentissage et la pratique interprofessionnels
<b>Interventions dans la pratique</b>	Il existe des interventions efficaces contre l'ISS, mais leur diffusion est limitée et disparate.	Il est nécessaire de mettre davantage l'accent sur l'intégration des interventions fondées sur des données probantes dans les flux opérationnels courants et les pratiques d'équipe.	Diffuser à grande échelle les outils et les ressources pratiques; Optimiser l'apprentissage et la pratique interprofessionnels
<b>Mobilisation des connaissances</b>	Les données et les outils sont disséminés et les mécanismes d'adaptation et de diffusion sont limités.	Il faut disposer d'outils et de mécanismes de mobilisation des connaissances pour faciliter la mise en œuvre sur le terrain dans des cadres de pratique divers.	Élargissement du partage et de l'intégration des connaissances
<b>Infrastructure opérationnelle</b>	Les systèmes numériques, les champs de saisie, les modèles de financement et les aides à l'orientation ne facilitent que rarement les activités liées à l'ISS.	Une infrastructure pratique, notamment des fonctionnalités des DSE, des voies d'orientation et des mécanismes de facturation, est nécessaire pour faciliter le déroulement des soins courants.	Améliorer les plateformes de DSE; renforcer l'accompagnement et l'arrimage aux soins

## Partie IV

# Feuille de route : voies de passage de la connaissance à l'intervention

## Importance d'une feuille de route

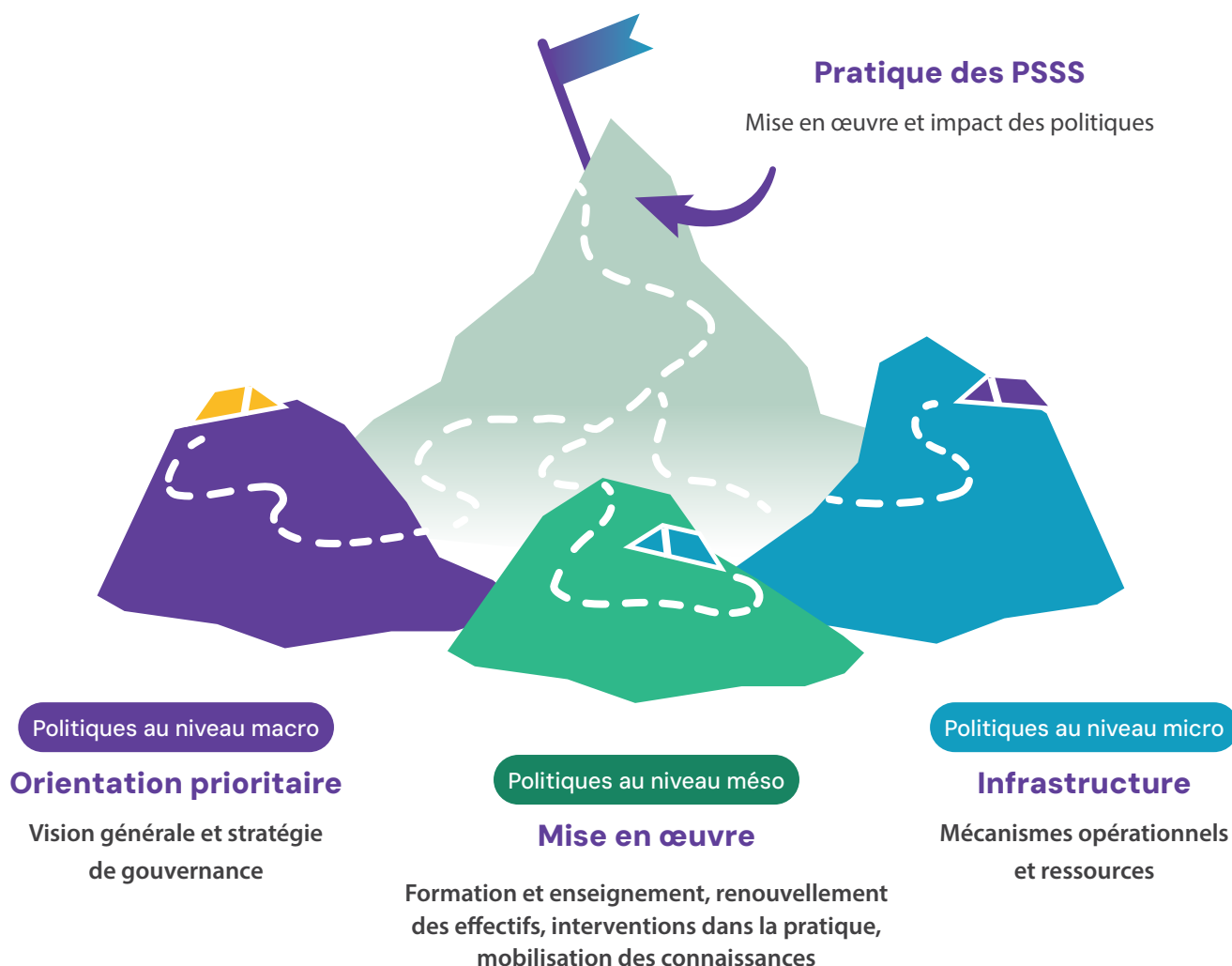
Un changement durable et équitable des pratiques ne se produit pas d'un seul coup ou par le biais d'une seule politique ou d'un seul programme. Il est le fruit de multiples efforts déployés par des personnes et des organismes œuvrant à différents niveaux du système. Une feuille de route permet de savoir à quel point de départ se situent les différents acteurs, comment les initiatives locales et systémiques s'articulent entre elles, et comment les grandes « autoroutes » et les petites « routes de campagne » s'entrecroisent en direction du même but. Une feuille de route peut être particulièrement utile dans le contexte canadien, où il n'existe pas de stratégie nationale unifiée ni de flux de financement consacré.

## Objet et finalité

La feuille de route est conçue comme un cadre pragmatique, orienté vers l'intervention et organisé autour de huit voies complémentaires de passage des connaissances à l'intervention visant à faciliter la transposition des données en politiques, en pratiques ou en changements systémiques. Elle est conçue pour faciliter l'harmonisation des initiatives entre les secteurs et orienter les interventions pratiques et transposables à plus grande échelle, visant à consolider l'environnement politique et à aider les PSSS à faire face à l'ISSPA de manière plus uniforme et plus équitable.

## La feuille de route vise à :

- rendre visible l'infrastructure de mise en pratique des politiques pour mieux illustrer la possibilité d'un changement à tous les niveaux;
- présenter la manière dont les différentes interventions et initiatives se rattachent les unes aux autres et se renforcent mutuellement;
- définir des interventions immédiates et réalisables dont la conjonction peut nous faire évoluer vers une réforme systémique globale;
- faire comprendre comment les initiatives engagées sur chaque voie peuvent contribuer à renforcer la cohérence et la viabilité dans la pratique;
- favoriser les initiatives communes et complémentaires entre divers acteurs, notamment les décideurs politiques, les organismes, les formateurs et les PSSS.



## Acteurs, niveaux et leviers : Qui est habilité à agir, à quel moment et à quel niveau?

Le niveau et le mode d'intervention des différents acteurs dépendront de leurs attributions, de leurs compétences, de leur état de préparation et des partenariats qu'ils auront établis. Le changement ne se produit pas à un seul niveau ou par l'entremise d'un seul groupe. Cette feuille de route part du principe que de nombreux acteurs différents, intervenant à différents niveaux du système, ont un rôle important à jouer pour promouvoir le changement de politique en matière d'ISS chez les personnes âgées. Les voies de passage des connaissances à l'intervention sont autant de leviers qui peuvent être activés par les acteurs à n'importe quel niveau pour consolider l'environnement politique. Il est important de noter que l'action à un niveau politique donné ne concerne pas que les acteurs qui interviennent d'habitude à ce niveau. Le mode et le niveau d'intervention varient en fonction des attributions, des compétences, de l'état de préparation et des partenariats en place.

Influence des différents acteurs sur le plan du changement à un niveau donné et à différents niveaux			
Niveaux de la prise de décision	Acteurs à ce niveau	Ce qui peut être influencé à d'autres niveaux	
<b>Macro</b> (niveau systémique)	ONG pancanadiennes, gouvernements provinciaux et territoriaux, organismes professionnels	Priorités systémiques, orientation politique, structures de financement, mécanismes de reddition de comptes	Rendre possibles les changements aux niveaux méso et micro en fixant des objectifs communs et en prévoyant des orientations, des outils, des formations et des politiques d'habilitation qui facilitent les pratiques sur le terrain.
<b>Niveau méso</b> (organisationnel/régional)	Autorités sanitaires, organismes de soins de santé et d'aide sociale, établissements d'enseignement supérieur	Politiques organisationnelles, flux de travail, coordination entre les services, mesures de soutien des effectifs	Favoriser le changement au niveau micro en transformant les politiques en pratiques et en généralisant les approches efficaces; contribuer au changement au niveau macro en déterminant les lacunes systémiques et les besoins en matière de mise en œuvre.
<b>Micro</b> (pratique de première ligne)	PSSS	Pratiques quotidiennes, protocoles de soins, relations avec les personnes âgées et les familles	Favoriser les changements aux niveaux méso et macro en mettant à l'essai de nouvelles approches, en partageant les méthodes efficaces et en préconisant des améliorations fondées sur l'expérience concrète.

## Huit voies de passage des connaissances à l'action

La feuille de route est conçue comme un guide adaptable. Elle consiste en plusieurs voies de passage des connaissances à l'action. Chaque voie est consacrée à un domaine différent dans lequel chacun peut prendre des mesures pratiques qui favorisent le changement.

Voie no 1

**Faire évoluer  
l'élaboration des  
programmes  
d'études**

Voie no 2

**Renforcer la  
promotion de la  
santé**

Voie no 3

**Améliorer les  
plateformes de DSE**

Voie no 4

**Développer  
l'apprentissage  
numérique et les  
microcertifications**

Voie no 5

**Élargissement  
du partage et de  
l'intégration des  
connaissances**

Voie no 6

**Optimiser  
l'apprentissage  
et la pratique  
interprofessionnels**

Voie no 7

**Diffuser à grande  
échelle les outils et  
les ressources  
pratiques**

Voie no 8

**Renforcer  
l'accompagnement  
et l'arrimage aux  
soins**

## Comment consulter la feuille de route

La feuille de route consiste en huit voies de changement interreliées. Chaque voie concerne un domaine précis dans lequel les politiques et les pratiques peuvent évoluer. Les voies comportent plusieurs points d'entrée, ce qui permet à différents acteurs du système d'agir (indépendamment ou en collaboration) en fonction de leurs attributions, de leurs compétences et du contexte dans lequel ils évoluent. Considérées dans leur ensemble, ces voies composent une feuille de route générale, cohérente et stratégique, visant à constituer un environnement politique qui permettra aux PSSS de prendre en charge de manière plus cohérente, plus systématique et plus équitable l'ISS chez les personnes âgées.

### Structure des voies de passage

Chaque voie est conçue pour illustrer la manière dont le changement peut être amorcé à petite échelle et se développer au fil du temps. Chacune des sections commence par une brève présentation de la voie, suivie d'un aperçu des premières mesures pratiques qui peuvent être prises sur le terrain. Un exemple d'initiative de portée plus systémique est proposé pour illustrer la manière dont ce type d'initiative peut contribuer à rattacher, à transposer à plus grande échelle et à pérenniser des interventions localisées.

### Premières mesures à prendre sur le terrain

Les premières mesures sont axées sur les changements pratiques que les PSSS, les équipes, les programmes et les organismes peuvent mettre en œuvre immédiatement afin de favoriser le passage de la politique à la pratique dans le domaine de l'ISS. Ces premières démarches ne nécessitent pas la mise en place d'une initiative à l'échelle du système; elles peuvent être entreprises seules ou en combinaison avec d'autres, en fonction des besoins, des ressources et de l'état de préparation existants au niveau local. Les possibilités de mise en route présentées dans cette section ont été sciemment conçues pour s'adapter facilement à différents milieux de pratique. Au fil du temps, ces premières mesures prises sur le terrain peuvent également être rattachées à des initiatives systémiques plus vastes et les étayer à mesure qu'elles se développent. Ces mesures sont essentiellement de caractère basiste, les personnes et les organismes ayant recours aux moyens dont ils disposent déjà pour répondre à des besoins réels selon des modalités qui se justifient à l'échelon local.

### Initiatives systémiques destinées à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

La mise en place d'initiatives systémiques visant à favoriser la transposition à plus grande échelle et la diffusion part du principe qu'un changement durable dépend aussi d'une action plus globale et coordonnée dépassant le cadre de programmes particuliers ou d'interventions locales. Du fait de leur portée plus générale, ces initiatives permettent de rattacher des interventions plus modestes et autonomes en établissant une orientation commune et un fil conducteur entre les niveaux, les secteurs, les zones géographiques et les sept domaines d'intervention définis dans le présent rapport. Les initiatives régionales, provinciales, territoriales et nationales sont particulièrement importantes, car elles peuvent accélérer le mouvement, réduire la fragmentation et contribuer à transformer des interventions locales prometteuses en pratiques plus uniformes et durables. En harmonisant les politiques, les ressources et les attentes à l'échelle systémique, les initiatives globales jouent un rôle essentiel en ce qu'elles facilitent la transposition à plus grande échelle, la diffusion et la pérennisation de l'impact.

## Partie V

# Voies de passage de la connaissance à l'action

Les huit voies de passage des connaissances à l'action sont présentées en détail ci-dessous. Elles sont numérotées par souci de clarté, mais ne sont pas classées par ordre d'importance. Chacune représente un moyen également utile et complémentaire de favoriser la mise en pratique des politiques.

# Faire évoluer l'élaboration des programmes d'études

Cette voie part du principe que l'élaboration de programmes d'études est un levier fondamental de changement durable des pratiques. L'accent est mis sur l'intégration de l'ISS dans la formation et l'enseignement destinés au personnel des soins de santé et des services sociaux dans son ensemble.

## En quoi consiste l'élaboration de programmes d'études?

L'élaboration de programmes d'études consiste à créer des programmes d'enseignement et de formation fondés sur des données probantes, qui permettent d'acquérir les connaissances, les aptitudes et les compétences nécessaires pour prendre en charge l'ISS chez les personnes âgées. Il s'agit notamment de définir les compétences essentielles, de concevoir un contenu pratique et correspondant aux fonctions de chacun, et d'adapter l'apprentissage aux différentes professions, aux divers cadres de soins et aux différentes étapes du cheminement de carrière. Un programme d'études général, normalisé sur le plan des compétences de base et adaptable quant à sa présentation, est un moyen de s'assurer que les PSSS reçoivent une formation uniforme et de grande qualité qui leur permette de reconnaître, de prendre en charge et de contribuer à prévenir l'ISS dans le cadre de leur pratique quotidienne.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

## En quoi cette voie est importante

L'élaboration de programmes d'études permettra de définir des attentes, des compétences et des normes de pratique communes à tout l'éventail des professions et des cadres de pratique. En intégrant la question de l'ISS à la formation et à l'enseignement, on rend possible l'intégration du lien social, de la sensibilisation et d'éléments de prise en charge dans les soins courants.

## Exemples de premières interventions

### Organes directeurs nationaux, provinciaux et territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Créer un programme d'études pancanadien en matière d'ISS
- Établir des compétences communes concernant les PSSS et l'ensemble des professions, des secteurs et des milieux de pratique.
- Créer des modules de formation et des outils de mobilisation des connaissances applicables à l'échelle nationale.
- Recommander l'utilisation d'outils communs de dépistage, de consignation et d'orientation.

#### Partenaires de collaboration

- Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux)
- Ordres professionnels et organismes de réglementation
- ONG nationales
- Partenaires universitaires et prestataires de formation continue

#### Premières interventions (tactique)

- Constituer un groupe de travail national.
- Passer en revue les exemples d'autres pays.
- Rédiger un projet de compétences communes et une ébauche de programme d'études
- Commencer à consulter les organismes de réglementation et les associations

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Promouvoir la formation en matière d'ISS dans les hôpitaux, les services de soins primaires, les programmes de soins à domicile et les organismes communautaires.
- Distribuer des boîtes à outils au niveau régional

#### Partenaires de collaboration

- Autorités de santé locales
- Centres de formation régionaux
- Organismes de soutien communautaire
- Réseaux de soins primaires et prestataires de soins à domicile

#### Premières interventions (tactique)

- Constituer un groupe de travail régional sur les boîtes à outils.
- Établir des documents de référence (dépistage, scénarios, voies d'orientation).
- Mettre en place des formations pilotes dans une ou deux régions.

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Élaborer et distribuer des outils de dépistage rapide de l'ISS à utiliser dans la pratique quotidienne.
- Rédiger et distribuer des guides de conversation et des conseils concernant la consignation.
- Animer de courtes sessions de formation en cours d'emploi ou des sessions de rappel.
- Créer des fiches d'orientation simples aux fins des programmes communautaires locaux.

#### Partenaires de collaboration

- Membres directs des équipes
- Personnel des programmes communautaires locaux
- Programmes de prescription sociale ou d'accompagnement communautaire
- Superviseurs/formateurs cliniques

#### Premières interventions (tactique)

- Choisir un outil de dépistage rapide à mettre à l'essai.
- Imprimer ou marquer d'un signet les fiches d'orientation.
- Utiliser à titre d'essai un guide de conversation avec deux ou trois clients.
- Communiquer les leçons tirées durant une rencontre d'équipe ou une réunion du personnel.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager d'intégrer de brèves questions sur l'ISS dans les interactions quotidiennes
- Envisager d'utiliser des invites à la conversation pour mieux comprendre les besoins en matière de rapprochement social.
- Chercher des occasions de consigner les préoccupations en matière de lien social dans les dossiers/DSE.
- Le cas échéant, aider les personnes âgées à accéder aux programmes ou aux services locaux de renforcement des liens sociaux.

#### Partenaires de collaboration

- Membres directs de l'équipe qui peuvent également répondre aux besoins en matière de rapprochement social
- Organismes de soutien communautaire et centres pour personnes âgées
- Programmes de prescription sociale ou d'accompagnement communautaire
- Superviseurs ou formateurs cliniques en mesure de fournir des conseils

#### Premières interventions (tactique)

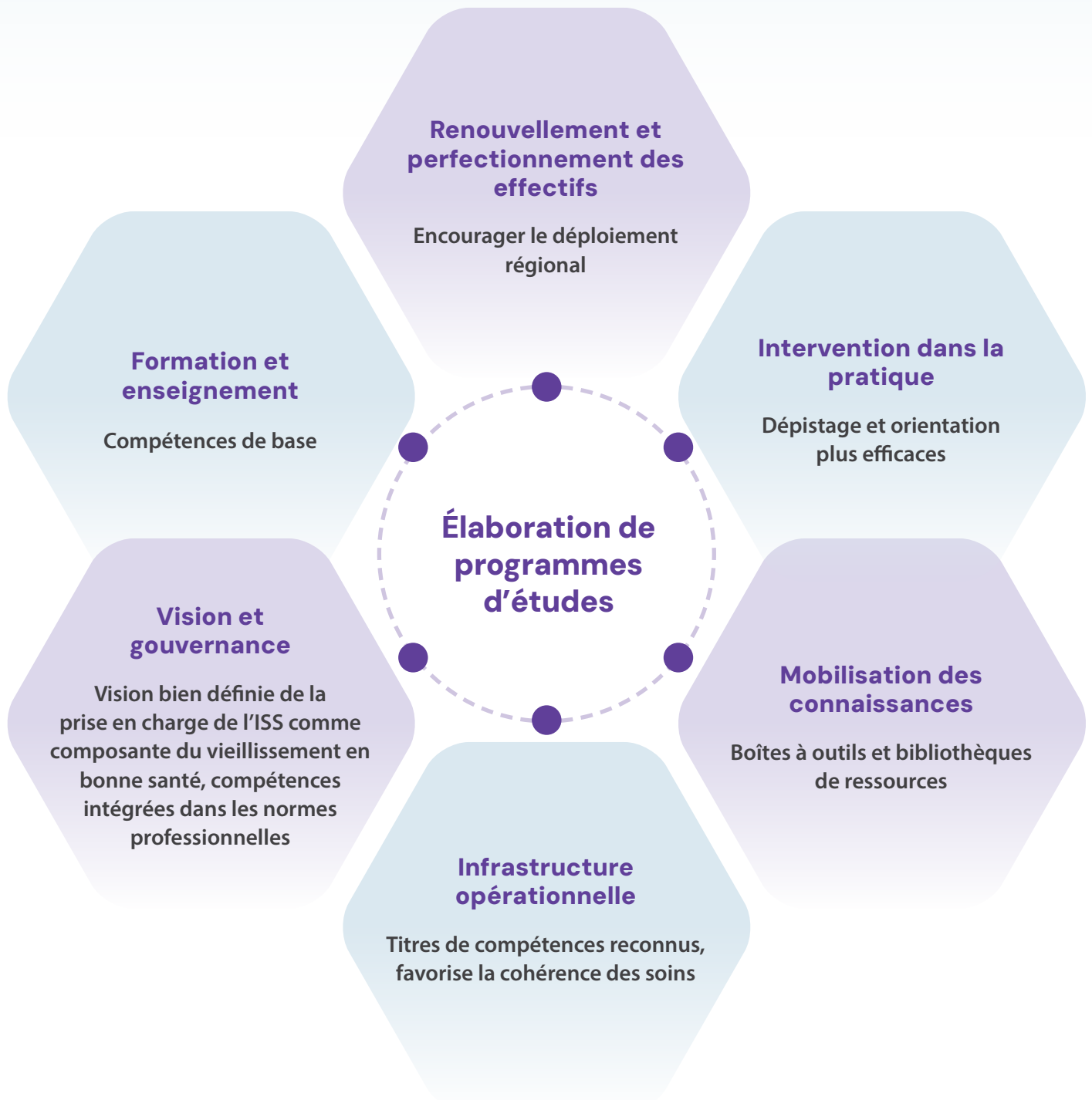
- Poser à titre d'essai une courte question de dépistage à quelques clients.
- Faire l'essai d'un guide de conversation pendant les consultations périodiques.
- Faire en sorte que les pistes d'orientation locales soient facilement accessibles (p. ex. liste marquée ou document d'une page).
- Inviter un superviseur ou un collègue à donner son avis sur les méthodes de consignation.

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant illustre la manière dont une initiative systémique – telle qu'un programme d'études pancanadien sur l'ISS chez les personnes âgées – peut exploiter les atouts et les synergies de plusieurs acteurs à différents niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans cette voie.

Un programme d'études pancanadien sur l'ISS peut servir de catalyseur de changement de politique à l'échelle du système. Les organes directeurs nationaux, provinciaux et territoriaux peuvent s'appuyer sur les compétences communes du programme d'études pour renforcer la **gouvernance** et formuler une vision claire qui fait de la santé sociale une composante essentielle du vieillissement en bonne santé. Les ordres professionnels et les organismes de réglementation peuvent intégrer ces compétences dans les normes des programmes, afin de modeler la **formation et l'enseignement** dans les universités, les écoles professionnelles et les programmes d'éducation permanente. Les autorités sanitaires peuvent encourager le déploiement régional en soutenant le **renouvellement et le perfectionnement des effectifs**. Enfin, les équipes de première ligne peuvent mettre en pratique les modules d'apprentissage et les guides de conversation afin d'améliorer le dépistage, la consignation, l'orientation et d'autres **interventions dans la pratique**. La diffusion des documents de référence communs peut inciter à la création de boîtes à outils, de bibliothèques de ressources et d'exemples de cas qui facilitent la **mobilisation des connaissances**. Les institutions peuvent également commencer à reconnaître les diplômes relatifs à l'ISS et introduire ces compétences dans la planification du perfectionnement professionnel, de manière à consolider l'infrastructure opérationnelle et à favoriser une prise en charge cohérente et fondée sur des données probantes.

# Élaboration des programmes d'études comme catalyseur politique



## Renforcer la promotion de la santé

### Qu'est-ce que la promotion de la santé?

La promotion de la santé repose sur des politiques, des programmes et des interventions permettant d'améliorer la santé des personnes en consolidant les fondements sociaux, environnementaux et structurels du bien-être. Les initiatives de promotion de la santé peuvent faire davantage prendre conscience au public de la vulnérabilité des personnes âgées à l'ISS et des risques que cela comporte pour la santé. Elles permettent également de faire ressortir que l'ISS est un problème que les PSSS et les communautés peuvent activement prévenir et prendre en charge. Les campagnes qui permettent d'élargir les structures de soutien et les ressources accessibles, tant au sein qu'en dehors du système de santé et de services sociaux, peuvent contribuer à ce que l'accent ne soit plus mis sur la prise en charge des conséquences de l'ISS, mais sur la mise en place proactive des conditions qui garantissent le maintien du lien social et du bien-être des personnes âgées.

### En quoi cette voie est importante

Renforcer la promotion de la santé, notamment par le biais de campagnes coordonnées, est un moyen d'améliorer la compréhension, les connaissances et les compétences en faisant évoluer les mentalités, en améliorant la littératie et en aidant les personnes âgées, les PSSS et les membres de la communauté à reconnaître un problème et être en mesure d'y faire face. Lorsqu'elles sont mises en œuvre à l'échelle nationale, les campagnes peuvent avoir la portée et l'influence suffisantes pour améliorer la santé de la population au moyen de messages cohérents, d'un apprentissage harmonisé, de stratégies intégrées et de politiques porteuses. Elles peuvent consolider les attributions des PSSS en mettant en avant une terminologie commune, des outils pratiques et des attentes claires en matière de pratique, facilitant ainsi le dépistage de l'ISS, l'amorce de conversations concernant la santé sociale et l'arrimage des personnes âgées à des services de soutien utiles.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux et provinciaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Élaborer un message national unifié en matière de santé sociale et d'ISS
- Créer des documents de campagne adaptables aux besoins des provinces et des territoires
- Instaurer des microcertifications nationales afin de renforcer les compétences nécessaires aux campagnes de sensibilisation.

#### Partenaires de collaboration

- Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux)
- ONG nationales
- Ordres et associations professionnels
- Partenaires de santé publique
- Autorités régionales de santé

#### Premières interventions (tactique)

- Constituer un groupe de coordination national
- Dresser un tableau des atouts et des lacunes de la campagne de sensibilisation existante
- Rédiger un projet d'objectifs communs et de messages clés
- Commencer la conception concertée de microcertifications liées aux priorités de la campagne

### Autorités sanitaires régionales et réseaux régionaux (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Adapter les documents de la campagne nationale aux cultures et aux besoins de la population au niveau local
- Intégrer les objectifs de la campagne dans la planification régionale et les filières de services
- Promouvoir la reconnaissance des microcertifications par l'ensemble des effectifs de la région

#### Partenaires de collaboration

- Unités municipales de santé publique
- Organismes communautaires et associations de personnes âgées
- Réseaux de soins primaires, de soins actifs et de soins spécialisés
- Partenaires autochtones et organismes culturels locaux

#### Premières interventions (tactique)

- Déterminer les communautés et les milieux prioritaires
- Organiser des réunions de coordination régionale
- Mettre à l'essai la campagne dans les régions sélectionnées
- Encourager les équipes de première ligne à obtenir les microcertifications liées à la campagne

### Organismes de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Intégrer les messages de la campagne dans les évaluations, l'information donnée aux clients et les documents des programmes
- Encourager le personnel à obtenir les microcertifications liées à la campagne
- Adapter les stratégies de sensibilisation aux personnes âgées et aux partenaires de soins.

#### Partenaires de collaboration

- Autorités régionales
- Groupes communautaires et centres pour personnes âgées locaux
- Santé publique, bibliothèques, loisirs et programmes municipaux
- Personnes ayant une expérience concrète

#### Premières interventions (tactique)

- Choisir un ou deux services ou domaines de programme en vue d'une utilisation rapide
- Afficher les documents de campagne dans les espaces publics.
- Proposer de brèves sessions de formation sur le contenu de la campagne.
- Intégrer les activités de la campagne dans les projets et les réunions d'équipe.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Intégrer les messages de la campagne dans le cadre de conversations avec les personnes âgées et leur famille.
- Obtenir des microcertifications liées à la santé sociale ou à l'ISS.
- Mettre les ressources en commun et inciter les clients à participer aux activités communautaires.

#### Partenaires de collaboration

- Équipes directes et superviseurs
- Partenaires communautaires (p. ex. programmes destinés aux personnes âgées, bibliothèques)
- Associations professionnelles et réseaux d'apprentissage
- Coordonnateurs de campagne régionaux

#### Premières interventions (tactique)

- S'inscrire à une micro-formation liée à la campagne.
- Intégrer les messages de la campagne dans la pratique quotidienne.
- Distribuer les documents de campagne aux clients et aux collègues.
- Faire part de ses observations sur ce qui fonctionne sur le terrain.

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant illustre la manière dont une initiative systémique – telle qu'une campagne nationale de promotion de la santé sur l'ISS chez les personnes âgées – peut exploiter les atouts de plusieurs intervenants à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans cette voie.

Une campagne nationale de promotion de la santé axée sur l'ISS chez les personnes âgées peut susciter un changement d'envergure dans les priorités stratégiques à l'échelle du système en présentant une **vision** claire et en traçant une voie commune pour l'avenir. L'élaboration conjointe de la campagne avec les personnes âgées, les PSSS, les groupes communautaires et d'autres partenaires permettra de renforcer la convergence et de favoriser une transformation systémique de plus grande envergure. Un site Web de campagne, comportant des documents, des ressources en hyperlien et des éléments de communication, peut servir de plateforme centrale aux fins de la diffusion de connaissances, d'informations et d'outils auprès d'un large éventail de professions liées à la santé et aux services sociaux, d'organismes, de secteurs, de milieux et du public en général, y compris les personnes âgées. Cette vaste portée crée les conditions d'un accès et d'une participation équitables. Un site Web de campagne peut accélérer la **mobilisation des connaissances** en assurant un accès simplifié aux vidéos, aux documents numériques, aux cours en ligne et aux microcertifications, et renforcer ainsi **la formation et l'enseignement**, et faciliter **le renouvellement et le perfectionnement des effectifs**. Le site pourrait contenir des outils prêts à l'emploi destinés à faciliter et à promouvoir les **interventions dans la pratique** dans divers milieux. Un tableau de bord national permettant de suivre les tendances et les progrès en matière d'ISS peut enrichir la campagne, en rattachant ses répercussions à la **gouvernance** et **aux infrastructures opérationnelles** aux niveaux provincial, territorial et régional.

# Promotion de la santé comme catalyseur politique



## Améliorer les plateformes de dossiers de santé électroniques

### Qu'est-ce qu'une plateforme de DSE?

Les dossiers médicaux électroniques (DSE) sont des systèmes numériques qui permettent aux PSSS de consigner, de vérifier et de partager des renseignements importants sur la santé, les besoins sociaux et les soutiens d'une personne aînée. Dans le contexte de la prise en charge de l'ISS, les DSE permettent aux PSSS de saisir les indicateurs concernant le lien social, de relever les risques ou les changements au fil du temps, et de coordonner le suivi entre les équipes. Les DSE peuvent faciliter la consignation et le suivi de l'ISS chez les personnes aînées par les PSSS.

### En quoi cette voie est importante

Les plateformes de DSE améliorées peuvent aider les PSSS à mieux faire face à l'ISS en faisant de la santé sociale un enjeu plus visible, plus concret et mieux intégré dans la pratique quotidienne. Des formulaires structurés d'évaluation des liens sociaux, des invites au dépistage et des voies d'orientation intégrées peuvent aider les PSSS à reconnaître les risques rapidement et à y remédier de manière cohérente. Les plans de soins collaboratifs, les outils de communication en temps réel et les liens vers les répertoires de ressources communautaires peuvent également être intégrés dans les DSE, pour que les PSSS puissent traiter plus facilement l'ISS de manière proactive et collaborative dans le cadre des soins courants.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager l'adoption de normes communes de consignation des besoins en matière de liens sociaux.
- Déterminer les éléments de dépistage de l'ISS susceptibles d'être harmonisés au niveau national.
- Inviter les fournisseurs de DSE à intégrer des fonctions concernant la santé sociale.

#### Partenaires de collaboration

- Ministères provinciaux/territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux)
- ONG et associations nationales
- Établissements d'enseignement supérieur et centres de recherche
- Fournisseurs de technologies de la santé
- Personnes ayant une expérience concrète

#### Premières interventions (tactique)

- Convoquer les partenaires en vue de clarifier les objectifs et la portée du projet
- Concevoir de manière concertée des champs de données concernant la santé sociale
- Financer les premiers projets pilotes afin de déterminer s'ils sont réalisables dans différents cadres de pratique.

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Intégrer les outils de dépistage de l'ISS et les indicateurs de santé sociale dans les systèmes de DSE régionaux.
- Promouvoir l'intégration des fonctions de planification des soins collaboratifs et de communication dans les plateformes de DSE.
- Harmoniser les flux de travail dans les structures de soins locales.

#### Partenaires de collaboration

- Équipes de soins primaires
- Prestataires de soins à domicile et de proximité
- Organismes de services sociaux et communautaires
- Équipes régionales de fournisseurs de TI/DSE
- Personnes aînées et proches aidants

#### Premières interventions (tactique)

- Intégrer des champs et des invites normalisés concernant l'ISS.
- Répertoire et mettre à l'essai les voies d'orientation numériques.
- Proposer des formations et des exercices pratiques aux équipes de première ligne.

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Utiliser les outils du système de DSE pour déterminer et surveiller les risques liés à l'ISS.
- Consigner les orientations, le suivi et les objectifs en matière de rapprochement social.
- Fournir un retour d'information afin d'améliorer l'utilisabilité des flux de travail. Harmoniser les flux de travail dans les structures de soins locales.

#### Partenaires de collaboration

- Autorités régionales de santé
- Équipes de pairs prestataires
- Partenaires des services sociaux et de la communauté
- Équipes de soutien technique des DSE/de la TI
- Personnes ayant une expérience concrète

#### Premières interventions (tactique)

- Mettre à l'essai de nouvelles invites et de nouveaux messages types dans les DSE.
- Modifier les flux de travail internes en vue d'une saisie systématique des renseignements sur la santé sociale.
- Échanger des points de vue sur les obstacles pratiques et les éléments facilitateurs.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Saisir les besoins en matière de liens sociaux par les méthodes de consignation courantes
- Utiliser des invites pour assurer un dépistage uniforme de l'ISS
- Contribuer à perfectionner les champs de données et les modèles de plans de soins.

#### Partenaires de collaboration

- Collègues d'une équipe interdisciplinaire
- Partenaires communautaires
- Équipes régionales de TI/systèmes de DSE
- Chercheurs et groupes chargés de l'amélioration de la qualité
- Personnes aînées et proches aidants

#### Premières interventions (tactique)

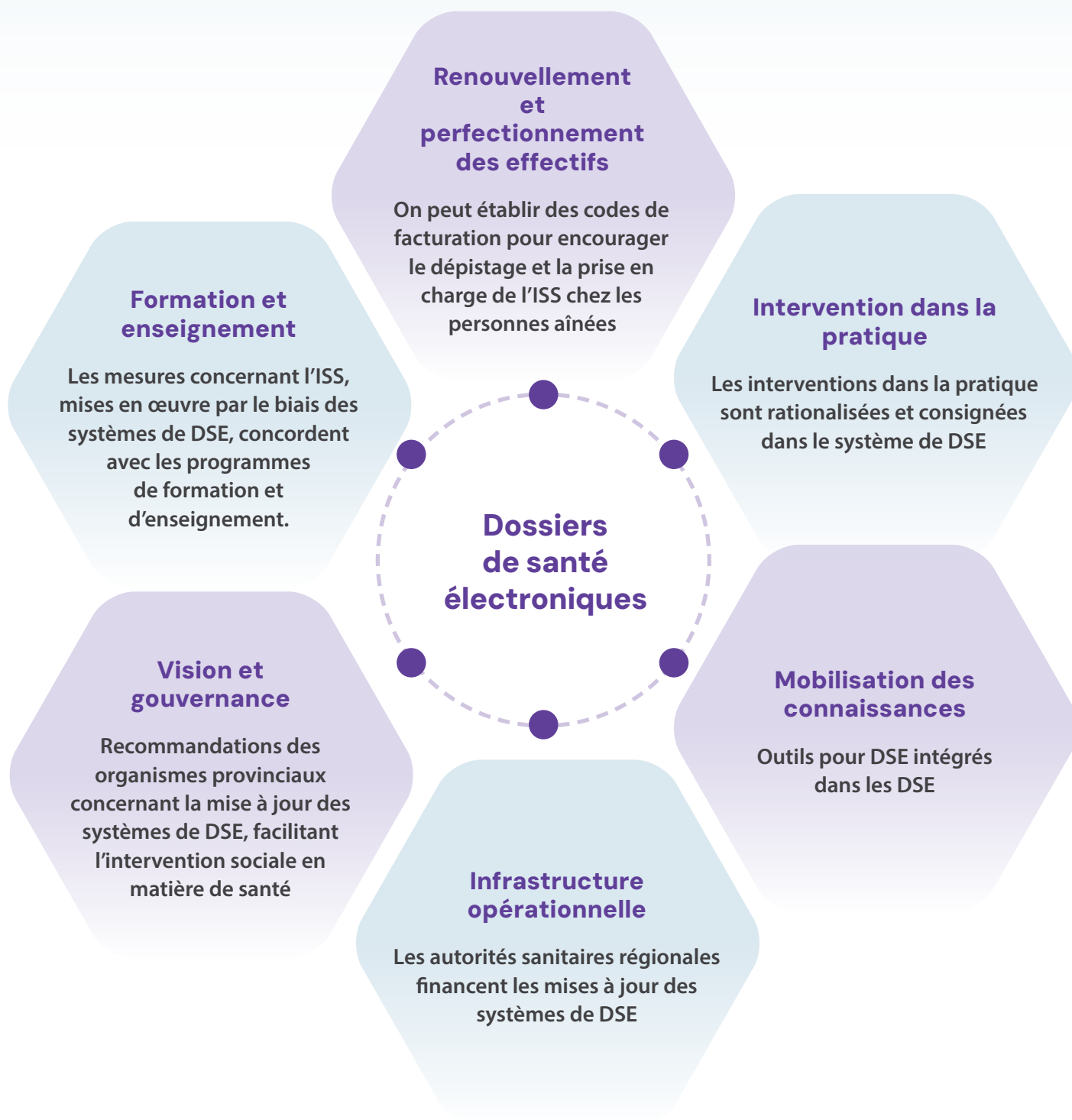
- Consigner les problèmes liés à l'ISS et les mesures de suivi
- Relever les difficultés liées au flux de travail
- Prendre part à des tests d'utilisabilité ou à des séances de retour d'information

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant permet de voir comment une initiative à l'échelle du système – par exemple une campagne de promotion nationale visant à intégrer les outils liés à l'ISS dans les DSE – peut s'appuyer sur les atouts de multiples acteurs agissant à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans ce domaine.

Une campagne de promotion nationale visant à intégrer les outils liés à l'ISS dans les DSE est susceptible de créer une réaction en chaîne qui dynamisera l'ensemble de l'environnement politique en matière de santé. Les recommandations des organismes provinciaux et territoriaux peuvent orienter **la gouvernance**, et les autorités sanitaires régionales peuvent fournir un financement et un soutien aux équipes de PSSS en vue de la mise à jour de leurs plateformes de DSE et du renforcement de **l'infrastructure opérationnelle**. Ces mises à jour permettront de concrétiser la **vision** globale en intégrant les connaissances, les approches et les outils partagés dans le cadre des programmes de **formation et d'enseignement**. En commençant à utiliser des systèmes de DSE améliorés, les équipes seront en mesure de former de nouveaux partenariats ou de modifier les affectations de personnel, et de favoriser ainsi le **renouvellement et le perfectionnement des effectifs**. L'ajout d'outils de **mobilisation des connaissances** (p. ex. invites, ressources et conseils pratiques) dans les systèmes de DSE permettra d'améliorer la mobilisation des connaissances et de simplifier les interventions pratiques. Les données concernant le dépistage, les interventions et le suivi ainsi recueillies pourront être intégrées dans un tableau de bord national qui contribuera à l'amélioration continue.

# Dossiers de santé électroniques comme catalyseur politique



# Développer l'apprentissage numérique et les microcertifications

## Qu'est-ce que l'apprentissage numérique?

L'apprentissage numérique comprend les activités de formation et d'enseignement présentées sur des plateformes en ligne, telles que les webinaires, les cours adaptés au rythme de chacun, les simulations et les microcertifications. En réduisant les obstacles liés au temps, aux déplacements, aux coûts et aux ressources technologiques, l'apprentissage numérique permet de rendre l'enseignement plus accessible à un plus grand nombre de personnes. En ce qui concerne l'ISS, l'apprentissage numérique peut aider les personnes âgées, les partenaires de soins, les bénévoles et les PSSS à acquérir des compétences numériques, à accéder à des ressources d'apprentissage et d'information en ligne et à suivre des formations modulables qui favorisent la santé sociale.

## Qu'est-ce qu'une microcertification?

Les microcertifications sont des modules d'apprentissage courts et ciblés qui peuvent servir à doter les PSSS de compétences particulières en matière de reconnaissance de l'ISS, de communication bienveillante, d'utilisation efficace des outils numériques et de recherche de ressources communautaires. Présentées en ligne et adaptées au rythme de chacun, les microcertifications peuvent être cumulées et fondées sur les lignes directrices existantes concernant la pratique en matière d'ISS. Elles peuvent également être conçues en vue d'une reconnaissance générale et être explicitement rattachées à des compétences pratiques essentielles.

## En quoi cette voie est importante

L'apprentissage numérique et les microcertifications peuvent renforcer la capacité des PSSS à prendre en charge l'ISS car ils constituent des outils de formation adaptables, accessibles et standardisés qui peuvent s'intégrer dans des milieux de pratique clinique très occupés. Les microcertifications créent un moyen officiel de reconnaître les compétences, consolident l'uniformité des pratiques entre les secteurs et les régions, et permettent d'intégrer les connaissances en matière d'ISS dans le perfectionnement professionnel. Comme l'apprentissage numérique peut être révisé rapidement et diffusé à grande échelle, il favorise une approche coordonnée et évolutive, de manière à ce que les PSSS de tous les milieux et secteurs disposent des conseils pratiques dont ils ont besoin pour reconnaître rapidement et prendre en charge efficacement l'ISS.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Élaborer des normes d'apprentissage numérique communes à l'échelle du système et des cadres de microcertifications.</li> <li>Investir dans des plateformes évolutives d'apprentissage en ligne provinciales et nationales</li> <li>Déterminer les compétences essentielles liées à l'ISS aux fins de l'apprentissage numérique et des microcertifications.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ministères fédéral, provinciaux et territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux)</li> <li>Organismes de réglementation et associations professionnelles</li> <li>Établissements universitaires et prestataires de formation continue</li> <li>ONG nationales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Constituer un groupe consultatif provincial ou national.</li> <li>→ Dresser l'inventaire des ressources et des lacunes actuelles en matière d'apprentissage en ligne.</li> <li>→ Rédiger un projet de cadre de compétences commun</li> <li>→ Commencer à concevoir des modules de microcertifications avec les partenaires du secteur de l'enseignement.</li> </ul>

### Autorités sanitaires régionales et réseaux régionaux (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner les centres d'apprentissage numérique régionaux.</li> <li>Normaliser l'accès aux microcertifications dans les réseaux hospitaliers, de soins primaires, de soins à domicile et communautaires.</li> <li>Formuler des directives régionales concernant les compétences numériques essentielles liées à l'ISS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Centres de formation régionaux</li> <li>Responsables régionaux de l'enseignement et des soins cliniques</li> <li>Organismes communautaires et associations soutenant les personnes aînées</li> <li>Partenaires dans le domaine technologique (fournisseurs de plateformes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Déterminer les groupes d'effectifs prioritaires.</li> <li>→ Sélectionner ou élaborer des modules numériques régionaux.</li> <li>→ Mettre à l'essai les microcertifications dans un ou deux domaines de service.</li> <li>→ Créer un référentiel d'apprentissage numérique commun.</li> </ul>

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Intégrer des modules numériques et des microcertifications dans la formation d'accueil et la formation annuelle.</li> <li>Inciter le personnel à suivre des formations en ligne dans le domaine de l'ISS.</li> <li>Recenser les principales lacunes en matière de littératie numérique et de compétences en matière d'ISS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organismes communautaires et centres pour personnes aînées</li> <li>Autorités régionales</li> <li>Réseaux professionnels et prestataires de services de formation</li> <li>Soutien technique ou services informatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Désigner des « champions » internes.</li> <li>→ Faire l'essai d'une ou deux microcertifications.</li> <li>→ Accorder au personnel un temps réservé à la réalisation des modules.</li> <li>→ Intégrer les attentes en matière d'apprentissage numérique dans les politiques et les mécanismes de supervision.</li> </ul>

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

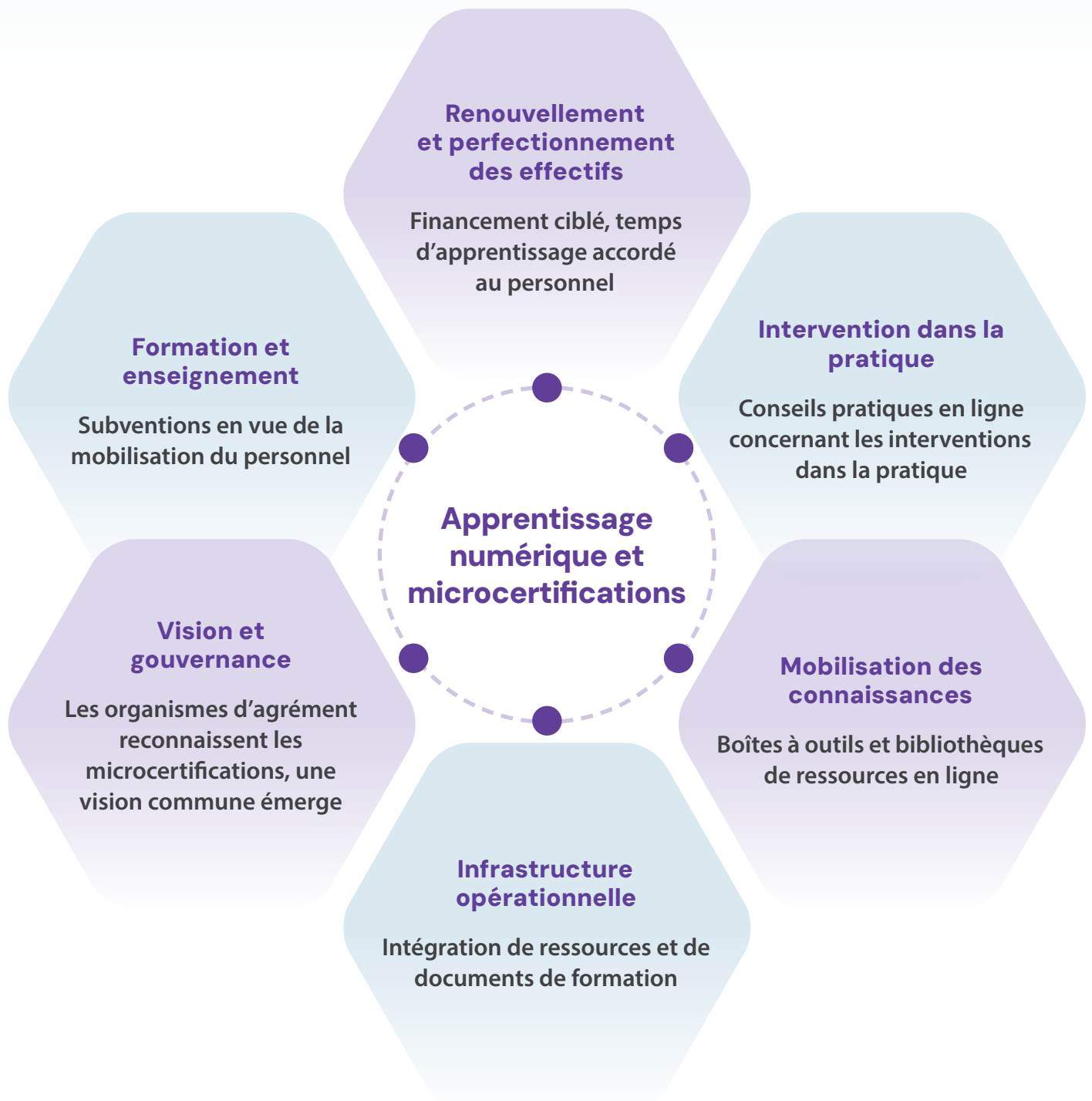
Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Déterminer ses besoins personnels en matière de littératie numérique ou d'apprentissage lié à l'ISS.</li> <li>Suivre des modules courts en ligne, chercher à obtenir des microcertifications.</li> <li>Appliquer les nouvelles compétences dans la pratique quotidienne, faire connaître les ressources aux collègues.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membres directs des équipes</li> <li>Superviseurs/formateurs cliniques</li> <li>Partenaires communautaires proposant des formations dans le domaine du numérique ou de l'ISS.</li> <li>Associations professionnelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ S'inscrire à une microcertification utile.</li> <li>→ Intégrer un nouvel outil numérique ou une compétence en matière d'ISS dans sa pratique.</li> <li>→ Faire connaître une ressource utile durant une réunion d'équipe.</li> <li>→ Faire part aux superviseurs des besoins en matière d'apprentissage.</li> </ul>

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant permet de voir comment une initiative à l'échelle du système – par exemple une série nationale de modules d'apprentissage numériques et une microcertification sur l'ISS chez les personnes âgées – peut s'appuyer sur les atouts de multiples acteurs agissant à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans ce domaine.

Une série nationale de modules d'apprentissage numériques et une microcertification sur l'ISS destinées aux PSSS peuvent favoriser le changement dans l'ensemble du système d'action publique. Au sein des structures **de gouvernance**, les organismes d'agrément peuvent décider de reconnaître les microcertifications au titre de la formation continue, ce qui inciterait les établissements d'enseignement supérieur à intégrer les modules dans les programmes d'études préalables à l'obtention du permis d'exercer et à les faire correspondre aux compétences qui commencent à être entérinées au niveau national. Les autorités sanitaires régionales peuvent également envisager d'accorder de petites subventions ou du temps réservé au personnel pour lui permettre de participer aux modules d'apprentissage en ligne et d'obtenir des microcertifications, afin de favoriser le **renouvellement et le perfectionnement des effectifs**. Les modules numériques eux-mêmes peuvent constituer un puissant mécanisme de **mobilisation des connaissances** et permettre de diffuser des messages cohérents, des aides concrètes et des **interventions pratiques** dans divers milieux de soins. Leur présentation adaptable permet d'intégrer facilement des vidéos, des exemples de cas et des témoignages, d'enrichir la **formation et l'enseignement** d'une dimension expérientielle, et de mieux faire comprendre en quoi peut consister une pratique efficace en matière de prise en charge de l'ISS. Cette flexibilité permettra également aux organismes d'intégrer les modules dans **l'infrastructure opérationnelle** existante, et notamment dans les programmes d'intégration et de formation du personnel. À mesure qu'un plus grand nombre de PSSS utilisent les modules et obtiennent des microcertifications, une **vision** plus claire et plus unanime de la lutte contre l'ISS peut émerger dans les secteurs des collectivités, de la santé et des services sociaux.

# L'apprentissage numérique et les microcertifications comme catalyseurs politiques



# Élargissement du partage et de l'intégration des connaissances

## Qu'est-ce que l'élargissement du partage et de l'intégration des connaissances?

L'élargissement du partage et de l'intégration des connaissances désigne l'harmonisation, l'élaboration conjointe et l'échange constant de connaissances pratiques au sein des équipes, des structures et des secteurs, visant à faciliter la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées par les PSSS. Il s'agit de mettre en commun les données probantes, les outils, l'expérience concrète et les enseignements tirés de la pratique quotidienne, afin que les PSSS puisent dans une base de connaissances commune et évolutive plutôt que de travailler de manière isolée. Cela suppose notamment de participer à des communautés de pratique, de résoudre des problèmes de manière collaborative, de faire connaître les innovations locales et de tirer des enseignements de l'expérience des uns et des autres. En instaurant des modes d'apprentissage et de travail plus étroitement liés et plus cohérents, l'élargissement du partage et de l'intégration des connaissances peut aider les PSSS à former une communauté de savoir axée sur le renforcement des compétences, la coordination des mesures de soutien et la prise en charge plus efficace des besoins des personnes âgées en matière de lien social.

## En quoi cette voie est importante

L'élargissement du partage et de l'intégration des connaissances renforce la capacité des PSSS à lutter contre l'ISS en les rattachant à une plus vaste communauté de savoir. Les pôles de connaissances intégrés offrent aux PSSS l'accès à un fonds commun, en constante évolution, d'outils basés sur des données probantes, de ressources pratiques, d'exemples concrets et de possibilités d'apprentissage collectif et intersectoriel. En participant à un pôle de connaissances, les PSSS et les organismes peuvent rester informés, échanger des points de vue, et apprendre les uns des autres et les uns auprès des autres.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager les moyens d'élaborer une vision nationale commune en matière de pôles de connaissances</li> <li>• Déterminer quels registres de données actuelles pourraient être élargis ou couplés.</li> <li>• Envisager des modèles, des normes et des modules de formation communs destinés à favoriser la création de pôles de connaissances.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ministères provinciaux/territoriaux (Santé, Aînés, Services sociaux)</li> <li>• ONG et associations nationales</li> <li>• Établissements d'enseignement supérieur et réseaux de recherche</li> <li>• Partenaires dans le domaine technologique</li> <li>• Personnes ayant une expérience vécue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Réunir les partenaires pour discuter de la portée et de la finalité du projet.</li> <li>→ Commencer à rassembler les données, les outils et les pratiques prometteuses.</li> <li>→ Examiner les options en matière d'infrastructure numérique et de modèles de gouvernance.</li> </ul>

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer les moyens d'adapter les ressources provinciales ou territoriales aux besoins locaux</li> <li>• Déterminer les lacunes des répertoires de services et des voies d'orientation au niveau local.</li> <li>• Réfléchir aux moyens d'intégrer les pôles de connaissances dans les plateformes numériques existantes ou dans les flux de travail régionaux.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins primaires, organismes communautaires et municipalités</li> <li>• Équipes régionales de santé numérique</li> <li>• Chercheurs au niveau local</li> <li>• Personnes âgées et partenaires de soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dresser l'inventaire des programmes et services locaux susceptibles d'être intégrés dans le pôle de connaissances.</li> <li>→ Lancer de petits projets de mise à l'essai des fonctionnalités des pôles d'échanges.</li> <li>→ Faciliter l'apprentissage intersectoriel et le partage d'information.</li> </ul>

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déterminer dans quels domaines les outils des pôles de connaissances pourraient faciliter la pratique quotidienne.</li> <li>• Envisager des moyens d'intégrer les outils de dépistage, les conseils d'orientation et la formation dans les flux de travail des équipes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes communautaires, prescripteurs sociaux, programmes de pairs</li> <li>• Réseaux et spécialistes au niveau régional.</li> <li>• Personnes ayant une expérience concrète de l'ISS. Soutien technique ou services informatiques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Inviter les membres d'équipes à utiliser les ressources du pôle de connaissances.</li> <li>→ Diffuser les idées et les innovations locales par le biais du pôle de connaissances.</li> <li>→ Mettre les outils à l'épreuve de la pratique et fournir un retour sur expérience.</li> </ul>

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

Domaines d'intervention (stratégique)	Partenaires de collaboration	Premières interventions (tactique)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envisager de recourir à des aide-mémoire ou à des invites au dépistage intégrés au pôle pour faciliter les interactions quotidiennes.</li> <li>• Envisager d'utiliser les ressources du pôle pour orienter les conversations sur le maintien des liens sociaux.</li> <li>• Exploiter les occasions de consigner les besoins en matière de liens sociaux de manière plus uniforme.</li> <li>• Dans la mesure du possible, utiliser les répertoires du pôle pour aider les personnes âgées à trouver des soutiens au niveau local ou en ligne.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Membres directs des équipes</li> <li>• Organismes de soutien communautaire et centres pour personnes âgées</li> <li>• Programmes de prescription sociale ou d'accompagnement</li> <li>• Superviseurs, conseillers ou formateurs cliniques</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Consulter les ressources du pôle pour déterminer ce qui paraît le plus utile dans la pratique actuelle.</li> <li>→ Essayer une invite à la conversation ou une question de dépistage auprès de quelques clients.</li> <li>→ Garder à portée de main une petite liste de programmes locaux axés sur le rapprochement aux fins de consultation.</li> <li>→ Faire part de ses observations ou de ses suggestions aux membres de l'équipe ou aux administrateurs du pôle.</li> </ul>

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant illustre la manière dont une initiative systémique – telle qu'un pôle de connaissances intégrées sur l'ISS chez les personnes âgées – peut exploiter les atouts de plusieurs intervenants à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans cette voie.

Un pôle de connaissances intégrées sur l'ISS chez les personnes âgées, conçu conjointement avec des aînés, des PSSS, des organismes de soins de santé et de services sociaux et des partenaires communautaires, peut servir de ressource fiable et de forum actif de collaboration en temps réel. Comme point d'accès central, il peut rassembler des outils fondés sur des données probantes, des lignes directrices relatives à la pratique, des modules de formation et d'autres ressources permettant de dynamiser la **mobilisation des connaissances** et de renforcer les **interventions pratiques** dans tous les milieux. En proposant des communautés de pratique, des webinaires et des séances d'apprentissage partagé, un pôle de connaissances peut également stimuler l'échange entre pairs et le développement des compétences, et contribuer ainsi au **renouvellement et au perfectionnement des effectifs**. Il peut également servir de forum de collaboration où des partenaires issus de différents secteurs et niveaux du système peuvent se regrouper pour aborder les difficultés rencontrées, lancer de nouvelles idées et se rallier à une **vision** commune. Ce forum et ces conversations peuvent faire émerger de nouvelles idées et initiatives susceptibles de renforcer la **gouvernance et l'infrastructure opérationnelle** et de favoriser le changement au niveau systémique.

# Le partage et l'intégration des connaissances comme catalyseur politique



# Optimiser l'apprentissage et la pratique interprofessionnels

## Qu'est-ce que l'apprentissage et la pratique interprofessionnels?

On entend par apprentissage et pratique interprofessionnels les modalités par lesquelles les PSSS apprennent les uns des autres et les uns au sujet, dans tout l'éventail des professions, des cadres de pratique et des secteurs, afin de mieux prendre en charge les besoins sanitaires et sociaux complexes des personnes âgées, et notamment l'ISS. Cela ne se limite pas à la clientèle d'un même organisme; les équipes et les PSSS sont invités à partager leurs compétences, à coordonner leurs approches et à collaborer avec des partenaires du secteur des soins de santé, des services sociaux et du milieu communautaire. Dans la mesure où le vécu de l'ISS est déterminé par des facteurs médicaux, sociaux et environnementaux, les solutions efficaces dépendront d'une approche collaborative de la résolution de problèmes, dans le cadre de laquelle les connaissances, les ressources et les perspectives diverses sont combinées afin de dispenser des soins plus étroitement reliés et centrés sur la personne.

### En quoi cette voie est importante

Lorsque les PSSS acquièrent des connaissances et résolvent des problèmes ensemble, que ce soit par le biais d'une formation conjointe sur les outils de dépistage, de discussions de cas avec les partenaires des services sociaux ou d'ateliers intersectoriels sur la participation à la vie de la communauté, ils sont en mesure de prendre en charge l'ISS de manière plus cohérente. En favorisant une culture d'apprentissage, de responsabilisation et de recherche de solutions en commun, l'apprentissage et la pratique interprofessionnels peuvent aider les PSSS à anticiper les risques, à coordonner les stratégies de prévention et à veiller à ce que les personnes âgées reçoivent sans délai un soutien holistique qu'aucune profession ou aucun secteur ne pourrait fournir isolément.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager des moyens d'intégrer l'apprentissage interprofessionnel en matière d'ISS dans les normes, les orientations et les exigences relatives à la reconnaissance des titres de compétences.
- Envisager l'élaboration de modules, de compétences et de scénarios de cas communs axés sur l'ISS et la santé sociale.
- Soutenir les réseaux d'apprentissage intersectoriels regroupant des partenaires des secteurs de la santé, des services sociaux et des collectivités

#### Partenaires de collaboration

- Ministères provinciaux et territoriaux
- Ordres et associations professionnels
- ONG nationales
- Enseignants et concepteurs de programmes d'études
- Chercheurs et personnes ayant une expérience vécue

#### Premières interventions (tactique)

- Réunir les partenaires en vue d'harmoniser les compétences fondamentales en matière d'ISS
- Mettre à l'essai des modules d'apprentissage communs à l'ensemble des professions
- Déterminer les moyens d'intégrer le partage des pratiques innovantes axées sur l'ISS dans les cadres de reconnaissance des titres de compétences et de FPC.

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Créer des activités de formation régionales permettant de regrouper les PSSS, les services sociaux et les programmes communautaires.
- Dresser l'inventaire des partenaires locaux afin de cerner les besoins d'apprentissage communs et les lacunes en matière de pratique.
- Intégrer le contenu interprofessionnel en matière d'ISS dans les initiatives d'intégration et de formation des équipes.

#### Partenaires de collaboration

- Organismes communautaires • Réseaux de soins primaires
- Organismes de santé mentale et de services sociaux
- Programmes municipaux de loisirs et de services destinés aux personnes âgées
- Personnes âgées et aidants

#### Premières interventions (tactique)

- Faciliter les examens inter-équipes de cas liés à l'ISS.
- Organiser des ateliers interprofessionnels sur le dépistage, l'orientation et la prescription sociale.
- Faire l'essai de parcours de soins communs entre équipes de première ligne et partenaires communautaires.

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Établir des connaissances communes et des flux de travail coordonnés concernant le dépistage, la consignation et l'orientation en matière d'ISS.
- Renforcer les méthodes de résolution de problèmes en équipe dans le cas des personnes âgées présentant des besoins complexes ou un risque élevé.
- Envisager de recourir au micro-apprentissage, au jumelage ou à des consultations conjointes pour mieux comprendre le rôle de chacun.

#### Partenaires de collaboration

- Autres équipes de première ligne
- Intervenants pivots au sein de la communauté
- Travailleurs sociaux et coordonnateurs de soins
- Personnel des centres de loisirs et des centres pour personnes âgées
- Réseaux locaux de bénévoles

#### Premières interventions (tactique)

- Organiser des rencontres interprofessionnelles éclair pour coordonner les soins liés à l'ISS.
- Faire l'essai de petites activités communes (p. ex. listes de contrôle communes, transferts chaleureux).
- Sélectionner quelques programmes locaux avec lesquels élaborer conjointement des voies d'orientation simples.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager de recourir à de brèves invites ou amorces de conversation concernant l'ISS qui viendraient s'intégrer naturellement dans les interactions quotidiennes.
- Réfléchir à la manière dont la consignation des besoins en matière de liens sociaux pourrait s'intégrer aux procédures habituelles de tenue des dossiers.
- Chercher des occasions de collaborer avec des collègues lorsqu'un client peut bénéficier d'un soutien en matière de rapprochement social.
- Le cas échéant, recourir aux ressources locales ou virtuelles pour mettre les personnes âgées en liaison avec des programmes ou des services de soutien social.

#### Partenaires de collaboration

- Membres directs des équipes
- Organismes de soutien communautaire et intervenants pivots
- Programmes de prescription sociale
- Superviseurs, conseillers ou formateurs cliniques

#### Premières interventions (tactique)

- Faire l'essai d'une simple question ou d'une invite concernant l'ISS auprès de quelques clients.
- Garder à portée de main une liste succincte de programmes locaux axés sur le rapprochement social.
- Consigner les préoccupations en matière d'ISS dans un petit nombre de dossiers.
- Faire part des observations naissantes à des collègues afin de renforcer la compréhension commune et de définir les prochaines étapes.

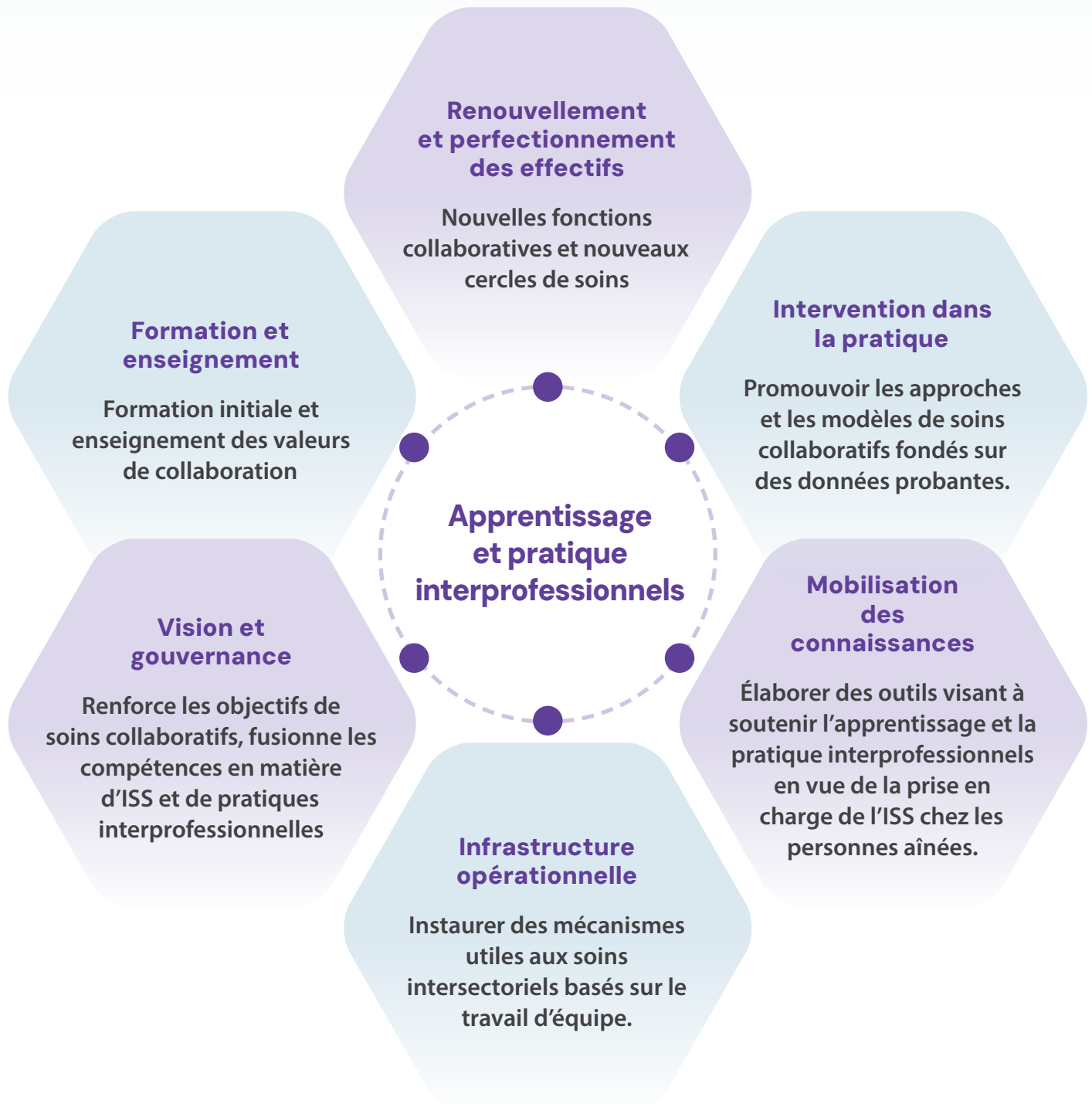
## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant illustre la manière dont une initiative systémique – comme la promotion de l'apprentissage et de la pratique interprofessionnels en tant qu'approche pratique fondamentale de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées – peut exploiter les atouts de plusieurs intervenants à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans cette voie.

La promotion de l'apprentissage et de la pratique interprofessionnels comme approche pratique fondamentale de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées peut entraîner des transitions importantes dans le paysage politique. Lorsque la formation et l'enseignement en matière d'ISS s'appuient sur des valeurs interprofessionnelles et sont dispensés à des groupes professionnels variés, cela permet de consolider une vision commune de la collaboration en matière de soins. Les outils d'application du savoir peuvent encore faciliter la **mobilisation des connaissances** en aidant les PSSS à établir des partenariats, à mettre en commun les ressources et à coordonner les interventions fondées sur des données probantes dans tout l'éventail des organismes et des secteurs.

Dans la mesure où la prise en charge de l'ISS nécessite souvent des interventions étroitement liées, cette action vient naturellement étayer le renouvellement et le perfectionnement des effectifs en favorisant les cercles de soins interprofessionnels et les nouvelles formes de collaboration. Elle met également en évidence la nécessité d'adapter la conception et la prestation des programmes de formation, de manière à renforcer l'infrastructure opérationnelle. L'intégration des compétences interprofessionnelles dans les pratiques liées à l'ISS ouvre la voie à une gouvernance plus robuste et à des approches plus uniformes, fondées sur le travail d'équipe, au niveau systémique.

# L'apprentissage et la pratique interprofessionnels comme catalyseurs politiques.



## Diffuser à grande échelle les outils et les ressources pratiques

### Que sont les outils et les ressources pratiques diffusables à grande échelle?

Les outils et ressources pratiques diffusables à grande échelle sont des aides pratiques, faciles à utiliser, qui permettent aux PSSS de reconnaître, d'évaluer et de prendre en charge l'ISS chez les personnes âgées d'une manière uniforme dans différents milieux. Il s'agit notamment de questions de dépistage normalisées, d'algorithmes d'orientation, de guides de conversation, de protocoles d'intervention brève, d'invites dans les DSE, de listes de contrôle et d'inventaires de ressources qui peuvent être appliqués en soins primaires, dans les soins à domicile, dans les soins de longue durée et dans le cadre de programmes communautaires. Conçus pour être simples, adaptables et peu contraignants, ces outils peuvent être diffusés et utilisés à grande échelle, et permettre aux structures de toutes tailles de renforcer les pratiques socio-sanitaires, d'améliorer la coordination et de veiller à ce que les personnes âgées bénéficient d'un soutien rapide et coordonné, quel que soit leur point d'entrée dans le système.

### En quoi cette voie est importante

En disposant d'outils et de ressources pratiques diffusables à grande échelle, les PSSS sont à même de prendre en charge l'ISS par des moyens précis et concrets qu'ils peuvent utiliser dans leur pratique quotidienne, quels que soient leurs fonctions, leur milieu de pratique et leur niveau d'expérience. Parce que ces outils sont simples à utiliser et adaptables aux milieux de soins primaires, de soins à domicile, de soins hospitaliers et de services de proximité, ils contribuent à normaliser la prise de décisions fondée sur des données probantes, à améliorer l'efficacité et à simplifier les flux de travail.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager l'élaboration d'outils communs (p. ex. invites au dépistage, algorithmes d'orientation, guides de conversation) susceptibles d'être utilisés dans tout l'éventail des secteurs.
- Définir des normes fondées sur des données probantes en matière de ressources pratiques.
- Envisager de concevoir des boîtes à outils que les provinces et les territoires peuvent adapter en fonction de leurs besoins.

#### Partenaires de collaboration

- Autorités régionales de santé
- Ordres professionnels et organismes de formation
- Organismes communautaires et associations de personnes âgées
- Chercheurs et personnes ayant une expérience vécue

#### Premières interventions (tactique)

- Réunir les partenaires pour discuter des besoins et des priorités.
- Commencer à ébaucher des éléments communs à intégrer aux outils et aux modèles.
- Mettre à l'essai des versions préliminaires dans quelques régions et recueillir les commentaires.

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Chercher des moyens d'adapter les outils nationaux aux programmes, à la démographie et aux structures de services locaux.
- Envisager d'intégrer les outils dans les systèmes de DSE, les flux de travail et la formation du personnel.
- Repérer les lacunes dans les ressources locales que l'utilisation des outils pourrait contribuer à combler.

#### Partenaires de collaboration

- Organismes de niveau macro chargés de la mise en commun des ressources
- Organismes communautaires, municipalités et bibliothèques
- Équipes interprofessionnelles et groupes de soins primaires
- Personnes ayant une expérience concrète

#### Premières interventions (tactique)

- Constituer un groupe de travail régional
- Mettre les outils à l'essai avec quelques équipes et les perfectionner sur la base de l'expérience acquise
- Dresser l'inventaire des ressources locales afin de le faire correspondre aux algorithmes d'orientation et aux listes de ressources.

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager d'intégrer les outils dans la pratique quotidienne (p. ex. questions de dépistage, rencontres d'équipe, tableaux types de consignation).
- Déterminer les étapes du flux de travail à partir desquelles les outils peuvent simplifier la pratique.
- Envisager des approches communes de travail en équipe en vue d'une mise en pratique uniforme.

#### Partenaires de collaboration

- Autres équipes au niveau régional
- Services de soutien communautaire
- Conseillers auprès des patients, des familles et des aidants
- Autorités régionales chargées des mesures de mise en œuvre.

#### Premières interventions (tactique)

- Essayer d'utiliser quelques outils dans des situations à faible enjeu.
- Recueillir les commentaires de l'équipe sur les éléments utiles et ceux qui doivent être modifiés.
- Faire part de ses observations en vue de perfectionner les outils et d'en répandre l'utilisation.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Commencer à intégrer des outils simples (p. ex. questions de dépistage rapides, listes de contrôle, amorces de conversation) dans les interactions courantes.
- Déterminer les situations dans lesquelles les outils pourraient favoriser la clarté, la cohérence ou le suivi.
- Réfléchir à ce qui facilite ou entrave l'utilisation des outils.

#### Partenaires de collaboration

- Membres de l'équipe
- Partenaires communautaires
- Personnes ayant une expérience vécue
- Formateurs et experts dans le domaine de la pratique
- Superviseurs, conseillers ou formateurs cliniques

#### Premières interventions (tactique)

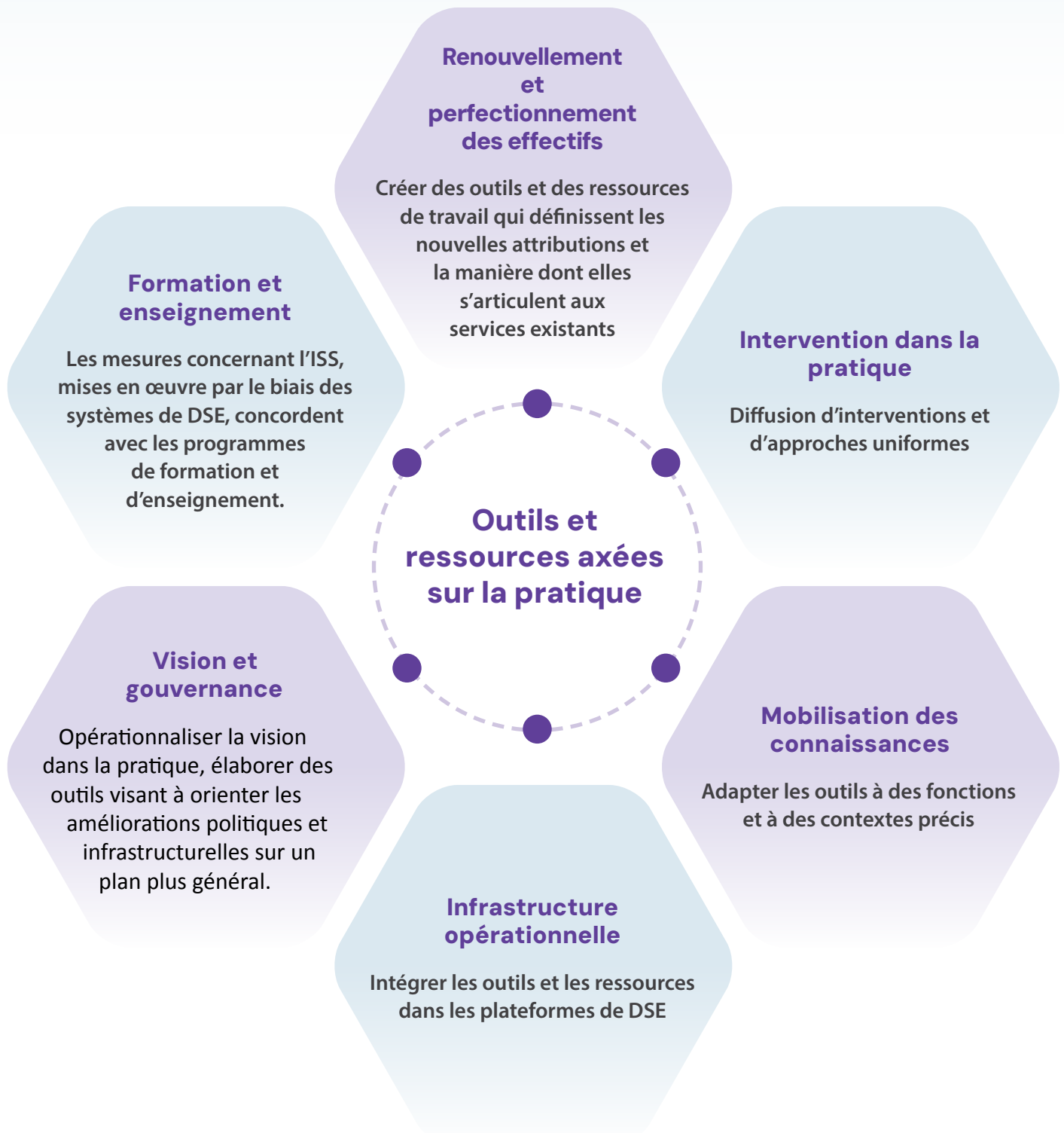
- Faire l'essai d'un ou deux outils dans la pratique.
- Relever ce qui fonctionne et ce qui paraît contraignant.
- Échanger les points de vue afin d'améliorer la conception des outils et de favoriser leur utilisation à grande échelle.

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant illustre la manière dont une initiative systémique – comme la création d'un ensemble d'outils de mobilisation des connaissances concernant l'ISS chez les personnes âgées – peut exploiter les atouts de plusieurs intervenants à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans cette voie.

La création d'un ensemble d'outils de **mobilisation des connaissances** sur l'ISS chez les personnes âgées, en particulier lorsqu'ils sont conçus conjointement avec les intéressés, les PSSS et les organismes communautaires, peut avoir une incidence sur de nombreux éléments de l'écosystème des politiques et des pratiques. Ces outils s'appuient sur des données probantes et les transforment en conseils pratiques et faciles à utiliser qui contribuent à instaurer une vision commune de la connaissance et de la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées. Dans le même temps, les outils et les ressources peuvent être adaptés aux différentes attributions et responsabilités propres à chaque profession, organisme et milieu de pratique. Quand les outils sont intégrés dans les programmes de **formation et d'enseignement**, ils contribuent à généraliser des approches cohérentes en matière **d'interventions pratiques** et à faciliter le renouvellement et le perfectionnement des effectifs. On peut également élaborer des outils visant à orienter la **gouvernance** régionale, provinciale et territoriale sur le plan de la conception, de l'harmonisation et de l'amélioration des processus d'orientation, des parcours de pratique et d'autres aspects de **l'infrastructure opérationnelle**, afin de favoriser une action coordonnée et cohérente à l'échelle du système.

# Outils et ressources axées sur la pratique comme catalyseurs politiques



## Renforcer les voies d'orientation

### Qu'est-ce qu'une voie d'orientation?

Les voies d'orientation sont les parcours structurés qui permettent d'orienter les personnes vers les services indiqués au bon moment. Elles permettent de savoir qui oriente vers qui, quand et sur la base de quels renseignements, de manière à ce que les PSSS puissent s'y retrouver dans les options et limiter les lacunes et les retards. En normalisant la communication et en indiquant les étapes intermédiaires entre les services – des soins cliniques aux programmes communautaires – des voies d'orientation claires permettent d'assurer une expérience mieux coordonnée, plus prévisible et davantage centrée sur la personne.

### En quoi cette voie est importante

Le renforcement des voies d'orientation permet aux PSSS de disposer d'un processus bien défini de reconnaissance des besoins en matière de lien social et d'orientation des personnes âgées en situation d'ISS vers les services de soutien indiqués. Les algorithmes d'orientation (procédures claires de dépistage et de consignation des données, conseils sur l'opportunité d'orienter les patients vers des services communautaires – prescription sociale – ou des services cliniques spécialisés) sont des moyens utiles de simplifier les orientations, afin que les PSSS puissent agir rapidement et de manière uniforme.

## Exemples de premières interventions

Les suggestions suivantes visent à susciter la prise de mesures concrètes et immédiates. Elles concernent des mesures modestes et immédiates qui peuvent être mises en œuvre par différents acteurs à l'échelle du système et adaptées à une grande variété de cadres de pratique. Ces exemples ne sont pas exhaustifs, mais se veulent des points de départ concrets qui peuvent stimuler le mouvement et la réflexion sur les possibilités d'intervention dans tous les secteurs.

### Organes directeurs nationaux, provinciaux/territoriaux (p. ex. ONG, ministères, associations nationales)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager des directives communes concernant le dépistage et l'orientation en matière d'ISS.
- Envisager l'élaboration de formulaires communs de consignation et d'orientation.
- Dresser l'inventaire des ressources nationales et provinciales en matière de rapprochement social.

#### Partenaires de collaboration

- Ministères provinciaux et territoriaux
- ONG nationales
- Associations professionnelles
- Chercheurs et personnes ayant une expérience vécue

#### Premières interventions (tactique)

- Réunir les partenaires pour discuter d'une approche commune.
- Mettre à l'essai des algorithmes d'orientation simples auprès d'utilisateurs de la première heure.
- Déterminer les moyens d'harmoniser les normes d'orientation dans l'ensemble des secteurs.

### Autorités régionales de santé (p. ex. autorité sanitaire provinciale ou régionale)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Passer en revue les flux de travail régionaux et recenser les lacunes dans les voies d'orientation.
- Établir un inventaire commun des ressources locales et virtuelles en matière d'ISS.
- Envisager les moyens d'intégrer les procédures relatives à l'ISS dans les systèmes numériques régionaux.

#### Partenaires de collaboration

- Organismes communautaires
- Réseaux de soins primaires
- Municipalités
- Services sociaux
- Personnes âgées et aidants

#### Premières interventions (tactique)

- Rassembler les partenaires locaux pour dresser l'inventaire des voies d'orientation.
- Mettre à l'essai les modalités d'orientation dans plusieurs équipes et secteurs.
- Indiquer clairement qui prend en charge le suivi et comment l'information doit être transmise.

### Organismes de soins de santé et de services sociaux (p. ex. équipes de soins primaires)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Faire l'essai de courtes invites au dépistage.
- Utiliser des outils simples pour consigner les préoccupations liées à l'ISS.
- Tenir à jour des listes de ressources.
- Envisager des solutions d'orientation chaleureuses.

#### Partenaires de collaboration

- Agents de liaison communautaires.
- Prescripteurs sociaux
- Intervenants
- Programmes de bénévolat
- Soutien par les pairs

#### Premières interventions (tactique)

- Intégrer les invites concernant l'ISS dans le déroulement des consultations courantes.
- Commencer par un processus d'orientation simple.
- Désigner une personne chargée de coordonner le suivi.

### PSSS (p. ex. médecins, personnel infirmier, travailleurs sociaux, premiers intervenants)

#### Domaines d'intervention (stratégique)

- Envisager d'ajouter de brèves questions sur l'ISS dans les interactions quotidiennes.
- Essayer d'utiliser des invites de conversation simples pour comprendre les besoins en matière de liens sociaux.
- Déterminer à quels endroits du dossier de santé ou du DSE il est possible de consigner les préoccupations liées à l'ISS.
- Le cas échéant, utiliser les listes de ressources locales pour orienter les clients.

#### Partenaires de collaboration

- Membres directs des équipes
- Organismes de soutien communautaire et intervenants pivots
- Programmes de prescription sociale ou de liens communautaires
- Superviseurs, conseillers ou formateurs cliniques

#### Premières interventions (tactique)

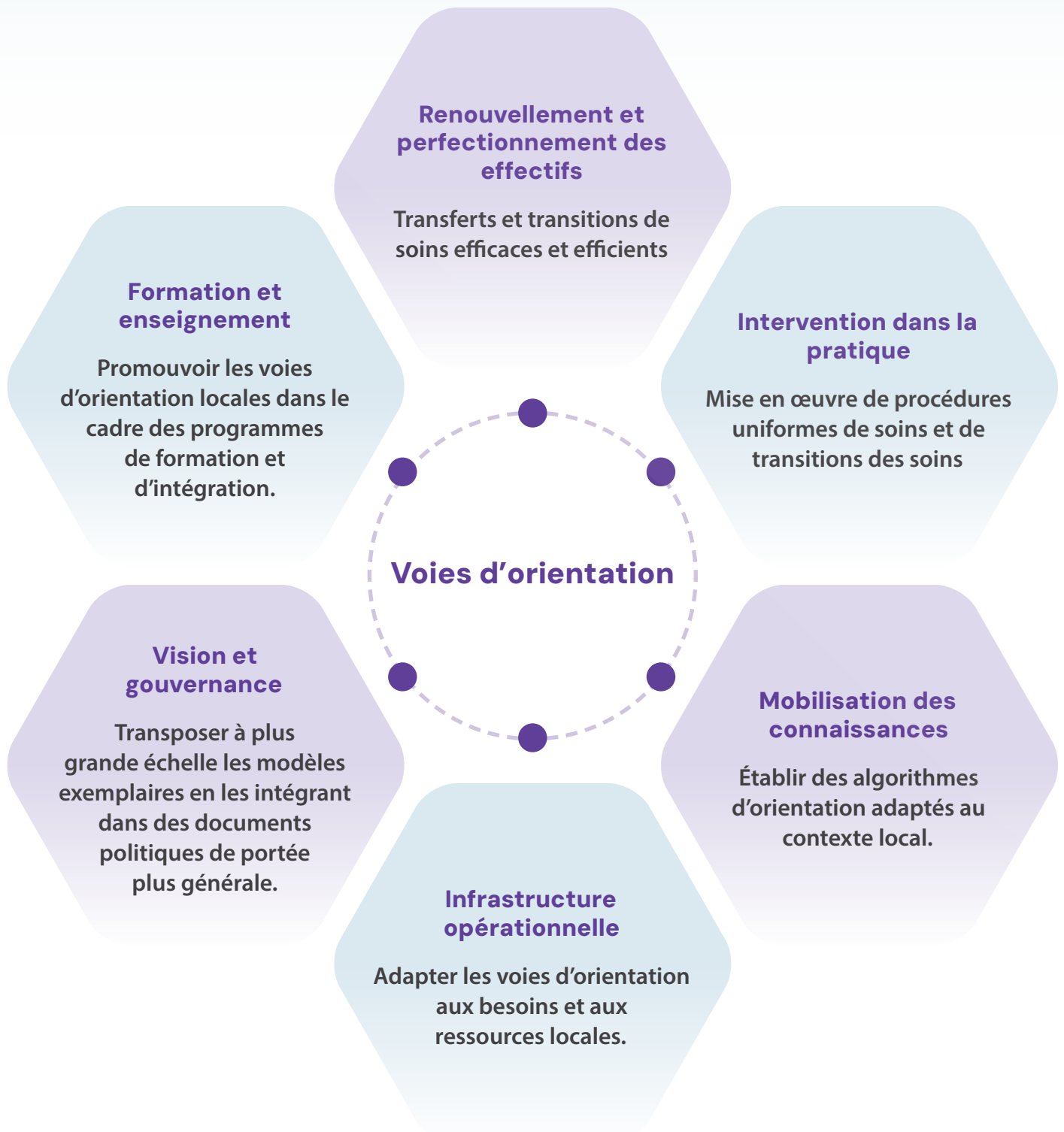
- Poser à titre d'essai une courte question de dépistage à quelques clients.
- Garder à portée de main une courte liste de ressources locales en matière d'ISS.
- Essayer d'ajouter une mention relative aux problèmes d'ISS à l'étape de la consignation.
- Faire part de ses observations ou de ses difficultés à ses collègues afin d'améliorer la voie d'orientation.

## Un exemple d'une initiative systémique destinée à faciliter la transposition à plus grande échelle et la diffusion

L'exemple suivant permet de voir comment une initiative à l'échelle du système – par exemple une voie d'orientation simplifiée pour les cas d'ISS chez les personnes âgées – peut s'appuyer sur les atouts de multiples acteurs agissant à plusieurs niveaux pour accélérer le passage de la politique à la pratique dans ce domaine.

Des voies d'orientation simplifiées pour les cas d'ISS chez les personnes âgées, conçues en collaboration avec ces dernières, les PSSS, les services de soutien à domicile et dans la communauté et les organismes communautaires, peuvent entraîner des changements importants dans tout l'écosystème des politiques et des pratiques. Des voies d'orientation claires définissent les attributions, les responsabilités et les points de décision, et peuvent être communiquées au moyen d'algorithmes d'orientation adaptés au contexte local, qui constituent des outils pratiques de **mobilisation des connaissances**. Elles permettent de renforcer les **interventions pratiques** en établissant des procédures cohérentes de reconnaissance de l'ISS, de détermination des mesures de soutien adaptées et de mise en place de mesures de suivi. Lorsqu'elles sont comprises dans la formation et les procédures d'intégration, les voies d'orientation viennent renforcer **la formation et l'enseignement** et faciliter **le renouvellement et le perfectionnement des effectifs** en favorisant l'adoption d'une approche commune en matière de soins. Les voies d'orientation contribuent également à rendre opérationnelle la **vision** du système en transformant les objectifs de pratique et les transitions de soins en opérations claires et reproductibles. Les autorités sanitaires régionales peuvent adapter les voies d'orientation en fonction des ressources, des lacunes en matière de services et des besoins de la population au niveau local, et ainsi remodeler **l'infrastructure opérationnelle** au niveau régional. Les provinces peuvent consolider ces initiatives en intégrant les modèles régionaux dans les politiques et les systèmes de responsabilité, de manière à renforcer la **gouvernance**.

# Voies d'orientation comme catalyseurs politiques



## En conclusion

### **Le changement peut commencer à n'importe quel niveau.**

Le renforcement du rôle des PSSS dans la prise en charge de l'ISS chez les personnes âgées nécessitera une action coordonnée à tous les niveaux du système, des instances dirigeantes nationales aux autorités sanitaires régionales, en passant par les organismes, les équipes et les PSSS à titre individuel. Cette action dépendra de partenariats efficaces avec les personnes âgées, les formateurs, les organismes communautaires et les experts dans des domaines tels que la technologie numérique et les médias, ainsi qu'avec de nombreux autres groupes prioritaires. Les progrès résulteront de nombreuses contributions, petites, moyennes et plus importantes, dont l'effet conjugué créera l'élan nécessaire à un changement concret et durable. Les difficultés sont réelles, mais le progrès est possible si nous commençons par saisir les opportunités qui se présentent déjà à nous.



## Manière dont le changement (à n'importe quel niveau) peut être amorcé par les acteurs au niveau micro

### Niveau micro :

- les PSSS évaluent régulièrement l'ISS dans les soins quotidiens, consignent les problèmes et orientent les patients en s'appuyant sur l'expérience locale, en adaptant les pratiques au fil des interactions avec les personnes âgées et les partenaires de soins

### Niveau méso :

- les responsables déterminent les disparités, les contraintes de temps et les lacunes en matière d'orientation, ce qui incite les organismes à officialiser les tâches liées à l'ISS au moyen d'outils normalisés, de l'intégration dans les DSE, de voies d'accès plus précises, de formations et de modifications des flux de travail.

### Niveau macro :

- les données agrégées communiquées aux instances régionales et aux bailleurs de fonds illustrent les effets sur la charge de travail et les résultats, ce qui permet de définir des indicateurs de qualité, d'améliorer le financement et la facturation, d'investir dans des postes de liaison et de faire de l'ISS une priorité dans les domaines du vieillissement et des soins de santé primaires.



## Manière dont le changement (à n'importe quel niveau) peut être amorcé par les acteurs au niveau méso

### Niveau micro :

- Une équipe de soins primaires met en application une politique de dépistage systématique de l'ISS dans le cadre des rendez-vous annuels et des consultations liées aux soins complexes, intègre un outil normalisé dans les DSE et forme le personnel aux procédures d'évaluation, de consignation des données et d'orientation.

### Niveau méso :

- les PSSS intègrent le dépistage systématique de l'ISS dans les soins quotidiens, consignent les résultats de manière uniforme et utilisent des voies d'orientation plus claires. Les données agrégées commencent à faire apparaître des tendances en matière de risque, de prévalence et de besoins sur le plan du suivi.

### Niveau macro :

- Les enseignements tirés de la pratique sont communiqués aux autorités sanitaires régionales, et révèlent des lacunes sur le plan du nombre d'agents de liaison communautaires et de l'harmonisation des modalités de facturation. Ces données permettent de définir des indicateurs d'amélioration de la qualité, de peaufiner les méthodes de facturation et d'investir dans de nouvelles attributions subventionnées.



## Manière dont le changement (à n'importe quel niveau) peut être amorcé par les acteurs au niveau macro

### Niveau micro :

- les PSSS évaluent et consignent systématiquement l'ISS et arriment les personnes âgées aux services d'aide communautaire par le biais de voies d'orientation claires. Les personnes âgées bénéficient d'un dépistage plus prompt, d'un soutien plus rapide et d'un meilleur suivi, ce qui réduit le risque d'évolution vers des besoins plus complexes.

### Niveau méso :

- les organismes de soins primaires adoptent les outils de dépistage de l'ISS recommandés, les intègrent dans les systèmes de DSE, mettent en adéquation les flux de travail avec les attentes en matière de comptes rendus, mettent à jour les politiques internes et accordent du temps ou des responsabilités subventionnés, le tout soutenu par des formations et des conseils de mise en œuvre.

### Niveau macro :

- un ministère provincial reconnaît l'ISS chez les personnes âgées comme une priorité dans le cadre des stratégies de vieillissement en bonne santé et de soins primaires. Les orientations des politiques favorisent la prise en compte systématique de l'ISS au moyen d'indicateurs de qualité, de directives et d'un financement ciblé.

# Bibliographie choisie et lectures complémentaires

La liste de lecture commentée présentée ci-dessous comprend des documents essentiels qui ont servi à l'élaboration du présent rapport.

Sources canadiennes (documentation parallèle)		
Citation	Description	Pertinence
Alliance pour des communautés en santé. (2023). <i>Prescription sociale axée sur la culture destinée aux personnes âgées</i> . Alliance pour des communautés en santé.	Présente un modèle de prescription sociale conçu en collaboration avec des groupes culturels et confessionnels, visant à renforcer le sentiment d'appartenance et la participation.	Montre que des stratégies d'orientation et d'engagement adaptées à la culture permettent de réduire l'isolement des personnes âgées issues de la diversité.
Société canadienne de la Croix-Rouge. (aucune date). <i>Programme d'appels amicaux</i> . Société canadienne de la Croix-Rouge.	Présente un programme de soutien amical par téléphone, dispensé par des bénévoles, qui offre aux personnes âgées un soutien émotionnel et des services d'accompagnement de base.	Modèle transposable qui permet de combler le fossé entre les soins cliniques et le soutien communautaire, en s'attaquant à la solitude chronique.
Gouvernement du Manitoba. (2021). <i>Mise en œuvre de soins primaires adaptés aux personnes âgées : Guide pratique à l'intention des prestataires de soins de santé</i> . Gouvernement du Manitoba.	Guide pratique à l'intention des prestataires présentant des outils de dépistage de l'ISS, des conseils en matière de planification des soins interdisciplinaires et des voies de prescription sociale.	Permet aux PSSS de déterminer systématiquement les besoins en matière de liens sociaux et d'intégrer les interventions liées à l'ISS dans les soins quotidiens.
Gouvernement du Nunavut. (2023). <i>État d'avancement des priorités du mandat de Katujjiluta</i> (formation à la prise en charge des personnes âgées adaptée à la culture). Gouvernement du Nunavut.	Fait le point sur l'élaboration de modules de formation dirigés par des Inuits qui intègrent la langue, les contes et les pratiques culturelles autochtones dans les soins de longue durée.	Montre que les soins ancrés dans la culture permettent de renforcer l'identité et les liens relationnels, et de réduire la solitude des aînés.
Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. (2018). <i>Promouvoir le bien-être, préserver la santé : Plan d'action provincial pour les personnes âgées, les personnes qui approchent de l'âge de la retraite et les aidants</i> . Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard.	Une stratégie globale en faveur des personnes âgées intégrant des mesures de promotion des communautés-amies des aînés, des mesures de soutien à domicile et des campagnes de sensibilisation du public.	Elle fait de la solitude une priorité et prouve qu'une stratégie à l'échelle de la population peut intégrer le dépistage de l'ISS et des mesures de renforcement des liens sociaux dans l'ensemble des milieux de soins.
Santé Manitoba, direction provinciale des services de santé mentale et dépendances. (2020). <i>Soins collaboratifs destinés aux personnes âgées : intégration de la santé mentale dans les soins primaires</i> . Gouvernement du Manitoba.	Concerne l'intégration de la santé mentale pluridisciplinaire dans les soins primaires, notamment par le biais de conférences de soins, de transferts chaleureux et d'interventions de spécialistes intégrés aux équipes.	Présente un modèle pratique de dépistage rapide de la solitude et des voies d'orientation coordonnées qui permettent aux personnes âgées de bénéficier de soutiens sociaux et émotionnels adaptés.
Ministère de la Santé de l'Ontario. (aucune date). <i>Services de soutien à domicile et en milieu communautaire</i> . Ministère de la Santé de l'Ontario.	Présente le système ontarien de coordination des soins à domicile et en milieu communautaire, y compris les modalités d'évaluation, d'orientation et de gestion des cas	Ce système intègre des indicateurs de liens sociaux dans la planification des soins, ce qui montre qu'une coordination est assurée au niveau systémique afin de promouvoir la santé sociale.

## Sources canadiennes (documentation parallèle)

Citation	Description	Pertinence
Seniors Yukon. (2020). <i>Réduire l'isolement social au Yukon : Une approche de proximité axée sur la communauté</i> . Seniors Yukon.	Concerne les programmes de sensibilisation, le soutien à la littératie numérique et les activités de bénévolat adaptés aux communautés rurales, éloignées et culturellement diversifiées.	Montre que les approches communautaires à faible seuil d'accès sont bien adaptées à la lutte contre l'ISS dans des régions géographiquement éloignées.
The Eden Alternative. (2020). <i>The Eden Alternative model for long-term care</i> . The Eden Alternative.	Un cadre de transformation culturelle visant à faire des établissements de soins de longue durée des environnements accueillants, centrés sur les relations, qui permettent de réduire la solitude, le sentiment d'impuissance et l'ennui.	Ce cadre met de l'avant une philosophie organisationnelle et un ensemble de pratiques qui concernent directement l'ISS dans les établissements de soins de longue durée.

## Sources internationales (documentation parallèle)

Citation	Description	Pertinence
Ministère de la Santé du gouvernement australien. (2022). <i>Évaluation du projet pilote « Improving Social Connectedness of Older Australians : Informing future policy considerations: Informing future policy considerations (Renforcer les liens sociaux chez les personnes âgées australiennes Éclairer les réflexions politiques à venir)</i> . Ministère de la Santé du gouvernement australien.	Évaluation d'un projet pilote à plusieurs volets intégrant la formation des prestataires, la refonte des voies d'orientation et des interventions en milieu communautaire destinées aux personnes âgées.	Propose un modèle transposable d'intégration des interventions liées à l'ISS dans les secteurs de la santé et des soins de proximité.
Ending Loneliness Together. (2020). <i>Ending loneliness together in Australia</i> . Mettre fin à la solitude ensemble en Australie.	Livre blanc national faisant état des données probantes, des facteurs de risque et des mesures politiques visant à intégrer le rapprochement social dans les secteurs de la santé, des soins sociaux, de l'enseignement, de la planification et des collectivités.	Présente des perspectives systémiques dont peuvent s'inspirer les pays qui cherchent à élaborer des stratégies nationales, provinciales ou territoriales en matière d'ISS.
Footprints Community. (2024). <i>1-year evaluation of the Social Prescribing Trial in Brisbane North: Ways to Wellness</i> . Footprints Community.	Présente les résultats d'un modèle de prescription sociale par un agent de liaison, fait état d'une augmentation du niveau de participation sociale et d'une amélioration du bien-être chez les personnes âgées.	Montre que des voies d'orientation et des soutiens communautaires structurés contribuent à réduire l'ISS.
Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport. (2018). <i>Eén tegen eenzaamheid: Nationale aanpak tegen eenzaamheid onder ouderen</i> [Un plan contre la solitude : Approche nationale de lutte contre la solitude chez les personnes âgées]. Ministère de la Santé, du Bien-être et du Sport.	Stratégie nationale mobilisant les municipalités, la société civile et les partenaires économiques en vue de réduire la solitude chez les personnes âgées.	Montre que des stratégies coordonnées et multisectorielles permettent d'intégrer la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'ISS à l'échelle d'un système entier.

## Sources internationales (documentation parallèle)

Citation	Description	Pertinence
Royal College of General Practitioners. (2018). <i>Loneliness: A call to action</i> . Royal College of General Practitioners.	Une boîte à outils pratiques à utiliser en soins primaires contenant des invites au dépistage, des conseils d'intervention et des voies d'orientation des patients souffrant de solitude.	Très utile pour les PSSS qui prennent en charge les personnes âgées dont les besoins en matière de lien social ne sont pas satisfaits.
Organisation mondiale de la Santé. (2023). <i>Commission de l'OMS sur le lien social : Promouvoir le lien social en tant que priorité de santé publique mondiale</i> . Organisation mondiale de la Santé.	En 2023, l'OMS a institué la Commission mondiale du lien social, hissant ainsi la solitude et l'isolement social au même niveau que d'autres risques importants pour la santé publique.	Les personnes âgées sont explicitement désignées comme une population à haut risque. La solitude est considérée comme un déterminant de la santé.
Organisation mondiale de la Santé. (2007). <i>Guide mondial des villes-amies des aînés</i> . Organisation mondiale de la Santé.	Ce guide présente le cadre de référence initial des villes et communautés-amies des aînés de l'OMS, élaboré sur la base de consultations avec des personnes âgées.	Il définit huit domaines interreliés : les espaces extérieurs, les transports, le logement, la participation sociale, le respect et l'inclusion sociale, la participation civique et l'emploi, la communication et l'information, le soutien communautaire et les services de santé.

## Publications à comité de lecture

Citation	Description	Pertinence
Conn, D. K., Billard, T., Dupuis-Blanchard, S., et al. (2024). Canadian clinical guidelines on social isolation and loneliness in older adults. <i>Canadian Geriatrics Journal</i> , 27(4), 531.	Les premières lignes directrices cliniques canadiennes fournissant des recommandations concernant des pratiques normalisées d'évaluation, de dépistage et d'intervention.	Lignes directrices nationales de référence à l'intention des cliniciens et des PSSS, fournissant des recommandations concernant des pratiques normalisées de dépistage et d'intervention en matière d'ISS.
Chapman, H., Bethell, J., Dewan, N., et al. (2024). Social connection in long-term care homes: A qualitative study of barriers and facilitators. <i>BMC Geriatrics</i> , 24(1), 857.	Recense les obstacles systémiques, environnementaux et organisationnels au rapprochement social dans les établissements de soins de longue durée.	Indique les obstacles organisationnels, environnementaux et interpersonnels qui nuisent au rapprochement social chez les résidents des établissements de soins de longue durée – très intéressant pour les administrateurs.
Hand, C., Schouten, K., Dellamora, M., Letts, L. et Drenth, T. (2022). Exploring neighbourhood-based programming for older adults: A seniors' satellite. <i>Activities, Adaptation &amp; Aging</i> , 46(3), 190-217.	Montre qu'un modèle hyperlocal et peu coûteux permet de réduire l'isolement et d'améliorer l'accessibilité.	Montre qu'un modèle accessible, implanté dans la communauté, permet effectivement de réduire l'ISS – une solution idéale en matière de planification des programmes communautaires.

## Publications à comité de lecture

Citation	Description	Pertinence
Johnson, S., Bacsu, J., McIntosh, T., Jeffery, B. et Novik, N. (2021). Competing challenges for immigrant seniors : Social isolation and the pandemic. Dans : <i>Healthcare Management Forum</i> (Vol. 24, No. 5, pp. 266-271). SAGE CA Los Angeles, CA : SAGE Publications.	Met en évidence les risques d'ISS chez les personnes âgées immigrées et réfugiées, et les lacunes dans le domaine des services culturellement adaptés.	Concerne l'ISS chez les personnes âgées immigrées et réfugiées au Canada; fait ressortir la nécessité de politiques et de services culturellement adaptés.
Levasseur, M., Dubois, M.-F., Généreux, M. et al. (2023). Key age-friendly components of municipalities that foster social participation of aging Canadians. Results from the Canadian Longitudinal Study on Aging. <i>Journal of Urban Health</i> , 100(5), 1032-1042.	Fait appel aux données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement pour cerner les déterminants environnementaux et sociaux de la participation.	Fait appel aux données de l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement pour expliquer dans quelle mesure l'environnement bâti, les ressources sociales et les inégalités influent sur la participation sociale, qui est un déterminant essentiel de l'ISS en amont.
Chu, C. H., Wang, J., Fukui, C., Staudacher, S., Wachholz, P. et Wu, B. (2021). The impact of COVID-19 on social isolation in long-term care homes: Perspectives of policies and strategies from six countries. <i>Journal of Aging &amp; Social Policy</i> , 33(4-5), 459-473.	Analyse comparative internationale des politiques en matière de soins de longue durée et de leurs effets sur l'ISS.	Présente des données comparatives globales concernant les effets des politiques de soins de longue durée sur l'ISS; présente cinq stratégies politiques visant à concilier la lutte contre les infections et le bien-être social.
Agotnes, G., Charlesworth, S. et MacDonald, M. (2022). Ageing in space: Remaking community for older adults. <i>Anthropology &amp; Aging</i> , 43(2), 40-57.	Les auteurs montrent que les politiques du « vieillir chez soi » ignorent souvent les besoins en matière de liens sociaux et sous-estiment l'importance des espaces communautaires non officiels.	Ils critiquent la notion du « vieillir chez soi » et plaident pour celle du « vieillir dans la communauté », en insistant sur l'importance des espaces non officiels pour le maintien des liens sociaux
Barsan, K., Swindle, J., Boscart, V. M. et al. (2024). Remote visits to address loneliness for people living with dementia in care homes: A descriptive qualitative study of visitors' perceptions. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 80(11), 4676-4688.	Présente une évaluation des stratégies de visite à distance et fait ressortir les exigences en matière de soutien du personnel et d'accès aux technologies.	Analyse des effets des visites à distance sur le niveau d'ISS des résidents des établissements de soins de longue durée, et met en évidence des conditions nécessaires à une mise en œuvre réussie (accès à la technologie, soutien du personnel).
MacLeod, A., Levesque, J. et Ward-Griffin, C. (2024). Social isolation of older adults, family, and formal caregivers during the COVID-19 pandemic: Stories and solutions through participatory action research. <i>Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement</i> , 43(2), 230-243.	Présente des témoignages concrets de personnes âgées, d'aidants et de PSSS sur les effets de l'ISS sur la santé et les lacunes du système.	Présente des réflexions et solutions pratiques à l'échelle du système visant à améliorer la communication, l'accès numérique et le soutien aux aidants en période de crise.
Dzerounian, J., Mahal, G., Alshenaiber, L. et al. (2024). Older adults in social housing: A systemically vulnerable population that needs to be prioritized. <i>Health Affairs Scholar</i> , 2(12), 154	Ce document fait le point sur les vulnérabilités des personnes âgées vivant dans des logements sociaux, dans lesquels l'ISS est très répandu et où les services sont limités.	Les auteurs font valoir que l'ISS est un problème important dans les logements sociaux et plaident en faveur d'interventions politiques ciblées et axées sur l'équité dans les secteurs de la santé, du logement et des services sociaux.



**CCSMPA**

Coalition canadienne pour la  
santé mentale des personnes âgées

## Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA)

[info@ccsmh.ca](mailto:info@ccsmh.ca)

[www.ccsmh.ca](http://www.ccsmh.ca)

