RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ
ET DE SERVICES SOCIAUX

RUISSS

Université de Montréal

Soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Portrait de situation

Préparé par :
Sous-comité SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance du Comité du RUISSS de l'UdeM sur le vieillissement

27 janvier 2025

www.ruisss.umontreal.ca
514-343-6450

Table des matières

I. **Sommaire exécutif** **5**

II. **Lexique** **9**

III. **Membres du sous-comité de travail SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance** **11**

IV. **Membres du comité sur le vieillissement** **12**

V. **Introduction** **14**

VI. **Méthodologie** **15**

VII. **Résultats** **16**

Sondage auprès des directions SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance des établissements de santé et services sociaux concernant les soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement, par établissement de santé et services sociaux 16

Offre actuelle des soins et services 17

Structures de gouvernance 22

Disponibilité de certaines statistiques sur l'utilisation des soins et services et la formation offerte au personnel 23

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention 24

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe intervention de crise 28

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires 30

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe proches aidants-famille 33

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès 36

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations 40

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques 43

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe structure de gouvernance 46

Autres facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution 47

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Recension de programmes ou outils issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance 50

VIII. **Conclusion et suite** **53**

IX. **Remerciements** **53**

X. **Références** **54**

XI. **Annexes** **55**

Annexe 1. Liste des directions SAPA et santé mentale/dépendance/itinérance des établissements de santé et services sociaux sollicitées pour participer au sondage 55

Annexe 2. Liste des centres ou réseaux de recherche sollicités faisant partie du Fonds de recherche du Québec – Santé pour participer à la recension des outils ou programme issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance 56

Annexe 3. Liste des directions de la recherche sollicitées dans les établissements de santé et services sociaux pour participer à la recension des outils ou programme issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance 57

Annexe 4. Structure de gouvernance et décisionnelle par établissement de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.) 58

Annexe 5. Statistiques disponibles par établissement sur la clientèle concernée 65

Annexe 6. Nombre d'heures de formation au personnel des directions SAPA et santé mentale, dépendance et itinérance en lien avec la clientèle concernée 67

Annexe 7. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention, par établissement 72

Annexe 8. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe intervention de crise, par établissement 79

Annexe 9. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires, par établissement 84

Annexe 10. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe proches aidants-familles, par établissement 89

Annexe 11. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès, par établissement 93

Annexe 12. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations, par établissement 103

Annexe 13. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques, par établissement 110

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 14. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe structure de gouvernance, par établissement 118

Annexe 15. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour les autres éléments, par établissement 123

Annexe 16. Commentaires généraux par établissement 127

Note : Ce portrait de situation correspond aux informations disponibles lors de la période de collecte des données.

Note : De façon générale dans l'ensemble du texte, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Sommaire exécutif

Dans le cadre des travaux du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, un sous-comité sur le continuum SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance a été mis en place pour réaliser les mandats suivants en 2024-2025:

1. Inventorier, dans toutes les régions du Québec, les soins et services offerts par les établissements de santé et services sociaux aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance;
2. Identifier, auprès des établissements de santé et services sociaux, les obstacles et facilitateurs au continuum de soins et services auprès de ces clientèles;
3. Recenser les diverses initiatives réalisées ou planifiées issues des établissements de santé et services sociaux, des organismes communautaires (via les établissements de santé) et de la recherche auprès de ces clientèles;
4. Formuler des propositions/pistes de solutions pour l'organisation d'un continuum efficace de soins et services inter-programmes et inter-établissements permettant de mieux répondre aux besoins de ces clientèles.

Pour répondre aux trois premiers mandats, deux sondages ont été réalisés. Le premier sondage a été transmis aux directions des programmes de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale, dépendance et itinérance de 29 établissements de santé et services sociaux faisant partie des Tables nationale SAPA et/ou de coordination en santé mentale, en dépendance et en itinérance. Il était demandé de rapporter les informations demandées (offre actuelle de soins et services, quelques statistiques sur l'utilisation des soins et services, formation du personnel, ainsi que les facilitateurs, les enjeux/obstacles et pistes de solution au continuum de soins et services pour la clientèle ciblée) selon neuf axes d'intervention inspirés du Plan d'action interministériel en santé mentale 2022-2026 :

1) Promotion-prévention
2) Intervention de crise
3) Partenariat avec les organismes communautaires
4) Proches aidants-familles
5) Amélioration de l'accès
6) Alternatives aux hospitalisations
7) Concertation et amélioration des pratiques
8) Structure de gouvernance
9) Autres

Le deuxième sondage a été transmis aux chercheurs via les directeurs de centre de recherche faisant partie du Fonds de recherche du Québec – volet santé ainsi qu'aux directions de la recherche des 29 établissements de santé et services sociaux du Québec. Le but du sondage était de recenser les programmes et outils développés à l'intention de la clientèle ciblée.

Principaux résultats issus du sondage auprès des établissements de santé et services sociaux concernant les soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement, par établissement de santé et services sociaux

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Au total, 23 établissements ont répondu au sondage parmi les 29 qui ont été sollicités. Les établissements qui n'ont pas répondu sont des instituts universitaires ou sont situés en région très éloignée. Tous les CISSS et CIUSSS du Québec ont répondu.

- Concernant l'offre de soins et services par les établissements de santé et services sociaux et les organismes communautaires, on observe une grande variabilité entre les régions dans les différentes composantes du continuum (soutien à domicile, services spécialisés ambulatoires, en milieu hospitalier, soins postaigus, réadaptation, hébergement adapté dans la communauté et en soins de longue durée).
    - Parmi huit axes d'intervention analysés, c'est la structure de gouvernance et le soutien aux proches aidants/famille pour lesquels on rapporte le moins d'initiatives dans les 23 établissements. En effet, peu d'établissements rapportent avoir une structure de gouvernance et décisionnelle formelle inter-directions pour cette offre de soins et services. L'amélioration de l'accès aux soins et services ainsi que les alternatives aux hospitalisations sont celles où les établissements rapportent le plus d'initiatives.
    - Tous les établissements ont développé des mécanismes d'accès pour gérer les cas complexes.
- Concernant les statistiques sur l'utilisation des soins et services par la clientèle ciblée pour l'année 2022-2023, plusieurs établissements de santé et services sociaux ne sont pas en mesure de fournir les statistiques suivantes (entre parenthèses = *n* établissements qui ont fourni des données sur 23):
    - % de personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement sur le territoire qui ont un diagnostic de trouble mental, un trouble lié à l'usage de substance (dépendance) ou qui sont en situation d'itinérance (4 établissements)
    - Nombre de consultations réalisées par un psychiatre auprès d'usagers SAPA (4 établissements)
    - % des usagers ayant reçu les services d'un organisme communautaire en santé mentale, en dépendance ou en itinérance et qui présentent une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement (6 établissements)
    - Nombre de dossiers d'usagers par année abordés au Comité des cas complexes du MAH (mécanisme d'accès en hébergement) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) (8 établissements)
    - Nombre de dossiers d'usagers par année abordés au Comité des cas complexes du MAR (mécanisme d'accès régional en santé mentale) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) (4 établissements)
    - % d'usagers hébergés qui présentent un diagnostic de trouble mental ou de dépendance ou des antécédents de situation d'itinérance (13 établissements)
    - Nombre de lits d'hébergement réservés aux usagers qui présentent des troubles de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance (19 établissements, dont 13 n'ont aucun lit réservé)
- Concernant les statistiques sur les heures de formation :

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

    - 10 établissements sur 23 ont offert de la formation au personnel SAPA en lien avec les troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés (prévention du suicide, formation OMEGA);
    - 19 établissements sur 23 ont offert de la formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance.
- Concernant les facilitateurs, obstacles/enjeux et les pistes de solution au continuum de soins et services pour la clientèle ciblée, ils ont été regroupés par axes d'intervention selon les thèmes suivants :
    - Programmes/interventions
    - Dotation en ressources humaines
    - Formation du personnel
    - Collaboration/concertation
    - Organismes communautaires
    - Communication
    - Logement
    - Autres

Nombre et types de programmes ou outils issus de la recherche concernant les soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement, par établissement de santé et services sociaux

Peu de programmes ou outils ont été recensés, dont plusieurs sont encore en cours de développement ou doivent faire l'objet de publications :

- Trois guides, dont deux sont disponibles
    - Guide sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie (à venir)
    - Guide médical en soins de longue durée – section sur la prise en charge des troubles liés aux substances (lien)
    - Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes (lien)
    -
- Programmes :
    - Programme DIRECT-sc (autogestion pour adultes d'âge moyen ou âgés souffrant de conditions physiques chroniques et de symptômes dépressifs comorbides) (lien)
    - Programme Participe-Présent: 1) Accompagner les aînés qui ressentent le besoin d'explorer leurs possibilités de participation communautaire; 2) Promouvoir la participation communautaire et la santé mentale des aînés susceptibles de vivre de l'isolement ou de l'exclusion sociale (lien)
- Formations :
    - Formation provinciale sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie (à venir)
    - Plateforme d'apprentissage du programme VIEsÂGE (Vivre sans anxiété pour les personnes âgées) (lien)
- Hébergement adapté :

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- Projet d'hébergement urbain pour populations vulnérables, vieillissantes et marginalisées (en développement)
- Synthèse de la recherche « Les besoins complexes des personnes présentant des problématiques liées à une consommation de substances psychoactives et fréquentant des ressources pour personnes âgées : mieux les comprendre pour mieux y répondre » (publication à venir)
- Projet RPA-Itinérance (en développement)

Conclusion et suite

Les travaux du sous-comité ont permis de mettre en évidence qu'il existe une grande hétérogénéité entre les régions du Québec dans l'offre actuelle de soins et services par les établissements de santé et les organismes communautaires pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. Jusqu'à présent, les directions concernées des établissements appliquent leurs processus organisationnels et cliniques et travaillent en collaboration pour résoudre les situations complexes. Peu d'établissements ont une structure de gouvernance formelle. On constate toutefois un grand intérêt à travailler en réelle collaboration et concertation inter-direction et intersectorielle pour répondre aux besoins particuliers de ces clientèles. Pour ce qui est de la recherche, notre recension, qui est toutefois non-exhaustive, a montré que peu de chercheurs travaillent activement sur le sujet.

Le prochain et dernier mandat du sous-comité de travail consistera en l'élaboration de propositions qui pourront être utilisées dans la co-construction d'une approche provinciale pour répondre aux besoins des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.

Le présent rapport a été adopté par le comité sur le vieillissement (24-01-2025) et a par la suite été déposé au comité directeur (24-02-2025) du RUISSS de l'Université de Montréal.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Lexique

AAOR	Accueil, d'analyse, d'orientation et de référence
ABC	Accompagnement bref dans la communauté
APPR	Agent de programmation, planification, recherche
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CES	Chèque emploi service
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
FACT	Flexible assertive community treatment
GMF	Groupe de médecine de famille
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
IPAM	Institut de la pertinence des actes médicaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	Organismes communautaires
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
RAC	Résidences à assistance continue
RHUT	Ressource d'hébergement d'urgence temporaire
RI	Ressources intermédiaires
RPA	Résidence pour personnes âgées
RUISSS	Réseau universitaire intégré de santé et de services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SAPA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées
SBNI	Suivi de bas niveau d'intensité
SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
SIAD	Soins intensifs à domicile
SIF	Suivi d'intensité flexible
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIV	Suivi d'intensité variable
SM	Santé mentale

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

TGC	Trouble grave du comportement
TIBD	Traitement intensif bref à domicile
TIC	Technologie de l'information et de la communication
TNC	Trouble neurocognitif
TNCM	Trouble neurocognitif majeur
UIB	Unité d'intervention brève

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du sous-comité de travail SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance

- Jean-François Carmel, Gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (coresponsable du sous-comité)
- Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal (coresponsable du sous-comité)
- Manon Boulianne, Adjointe au directeur SAPA SAD-RI-SAACS, CIUSSS Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (représentante SAD)
- Katy Duguay, Gestionnaire de site du CHSLD Idola St-Jean, CISSS de Laval (représentante hébergement)
- Elisabeth Hamel, Directrice des programmes santé mentale et dépendance, CISSS de la Montérégie -Est (représentante santé mentale)
- Sandra D'Auteuil, Directrice programme santé mentale, dépendance et itinérance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal et responsable de l'Institut Universitaire en santé mentale de Montréal (représentant itinérance – direction clinique)
- Catherine Giroux, Cheffe du service régional de l'itinérance, Direction des services généraux et des partenariats urbains, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (représentant itinérance – coordination régionale)
- Caroline-Anne Routhier, Conseillère, Direction du soutien à domicile, Sous-ministériat aux aînés et aux proches aidants, MSSS
- Nathalie Allard, Conseillère, Direction des services résidentiels et d'hébergement, Sous-ministériat aux aînés et aux proches aidants, MSSS
- Geneviève Lessard, Conseillère en santé mentale, Direction des services en santé mentale – volet adulte, MSSS
- Vanessa Ruel-Champagne, agente de programmation et de recherche, Conseillère en itinérance, Direction des services en dépendance et en itinérance, MSSS

Coordonnatrice du sous-comité de travail et du comité sur le vieillissement:
M^me^ Aline Bolduc
Chargée de projet, RUISSS de l'Université de Montréal
Courriel : aline.bolduc.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca ou aline.bolduc@invite.umontreal.ca

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Membres du comité sur le vieillissement

Président: Luc Méthot, Directeur SAPA- Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Vice-présidente : Dre Marie-Jeanne Kergoat, gériatre, Chef du service de médecine spécialisée, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, Département de gériatrie, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Coordonnatrice : Aline Bolduc, professionnelle de recherche
Institut universitaire de gériatrie de Montréal

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	M. Sébastien Rouleau, Directeur du programme SAPA - SAD
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	Mme Caroline Gadoury, Directrice continuum SAPA - hébergement
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Mme Brigitte Brabant, Directrice SAPA hébergement en soins de longue durée, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Cathy Dresdell, Directrice intérimaire, Direction du service à domicile et de proximité
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Mme Jouhayna Zahreddine, Directrice, Direction de l'hébergement
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sophie Berger, Directrice des soins infirmiers – Intérim, représentante de la Table des soins infirmiers du RUISSS de l'UdeM
CISSS de Laval	Mme Caroline Delisle, Directrice SAPA - volet hébergement
CISSS de Laval	Mme Annie Fortier, Directrice SAPA – Services de 1ière et 2ième ligne gériatriques
CISSS de Lanaudière	Mme Isabelle Durocher, Directrice du programme de soutien à domicile, services gériatriques et posthospitaliers
CISSS de Lanaudière	M. Jean-François Blais, Directeur de l'hébergement
CISSS des Laurentides	Mme Chrystel Delisle, Coordonnatrice des services gériatriques et Gestionnaire responsable du site LG Rolland, Direction SAPA-SAD-RI-Services Gériatriques
CISSS des Laurentides	Mme Nathalie Houle, Directrice SAPA – Hébergement en CHSLD
CISSS de la Montérégie-Centre	Mme Isabelle Caron, Directrice SAPA
CISSS de la Montérégie-Est	Mme Sandrine Billeau, Directrice SAPA, responsable du sous-comité sur les technologies pour le maintien à domicile
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Geneviève Archambault, Directrice SAPA Hébergement
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Mme Julie Sigouin, chargée de projet territoire du RUISSS de l'UdeM – Initiative ministérielle sur la maladie d'Alzheimer et autres troubles neurocognitifs majeurs
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dre Lucie Boucher, Chef du département de gériatrie, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Personnes désignées
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Dr Jean-François Carmel, gérontopsychiatre, Institut universitaire de gériatrie de Montréal, coresponsable du sous-comité SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance
CISSS des Laurentides	Dre Alexandra Paradis, Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive, Direction de santé publique des Laurentides, coresponsable du sous-comité de travail sur la santé publique
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dre Francine Gaba, Chef du service de gériatrie
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Mme Géraldine Clerjuste, Conseillère en soins spécialisés Personnes âgées
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)	Dr Philippe Desmarais, Gériatre, responsable du sous-comité sur les SCPD en soins de courte durée
Faculté de médecine, Université de Montréal	Dre Diana Cruz-Santiago, Médecin de famille, Directrice du programme de compétences avancées en soins aux personnes âgées, département de médecine de famille et d'urgence, UdeM
Faculté de médecine, Université de Montréal	Mme Chantal Bémeur, Vice-doyenne associée aux sciences de la santé
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal	Mme Véronique Dubé, Professeure agrégée, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
Faculté de pharmacie, Université de Montréal	Mme Louise Papillon-Ferland, Professeure adjointe de clinique
Faculté de l'éducation permanente, Université de Montréal	M. Jean Ignace Olazabal, Responsable de programmes, professeur associé au département d'anthropologie, Faculté AS, coresponsable du sous-comité de travail sur la formation
École d'optométrie, Université de Montréal	Dr Benoît Tousignant, Professeur agrégé
Faculté de médecine dentaire, Université de Montréal	M. Pierre Rainville, professeur titulaire
École de santé publique, Université de Montréal	Mme Roxane Borges Da Silva, Professeure titulaire
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	M. Sébastien Grenier, Professeur agrégé, département de psychologie
Faculté des arts et sciences, Université de Montréal	Mme Maryse Soulières, Professeure adjointe, École de travail social

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Introduction

La population vieillissante fait face à des risques accrus de problèmes de santé physique et psychologique, de fragilisation des réserves cognitives, de perte d'autonomie, d'augmentation des chutes, d'isolement, de polypharmacie et de malnutrition. Ces multiples enjeux complexifient souvent la prise en charge et le suivi de cette population vulnérable.

Le programme de Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) au Québec a été mis en place pour offrir des services aux personnes en perte d'autonomie, principalement liée à l'âge avancé, que ce soit à domicile, en établissement ou dans d'autres milieux. Parallèlement, les programmes en santé mentale et dépendance proposent une gamme de services pour soutenir les individus confrontés à des troubles mentaux ou des problèmes de dépendance, comprenant des interventions de première et de deuxième ligne dans des contextes souvent spécialisés et multidisciplinaires.

La clientèle âgée est fréquemment affectée à la fois par des enjeux d'autonomie et de santé mentale, nécessitant une approche intégrée, structurée et concertée entre les différents programmes. Ces situations sont souvent exacerbées par des problématiques telles que l'itinérance, rendant la gestion des cas encore plus complexe. Par ailleurs, plusieurs obstacles et barrières peuvent limiter la qualité des soins et l'accès aux services pour ces personnes vulnérables.

On dénombre actuellement près de 2 millions de personnes âgées de 65 ans et plus au Québec [1], soit plus de 20% de la population québécoise [2]. Les projections indiquent que cette proportion atteindra 25% en 2031 et 28% en 2066 [3]. Le vieillissement progressif de la population entraîne également une augmentation de la prévalence de nombreuses conditions de santé dans cette tranche d'âge. En 2017, plus de 100 000 personnes au Québec étaient atteintes d'un trouble neurocognitif majeur (TNCM) [4].

En outre, selon une étude de l'INSPQ (2009-2010), la prévalence annuelle des troubles mentaux était de 14 % chez les femmes et 9 % chez les hommes âgés de 65 à 69 ans; ces proportions grimpaient respectivement à 25 % et 21 % chez les 85 ans et plus [5]. Depuis plusieurs années, on observe également une augmentation progressive de la consommation de substances et de drogues chez les personnes âgées, l'alcool étant la substance la plus couramment utilisée [6]. Enfin, l'itinérance constitue un enjeu croissant pour cette population, accélérant le vieillissement et augmentant la vulnérabilité. En 2018, un recensement au Québec révélait que 27% des personnes itinérantes avaient entre 50 et 64 ans, tandis que 8 % étaient âgées de 65 ans et plus [7].

La prise en charge de cette population gériatrique, souvent complexe, exige une coordination efficace entre divers intervenants issus de multiples domaines et spécialités. Les directions SAPA membres du comité du vieillissement soulignent que l'offre de services en santé demeure limitée pour les usagers en perte d'autonomie qui présentent des enjeux de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance. Les services en santé mentale seraient par ailleurs moins accessibles aux usagers atteints d'un TNCM. Les services SAPA, bien qu'efficaces pour certaines situations, seraient peu adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des usagers en perte d'autonomie combinée à des problématiques de santé mentale, de dépendance et d'itinérance. En conséquence, ces usagers ne reçoivent pas toujours des services pleinement adaptés à leurs besoins.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Il est donc impératif d'améliorer la coordination entre les programmes SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance pour offrir des soins et services adaptés aux personnes âgées souffrant de pertes d'autonomie cognitive et/ou physique. Une approche intégrée, structurée et concertée s'impose pour l'organisation des soins destinés à cette population.

En conséquence, dans le cadre des travaux du comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, un sous-comité sur le continuum SAPA/santé mentale/dépendance/itinérance a été mis en place pour réaliser les mandats suivants en 2024-2025:

1. Inventorier, dans toutes les régions du Québec, les soins et services offerts par les établissements de santé et services sociaux aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance;
2. Identifier, auprès des établissements de santé et services sociaux, les obstacles et facilitateurs au continuum de soins et services auprès de ces clientèles;
3. Recenser les diverses initiatives réalisées ou planifiées issues des établissements de santé et services sociaux, des organismes communautaires (via les établissements de santé) et de la recherche auprès de ces clientèles;
4. Formuler des propositions/pistes de solutions pour l'organisation d'un continuum efficace de soins et services inter-programmes et inter-établissements permettant de mieux répondre aux besoins de ces clientèles.

Méthodologie

Recension de l'offre actuelle des soins et services par les établissements de santé et services sociaux pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Un sondage en version Word a été élaboré à l'intention des directions du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et des directions de santé mentale, dépendance et itinérance.

Le sondage comportait 10 questions et visait à principalement à recueillir :

- L'offre actuelle des soins et services dans chaque territoire pour la clientèle concernée (soutien à domicile, hébergement, réadaptation, organismes communautaires, etc.). Il était demandé de documenter tous les services, programmes ou initiatives locales offert(e)s ou planifié(e)s dans la prochaine année en fonction de la trajectoire SAPA, santé mentale, dépendance ou itinérance. Il est à noter que les personnes avec traumatisme crânien ont été exclues de la clientèle concernée considérant qu'elles ont des besoins particuliers.
- La description de la structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle par l'établissement;
- Des statistiques, si disponibles, sur l'offre de services pour l'année 2022-2023;
- Les principaux facilitateurs, obstacles ou enjeux ainsi que les pistes de solutions possibles pour assurer un continuum efficient de soins et services auprès de cette clientèle selon les axes suivant :
    - Promotion-prévention;
    - Intervention de crise;
    - Partenariat avec les organismes communautaires;

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- Proches aidants-familles;
- Amélioration de l'accès;
- Alternatives aux hospitalisations;
- Concertation et amélioration des pratiques;
- Structure de gouvernance.

Les représentants de directions du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) et de la santé mentale/dépendance/itinérance de 29 établissements de santé et services sociaux faisant partie de la Table nationale SAPA et de la Table nationale de coordination en santé mentale, en dépendance et en itinérance ont été sollicitées (**annexe 1**).

La période pour répondre au sondage s'est étendue du 4 mars au 30 avril 2024. Des présentations du projet ont été faites aux tables les 28 février et à la fin avril/début mai 2024. Un rappel par courriel a été fait le 10 avril 2024.

La compilation des résultats a été effectuée pour l'ensemble des répondants afin d'établir un portrait de la situation pour l'ensemble du Québec. Dans les annexes, nous avons regroupé les informations rapportées par les établissements selon leur statut : CIUSSS, CISSS et un établissement non-fusionné. Pour les principaux facilitateurs, les obstacles/enjeux et les pistes de solutions, la compilation a aussi été faite selon les différents axes.

Recension des programmes ou outils issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Un sondage en version Word a été élaboré à l'intention des chercheurs impliqués dans des projets visant à répondre aux besoins de soins et services des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.

Le sondage a été transmis aux chercheurs via les directeurs et directrices des centres de recherche faisant partie du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) (**annexe 1**) et via les directions de l'enseignement universitaire et de la recherche des établissements de santé et services sociaux du Québec (**annexe 2**).

Le sondage visait principalement à répertorier tous les outils ou programmes issus de la recherche à travers le Québec qui peuvent être implantés dans la prochaine année par les établissements de santé, les organismes communautaires ou autres organismes qui offrent des soins et services auprès de ces clientèles. La période pour répondre au sondage s'est étendue du 4 mars au 30 avril 2024. Un rappel par courriel a été fait le 10 avril 2024.

Résultats

Sondage auprès des directions SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance des établissements de santé et services sociaux concernant les soins et services aux personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement, par établissement de santé et services sociaux

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Au total, 23 établissements sur 29 (79%) ont complété le sondage. Les sections suivantes présentent les résultats selon les thèmes mentionnés précédemment dans la section méthodologie.

Offre actuelle des soins et services

Le **tableau 1** présente la liste des programmes ou services ou initiatives rapportés par les établissements de santé et services sociaux et leur auto-classification selon neuf axes d'action. Les informations détaillées sont disponibles dans un document complémentaire (disponible sur demande).

Tableau 1. Programmes ou services ou initiatives rapportés par les établissements de santé et services sociaux et leur auto-classification selon neuf axes d'action

Noms et descriptions des programmes ou services ou initiatives locales, par établissement	Axes d'action								
	Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches aidants-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres (suivi et traitement)
CIUSSS du Saguenay-Lac-St-Jean									
1. Soutien à domicile (service)	√					√			
2. Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) multidisciplinaire					√				
3. Évaluation psychiatrique et neuropsy (services spécialisés en santé mentale)					√				
4. Nouvel Essor (Chicoutimi - Centre de jour, Pair-aidance, Groupes d'autosoins (Relief))	√				√				
5. Association canadienne pour la santé mentale (ACSM)	√	√	√			√			
6. Centre l'Escale (Jonquière - Centre de jour, Pair-aidance, Groupes d'autosoins (Relief))	√				√				
7. Centre le Phare (La Baie - Centre de jour, Pair-aidance, Groupes d'autosoins (Relief))	√	√			√				
8. Hébergement santé mentale : RI La Maison Éloïse de Chicoutimi SM-SAPA						√			
9. Suivi d'intensité flexible (SIF) (réadaptation pour personnes avec troubles de SM)		√				√			
10. Résidences à assistance continue (RAC) Long Terme (hébergement adapté dans la communauté)						√			
CIUSSS de la Capitale-Nationale									
1. Trajectoire itinérance des Ressources d'hébergement d'urgence temporaires (RHUT) pour la clientèle aînée (Voir trajectoire) : Actions et services visant la stabilité résidentielle	√		√			√			√
2. Trajectoire pour les usagers atteints de trouble neurocognitifs (TNC) avec SCPD (Voir trajectoire)		√		√	√	√	√		
3. Développement d'unités d'hébergement spécifiques en RI, CHSLD ou en MDA pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement et autres comorbidités telles que : TNC avec SCPD; et/ou Santé mentale; et/ou Dépendances; et/ou DI-TSA; et/ou DP; et/ou TCC avec séquelles; et/ou Tr comportements (TC/TGC); et/ou Hommes avec trouble de comportement sexuel; et/ou Judiciarisation (TAQ, CETM, probations, autres); Marginalité, et/ou Historique de détention; et/ou Itinérance				√	√		√		
4. Accès intégré et harmonisé du CIUSSCN (Implication de toutes les directions cliniques sous le leadership de la DSM : l'accès est un bien commun)		√	√		√	√	√	√	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec									
1. Équipe SCPD 2ième ligne				√		√	√		
2. Hébergement cas complexes (en développement)						√			

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Noms et descriptions des programmes ou services ou initiatives locales, par établissement	Axes d'action								
	Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches aidants-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres (suivi et traitement)
3. Ressource intermédiaire (RI) multiproblématique (RLS Arthabaska-Érable; RLS Drummond; RLS Trois-Rivières; RLS Centre de la Mauricie)					√				
4. Équipe SCPD 1ère ligne									√
5. Consultation en gérontopsychiatrie					√				
6. RNI santé mentale adulte	√	√	√	√	√	√	√		
7. Logement supervisé autonome (LSA)	√	√	√	√	√	√	√		
8. Comité de concertation clinique					√	√	√		
9. Développement des ressources d'hébergement adaptées clientèle complexe (SAPA-SM-D)	√	√	√	√	√	√	√		
10. Comité d'arrimage avec les courtes et une longue durée en psychiatrie	√				√		√		
CIUSSS de l'Estrie-CHUS									
1. Offre de services SAD vs itinérance						√			
2. Évaluation, suivi et traitement en psychogériatrie						√			
3. Service d'hébergement résidentiel en psychiatrie						√			
4. Hébergement de soins de longue durée (CHSLD Champlain-de-La Rose-Blanche)									√
5. La Cordée, Ressource alternative en santé mentale (Offre de service communautaire Sherbrooke (SM-Vieillissement))			√						
6. Coopérative l'Autre TOIT et Le partage St-François en collaboration avec la Table itinérance Sherbrooke (Offre de service communautaire Sherbrooke (SM-Vieillissement))			√						
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal									
1. Équipe ESUP (équipe de soutien en urgence psychosociale) et Équipe UPSJ (Urgence psychosociale-justice) – mandat régional de la Direction des programmes de santé mentale et dépendance (DPSMD)		√							
2. Interventions psychosociales de proximité dans les refuges et ressources d'hébergement d'urgence et transitoire (SHUT) (DPSMD)			√						
3. Entente formelle entre les médecins spécialistes répondant en psychiatrie (MSRP) et la direction DSAPA dans Jeanne-Mance - (DPSMD)							√		
4. Psychiatre consultant dédié à l'unité de vie en santé mentale (UVSM) Jeanne-Mance (DPSMD)							√		
5. Intervention du volet spécialisé en dépendance engagé dans les réflexions éthiques et cellule interne de crise en CHSLD (DPSMD)							√		
6. Accès aux services de santé mentale pour les résidents hébergés en CHSLD (RLS des Faubourgs, du Plateau-Mont-Royal et de Saint-Louis-du-Parc)					√	√			
7. Capsules de formation en santé mentale chez les personnes hébergées avec ou sans TNCM	√			√			√		
8. Équipe ambulatoire SCPD de 2ième et 3ième ligne	√						√		
9. Consultation en psychogériatrie pour les résidents hébergés en CHSLD via une référence à l'équipe SCPD					√	√			
10. Unité spécifique							√	√	
11. Unité itinérance / toxico			√				√	√	
12. Service de médecins psychiatres de l'institut universitaire en santé mentale de Douglas consultant en CHSLD					√	√			
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal									
1. Corridor de service Jewish Eldercare K3					√				
2. Service de psychogériatrie					√				
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal									
1. Soutien à domicile	√				√				
2. Centre multiservice gériatrique	√				√				
3. Dépendance	√								
4. Équipe PROXI (interventions brèves aux personnes en situation d'itinérance et d'arrimer les personnes au réseau ou aux partenaires du réseau local de service (RLS) selon la volonté de la personne)	√	√							

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Noms et descriptions des programmes ou services ou initiatives locales, par établissement	Axes d'action								
	Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches aidants-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres (suivi et traitement)
5. L'équipe d'accompagnement bref dans la communauté (crise)		√							
6. Urgence Hôpital Maisonneuve-Rosemont		√							
7. Urgence Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM)		√							
8. Hospitalisation à domicile et résolution de crises (HDRC)						√			
9. Traitement intensif bref à domicile (TIBD)						√			
10. IUSMM Unité psychiatrie (hospitalisations)									√
11. IUSMM Unité médecine/psychiatrie (401) (hospitalisations)									√
12. IUSMM Unité gérontopsychiatrie (301) (hospitalisations)									√
13. Clinique externe de gérontopsychiatrie (suivi et traitement)						√			√
14. Hébergement santé mentale (RTF, RI, etc.)									√
15. Hébergement santé physique									√
16. Équipes SIM-SIV						√			
17. Équipe Programme de soutien et d'intervention clinique (PSIC)						√			√
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal									
1. Projet Immersion - Programme d'intégration à la fonction policière du SPVM (hébergement)	√	√					√		
2. Micro-milieux – programme 231 CHSLD de St-Laurent					√				
3. Micro-milieux – programme 375 CHSLD de St-Laurent					√				
4. Gérontopsychiatrie - Services externes (DSMD)				√	√	√	√		
5. Gérontopsychiatrie- Services internes (DSMD)		√		√	√				
6. Maison du Père (DSMD)						√			
7. Divers organismes communautaires									
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal									
1. Soutien à domicile (SAD)						√			
2. Unité de courte durée gériatrique (UCDG)			√						
3. Clinique de gériatrie HSA						√			
4. Réadaptation LPA-RFI						√			
5. Centres de jour	√								
6. Équipe SCPD						√			
7. Gérontopsychiatrie générale – Clinique externe en gérontopsychiatrie					√				
8. Gérontopsychiatrie générale – Unité d'admission courte durée et soins médicaux					√				
9. Gérontopsychiatrie générale – Unité de longue durée réadaptation psychosociale					√				
10. Gérontopsychiatrie générale – Centre de transition Soleil					√				
11. Programme de démence avec comorbidité psychiatrique – Clinique de mémoire					√		√		
12. Programme de démence avec comorbidité psychiatrique – Centre de jour spécialisé					√				
13. Programme de démence avec comorbidité psychiatrique					√				
CISSS de l'Outaouais									
1. Hébergement (SAPA)				√		√	√		
2. Direction du soutien à domicile, de la déficience et de la réadaptation (DSADDR) (Gestion de cas au SAD)									√
3. Service ambulatoire de 1re et 2e ligne.					√	√			
4. Chambres NSA (Montcalm)			√		√	√			
5. Hébergement d'urgence pour personnes fragilisées	√	√	√						
6. Unité d'hospitalisation Gérontopsychiatrie – Hôpital Pierre-Janet (Hospitalisation)									

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Noms et descriptions des programmes ou services ou initiatives locales, par établissement	Axes d'action								
	Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches aidants-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres (suivi et traitement)
7. Traitement Intensif et Bref à domicile (TIBD) – gérontopsychiatrie (à venir)						√			
8. RI-RTF pour personne adulte/âgée vivant avec un trouble persistant de santé mentale (en développement)					√	√			
9. Service de consultation spécialisée en gérontopsychiatrie									√
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue									
1. Unité psychogériatrie (CHSLD RN) (En développement de l'offre de service) (hébergement)									√
2. Collaboration ponctuelle SAD-SAPA dans les dossiers santé mentale (hébergement)									√
3. Organismes communautaires			√						
CISSS de la Côte-Nord									
1. Entente de collaboration entre les Directions des programmes santé mentale, dépendance et itinérance du CISSS de la Côte-Nord et du CIUSSS de la Capitale-Nationale					√	√	√		
2. Hébergement en CHSLD et RI-RTF pour l'ensemble de la clientèle adulte incluant la SM									√
3. SAD pour l'ensemble des clientèles incluant la SM									√
CISSS des Îles									
Clientèle intégrée SAD-SAPA (Interventions communes SAPA/SM/Dépendance/Itinérance)									
CISSS de la Gaspésie									
1. Plan d'action régional et communautaire intégré en itinérance/programme Vers un chez-soi (PAII/VCS) (Soutien pour personne sans domicile fixe en légère perte d'autonomie cognitive et physique)			√						
2. Soutien et intensité variable (SIV) (santé mentale et SAPA)					√				
3. 1ière ligne santé mentale							√		
4. 2ième ligne santé mentale / psychiatrie							√		
5. Service de gérontopsychiatrie (En développement)							√		
6. Clientèle avec problématique de consommation d'alcool, stupéfiants/jeux (dépendance)							√		
CISSS de Chaudière-Appalaches									
Comité solutions inter-accès (Approche de complémentarité des services/collaboration : Rôle soutien/conseil, Co-intervention, transfert interprogramme (prise en charge))					√		√		
CISSS de Laval									
1. Gérontopsychiatrie (évaluation diagnostic, suivi)									√
2. Clinique externe de gériatrie (évaluation diagnostic, suivi)									√
3. Association Lavalloise des proches aidants (ALPA)				√					
CISSS de Lanaudière									
1. Désengorgement de l'urgence						√			
2. Mécanisme d'accès en santé mentale					√				
3. Équipes dédiées RI RTF							√		
4. PHSLD (Programme de soutien financier pour l'amélioration de la qualité des milieux de soins longue durée)	√								
5. CHSLD santé mentale							√	√	
CISSS des Laurentides									
1. Mécanisme d'accès en santé mentale (MASM) et Service spécifique en santé mentale adulte (SMA) (DSMDPGA[1])					√	√	√		
2. Services spécialisés en psychiatrie adulte (DSMDPGA)	√		√		√	√	√		
3. Suivi intensif dans le milieu (SIM); Suivi d'intensité variable (SIV); Suivi d'intensité flexible (SIF) (DSMDPGA)						√	√		

[1] DSMDPGA : Direction des programmes santé mentale, dépendance et services psychosociaux généraux adultes

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Noms et descriptions des programmes ou services ou initiatives locales, par établissement	Axes d'action								
	Promotion-prévention	Intervention de crise	Partenariat avec les organismes communautaires	Proches aidants-familles	Amélioration de l' accès	Alternatives aux hospitalisations	Concertation et amélioration des pratiques	Structure de gouvernance	Autres (suivi et traitement)
4. Programme ESPOIR (DSMDPGA) (Équipe de suivi de proximité offrant de l'intervention en réinsertion auprès des personnes en situation d'itinérance)					√	√	√		
5. Dépendance adulte (DSMDPGA)					√	√	√		
6. Soutien à domicile (l'ensemble des soins et services) (DSAPA)		√			√	√			
7. Clinique de la mémoire (DSAPA)					√	√			
8. Unité psychogériatrie Antoine Feuillon (DSAPA)					√	√			
9. Gériatrie (CIGA) (DSAPA)					√	√			
CISSS de la Montérégie-Centre									
1. Gérontopsychiatrie (24 lits sur les 85 lits au Pavillons de Psychiatrie du CHC Charles Lemoyne) (Traitement de courte durée)									√
2. Suivi à la pièce (SAD) auprès de certaines populations (maintien à domicile)		√					√		√
3. Développement d'une RI 20 places SM-SAD					√				
4. Élaboration des politiques et procédures pour la clientèle hébergée en RIRTF								√	
5. Gérontopsychiatrie pour clientèle CHSLD									√
CISSS de la Montérégie-Est									
1. Hébergement santé mentale	√				√	√	√		
2. Offre de service en gérontopsychiatrie									√
3. Comité cas complexe (En phase de démarrage)					√				
4. Offre de soutien clinique pour les groupes de non-professionnels en contact avec clientèle concomitance									√
CISSS de la Montérégie-Ouest									
1. Soutien à domicile (fluidité hospitalière)	√	√	√	√	√	√	√		√
2. RI-RTF-RPA (Maintien des acquis)	√	√		√	√		√		√
3. Organismes de répit avec entente (Aidants naturels de HSL, Société Alzheimer du Suroît, Société Alzheimer du Rive-Sud, Aide à domicile Jardins-Roussillon)			√	√					
4. Clinique intégrée de gériatrie spécialisée (Clinique de Châteauguay, Clinique de Vaudreuil-Soulanges)	√		√	√	√		√		
5. Guichet d'accès hébergement, soins post-aigus et SAD (GASSA)					√				
6. Soins post-aigus-SP	√		√	√	√		√		
Centre hospitalier de l'Université de Montréal									
1. AAPA/Optimah et Comité AAPA et prévention des chutes	√						√		
2. Unité de gériatrie/UCDG							√		√
3. Comité urgence gériatrique	√						√		
4. Planification proactive et conjointe des congés (PPCC)	√						√		
5. Médecine des toxicomanies	√								√
6. Psychiatrie médicale (liaison) et/ou consultations auprès des infirmières de psychiatrie-liaison	√						√		√
7. Psychiatrie des toxicomanies et/ou consultations auprès des infirmières de toxicomanie-liaison	√						√		√
8. Équipe mobile SCPD	√						√		√
9. Consultation conseillère en soins spécialisés personnes âgées et/ou de psychiatrie et/ou de médecine interne	√						√		√

- *On constate une grande variabilité entre les régions dans l'offre de soins et services par les établissements de santé et services sociaux et les organismes communautaires par rapport aux différentes composantes du continuum de soins et services (soutien à domicile, services spécialisés ambulatoires, en milieu*

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

hospitalier, soins postaigus, réadaptation, hébergement adapté dans la communauté et en soins de longue durée);

- *Parmi huit axes d'intervention analysés, c'est la structure de gouvernance et le soutien aux proches aidants/famille pour lesquels on rapporte le moins d'initiatives dans les 23 établissements. En effet, peu d'établissements rapportent avoir une structure de gouvernance formelle inter-directions pour cette offre de soins et services.*
- *L'amélioration de l'accès aux soins et services ainsi que les alternatives aux hospitalisations sont les axes d'intervention où les établissements rapportent le plus d'initiatives.*

Structures de gouvernance

L'**annexe 4** présente en détail les structures de gouvernance rapportées par établissement pour répondre aux besoins de la clientèle ciblée. Des informations concernant l'existence par établissement d'un MAH (mécanisme d'accès à l'hébergement) et MAR (mécanisme d'accès régional en santé mentale) sont aussi disponibles à l'**annexe 5**.

Tous les établissements ont des procédures ou comités intra-directions (hébergement, soutien à domicile, santé mentale incluant la dépendance et/ou l'itinérance) afin d'offrir les soins et services à leur clientèle. Le sous-comité de travail souhaitait connaître, par établissement, la structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à la clientèle dont les besoins impliquent plusieurs directions (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance).

On retrouve quatre catégories de gouvernance impliquant plusieurs directions :

1) Gouvernance formelle inter-directions :

- Comité stratégique d'arrimage entre les directions SAPA, santé mentale et DI-TSA-DP (CISSS du Bas-St-Laurent, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CISSS de la Gaspésie)
- Rencontres dans le cadre de la Direction générale adjointe (DGA) pour les programmes sociaux et de réadaptation (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, CISSS de l'Outaouais, CISSS de la Gaspésie)

Par ailleurs, un établissement travaille actuellement à la mise en place d'une structure de gouvernance inter-directions (CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue).

2) Mécanismes ou procédures ou structures de coordination inter-programmes pour résoudre les cas complexes qui se présentent via des discussions sur une base régulière ou au besoin pour les cas complexes entre les guichets d'accès par direction, les gestionnaires et les coordonnateurs cliniques : CISSS du Bas-St-Laurent, CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean, CIUSSS de la Capitale-Nationale, CIUSSS de la Mauricie-et -du-Centre-du-Québec, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Nord-de l'Île-de-Montréal, CISSS de l'Outaouais, CISSS de la Côte-Nord, CISSS des Îles, CHUM, CISSS Chaudière-Appalaches, CISSS de Laval, CISSS Lanaudière, CISSS de la Montérégie-Centre, CISSS de la Montérégie-Est, CISSS de la Montérégie-Ouest).

3) Mécanisme d'accès à l'hébergement (MAH) : CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de l'Île-de-Montréal, CISSS de l'Outaouais, CISSS de la Côte-Nord, CISSS de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Chaudière-Appalaches, CISSS des Laurentides, CISSS de la Montérégie-Est, CISSS de la Montétégie-Ouest.

4) Mécanisme d'accès régional en santé mentale (MAR): CISSS de l'Outaouais, CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue, CISSS de la Gaspésie, CISSS de Laval, CISSS de la Montérégie-Centre. Un établissement a mis en place un mécanisme permanent d'accès en santé mentale pour les volets jeunes et adultes selon le Cadre de référence du MSSS publié en décembre 2022 (CISSS de la Côte-Nord) et un autre y travaille actuellement (CISSS des Laurentides).

Finalement, deux CIUSSS n'ont pas rapporté de mécanismes ou procédures inter-directions spécifiques pour les cas complexes (CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal, CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal).

- *On constate à nouveau qu'il y a une grande variabilité dans les structures de gouvernance pour la clientèle ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance*

Disponibilité de certaines statistiques sur l'utilisation des soins et services et la formation offerte au personnel

Le **tableau 2** présente une synthèse de la disponibilité par établissement de sept statistiques concernant l'utilisation des soins et services offerts à la clientèle ciblée ainsi que la formation offerte au personnel. Les résultats détaillés sont présentés aux **annexes 5 et 6**. Ces statistiques ont été choisies par le sous-comité pour leur potentiel comme indicateurs de suivi des soins et services utilisés par la clientèle ciblée. Nous avons fait le choix de ne pas publier dans le rapport les données fournies par les établissements car leur source et leur méthodologie de calcul n'avaient pas été colligées. Il n'y avait donc pas d'utilité à les analyser considérant les enjeux de fiabilité des données.

Tableau 2. Disponibilité de certaines statistiques sur l'utilisation des soins et services et la formation offerte au personnel

Statistiques	Nombre d'établissements qui ont fourni des données
• % de personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement sur le territoire qui ont un diagnostic de trouble mental, un trouble lié à l'usage de substance (dépendance) ou qui sont en situation d'itinérance	4
• Nombre de consultations réalisées par un psychiatre offertes aux usagers SAPA	4
• % des usagers qui reçoivent les services d'un organisme communautaire en santé mentale, en dépendance ou en itinérance et qui présentent une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement	6
• Nombre d'usagers abordés au Comité des cas complexes du MAH (mécanisme d'accès en hébergement) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) et spécifier s.v.p. les diagnostics les plus fréquents	8

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Statistiques	Nombre d'établissements qui ont fourni des données
• Nombre d'usagers abordés au Comité des cas complexes du MAR (mécanisme d'accès régional en santé mentale) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) et spécifier s.v.p. les diagnostics les plus fréquents	4
• % d'usagers hébergés qui présentent un diagnostic de trouble mental ou de dépendance ou des antécédents de situation d'itinérance	13
• % des lits d'hébergement réservés aux usagers qui présentent des troubles de santé mentale, de dépendance ou d'itinérance	19
• Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	23
• Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.	23

➢ *On constate que plusieurs établissements de santé et services sociaux ne sont pas en mesure de fournir les statistiques recherchées.*

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention

Le **tableau 3** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 7**. Les éléments rapportés ont été regroupés selon six thèmes :

- Programmes/interventions
- Dotation en ressources humaines
- Formation du personnel
- Collaboration/concertation
- Organismes communautaires
- Communication
- Logement

Tableau 3. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
Programmes/interventions : • Mise en place d'approches d'interventions adaptées et basées sur la recherche et les meilleures pratiques • Intervention dans la communauté : Programme PIED, Groupe proche aidant, programme de déconditionnement RPA_RI kinésiologue	Programmes/interventions : • Trou de service pour les résidents avec une problématique secondaire santé mentale / trouble de l'usage avec ou sans substance/ itinérance et un diagnostic principal TNC. • Offre de services non adaptée en comorbidité SAPA/dépendance-santé	Programmes/interventions : • Mieux repérer en amont les personnes âgées ayant de la détresse psychologique et établir des mesures en amont de soutien et de contribution sociale. Cibler les usagers vieillissants qui ont un suivi en santé mentale ou qui présentent une problématique à ce niveau afin de planifier

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
• Protocoles concernant les chutes, les fouilles et saisies, les codes blancs, la prévention du suicide et du risque d'homicide, Formation OMEGA	mentale-itinérance; liste d'attente pour accessibilité • Culture axée sur l'urgence d'agir et moins dans la prévention • Évaluation de l'état cognitif demande que les personnes soient abstinentes depuis 6 mois chez les usagers avec des dépendances. • Manque d'outils concrets sur le repérage de cette clientèle ciblée • Changement des habitudes de vie est un défi chez usager lorsque vieillissement pathologique • Assurer la pérennité des activités de promotion prévention • Trajectoire à mettre en place au niveau intersectoriel pour éviter la bascule vers l'itinérance des personnes âgées.	son admission éventuelle en CHSLD par exemple. • Développer des places d'hébergement spécifiques aux personnes avec diagnostic principal TNC, problématique secondaire troubles santé mentale/ itinérances/ trouble de l'usage avec ou sans substance. • Développer conjointement avec la DSPU, DSAPA et DSMD un programme de promotion populationnel pour cette clientèle. • Clarifier le soutien possible de la santé publique, tant pour la collecte et l'information démographique croisés autour des profils de nos populations qu'au niveau de l'organisation communautaire sous la DSP • Travailler conjointement avec la santé publique pour idées de promotion et prévention
<u>Dotation en ressources humaines</u> : • Personnel dédié et engagé (2) • Corps policiers et TS CIUSSS associés, fiche SRISIS (Service régional Info- Santé/Info-Social) (3) • Intervenant.es (Organisateurs communautaires) responsables de la liaison avec la DSMD et SAPA • Avoir des intervenants de rue • Ressource territoriale initiative ministérielle plan TNCM • Ligne Abus-ainés, répondante au niveau de la maltraitance (outreach).	<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Manque de ressources humaines/temps (sous-financement) pour agir dans la communauté, RPA et organismes communautaires (6) • Délais dans la prise en charge des listes d'attente. • L'aide à domicile pouvant éviter le déclin n'est souvent pas accessible faute d'évaluation et attribution du problème à la santé mentale, la dépendance ou l'autonégligence.	<u>Dotation en ressources humaines</u> : • Injecter des fonds, dédier des APPR pour cette axe, santé publique a un rôle important à jouer • Faciliter l'accès à des personnes à l'accueil des différents services et diminuer le quota des patients par professionnel. • Augmentation de l'investissement dans le volet promotion/prévention des effets liés au vieillissement
	<u>Formation du personnel :</u> • Manque de formation (3): sur les troubles cognitifs en concomitance avec une problématique de santé mentale ou itinérance, les notions légales, les règles d'abus maltraitance, sous-	<u>Formation du personnel :</u> • Avoir du personnel (autant SAPA que SM) formé et disponible dans notre secteur afin de faire de la promotion et prévention. • Offrir davantage de formations sur les troubles

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	utilisation des ‘’PIC’’, risque de vieillissement prématuré	cognitifs en concomitance avec une problématique de santé mentale (2)
Collaboration/concertation : • Comités en collaboration avec les agents socio-communautaires (hospitalisation) • Travail en concertation sur le territoire desservi, et présence des instances de concertation • Services intégrés/collaborations inter-directions (2)	Collaboration/concertation : • Peu de contacts entre le réseau et les organismes communautaires : offres de service pas toujours connues de part et d’autre. • Difficulté dans la communication (transmission d’infos) (2)	Collaboration/concertation : • Revoir l’admissibilité, l’accessibilité et les trajectoires de services des directions selon les besoins des clientèles avec troubles concomitants. • Suivi conjoint entre la DPSMD et DPSAD en chevauchement d’intervenant pivot : Lors du vieillissement, le pivot demeure DPSDM et va chercher la collaboration de la DPSAD. Une fois le vieillissement plus prononcé, l’intervenant pivot devient DPSAD et la DPSMD reste un moment en collaboration. • Corridors de service et équipe dédiée - Hébergement : Avoir recours à un corridor de services entre les CHSLD et la santé mentale. - SAD : Avoir recours à un corridor de services et un psychiatre répondant entre les équipes SAD et la santé mentale. - Hébergement : Avoir un psychiatre répondant pour les équipes en CHSLD. - DSMD : Avoir un corridor pour les usagers hébergés en santé mentale ou à domicile et qui ont des besoins de soutien à domicile.
Organismes communautaires : • Organismes communautaires bien établis dans la région • Financement adéquat des organismes communautaires • Éclaireurs/veilleurs pour des initiatives en santé mentale promotion-prévention (population générale) (2)	Organismes communautaires : • Manque de ressources financières, de locaux, de ressources humaines, et matérielles pour répondre à l’ampleur des besoins. • Manque de reconnaissance de l’expertise des organismes communautaires et de leur analyse terrain.	Organismes communautaires : • Ajouter des ressources financières, des locaux, des ressources humaines, et des ressources matérielles, autant dans le réseau que dans les organismes communautaires, pour répondre à l’ampleur des besoins d’une population en croissance et vieillissante.

© Comité du RUISSS de l’Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l’utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
Communication : • Faire connaître les ressources (publicité, annonce radio/télévision, bottin à jour des organismes pour tous les intervenants, portes ouvertes, tournée locale /activités spectacles (table des aînés), etc.)	Communication : • Manque d'informations sur l'ensemble des ressources disponibles. • Manque de communication entre les différents services disponibles à la personne. • Littératie numérique. • Compréhension du système de santé. • Complexité des communications avec l'enjeu de la langue. • Données accessibles via la santé publique locale sur la prévalence des maladies et les déterminants de la santé, mais il faut aller les chercher.	Communication : • Mettre en place des stratégies de communication entre les différents services, directions, organismes communautaires et institutions qui offrent des services à la même population. • Sensibilisation dans les différentes RPA et RI afin d'outiller le personnel à intervenir. • Sensibilisation à l'ensemble du réseau de la santé, à la concomitance de la santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement • Outils provinciaux disponibles en français, anglais, innus et naskapi Outils électroniques, mais peut-être aussi papier, certaines personnes âgées n'ont pas accès à Internet (pour les affiches ou dépliants dont il est difficile pour les établissements de faire l'impression). • Développer des outils vulgarisés et facilement accessibles portant sur l'ensemble des ressources disponibles • Équipe de communications pour avoir de nouvelles idées pour rejoindre la population. Promotion des services SAD à faire. Amélioration de la communication entre les équipes : connaître et respecter les rôles de chacun, connaître l'offre de service de chacun et travailler en collaboration.
Logement : • Entente signée avec les villes pour l'encombrement/troubles d'accumulation.	Logement : • Enjeu d'accès aux logements abordables, qui fragilise le maintien à domicile et contribue au phénomène d'itinérance parmi la population ainée (2)	Logement : • Faciliter l'accès au logement en itinérance et personne âgée

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe intervention de crise

Le **tableau 4** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe intervention de crise. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 8**. Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon six thèmes :

- Dotation en ressources humaines
- Programmes/interventions
- Formation du personnel
- Collaboration/concertation
- Organismes communautaires
- Autres

Tableau 4. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe intervention de crise

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
Dotation en ressources humaines : • Centre de crise ou escouade (24/7) en santé mentale et présence d'intervenants (incluant sociaux) 7j/7 en SAD (2) • Support des équipes santé mentale aux intervenants SAD au besoin • Service Info social qui intervient sur toutes les situations nonobstant les profils cliniques • Garde sociale • Santé mentale : agent de liaison urgence, AEO 811, fiche SRISIS, fiche FIP (fiche d'intervention policière), Équipe ABC • Équipe mixte policiers/travailleurs sociaux dans la communauté. • Présence d'une équipe de psychogériatrie	Dotation en ressources humaines : • Avoir des intervenants formés et des spécialistes en quantité suffisante (3) • Le manque de RH fait en sorte que par priorisation, on garde seulement un intervenant au dossier. • Impossible de spécialiser certains intervenants afin de développer une expertise. • Parfois un long délai de la réponse du 811 • Hébergement : manque de régularité du personnel, pénurie de personnel • Dès qu'il y a une crise chez un résident ayant un problème de santé mentale en CHSLD, étant donné le manque de moyen et de ressources spécialisées, il est dirigé en CH, ce qui congestionne le réseau et qui ne nous permet pas de développer l'expertise nécessaire	Dotation en ressources humaines : • Avoir une équipe dédiée mobile pour les interventions de crise (4) • Avoir accès à un professionnel répondant en santé mentale pour la Direction hébergement des aînées lors de situation complexe. • Avoir une équipe médicale et professionnelle dédiée en SM/SAD pour intervenir auprès de cette clientèle lorsqu'une crise survient et que le soutien SM demeure tout au long de l'épisode de service (2) • Ajout de poste de travailleurs sociaux dans les CHSLD. • Hébergement : Prioriser personnel régulier et formé • Accès facilité à un médecin et à une équipe de soutien.
Programmes/interventions : • Responsabilité de chaque direction pour les usagers connus	Programmes/interventions : • Difficulté à avoir accès à une expertise en psychiatrie lorsque le résident est considéré stable au niveau de la santé mentale donc plus suivi par ce service et qu'il manifeste des signes de décompensations. Le seul	Programmes/interventions : • Co-intervention entre le SAD et l'équipe spécialisée en SM avant que la situation se dégrade • Débuter des interventions par le médecin de famille. • SAD : Corridor formel de services à développer avec

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	recours est l'urgence ce qui amène un engorgement. • Manque d'accès au niveau de l'hébergement adapté dans la communauté rendant difficile la relocalisation des clientèles concernées (3) • Les ressources sont peu connues par les prestataires de services (2) • À partir du moment où le SAD s'implique auprès de ce type de clientèle, le soutien des équipes de santé mentale ou dépendance devient difficile à avoir. Le SAD doit assumer tous les coûts associés. • Consommateurs en CHSLD – ressources dédiées pour ce type d'usagers • Centre de crise a un escalier pour se rendre aux chambres, ceci est un enjeu important pour la clientèle vieillissante.	l'équipe itinérance et dépendance (3) • Hébergement : Avoir recours à un corridor de services entre les CHSLD et la santé mentale (2) • Adapter les services / centres de crises au niveau de l'environnement physique et de l'approche • Mettre en place un projet national de déploiement d'un modèle de services de crise et de traitements intensifs brefs dans la communauté spécifique aux personnes âgées, en complément des mesures en déploiement pour les adultes (ABC et TIBD). Inclure dans le modèle les personnes qui sont hébergées en CHSLD par manque de ressources d'hébergements spécialisées.
<u>Formation du personnel :</u> • Formation des intervenants SAPA (OMEGA pour les services psychiatriques et Vigie sécure pour les services d'hébergement) (2) • Prévention du suicide et interventions en SAD • Formation et gouvernance (leadership)	<u>Formation du personnel :</u> • Manque de formation en SAD et en hébergement pour intervenir en situation de crise	<u>Formation du personnel :</u> • Offrir une formation de base concernant l'intervention de crise reliée à la problématique de santé mentale (suicidaire, homicide, OMEGA, etc.) (4) • Outils de dépistage et de repérage/pour les familles : épuisement/répit manque ressource
<u>Collaboration/concertation :</u> • Partenariat entre les leaders cliniques SAPA-SAD et l'équipe itinérance afin de fédérer les intervenants. • À l'hospitalisation: comités en collaboration avec les agents socio-communautaires. • Réponse harmonisée pour tout Montréal	<u>Collaboration/concertation :</u> • Confidentialité entre les différents partenaires • La notion d'aptitude vs inaptitude des usagers • DSAPA de plus en plus ouvert à intervenir sans marqueur d'âge numérique, mais demeure une pratique à déconstruire avec la clientèle SM, dépendance et Itinérance qui ont des profils gériatriques.	<u>Collaboration/concertation :</u> • P38 facilité pour la gestion de cas, policière communautaire attitrée à l'équipe de gestion de cas
<u>Organismes communautaires :</u> • Communication et collaboration étroite des intervenant.es au niveau local avec le service régional en itinérance.	<u>Organismes communautaires :</u> • Manque de formation pour les intervenant.es du milieu communautaire et pour le SAD pour intervenir dans ces situations.	<u>Organismes communautaires :</u> • Adapter l'offre de services des partenaires communautaires pour répondre aux besoins des clientèles vieillissantes.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	• Difficultés de rejoindre des ressources qui peuvent se déplacer sur le lieu de la crise.	
	Autres : • Notion des droits des usagers par rapport au besoin de protection • Stigmatisation • Enjeux d'obtention des ordres de la cour	

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires

Le **tableau 5** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 9**.
Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon cinq thèmes :

- Collaboration/concertation
- Programmes/interventions
- Dotation en ressources humaines
- Communication
- Autres

Tableau 5. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
Collaboration/concertation : • Tables locales et régionales de concertation intersectorielles pour favoriser l'arrimage (5) • Intégration dans les équipes du CIUSSS de représentants d'organismes communautaires (paire aidante et soutien au logement) qui facilitent le lien entre l'organisme communautaire et le CIUSSS. • Service d'intervention de proximité (SIP) avec un intervenant désigné pour cette clientèle. • Implication des organisateurs communautaires (2) • Comité régional intersectoriel sur le trouble d'accumulation ou l'itinérance (2)	Collaboration/concertation : • Tables locales parallèles (aînés d'un côté, santé mentale d'un autre) • Leadership des tables de concertation est fluctuant selon la région ou selon la vocation. • DPSMD ne participe pas systématiquement aux Tables portant sur les personnes âgées	Collaboration/concertation : • Échanges/ concertation pour recherche de solutions en continuelle réflexion (2) • Développer des ententes de collaboration/corridor de services et bien définir les rôles et responsabilités (2) • Table de concertation pour les troubles concomitants à bien définir pour la participation de tous les partenaires. • Trajectoire pour les Éclaireurs et les Sentinelles

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
• Hébergement : Ententes de places • Présence d'intervenant SAD sur certaines tables de concertation d'organismes communautaires. • Ententes entre le CIUSSS et les partenaires externes ; intervenant.es dédié.es au programme (ex. : Projet Les Éclaireurs) • Ententes pour le logement: héberge usagers qui présentent de plus gros défis • Partenariat avec les entreprises d'économies sociales • Ententes avec les partenaires (ex. Société Alzheimer) pour des mesures de répits (SAPA et PSMD) (2) • Respect et renforcement de l'autonomie des partenaires communautaires.		
<u>Programmes/interventions :</u> • Trajectoire entre RHU(T) et le CIUSSS pour les personnes en perte d'autonomie désaffiliées • Service de gériatrie sociale • Trajectoire itinérance • Centre de prévention du suicide • Organisme La Cordée responsable du service Réseau aîné SM • Coopérative des services à domicile qui dessert la clientèle SM et perte d'autonomie • Centre de crise communautaire	<u>Programmes/interventions :</u> • Peu d'organismes prenant en charge les clientèles complexes avec concomitance (6) • Le niveau de complexité des usagers permet difficilement l'intégration aux activités actuelles dans les organismes communautaires • Manque d'hébergement d'urgence ou de dépannage (2) • Absence de services en itinérance pour répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive / physique liée au vieillissement présentant aussi un problème de santé mentale. Les organismes communautaires se sentent impuissants et n'ont pas la capacité clinique et organisationnelle pour les accueillir. Refus quasi systématique. Vieillissement prématuré de cette population vulnérable qui présente des enjeux de perte d'autonomie à un jeune âge et ne cadre pas avec les services	<u>Programmes/interventions :</u> • Panier de services minimal et plus cohérent d'une MRC à l'autre. Pourrait être appuyé sur des exigences au PSOC. • Offre de services à diversifier pour augmenter la prise en charge dans la communauté, augmenter le financement aux organismes pour cette clientèle • Développer des offres de services/activités adaptées au continuum de besoins de cette clientèle (3) • Formation adaptée aux particularités de cette clientèle pour les partenaires, soutien financier pour adapter les environnements physiques • Obtenir plus de logements sociaux accessibles pour cette clientèle • Identifier des lits d'urgence sociale en SM • Permettre à la personne hébergée de participer aux activités des organismes communautaires ou

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	communautaires offerts ni dans les services réguliers du RSSS tel que SAPA, vu leur « plus jeune âge ». • Les milieux pour clientèle en itinérance ne sont pas tous nécessairement adaptés à la clientèle en perte d'autonomie (trouble de mobilité ou besoins en soins) et à la clientèle avec une consommation active.	développer des activités avec les partenaires de la communauté dans nos CHSLD pour cette clientèle
<u>Dotation en ressources humaines :</u> • SAD : Personnel dédié pour être en lien avec les organismes communautaires. (Ex : éducateur de l'urgence dédié à la recherche de solution pour les usagers itinérants qui se présentent à l'urgence par manque de ressource) • Création d'un poste de coordination au réseau local de santé et des partenariats	<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Pénurie de main-d'œuvre dans les OC (3). • RH menant à se concentrer sur les problèmes prioritaires vs projets secondaires ou novateurs qui nous permettraient peut-être une meilleure collaboration (2) • Même lorsque les milieux sont adaptés physiquement, les OC n'ont pas les ressources humaines pour adapter le ratio intervenant / usager pour répondre aux besoins de cette clientèle.	<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Déploiement éventuel d'une équipe régionale sous le modèle Task-Force pour les troubles d'accumulation • Organisateur communautaire dédié à la santé mentale • Financement additionnel requis pour déployer une équipe spécifique.
<u>Communication :</u> • Portes ouvertes pour la présentation des services offerts. • Mise à jour régulière d'un bottin des organismes	<u>Communication :</u> • Les ressources sont peu connues par les prestataires de services • Services des OC pour la clientèle en perte d'autonomie pas très bien connus des intervenants en SM. • Communication difficile en raison de la distance physique avec les organismes et augmentation de charge administrative	<u>Communication :</u> • Faciliter le lien avec les organismes en diminuant les autorisations, les signatures, les papiers, bref la lourdeur administrative. • Développer la connaissance des services des OC chez le personnel des CISSS et CIUSSS (3) • Élargissement de la connaissance des partenaires communautaires des réseaux personnes âgées, santé mentale, dépendance et itinérance.
<u>Autres :</u> • Soutien organisationnel et financier à la mission globale et par convention d'activités spécifiques/projets ponctuels offerts à divers organismes communautaires œuvrant auprès de ces clientèles sur le territoire	<u>Autres :</u> • Sous financement des ressources communautaires (2) • Financement par clientèle • Stigmatisation de la clientèle santé mentale • Dans le contexte du programme des Éclaireurs, il n'y pas de financement à la mission pour les organismes, ce sont souvent des appels à projets, donc cela peut mener	<u>Autres :</u> • Favoriser l'animation de communauté de pratiques SAPA-santé mentale • Assurer la pérennité des services offerts aux familles par les organismes communautaires

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	à un épuisement des partenaires • Lorsque les personnes âgées reçoivent des services par des équipes variées, il peut être plus difficile de développer des liens de collaboration fluides avec les organismes communautaires. • Limites des installations des organismes communautaires afin d'être un milieu receveur • Manque de logement social pour les itinérants qui sont en croissance dans la région. Le SAD doit assumer les coûts associés.	

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe proches aidants-famille

Le **tableau 6** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe proches aidants-famille. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 10**.

Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon cinq thèmes :

- Programmes/interventions
- Dotation en ressources humaines
- Organismes communautaires
- Communication
- Autres

Tableau 6. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe proches aidants-famille

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
Programmes/interventions : • Promotion de la ligne d'écoute téléphonique. • Déploiement du guide des bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale (2) • Utilisation de l'histoire de vie et participation active, implication dans le plan d'intervention des proches aidants en hébergement • Avoir une offre intégrée de service pour les proches-aidants	Programmes/interventions : • Services de répits bien développés en SAPA, mais très peu en santé mentale • Manque d'expertise dans les CHSLD et le nombre insuffisant de travailleurs sociaux dans les CHSLD. • La méconnaissance des bonnes pratiques et des limites de la confidentialité pour impliquer activement les proches	Programmes/interventions : • Ouvrir les CES à la santé mentale et développer utilisation de la plateforme Répit-aidant pour tout type de clientèle. • Offrir des ressources pour encourager les familles hors région à se déplacer pour aider leurs proches. • Intégration de la technologie pour inclure davantage les familles • Évaluer les besoins des proches de ces clientèles

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
		• Impliquer la famille dans l'identification de solutions, travailler en collaboration lorsque c'est possible • Augmenter le financement aidant-famille et développer des mesures de soutien et de formation. • Offre de groupe pour les proches aidants (informations, ressources, etc.); • Poursuivre la coparticipation des directions au projet «Partenaire chez soi avant tout»
<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Personnel stable et engagé qui a le réflexe de référer aux familles • Création d'un poste de coordination en proche aidance (2)	<u>Dotation en ressources humaines :</u>	<u>Dotation en ressources humaines :</u>
<u>Organismes communautaires :</u> • Organismes communautaires dédiés aux familles ayant un proche en SM. • Référence du CLSC vers les organismes qui peuvent les soutenir. • Ententes avec les partenaires Ex. Arborescence. Une paire-aidante famille est d'ailleurs intégrée au continuum de services en gérontopsychiatrie. • Ententes : Support financements aux proches aidants et groupe communautaire disponible en partenariat pour support au proche aidant • Certains organismes offrent des ateliers pour les proches aidants.	<u>Organismes communautaires :</u> • Il n'existe pas de groupes communautaires spécialisés en proche aidance famille pour ce qui est du volet dépendance. Il serait intéressant de pouvoir compter sur le vécu expérientiel de proches aidants ayant accompagné une personne vieillissante ayant un trouble lié à la consommation de substances.	<u>Organismes communautaires :</u> • Groupes d'entraide, formations communes, personnes répondantes, bénévoles • Implication des organismes, mieux les connaître. • Entente à explorer auprès des organismes ayant la mission de la proche aidance. • Assurer la pérennité des services offerts aux familles par les organismes communautaires
<u>Communication :</u> • Faire connaître les services disponibles • Présence de comité des usagers actifs qui partagent l'expérience vécue par les usagers/les proches et	<u>Communication :</u> • Faire connaître mieux les services qui leur sont offerts. Responsabilités de nos portes d'entrée AAOR et Info-social à améliorer (2)	<u>Communication :</u> • Organiser une fois par an avec la direction santé mentale des séances d'informations aux proches aidants et famille et leur présenter les services dont ils peuvent bénéficier.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
recommandent des pistes d'amélioration.		• Mieux diffuser et publiciser les formulaires de référence aux organismes de soutien aux proches • Les outiller pour mieux comprendre leurs besoins et les besoins de leurs proches et/ou aller chercher de l'aide au besoin
	Autres : • Vieillissement des proches et l'éloignement géographique, refus de l'usager et/ou de la famille, épuisement des proches, sur-sollicitation de la famille parfois (2) • Peu présent ou absence de proches-aidants-familles (2) • La culture de soins en santé mentale (secret professionnel), de même que le parcours de vie des usagers (isolement social), font en sorte que les efforts déployés afin d'impliquer les proches dans les processus cliniques, selon la volonté de la personne, peuvent être moins soutenus. Cette réalité particulière doit être prise en compte dans les plans stratégiques de renforcement des pratiques visant les facteurs de protection. • Enseignement, soutien et implication des familles. Les familles sont parfois mécontentes de voir le proche dans une unité fermée. Parfois, ils n'ont pas les renseignements, l'enseignement et l'information requis pour comprendre l'état de santé du proche, ce qui crée de la frustration et qui finit par des plaintes aux différentes instances. • Difficulté à intégrer des aidants à des comités cliniques. Les aidants-familles offrent une multitude de soins à leurs proches suite à nos incapacités de tout compenser. Il y a de nombreux besoins ne pouvant être unique ente répondue par le SAD.	Autres : • Inclure un usager partenaire ou proche aidant partenaire dans les travaux afin de prendre la voix des usagers/proches aidants en considération dans la recherche de solution • Émettre des orientations formelles d'inclusion de proches-aidants familles ayant une expérience comme proche-aidant d'une personne âgée présentant des enjeux de santé mentale, dans les équipes santé mentale. • Besoin de soutien offert aux proches aidants: Reconnaissance financière, organismes de soutien, des crédits d'impôt et programmes gouvernementaux en proche aidance, etc.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Obstacles/enjeux	Pistes de solution
	• Communication, âgisme, problèmes de santé	

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès

Le **tableau 7** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 11**. Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon cinq thèmes :

- Collaboration/concertation
- Programmes/interventions
- Dotation en ressources humaines
- Communication
- Organismes communautaires
- Autres

Tableau 7. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solution
Collaboration/concertation : • Collaboration inter direction pour les cas complexes/comités inter-programmes (5) • Rencontres de suivi fluidité stratégique, tactique et opérationnel • Professionnel répondant en place afin de supporter les autres directions. • Structure de concertation au MAH avec les directions impliquées sous le leadership de la DSM (2) • Hébergement : Corridor de service, ententes en place, fluidité hospitalière • SAD : Accès facilité aux travailleurs communautaires à notre guichet d'accès PPA (possibilité de référencement ou de consultation face à des problématiques diverses) • Développement de trajectoire efficace: guichet SAPA, accueil centralisé. • Implantation du mécanisme d'accès en santé mentale	Collaboration/concertation : • Manque d'un lieu de concertation entre les différentes parties prenantes impliquées dans le continuum de services pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. • Application stricte des critères d'admissibilité par les programmes, ce qui rend complexe la collaboration et à la cogestion clinique des dossiers. (SIV, SIM, guichet d'accès MAR). • Dans les opérations, on sent un manque de concertation entre le MAR et le MAH. L'arrimage entre ces instances doit être facilité. • Le recours à l'hospitalisation en contexte de relocalisation de la clientèle doit être le plus possible éliminé.	Collaboration/concertation : • DSMD : Intégration d'un représentant du SAD au sein du comité interne en itinérance. • Amélioration et partage de l'expertise entre la gériatrie, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie dans le continuum de la personne âgée autant en intra hospitalier qu'en suivi externe ou en CHSLD. • Faire tomber les barrières entre nos services. Assouplir les critères d'admissibilité dans les différentes directions. Être imaginatif, sortir des zones grises. Travailler ensemble dans les zones grises. Étirer nos missions chacun de nos côtés. Acceptabilité des patients sans domicile dans les services. • Une approche plus proactive d'accompagnement de la clientèle avant qu'elle se désorganise trop devrait être renforcée.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solution
encourageant le principe du « No wrong door » • Programme ESPOIR - « reaching out » et accessibilité augmentée par le travail de proximité. • Participation à différentes tables de concertation locale. Travail de collaboration qui repose sur les individus en place		
<u>Programmes/interventions :</u> • Élargissement des admissions en santé mentale pour des clientèles vieillissantes permettant de soutenir les intervenantes SAD dans leur suivi. • Cellule itinérance (SAPA-SM-Itinérance). Évite des intégrations en CHSLD, car activités misées sur le maintien de l'autonomie. • Projet novateur de l'accès intégré et harmonisé (AIH) du CIUSSCN • Téléconsultation avec les spécialistes, référencement vers équipes SIM-SIV. • Interventions de proximité (interventions possibles à domicile dans certains sous-programmes : dépendance, SIV-SIF	<u>Programmes/interventions :</u> • Critères d'accès stricts âge, critères d'admissibilité dans les programmes services tels qu'avoir une adresse, un domicile, une stabilité résidentielle. La détermination des services est souvent faite à partir du diagnostic et non des besoins de la personne. • L'offre de services CISSS non adaptée en comorbidité SAPA/dépendance-santé mentale-itinérance • Les zones grises entre la psycho-gériatrie, la gériatrie et la gérontopsychiatrie. Interférence d'enjeux propres à la réalité des spécialisations médicales dans des processus d'accès qui doivent d'abord prendre en compte les besoins et objectifs des usagers en favorisant la mise en place des services de proximité, soit de CLSC (SAD et santé mentale) • Nombre de places insuffisant en hébergement temporaire et permanent pour les résidents ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance (6) • Présence de listes d'attente qui freine l'accès aux services des équipes spécifiques et spécialisées (psychiatres, gérontopsychiatres). • Peu de programmes services accompagnent les usagers dans la communauté et offrent des services adaptés à leurs	<u>Programmes/interventions :</u> • Développer des offres de soins et services conjoints DSAPA-DSMDI • Développer des offres de soins et services DSMDI mieux adaptés aux personnes âgées, notamment dans le continuum des troubles mentaux courants de 1ère ligne (2) • Trajectoire facilitatrice avec un intervenant en santé mentale qui serait la porte d'entrée • Déploiement d'une équipe complète en services spécialisés. • Avoir un département sécuritaire (barré) dans un type de milieu de vie adapté à la clientèle âgée ou le personnel est formée pouvant fournir des soins adaptés. • Développer davantage de places pour la clientèle ciblée • Déploiement de l'équipe ABC, mais envisager la possibilité d'avoir un volet personnes âgées, gérontopsychiatrie pour mieux cibler leurs besoins et avoir une approche mieux adaptée • Développement de milieu adapté permettant d'héberger des personnes vieillissantes. Faciliter les processus pour les résidents présentant différentes problématiques • S'assurer que dans les RI-RTF santé mentale la configuration physique permet aux résidents d'y demeurer le plus longtemps possible (jusqu'à un profil CHSLD). • Avoir un corridor de service santé mentale hébergement.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solution
	besoins, tout le monde manque de temps et de ressources pour répondre à des besoins particuliers. • Manque de places en RI RTF. Besoin de places spécialisées en dépendance, en situation de crise aussi. • Milieux appropriés à la gestion de TC à dangerosité élevée et TC de nature sexuelle avec risque pour autrui pourraient être développés si financés.	(psychiatrie et gérontopsychiatrie) (2) • Assurer l'accès aux services santé mentale pour les personnes âgées via les mécanismes existants en 1e ligne et soutenir la concertation entre les équipes SAD et santé mentale 1e ligne. • Milieux appropriés à la gestion de TC à dangerosité élevée et TC de nature sexuelle avec risque pour autrui pourraient être développés si financés.
	<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Manque de ressources humaines pour prise en charge au SAD et en SM. • L'absence d'intervenants dédiés à l'itinérance. • Difficulté au niveau de l'offre de soins infirmiers et de dispensation des AVQ-AVD dans la communauté auprès de la clientèle vieillissante de la DSMDI. La DSMDI n'offre pas de SAD – volet AVQ-AVD pour les usagers ayant des problèmes de santé physique ou liés au vieillissement expliquant la perte d'autonomie. • Accès difficile aux psychiatres et gérontopsychiatres si la demande de consultation ne provient pas du md de famille ou si hors trajectoire CRDS (ex. : urgentologue des urgences pour usagers non admis) • Absence d'équipes de type TIBD, SIM-SIV pour usagers de plus de 65 ans;	<u>Dotation en ressources humaines :</u> • Création d'un poste partagé entre le SM et le SAD facilitant le travail d'équipe. • Identifier une personne de référence pour aider à dénouer les impasses lors de refus d'usager vivant de l'itinérance ayant besoin d'hébergement (une personne par RLS pourrait participer aux discussions de cas complexe et aider avec son expertise). • Intégrer des IPSSM dans les équipes SAD et faciliter l'accès aux IPSSM pour les équipes santé mentale 1e ligne soutenant des personnes âgées présentant des besoins en santé physique. • Structurer un modèle de soutien-conseil par les équipes de gérontopsychiatrie auprès des équipes de 1e ligne (autant dans les équipes SAD que les équipes santé mentale 1e ligne) et les milieux de vie accueillant des personnes âgées (RPA, CHSLD, etc.), où nécessairement une partie de la population présente des enjeux relevant de l'expertise développée en SMDI. Des besoins de soutien conseil et de développement de compétences non-satisfaits par les équipes SCPD ou les consultations médicales

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solution
		psychiatriques sont identifiés et un modèle formel gagnerait à être développé pour y répondre. • Augmentation du personnel au Guichet d'accès SAD pour répondre aux nombreuses demandes. Formation sur les différentes trajectoires possibles. • Augmentation du ratio personnel/résident dans les ressources à double vocation SAPA et santé mentale
<u>Communication :</u> • Informatisation, promotion de nos différents services RNI en santé mentale • Courriel non nominatif pour le guichet SAD. Facilite les communications/nos AAOR incluant un mécanisme d'accès pour échanger et orienter les dossiers.	<u>Communication :</u>	<u>Communication :</u> • SAPA-SAD : Mieux partager les portes d'accès CIUSSS et l'offre de service à la population. • Bonifier la communication lors d'un transfert en CH d'un usager et le suivi entre les secteurs.
<u>Organismes communautaires :</u> • Mise en place de mécanismes de référencement. • Création de la fonction de navigatrice pour les réseaux Éclaireurs et Sentinelles visant à faciliter la communication et les échanges d'infos entre les partenaires. • La Ligne « aînés » est considérée un atout dans le quartier (AH-BC) par les aînés, car l'accès est facile et immédiat. Ce service rassure et réfère l'aîné à des services selon les besoins.	<u>Organismes communautaires :</u> • Difficulté à mettre en place ou pérenniser certaines approches de proximité dans la région.	<u>Organismes communautaires :</u> • Améliorer l'accès aux services du réseau de la santé ou organismes en facilitant la prise de contact et clarifiant le fonctionnement du système de la santé au Québec. Les personnes ne savent pas où se diriger quand ont un besoin ou souci de sa santé. Ils sont perdus, surtout la clientèle aînée. • Le cheminent vers la technologie est nécessaire, mais il faut toujours penser à l'accès des personnes moins (ou pas) à l'aise avec la technologie. Donc, construire un système facilitant la prise de contact avec une clinique, un médecin/infirmière, etc. est primordial si nous avons en considération les aînés plus âgées dans notre province. Le service du 811 est précieux, mais peu de personnes sont encouragées à l'utiliser (méconnu, pourrait avoir plusieurs langues, etc.).
<u>Autres :</u> • Leadership (gouvernance), ententes, ajout de ressources (lits)	<u>Autres :</u> • Les refus des usagers vivant de l'itinérance à aller en hébergement.	<u>Autres :</u> • Budget pour le transport des proches aidants, lieux pour les héberger à faible coûts,

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solution
• Planification d'une gouvernance décisionnelle	• Augmentation des situations des hommes (moins de 70 ans) avec des problématiques de consommation qui ne sont pas libérés des CH si on ne trouve pas de plan d'hébergement, avec des AJS qui sont très difficile à appliquer dans les CHSLD avec des ainés • Fermeture de plusieurs RPA qui desservaient une clientèle atypique • Difficulté d'accessibilité des bâtiments (pas adapté aux fauteuils roulants ou autre problème de mobilité) Aussi difficulté d'accès pour l'offre de service de thérapie : douche, salle de bain, marches (accès extérieur difficile en raison du lieu physique de l'établissement).	places en RIRTF, MDA, CHLSD, autres pour cette clientèle

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations

Le **tableau 8** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 12**.
Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon six thèmes :

- Programmes/interventions
- Collaboration/concertation
- Gouvernance
- Dotation en ressources humaines
- Organismes communautaires
- Autres

Tableau 8. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
<u>Programmes/interventions :</u> • Disponibilité d'une équipe ABC (5) • Disponibilité des équipes dans la communauté – selon le modèle de l'IPAM -TIBD -UIB • Disponibilité d'une équipe HDRC (Hôpital à domicile et résolution de crise) et TIBD • Disponibilité des équipes FACT et du SIAD. Liaison au CH qui est en	<u>Programmes/interventions :</u> • Difficulté à intensifier à domicile. Beaucoup d'attente des milieux adaptés fait en CH. • Personnel de RI pas toujours formé pour accueillir des patients de SM.	<u>Programmes/interventions :</u> • Développer des milieux d'hébergement et services adaptés pour les clientèles présentant de multiples besoins (santé physique, santé mentale et vieillissement). • Création de lits de crise/lits de dépannage

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
gestion matricielle sous la direction SAD et la direction de la santé mentale • Disponibilité d'un centre de crise • Unité de stabilité rapide • Retour à domicile avec services partagés. • Disponibilité de places d'hébergement temporaire et transitoire en SM • Disponibilité de soins postaigus ou subaigus adaptés pouvant accueillir la clientèle SM • Hébergement : Corridor de service existant, consultation psychiatre ou gérontopsychiatre, personnel formé • Clinique externe de gérontopsychiatrie offre un traitement médical à l'usager, des interventions psychosociales et soutient la famille pour éviter le recours à l'hospitalisation • Trajectoire pour les usagers ayant un SCPD consultant à l'urgence sans requis d'hospitalisation (inclut une cellule de concertation). • Utilisation des lits de désengorgement de l'urgence pour les usagers ne nécessitant pas le plateau hospitalier et nécessitant un lieu d'hébergement en urgence • Suivre l'évolution de la fréquentation des salles d'urgence de façon granulaire (vieillissement vs psychiatrie vs dépendance) pour tracer les bonnes trajectoires.	• Manque d'hébergement répondant aux besoins temporaire et permanent (2) • Absence de milieu d'hébergement d'évaluation, stabilisation dans le but de statuer sur la meilleure orientation • Absence de milieux pour les usagers judiciarisés, instables résidentiels de longue date, marginaux, etc. • Absence de milieux avec tolérance élevée à la consommation (''wet shelter'') avec soins et services pour personnes âgées • Refus de libération des NSA dans les CHSGS car le plan de sortie n'est pas assez sécuritaire (visions différentes au sujet de la gestion des risques hôpital vs communauté) • Les diagnostics de TNC sont souvent posés dans un contexte d'épisode de soins en CH, dès que le diagnostic est posé, le retour dans le réseau de la santé mentale n'est plus possible. • SAD : Peu de ressources d'hébergement d'urgence pour la clientèle itinérante et l'impossibilité de réserver une place d'hébergement à l'avance. (Ex pour la clientèle qui requiert une chirurgie d'un jour et qui aurait besoin de repos/convalescence le jour de la chirurgie, il n'est présentement pas possible de prévoir une ressource pour accueillir l'usager, ce qui occasionne une durée de séjour en hospitalisation plus grande.) Peu de ressource disponible pour une clientèle itinérante qui requiert des soins infirmiers temporaires (antibiothérapie, traitement d'une plaie etc.) • Surutilisation des urgences des établissements en	disponible pour les personnes âgées. • Établir un corridor de services afin d'avoir accès à un intervenant en santé mentale ou évaluation en psychiatrie pour les résidents de CHSLD ayant des problématiques de santé mentale lors de désorganisation (3). Prévoir un outil de transfert d'informations avant l'admission d'un résident ayant des facteurs de vulnérabilité à risque de décompensation. • Accès à des équipes spécialisées sur le terrain en temps opportun. Avoir une équipe mobile santé mentale, dépendance et itinérance. Avoir accès à de la téléconsultation. • Concertation entre les équipes du HDRC, TIBD, SIAD et SAD pour l'hospitalisation et le maintien à domicile pour une clientèle âgée et nécessitant des soins physiques et de santé mentale. • Avoir des plans d'intervention avec plan de contingence en cas de crise ou de décompensation

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	dehors des heures ouvrables (soir et fin de semaine)	
Collaboration/concertation : • Connaissances des différentes opportunités/organismes/ressources permettant de référer aux bonnes personnes. • Étroite collaboration avec les psychiatres, transfert temporaire d'un usager dans une autre ressource, LSA, comité d'arrimage avec les courtes et longue durée, intensification des services dans la ressource • Mécanisme d'accès à l'hébergement régional et des RI dans tous les RLS avec des profils clientèles avec comorbidités, dépendance.		Collaboration/concertation : • Améliorer les liens entre les spécialistes et médecins de famille. Plus d'interventions des médecins de famille, mais supportés par les spécialistes. • Développer un partenariat entre les programmes SAPA et santé mentale et l'accessibilité des services. • Augmenter le partenariat avec les RPA et les SAD pour diminuer les hospitalisations non urgentes
Gouvernance : • Support de la direction et leadership : Plan d'action facilitant les accès au service de la communauté : etc. Pré transfert à l'urgence RI-RPA • Regrouper sous une seule direction SAPA : Équipes SIV (suivi d'intensité variable) -SIF (foyer de groupe en santé mentale, services d'hébergement et le mécanisme d'accès à l'hébergement	Gouvernance : • Manque de ressources financières : besoin de financer de nouveaux projets et ne pas juste financer des projets existants • Les partenaires privés refusent plusieurs dossiers lors d'enjeu de dépendance. Les contrats SAPA n'incluent pas la santé mentale ni dépendance	Gouvernance : • Ressources financières additionnelles pour créer les ressources en communauté et en hébergement avec des ressources humaines formées et les budgets nécessaires.
Ressources humaines : • Personnel dédié ou engagé et ajout de ressources • Un intervenant SM qui peut soutenir une ressource d'hébergement SAD	Ressources humaines : • Manque de personnel (3) (ex. : pour le développement de différents projets, pour évaluer les situations, donner les services répondant aux besoins des usagers à domicile ou dans leur milieu de vie, etc.) • Hébergement : Régularité du personnel, pénurie de personnel • Formation des équipes des mesures alternatives à l'hospitalisation en santé mentale (ABC, UIBP et TIBD) devrait inclure des volets spécifiques pour les aînés ayant un profil concomitant santé mentale et vieillissement.	Ressources humaines : • Favoriser la rétention/stabilité du personnel dans le réseau (2)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	Organismes communautaires : • Manque de ressource d'hébergement adaptée aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance.	Organismes communautaires : • Développer une ressource d'hébergement adaptée aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance.
	Autres : • Lorsque la personne n'a pas la capacité financière de payer son hébergement • Lorsque toutes les ressources d'hébergement en itinérance de la communauté ont été utilisées par l'usager et que ceux-ci ne veulent plus l'admettre.	Autres : • Budget d'hébergement pour aider ces usagers vulnérables • Développement de solutions résidentielles en partenariat DSAPA-DPSMD avec quelques lits de convalescence pour la clientèle plus vulnérable.

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques

Le **tableau 9** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 13**. Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon cinq thèmes :

- Programmes/interventions
- Ressources humaines
- Formation du personnel
- Gouvernance
- Autres

Tableau 9. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
Programmes/interventions : • Définir et mettre en place des trajectoires SAPA-SM-Dépendance-itinérance, comités de coordination inter programmes avec un volet codéveloppement. • Rôle du gestionnaire de cas, dans le cas des dossiers complexes permet de se concerter et coordonner dans les actions auprès de la clientèle. • Invitation d'intervenants en santé mentale à des rencontres SAD pour	Programmes/interventions : • Approche clinique varie d'un programme à l'autre, critères non flexibles, durée d'épisode et rôle pivot qui se distinguent d'un programme à l'autre. Ex. : Outils cliniques (OEMC, grille allocation de services SAD) est exigé en SAPA vs non exigé en SMD. Arrimage à la pièce, formaliser les trajectoires de services pour la clientèle SAPA, itinérance, santé physique et santé mentale. • Plusieurs paliers d'approbation ou de	Programmes/interventions : • Définir et mettre en place des trajectoires/corridors de services SAPA-SM-Dépendance-itinérance (3) • Établir des liens forts entre la psychogériatrie et la psychiatrie pour les personnes vivant les comportements reliés à la santé mentale et problèmes cognitifs • Développer l'expertise de l'approche TGC en CHSLD par la mise en place

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

discuter d'un usager avec une problématique particulière	concertation dans dossiers plus atypiques ou complexes	d'agents multiplicateurs par RLS • Avoir accès à de l'expertise par téléconsultation en gérontopsychiatrie et en sexologie spécialisée en gériatrie • Avoir des milieux d'hébergement institutionnels qui combinent le SAD, SM, Dépendance. • Mettre en place une équipe médicale et professionnelle spécialisée pouvant comprendre et accompagner les équipes en situation de crise ou de cas complexe. (médecin, gérontopsychiatre, pharmacien, TES, TS, inf, patient partenaire…)
<u>Ressources humaines :</u> • Mobilisation des employés face aux meilleures pratiques • Surveillance accrue des enjeux en santé et sécurité au travail • Personnes répondantes (APPR en santé mentale, APPR en dépendance, APPR en itinérance, APPR en maltraitance volet santé mentale et dépendance). Les partenaires peuvent se référer à ces intervenants pour du soutien, expertise, orientation). • Formations communes SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance) • Communauté de pratique • Présence d'intervenants-formateurs internes qui permettent un transfert de connaissances entre les directions et soutiennent la mise en place des meilleures pratiques.	<u>Ressources humaines :</u> • Avoir accès aux ressources spécialisées (experts) au bon moment • Surcharge de travail/liste d'attente volumineuse	<u>Ressources humaines :</u> • Développement d'un professionnel répondant SM-DÉP-SAD • Projet de gérontopsychiatrie qui vise la clientèle SAPA/santé mentale. Par l'approche de soins partagés, l'équipe de gérontopsychiatrie communautaire souhaite augmenter le sentiment d'auto-efficacité des professionnels et des intervenants qui œuvrent auprès des personnes aînées qui présentent des troubles mentaux et/ou cognitifs dans le cadre de leur travail quotidien en offrant du soutien clinique direct ou indirect que ce soit des services du réseau de la santé et des services sociaux comme les services de soutien à domicile ou les acteurs des autres secteurs comme les organismes communautaires, le réseau de l'habitation ou des intervenants d'urgence de première ligne comme le SPVM. Ce projet viendrait appuyer dans la communauté les intervenants locaux. Il serait

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

		un complément à l'offre du SCPD. L'enjeu est le financement à ce stade-ci.
	<u>Formation du personnel :</u> • Développement de compétences précises en lien avec la connaissance de la SM pour le personnel gériatrie et vice versa • Manque de formations/concertations dans nos milieux de vies et d'hospitalisation sur ces types de problématiques • Manque de formation des promoteurs et de certains intervenants dans les CHSLD, RPA ou RI RTF qui contribue à augmenter l'état de crise plutôt que de le résorber.	<u>Formation du personnel :</u> • Formation pratique et outils communs afin d'outiller adéquatement les intervenants sur des approches mixtes SAPA-SM-dépendance-itinérance (4) • Offrir des formations sur la réduction des méfaits • Financer davantage les RI - RTF - RPA pour les formations en prévention du suicide. • Il faut renforcer les expertises présentes de part et d'autre au profit de la clientèle présentant une concomitance de besoins.
<u>Gouvernance :</u> • Structure de concertation inter-directions et inter-programmes • Élaboration d'ententes de collaboration inter-directions.	<u>Gouvernance :</u> • La collaboration inter directions demeure un défi pour les usagers qui sont en situation d'itinérance.	<u>Gouvernance :</u> • Création d'une équipe inter-directions pour la clientèle complexe avec plusieurs diagnostics/problématiques. • Comités de coordination inter programmes avec un volet codéveloppement et partage de connaissances • Recherche des meilleures pratiques pour cette clientèle par les directions soutien (pratiques professionnelles – DSMC, DSI, DERUR). • Mise en place par le MSSS d'une initiative de meilleures pratiques (projets vitrines, pratiques innovantes) • Développer une responsabilité partagée entre les programmes. • Mise en place d'un comité cas complexes animé par direction neutre.
	<u>Autres :</u> • Clientèle présentant des problématiques de santé mentale très stigmatisée intra-CISSS et dans la communauté. Collaboration peut être difficile entre les services en raison de l'absence d'une vision commune.	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe structure de gouvernance

Le **tableau 10** présente une synthèse des principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques. Les résultats détaillés par établissement sont présentés à l'**annexe 14**. Les éléments rapportés par les établissements ont été regroupés selon cinq thèmes :

- Collaboration/concertation
- Programmes/interventions
- Organismes communautaires
- Communication
- Autres

Tableau 10. Principaux facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution pour l'axe structure de gouvernance

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
<u>Tous les établissements ont un ou des comités pour gérer les cas complexes (appellations et niveau fonctionnement différents) :</u> • Comité de cas complexes (5) • Comité des coordonnateurs cliniques • Gestion des NSA (2) • Comité de gestion des lits en hébergement • Comité de fluidité en santé mentale • MAH et/ou MAR • Mécanisme standardisé de 4 niveaux de concertation inter-directions et inter-établissements pour les cas complexes • Comité solutions inter-accès • Comité de coordination clinique et universitaire territorial (CCCU • Etc. <u>Exemples d'autres comités :</u> • Comité tactique en dépendance • Comité de travail sur le continuum de soins pour les personnes âgées incluant des travaux sur la trajectoire, l'accès et le continuum de services en partenariat entre	• Chaque direction clinique a sa structure de gouvernance, mais lorsque des usagers ne sont pas acceptés en SM, on transfère vers SAD et l'hébergement. Un comité de cas complexe animé par une direction neutre, par exemple la DQEPE et qu'un membre du comité d'éthique soit présent. • Du travail reste à faire entre les directions pour s'ajuster aux dossiers « zone grise ». Communication parfois difficile entre les directions; tout le monde tire sur son bout de couverte. Peur de créer un précédent qui pourrait nous nuire dans le futur. • Afin de soutenir les équipes cliniques face aux craintes soulevées en lien avec la responsabilité médicale, nos structures de gouvernance doivent inclure l'optimisation des pratiques qui entourent la mise en place de services privés (surveillance étroite continue) pour les personnes âgées dans les unités psychiatriques et dans les unités d'hébergement • Structure montée sur des DX plutôt que sur des besoins	• Formation d'un comité afin d'élaborer un cadre de référence ministériel SAPA/ santé mentale, dépendance et itinérance. • Établir une structure matricielle de gouvernance pérenne avec des objectifs communs aux besoins de ces clientèles • Structure de gouvernance décisionnelle qui est objective et axée sur le meilleur endroit pour l'usager et ensuite on adapte notre offre de service pour répondre aux besoins en collaboration inter direction avec des trajectoires qui sont claires • Identifier une stratégie d'offre de services pour ce continuum (gériatrie en perte d'autonomie avec une problématique de SM). Trajectoires claires, comité de coordination de services. • Comité de discussion de cas complexes pour les coordonnateurs cliniques de chaque RLS. • Par manque de places, parfois les congés du département sont donnés rapidement, ce qui peut compromettre le retour à domicile. Changer la vision

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
la santé mentale et la SAPA permet d'optimiser la fluidité et l'efficacité des services pour les personnes en analysant l'ensemble des composantes pour la clientèle de 65 ans et plus. • Travail conjoint de gouvernance et stratégiques RIRTF pour les 2 clientèles SAPA/SM	• Aucun continuum existant entre le SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. • La gestion du parc d'hébergement est divisée, absence de responsabilité commune	du personnel (incluant médical) en prévoyant le départ dès l'admission. • Développer des mécanismes efficaces de collaboration SM et SAPA. • Décloisonner les services de maintien à domicile, afin de les adapter au vieillissement prématuré de la clientèle en SM.

Autres facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution

Le **tableau 11** présente une synthèse des autres facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solutions rapportés par les établissements de santé et services sociaux. Les résultats détaillés par établissement sont présentés aux **annexes 15 et 16**.

Tableau 11. Autres facilitateurs, obstacles/enjeux et pistes de solution rapportés par les établissements de santé et services sociaux

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
• Plusieurs formations disponibles sur ENA • Mesure de soutien financière (référence RPA) • Formation pour soutien aux RPA/RI (civilité en contexte de milieu de vie/Vivre ensemble). • Formation de base quant à l'approche quant aux problématiques de santé mental (psycho gériatrie).	• Milieux pas toujours adaptés et très peu de services pour les communautés autochtones • Limites des statuts légaux pour les usagers marginaux avec ou sans judiciarisation et dépendances : AJS? Curatelle? • Pas de volume d'usager qui permet de développer une trajectoire spécifique • L'enjeu de la disponibilité des expertises et des ressources humaines demeure crucial Besoin à court terme de rehaussement des ressources : Besoin en neuropsychologie, besoin en accompagnement, en réadaptation et en coanimation de groupes. • Équipement informatique désuet qui ralentit le processus du travail. • Au niveau de l'hébergement de cette clientèle particulière, l'utilisation de l'OCCI ne donne pas une vision complète des enjeux de santé mentale. Cet outil n'étant pas nécessairement représentatif	• Identifier et orienter les Grands utilisateurs de soins (GUS) • Des chantiers nationaux ou régionaux de développement des pratiques à partir de projets novateurs pourraient aider à stimuler le développement et l'adaptation des services. • Que la SM ait une enveloppe spécifique pour financer les coûts associés aux itinérants • Poursuivre les investissements dans l'offre de service en Gérontopsychiatrie • Offrir des formations obligatoires aux médecins et psychiatres sur les usagers vieillissant souffrant de troubles de santé mentale. • Offrir des formations de sensibilisation et d'intervention à l'attention de tous les professionnels de la santé sur les usagers vieillissant souffrant de troubles de santé mentale.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Facilitateurs	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	de cette clientèle, il est parfois difficile pour eux d'avoir accès à des ressources de la direction. • Pour des services spécialisés, l'enjeu des régions éloignées, loin de la recherche et de l'expertise. • De manière générale, le vieillissement des bénévoles des OC qui offrent certains services. • Difficultés pour les OC de trouver des locaux accessibles pour les personnes à mobilité réduite • On observe une augmentation du nombre d'ordonnances d'hébergement, il serait intéressant d'avoir un portrait provincial • Les employés en RI/RTF santé mentale reçoivent une prime alors que ceux des RI SAPA n'en reçoivent pas. Donc pour la clientèle mixte, c'est un enjeu, car si nous avons une ri mixte, certains employés auront une prime et d'autres pas, enjeu d'équité. • Revoir les conditions d'admissibilités du service de soutien à domicile pour les usagers aux profils santé mentale et ayant une problématique d'autonomie reliée à sa condition de santé mentale. • Amalgame des codes diagnostiques CIM à l'urgence rend difficile de travailler sur des trajectoires spécifiques. Il faut mieux départager les CMD 1600 (psychiatrie), 1700 (dépendance) et 1800 (vieillissement) si l'on veut véritablement adapter les services aux besoins de ces différents profils clientèle.	

Voici les commentaires généraux du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec concernant les **personnes en situation d'itinérance** (**annexe 16**):

Enjeux ou obstacles

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

- Système actuel bâti pour travailler avec des proches aidant, mais les personnes itinérantes n'ont pas de réseau social.
- Besoins de transport des aînés (pas de voiture, pas d'entourage, pas la capacité d'utiliser/organiser le transport adapté/en commun).
- Manque de communication entre les paliers du système de santé. Par exemple, un congé d'hôpital, mais ne peut pas retourner habiter seul chez lui.
- Clientèle en situation d'itinérance n'est pas à l'aise avec la technologie, mais l'accès aux services nécessite des connaissances : demande doit être faite sur internet.
- Clientèle en situation d'itinérance ne possède pas de téléphone. Appel fait au GAP par exemple, devons laisser les coordonnées téléphoniques pour un retour d'appel dans les 24 prochaines heures. Si la personne laisse le numéro de son intervenant, il n'est pas en sa présence lors du retour d'appel et la démarche ne peut alors se faire.
- Soins à domicile refusés pour une personne en bas de 65 ans. Cependant, les personnes en situation d'itinérance présentent une santé précaire (santé de 70 ans alors qu'elle en a 55, par exemple)
- Personne qui est à la rue n'a pas d'adresse donc ne peut recevoir de service à domicile.
- Évaluation de la mobilité ne tient compte que des enjeux de nature physique: Demande refusée si la personne se déplace…. Mais si la personne se déplace en chaise roulante ou avec une canne, cela ne veut pas dire qu'elle a toutes les capacités pour répondre à ses besoins (ex : aller chercher sa distribution alimentaire)
- Souvent, les personnes sans domicile sont orientées vers les services d'urgence en itinérance lorsqu'elles sont à la rue, mais ces services ne sont pas équipés pour héberger des gens ayant des limitations physiques liées à leur vieillissement.

Pistes de solution

- Prise en compte de la globalité des enjeux/problématiques
- Évaluation des besoins en concertation avec les intervenants terrain du dossier
- Suivi SBNI (suivi avec des besoins non intensifs) pour les personnes qui n'ont pas d'entourage et pour qui la gestion/organisation de leur situation est limitée
- Comités d'arrimage SAPA/Service Québec/Service Canada/proche aidant pour dénouer les impasses (avoir des pivots pour répondre les situations qui tombent entre deux chaises). Les personnes âgées itinérantes perdent leurs papiers nécessaires pour faire leur demande de Revenu garanti à compter de 70 ans… ce qui amène des embûches pour avoir leurs sous, et ensuite un logement et ainsi de suite)
- La base préventive de l'itinérance repose sur un ensemble de structure visant l'accès et le maintien au logement. Bien que la santé mentale et la dépendance soient des facteurs de risque, elle n'explique pas à elle seule l'itinérance. Le pouvoir des intervenants les mieux aguerris et les mieux coordonnés se limite le plus souvent à la disponibilité de logements. Au-delà d'un meilleur arrimage de nos programmes-services, les établissements publics doivent faire preuve de leadership pour amener l'intersectoriel à agir efficacement. Le comité devrait profiter de ces travaux pour se pencher sur les stratégies actuellement déployées à ce sujet et émettre des propositions pour les améliorer (s'il y a lieu).

Finalement, voici un commentaire général du CISSS de la Montérégie-Ouest :

Les usagers présentant des enjeux de santé mentale ou de dépendance peuvent bénéficier de services et ressources spécialisés tant qu'ils ont en bas de 65 ans et n'ont pas besoin du soutien à domicile. Dès que les enjeux liés au vieillissement requièrent les équipes de soutien à domicile et/ou de l'hébergement, l'expertise spécialisée est moins disponible, car cette clientèle ne rentre

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

plus dans les offres de services. Les enjeux de maintien à domicile et de pairage aux ressources d'hébergement sont multiples. La SM devrait tout comme le SAD revoir son offre de service pour adapter celle-ci aux besoins évolutifs de sa clientèle. **Il est difficile à l'heure actuelle d'apprécier l'impact réel de la prise en charge de la clientèle vieillissante santé mentale/dépendance/ itinérance en SAD. Cette clientèle est cependant bien présente dans nos charges de cas, mais nous sommes mal outillés pour évaluer concrètement ces impacts.**

L'usager doit rester au cœur de la démarche. On ne peut pas se permettre qu'il tombe entre deux chaises ou qu'il soit accueilli par une direction dont les équipes n'ont pas toutes les connaissances et compétences pour répondre aux besoins de cette clientèle. De plus, le SAD ne devrait pas être utilisé pour une clientèle ambulatoire capable d'aller chercher les services en externe.

Recension de programmes ou outils issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Les résultats détaillés sont présentés dans un document complémentaire (disponible sur demande) intitulé « *Recension des programmes ou outils issus de la recherche à l'intention des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance* »

Peu de programmes ou outils ont été recensés, dont plusieurs sont en cours de développement ou sont une publication à venir:

Types	Courte description
Guides	À venir : **Guide sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie** (document en phase de validation / relecture. Il devrait être rendu disponible publiquement au cours des prochains mois) Pour information : Laurence D'Arcy, APPR Institut universitaire sur les dépendances (IUD), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, laurence.darcy.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca Autres informations disponibles sur le site internet de l'Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal : • Dossier personnes âgées : https://iud.quebec/fr/amelioration-des-pratiques/outils-et-guides/populations-specifiques/personnes-agees • *Dossier:* Dépendances et vieillissement (documents + un webinaire): https://iud.quebec/fr/amelioration-des-pratiques/transfert-de-connaissances/dossiers-thematiques/dependances-et-vieillissement
	Guide médical en soins de longue durée – section sur la prise en charge des troubles liés aux substances Outil clinique à destination du personnel médical amené à intervenir auprès des résident(e)s en CHSLD qui consomment des substances psychoactives. Disponible sur le site web : https://mdsld.ca/

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Types	Courte description
	Pour information : mission.universitaire.iugm.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
	Guide clinique québécois d'accompagnement des personnes vivant avec un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes Guide clinique comportant une section sur l'accompagnement des personnes âgées présentant un trouble lié à l'utilisation d'opioïdes disponible sur le site web de ESCODI : https://dependanceitinerance.ca/app/uploads/2024/05/ESCODI-Guide-clinique-quebecois-TUO-2024.pdf Pour information : Karine Hudon, coordonnatrice, ESCODI, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal karine.hudon.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
Programmes	**Programme DIRECT-sc (soutien)** Autogestion pour adultes d'âge moyen ou âgés souffrant de conditions physiques chroniques et de symptômes dépressifs comorbides. Pour information : Sylvie Lambert, professeure, École de sciences infirmières, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université McGill, sylvie.lambert@mcgillca Site web**: https://www.mcgill.ca/cansmart/fr/sante-mentale/direct-sc**
	Programme Participe-Présent Le programme Participe-Présent est un produit gratuite clé en main, offert en anglais et en français, avec des activités flexibles et adaptables. Il inclut du matériel d'animation, des outils, des idées d'adaptation, des capsules vidéo et encore plus! Buts : 1) Accompagner les aînés qui ressentent le besoin d'explorer leurs possibilités de participation communautaire; 2) Promouvoir la participation communautaire et la santé mentale des aînés susceptibles de vivre de l'isolement ou de l'exclusion sociale. Pour qui ? Groupe de 5 à 10 personnes aînées qui vivent des difficultés psychosociales, avec ou sans diagnostic de santé mentale, qui limitent leur participation communautaire. Pourquoi ? Augmenter la participation aux activités et aux espaces de socialisation disponibles dans la communauté. Où ? Établissements du réseau de la santé et des services sociaux, organismes communautaires ou ressources résidentielles. Par qui ? Professionnels de la santé et des services sociaux, intervenants du milieu communautaire ou pairs aidants. Pour information : site internet : https://creges.ca/participe-present/ Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGES), CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal info@creges.ca; Téléphone : 514 484-7878 poste 61463

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Types	Courte description
Formations	À venir - **Formation provinciale sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie** Formation à portée provinciale pour soutenir l'intervention auprès des personnes en perte d'autonomie fréquentant des milieux d'hébergement. En lien avec la publication du « Guide sur l'intervention en lien avec l'usage et la dépendance aux substances psychoactives pour les milieux d'hébergement des personnes en perte d'autonomie» Pour information : Laurence D'Arcy, APPR Institut universitaire sur les dépendances (IUD), CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, laurence.darcy.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
	Plateforme d'apprentissage du programme VIEsÂGE (Vivre sans anxiété pour les personnes âgées) Pur outiller et former les ressources humaines d'organisations œuvrant auprès des personnes aînées aux notions de psychologie afin qu'ils identifient plus rapidement la présence de détresse psychologique et qu'ils interviennent plus efficacement dans la limite de leur mandat. Site internet : www.viesage.ca Pour information: Boîte vocale : (514) 340-3540 poste 4758 Courriel : info.viesage@criugm.qc.ca
Hébergement adapté	En développement - **Projet d'hébergement urbain pour populations vulnérables et marginalisées** Programme destiné à offrir un milieu de vie adapté pour les personnes âgées en perte d'autonomie qui ont une expérience de la précarité, marginalisation. Conseiller scientifique : Vincent Wagner, Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, vincent.wagner.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca Pour information : Nicolas Rioux, Directeur adjoint des services de soutien à domicile et ressources intermédiaires (RI), Direction - Soutien à domicile, ressources intermédiaires et continuum SAPA , CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL), nicolas.rioux.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca
	À venir **- Hébergement et de soins de longue durée - « Synthèse de la recherche « Les besoins complexes des personnes présentant des problématiques liées à une consommation de substances psychoactives et fréquentant des ressources pour personnes âgées : mieux les comprendre pour mieux y répondre »** Le document sera rendu disponible sur le site Internet de l'IUD dans les prochaines semaines. Il sera librement accessible à toute personne intéressée**.** Pour information: Vincent Wagner, Chercheur d'établissement, Institut universitaire sur les dépendances, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal vincent.wagner.ccsmtl@ssss.gouv.qc.ca

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Types	Courte description
	À venir - **Projet RPA-Itinérance** Pour répondre aux besoins d'hébergement de personnes de 50 ans et plus vivant de multiples défis (précarité résidentielle ou itinérance, dépendance, santé mentale et physique, problèmes cognitifs [démence, maladie d'Alzheimer]). Initiatives embryonnaires. Elles émergent des organismes communautaires de la région de l'Estrie qui interviennent auprès de cette clientèle et découle de leur analyse de la situation. Pour information: • Sébastien Laberge, Partage St-François, direction@partage.stfrancois.ca • Sandy Tremblay, Coop de Solidarité l'Autre Toit coordination@autretoit.coop Direction concernée au CIUSSS de l'Estrie-CHUS : DPSMD Judith Kodsi, Direction Adjointe, judith.kodsi.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Conclusion et suite

Les travaux du sous-comité ont permis de mettre en évidence qu'il existe une grande hétérogénéité entre les régions du Québec dans l'offre actuelle de soins et services par les établissements de santé et les organismes communautaires pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. Jusqu'à présent, les directions concernées des établissements appliquent leurs processus organisationnels et cliniques et travaillent en collaboration pour résoudre les situations complexes. Peu d'établissements ont une structure de gouvernance formelle. On constate toutefois un grand intérêt à travailler en réelle collaboration et concertation inter-direction et intersectorielle pour répondre aux besoins particuliers de ces clientèles. Pour ce qui est de la recherche, notre recension, qui est toutefois non-exhaustive, a montré que peu de chercheurs travaillent actuellement sur le sujet.

Le prochain et dernier mandat du sous-comité de travail consistera en l'élaboration de propositions qui pourront être utilisées dans afin d'élaborer une approche provinciale pour répondre aux besoins des personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance.

Le présent rapport a été adopté par le comité sur le vieillissement (24-01-2025) et ensuite déposé au comité directeur (24-02-202) du RUISSS de l'Université de Montréal.

Remerciements

Les membres du sous-comité remercient sincèrement les directions du Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), santé mentale, dépendance et itinérance ainsi que les directions de la recherche des établissements de santé et services sociaux qui ont répondu au sondage du sous-comité. Nous remercions également des directeurs des centres de recherche ainsi que les chercheurs pour leur participation.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Références

1. Institut de la statistique du Québec: **Estimations de la population selon l'âge et le genre, Québec, 1er juillet 1971 à 2023**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2023, https://statistique.quebec.ca/fr/document/population-et-structure-par-age-et-sexe-le-quebec/tableau/estimations-de-la-population-selon-lage-et-le-sexe-quebec#tri_pop=30.
2. Institut de la statistique du Québec: **Le bilan démographique du Québec. Édition 2022**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2022, https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-quebec-edition-2022.pdf.
3. Institut de la statistique du Québec: **Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066**. Québec (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2019, https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/perspectives-demographiques-du-quebec-et-des-regions-2016-2066-edition-2019.pdf.
4. Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC): **Démence, y compris la maladie d'Alzheimer, prévalence brute, pourcentage, 65 ans et plus**: Gouvernement du Canada, Agence de la santé publique du Canada; 2023, https://sante-infobase.canada.ca/scsmc/outil-de-donnees/.
5. Institut national de santé publique du Québec: **Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services**. Montréal (Québec, Canada): Gouvernement du Québec; 2012, https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1578_survtroublesmentauxqc_prevalmortaprofilutiliservices.pdf.
6. Kuerbis A, Sacco P, Blazer DG, Moore AA: **Substance abuse among older adults**. *Clin Geriatr Med* 2014, **30**(3):629-654.
7. Latimer E, Bordeleau F: **Dénombrement des personnes en situation d'itinérance sur l'île de Montréal le 24 avril 2018 (version révisée du 8 avril 2019**. Montréal (Québec, Canada): Ville de Montréal et CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal; 2019, https://icountmtl2018.ca/wp-content/uploads/2019/04/rapport-montral-rvision-8-avril-2019-2.pdf.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexes

Annexe 1. Liste des directions SAPA et santé mentale/dépendance/itinérance des établissements de santé et services sociaux sollicitées pour participer au sondage

1. CISSS du Bas-St-Laurent
2. CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
3. CIUSSS de la Capitale-Nationale
4. Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec*
5. CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
6. CIUSSS de l'Estrie-CHUS
7. CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
8. CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal
9. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal
10. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal
11. CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal
12. Institut de cardiologie de Montréal*
13. Centre hospitalier de l'Université de Montréal
14. Centre universitaire de santé McGill*
15. CISSS de l'Outaouais
16. CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
17. CISSS de la Côte-Nord
18. CISSS de la Baie-James*
19. CISSS des Îles
20. CISSS de la Gaspésie
21. CISSS de Chaudière-Appalaches
22. CISSS de Laval
23. CISSS de Lanaudière
24. CISSS des Laurentides
25. CISSS de la Montérégie-Est
26. CISSS de la Montérégie-Centre
27. CISSS de la Montérégie-Ouest
28. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik*
29. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James*

Celles avec un astérisque n'ont pas participé au sondage.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 2. Liste des centres ou réseaux de recherche sollicités faisant partie du Fonds de recherche du Québec – Santé pour participer à la recension des outils ou programme issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

Centres de recherche FRQ-S	Régions
1. Centre - Nutrition, santé et société (NUTRISS)	Québec
2. Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIS)	Québec
3. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec-Université Laval*	Québec
4. Centre de recherche CERVO de l'Institut universitaire de santé mentale du Québec	Québec
5. Centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec	Québec
6. Centre de recherche en santé durable (VITAM)*	Québec
7. Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke (CdRV – IUGS)	Sherbrooke
8. Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)	Sherbrooke
9. Centre interdisciplinaire de recherche sur le cerveau et l'apprentissage (CIRCA)	Montréal
10. Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain (CRIR)	Montréal
11. Centre de recherche Douglas	Montréal
12. Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal	Montréal
13. Centre de recherche en santé publique (CReSP)	Montréal
14. Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (CRIUGM)	Montréal
15. Centre de recherche du CHUM (CRCHUM)	Montréal
16. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CRIUSMM)	Montréal
17. Institut Lady Davis*	Montréal
18. Centre de recherche du Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Montréal
19. Centre de recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Montréal
20. Centre de recherche de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont	Montréal

* Ceux avec un astérisque ont participé au sondage.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 3. Liste des directions de la recherche sollicitées dans les établissements de santé et services sociaux pour participer à la recension des outils ou programme issus de la recherche pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance

1. CISSS du Bas-St-Laurent
2. CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean
3. CIUSSS de la Capitale-Nationale*
4. Institut universitaire de cardiologie et pneumologie de Québec
5. CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
6. CIUSSS de l'Estrie-CHUS*
7. CIUSSS de l'Est-de-l'île-de-Montréal
8. CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal
9. CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal*
10. CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal
11. CIUSSS de l'Ouest-de-l'île-de-Montréal*
12. Institut de cardiologie de Montréal
13. Centre hospitalier de l'Université de Montréal
14. Centre universitaire de santé McGill
15. CISSS de l'Outaouais
16. CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue
17. CISSS de la Côte-Nord
18. CISSS de la Baie-James
19. CISSS des Îles
20. CISSS de la Gaspésie
21. CISSS de Chaudière-Appalaches*
22. CISSS de Laval
23. CISSS de Lanaudière
24. CISSS des Laurentides
25. CISSS de la Montérégie-Est
26. CISSS de la Montérégie-Centre
27. CISSS de la Montérégie-Ouest
28. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
29. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

Celles avec un astérisque ont participé à la recension.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 4. Structure de gouvernance et décisionnelle par établissement de l’offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l’appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)

© Comité du RUISSS de l’Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l’utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CIUSSS	
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean Pas de cadre de référence local	Le soutien à domicile est sous la gouverne de la direction des programmes en déficience, TSA, réadaptation et soutien à domicile. Il existe un MAH multi quand le client n'est pas dans les critères du MAH SM ni du MAH SAPA • Pas de trajectoire ni continuum de services formels. Programmes fonctionnent en silos. • Discussion et arrimage entre les coordos/gestionnaires cliniques des programmes. • Le cadre de référence du MASM prévoit une structure de gouvernance (collaboration interprogrammes, coordination permanente de l'accès et des trajectoires, comité consultatif au MASM pour les cas complexes-présence de comorbidité-cas litigieux entre les programmes). Pas de comité de coordination mis en place avec SAPA-SM-Dépendance-itinérance sauf territoire Jonquière. Présentation du dossier de la personne au MAH, selon son profil. Lorsque le dossier répond aux critères et touche la santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement, une discussion est faite entre le mécanisme d'accès des 2 programmes, pour déterminer l'orientation vers cette ressource. Les références sont évaluées par le MAH en santé mentale afin de déterminer si la RAC peut répondre aux besoins de l'usager.
CIUSSS de la Capitale-Nationale Pas de cadre de référence local	La collaboration et la concertation entre toutes les directions cliniques du CIUSSSCN sont assurées par une gouvernance clinique commune via la Direction des services multidisciplinaires (DSM). Cette structure de gouvernance clinique permet notamment le partage du bien commun de l'accès intégré et harmonisé (AIH), la concertation et la résolution des dossiers de complexité clinique via une structure à 4 niveaux et l'animation des grands dossiers de fluidité régionale tels que SSPPCC, SAIRC, NSA, plan d'action dans les urgences avec le CHU, etc. La DSAPA et la DSMDI collaborent spécifiquement via un projet de concertation sous la responsabilité des adjoints volet accès-trajectoires et fluidité visant l'optimisation des services de SAD.
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du Québec Pas de cadre de référence local	Il n'y a pas de gouvernance formelle au sein de notre CIUSSS concernant cette offre de service. Cependant, nous avons mis en place, sous le leadership de la direction des services multidisciplinaires un mécanisme d'accès à l'hébergement pour les usagers présentant des situations complexes. Cheminement pour usager ayant un profil touchant plus d'un programme (lien)
CIUSSS de l'Estrie-CHUS Pas de cadre de référence local	Nous avons une procédure de gestion pour les Mécanismes de cas complexes. Utilisation de notre cadre de référence de gestion des cas complexe. Structure de soutien clinique en hébergement permettant de répondre aux besoins des résidents. Structure de gouvernance inexistante

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	• Hébergement : Unités à vocation particulière : Offre locale offerte de façon concertée selon les décisions de la table régionale SAPA. Accès à ces lits via le MAH. Corridor de services : Collaboration inter-direction • SCPD : Découlant du plan Alzheimer, demande du MSSS • Appartenance programme-clientèle : DSAPA pour tout ce qui concerne résidents présentant des besoins de soutien dans ses AVQ (Profils SMAF 6 et+) • SAD : Aucune structure de gouvernance et décisionnelle formelle en place. Présentement, lorsque des situations cliniques complexes se présentent, des concertations cliniques sont faites en partenariats avec les leaders cliniques. Structure de cascade/escalade hiérarchique lors de bloqueurs présents à une voie de passage. • DPSMD : La clientèle âgée qui réside en CHSLD, en RI ou en RPA est sous le leadership de la DSAPA et de la DSAD-RI. Lorsque la situation le requiert, des services de la DPSMD peuvent être demandés. C'est d'ailleurs dans ce contexte que l'entente DSAPA-DPSMD s'actualise. La clientèle résidant à domicile peut être soit sous la responsabilité de la DSAD-RI ou de la DPSMD dépendant des besoins prioritaires ou majeurs présents. Dans tous les cas, une collaboration entre les directions cliniques est possible. La direction porteuse est alors responsables d''en faire la demande à l'autre direction. Des mécanismes étroits de collaboration sont en place via le Comité de coordination clinique et universitaire territorial (CCCU) de notre établissement (CCSMTL).
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	• Discussions dans le cadre des rencontres de gestion de la DGA – Programmes sociaux et de réadaptation auxquelles sont présentes les 4 directions (hébergement, santé mentale et dépendance, soutien à domicile et de proximité, jeunesse et activités de santé publique). • Actuellement, les travaux sont portés par la DSP et le département de gérontopsychiatrie pour la clientèle hospitalisée. La chef médicale et ses collègues psychiatres de la clinique déterminent ensemble l'offre de services et les critères d'accès de la clinique externe de gérontopsychiatrie. Le tout est ensuite présenté aux gestionnaires de la DSMD. • Il n'y a officiellement pas de comité de discussion pour les cas complexes, mais au besoin les parties prenantes des différentes directions sont interpellées et se réunissent pour discuter.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CIUSSS de l'Est--de-l'Île-de-Montréal	DHSLD : • Comité des cas complexes • Comité des coordonnateurs hébergement (intradirection) • Caucus NSA • Comité directeur trajectoire hébergement (DSRPSD – DHSLD) • Comité PDGA-PSR DSRPSD : • 10 chefs de service SAD et 10 chefs de service aide à domicile (sous 3 coordinations) • 1 chef de service du CMG (sous une coordination partenariat) DPSMDI : • Arrimage entre les directions de la DPSMDI (santé mentale, dépendance et itinérance) et la direction DRSPSD (soutien à domicile) • Comité de travail sur le continuum de soins pour les personnes âgées incluant des travaux sur la trajectoire, l'accès et le continuum de services en partenariat entre la santé mentale et la SAPA. • Comité tactique personnes âgées (intra direction) • Comité tactique de programmation (intra direction) • Comité tactique innovation (intra direction) • Comité de gestion de la direction et salle de pilotage tactique (avec les leaders médicaux) • Comité de gestion médical (avec la directrice DPSMDI) • Comité stratégique des programmes sociaux et de réadaptation (leadership du PDGA)
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Structure hiérarchique par programme clientèle actuellement (lien)
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	• Appartenance de SAPA hébergement, pas de structure de gouvernance, etc. (corridor de service) • Appartenance de DPSMD, service spécialisé en santé mentale adulte
CISSS	
CISSS du Bas-Saint-Laurent Pas de cadre de référence local	En macro : Il y a un comité stratégique d'arrimage entre santé mentale, SAPA et DI-TSA-DP où les directeurs et directeurs adjoints se rencontrent 4 fois par année ainsi qu'au besoin. • Localement : Présence de guichets d'accès par direction, avec rencontres systématiques (et PRN si plus urgent) entre les guichets d'accès et gestionnaires pour s'ajuster lors des cas complexes. Il y a aussi des rencontres interdisciplinaires où les intervenants sont inclus selon le besoin de la personne (et non la direction). Certains cas plus gris peuvent être traités par les coordonnateurs sous-régionaux.
CISSS de l'Outaouais	• Structure hiérarchique par programme clientèle actuellement DSMD, DSAPAH et DSADDR, sous le PDGA • Ces programmes accueillent les personnes vieillissantes selon les critères de leurs programmes-services de première et de deuxième ligne. • Le CISSS a des structures de coordination interne pour assurer la fluidité des services, les situations cliniques complexes sont abordées dans des tribunes interdirection (MAHR, comité arrimage interguichet). • Comité d'admissibilité pour la gestion de cas aux 2 semaines, 1 gestionnaire, 2 SAC, équipe gestion de cas, intervenant qui présente le dossier. (Ce qui fonctionne bien : comité de suivi également pas seulement admissibilité + support à l'équipe).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Structure de gouvernance à venir : Virage SAD, MRAH, plan TNCM, mais actuellement en processus de mise en place
CISSS de la Côte-Nord	DSMDI : La structure de gouvernance mécanisme d'accès est une structure interprogramme permanente prévue dans le cadre de référence sur le mécanisme d'accès en santé mentale. Elle vise l'amélioration de la qualité, de la fluidité et de la continuité des soins et des services en santé mentale en établissant des liens clairs et des arrimages administratifs nécessaires avec d'autres trajectoires de services ou d'autres programmes. Cette structure permet ainsi d'éviter les ruptures de services dans le parcours des usagers en s'assurant que chaque service porte ses responsabilités et son mandat dans l'accompagnement de la personne, de sa famille et de son entourage, particulièrement dans les points de transition d'un service à l'autre. Les objectifs poursuivis par cette structure sont : • Validation et clarification des trajectoires de services • Traitement des problématiques en lien avec le continuum de services • Discussions cliniques afin d'être soutenu dans les interventions et orientations • Utilisation de situations cliniques pour améliorer l'accessibilité et la continuité • Discussions cliniques spécifiques à un usager, s'il y a lieu Actuellement, les membres de la structure proviennent de la DSMDI et de la DSMQEPE (SSG). En fonction des sujets, des représentants d'autres programmes seront ajoutés afin de répondre au besoin clinique : DITSA-DP, DPJ, DPROGJ, DSI et SAPA. Des documents de références ont été rédigés afin de clarifier la gestion des cas complexe et le mécanisme d'accès à l'hébergement adulte. Cadre de référence - Guide de soutien à l'orientation des demandes de services pour la clientèle adulte (en document de travail) : lien - Mécanisme d'accès à l'hébergement : lien
CISSS des Îles	Les programmes clientèles relèvent des direction DSI-SP-SAPA et DSMPSP. Comité de coordination clinique (enjeux, problèmes). Mécanismes descendus aux gestionnaires et aux équipes Comité interprogrammes hebdomadaire
CISSS de la Gaspésie	Implication PDGA avec les directeurs concernés SAPA et SMDEPISSG. Collaboration des gestionnaires des 2 directions par RLS. Comité en place pour échanger sur les dossiers en commun, partage d'outils, accompagnement, soutien au besoin. PI si nécessaire au dossier usager. Instance d'un comité de cas complexe au niveau régional impliquant les directions cliniques : SAPA, SMDEPISSG, DI-DP-TSA. Soutien par la DSM, DSP et DQEPE.
CISSS de Chaudière-Appalaches	Approche collaborative et concertée, aucune gouvernance spécifique Confusion actuellement en lien avec les directions du réseau local de services en gestion matricielle (coordination de l'offre de services du RLS) Documents partagés : - Comité des solutions inter-accès : mise en place d'une équipe décisionnelle pour les cas complexes : lien - Trajectoire des cas complexes : lien - Déclenchement d'une cellule SCPD : lien

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CISSS de Laval	Aucune structure de gouverne particulière Comité d'analyse des cas complexes entre mécanismes d'accès à l'hébergement. Rencontre une fois par mois. Comité d'arrimage pour la clientèle hébergée en unité de santé mentale au CHSLD Idola St-Jean (plusieurs structures)
CISSS de Lanaudière	Direction de l'hébergement : CHSLD santé physique +mécanisme d'accès SAPA (intégré Nord et Sud) et soutenus par 35 gestionnaires (en moyenne 2 par CHSLD). Direction des programmes santé mentale et dépendance : Équipe dédiée RI (10) RTF + mécanisme d'accès (intégré Nord et Sud) soutenus par deux gestionnaires / CHSLD santé mentale (62 lits) soutenu par une gestionnaire Direction générale : Équipe contrôle qualité RI-RTF adulte soutenue par une gestionnaire Chaque direction procède par type de clientèle. La direction SAPA, volet SAD, s'occupe de la clientèle SAD, soit une clientèle avec profil gériatrique nécessitant des services à domicile. Cette clientèle peut avoir un problème de santé mentale ou de dépendance qui y est associé. Les directions sont interpellées en conseil au besoin. Pour cette raison, nous n'avons pas d'éléments à ajouter au tableau de la question 3, car nous n'avons pas de programme ou service ou initiative locale, qui inclus une autre direction que le SAD.
CISSS des Laurentides	DSMDPGA : Le déploiement actuel du mécanisme d'accès en santé mentale selon le Cadre de référence à l'intention des établissements de Santé et de Services sociaux MSSS (2022), une structure de gouvernance à la coordination permanente de l'accès et des trajectoires de soins et de service en santé mentale sera mise sur pied et portée par la coordination régionale des services ambulatoires en santé mentale. Celle-ci, actuellement en déploiement, prendra forme prochainement et aura comme rôle principal de facilité la collaboration interprofessionnelle, interprogramme et intersectorielle nécessaire à la mise en place et au maintien d'une synergie et d'une fluidité dans l'ensemble du continuum de services. La responsable de la coordination à l'accès devra entre autres élaborer des politiques et protocoles pour l'application des trajectoires de services et d'en faire le suivi. SAPA-SAD : En ce qui concerne la direction SAPA-SAD-RI-Services gériatrique; comité de cas complexe; les MAH. Plusieurs instances décisionnelles coordonnent l'accès aux services pour la clientèle âgée de 65 ans. Cf. algorithme décisionnel pour l'orientation de la clientèle vers le SAPA-SAD Document expliquant la gouvernance : lien
CISSS de la Montérégie-Centre	Via le comité des cas complexes. L'organisation de service se structure en fonction des besoins de l'usager /à la pièce. RI SM Cas complexe : 5 places pour la clientèle avec mobilité réduite, mais pas nécessairement liée au vieillissement. SAPA hébergement longue durée, suivant les cas complexes ils sont redirigés parmi nos installations. Dans les deux parcs des ressources (SAPA et SM), nous accueillons ce type de clientèle.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Structure de gouvernance et décisionnelle actuelle de l'offre de soins et services à cette clientèle ainsi que l'appartenance programme-clientèle (SAPA, santé mentale, dépendance, itinérance, etc.)
CISSS de la Montérégie-Est	COH : Comité orientation pour l'hébergement MAH : mécanismes d'accès en hébergement Comité cas complexe Comité de travail et de concertation Adhoc spécifique à des projets de services au besoin et selon les opportunités
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG (Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie) : organigramme : lien DSHAPPA + DPSMD : Demande faite au guichet d'accès. La demande est redirigée vers le programme-clientèle correspondant au profil de l'usager. Analyse de la demande par le programme-clientèle afin de diriger l'usager vers le service le plus approprié. Si l'usager présente un profil fonctionnel avec diagnostic de perte d'autonomie liée au vieillissement, il est dirigé vers la direction SHAPPA via le guichet du mécanisme d'accès à l'hébergement sous la direction du soutien à domicile. Lorsque l'usager présente des problématiques liées à la santé mentale et/ou la dépendance pour lesquelles l'offre de service DSHAPPA ne correspond pas, le dossier est présenté à la direction DPSMD pour évaluation. Ensuite, des discussions ont lieu entre directions afin d'identifier le meilleur endroit pour cet usager et pour avoir du support de l'équipe de SMD afin de favoriser l'adaptation dans le nouveau milieu et transiter vers la meilleure prise en charge possible. La majorité du temps une à deux visites uniquement sans toutefois que la prise en charge soit optimisée pour les besoins de cette personne hébergée.
Établissement non-fusionné	
CHUM	La gouvernance est intégrée au sein des différents programmes du CHUM. Gouvernance clientèle SAPA sous la DSI et le comité tactique AAPA, DCAF pour la fluidité clientèle gériatrique, réunion de service des gériatres, Quatuors. En santé mentale : pas d'offre en gérontopsychiatrie (clientèle très rare environ 1 pt/an)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 5. Statistiques disponibles par établissement sur la clientèle concernée

Statistiques	Établissements qui ont fourni des données mais sans informations sur la source. Il a donc été choisi de ne pas publier les données.
% de personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique* lié au vieillissement sur le territoire qui ont un diagnostic de trouble mental, un trouble lié à l'usage de substance (dépendance) ou qui sont en situation d'itinérance	• CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean • CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal • CISSS de la Gaspésie • CISSS des Laurentides
Nombre de consultations réalisées par un psychiatre offerte aux usagers SAPA	• CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • CISSS des Laurentides • CISSS de la Montérégie-Centre • CISSS de la Montérégie-Ouest
% des usagers qui reçoivent les services d'un organisme communautaire en santé mentale, en dépendance ou en itinérance et qui présentent une perte d'autonomie cognitive et/ou physique liée au vieillissement	• CISSS Bas-St-Laurent • CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean • CHUM • CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal • CISSS de la Gaspésie • CISSS des Laurentides
Nombre d'usagers abordés au Comité des cas complexes du MAH (mécanisme d'accès en hébergement) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) et spécifier s.v.p. les diagnostics les plus fréquents OU Nombre d'usagers abordés au Comité des cas complexes du MAR (mécanisme d'accès régional en santé mentale) qui présentent un profil SAPA-santé mentale (et autres, dépendance, itinérance, etc.) et spécifier s.v.p. les diagnostics les plus fréquents	• CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS Saguenay-Lac-St-Jean • CIUSSS de la Capitale Nationale • CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal • CISSS de l'Outaouais • CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue • CISSS de Chaudière-Appalaches • CISSS de Laval • CISSS des Laurentides • CISSS de la Montérégie-Centre
% d'usagers hébergés qui présentent un diagnostic de trouble mental ou de dépendance ou des antécédents de situation d'itinérance	• CISSS Bas St-Laurent • CIUSSS de la Capitale-Nationale • CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal • CISSS de l'Outaouais • CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue • CISSS de la Côte-Nord • CISSS de la Gaspésie • CISSS de Chaudière-Appalaches • CISSS de Laval • CISSS de la Montérégie-Centre
% des lits d'hébergement réservés aux usagers qui présentent des troubles de	• CISSS Bas St-Laurent • CIUSSS de la Capitale-Nationale • CIUSSS Mauricie-et-Centre-du-Québec

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Statistiques	Établissements qui ont fourni des données mais sans informations sur la source. Il a donc été choisi de ne pas publier les données.
santé mentale, de dépendance ou d'itinérance	• CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal • CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal • CISSS de l'Outaouais • CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue • CISSS de la Côte-Nord • CISSS des Îles • CISSS de la Gaspésie • CISSS de Chaudière-Appalaches • CISSS de Laval • CISSS de Lanaudière • CISSS des Laurentides • CISSS de la Montérégie-Centre

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 6. Nombre d'heures de formation au personnel des directions SAPA et santé mentale, dépendance et itinérance en lien avec la clientèle concernée

Établissements	Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.
CIUSSS		
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	De façon ponctuelle, à la demande. Non comptabilisées. SAD N/D	Total SCPD DHAG :4751 heures
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Aucune	Volet DSAPA : 14h Volet DSMDI : Une unité nommée le L22 au site IUSMQ est le dernier niveau de requis pour les usagers sous la responsabilité de la DSAPA dans la trajectoire TNC avec SCPD. Elle dispose de 8 lits au sein d'une unité spécifiquement adaptée pour accueillir les usagers avec SCPD en provenance des UCDG, CHSLD et parfois RI SAPA instables avec SCPD très sévères et persistants. Cette unité est sous la responsabilité de la DSMDI au niveau de l'offre de soins (gérontopsychiatres, infirmières et autres professionnels de soins, professionnels de la réadaptation, neuropsychologue, etc.) et de la DSAPA pour la trajectoire pré et post L22. Ce sont spécifiquement les intervenants de la DSMDI de ce secteur qui disposent de formation directe en continu en lien avec cette problématique de santé. Cette équipe a la responsabilité d'accueillir au besoin les intervenants des CHSLD pour leur donner de la formation directe sur les méthodes d'intervention personnalisée auprès de leur usager. Volet DSMDI : Formation aux nouveaux employés de l'unité K2 (unité de courte durée psychiatrique dédiée et spécialisée en gérontopsychiatrie) et au L22 (unité surspécialisée en SCPD très sévères et persistants);

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.
		- Approche adaptée à la personne âgée; - 14h de formation théorique/pratique avec la formation ITCA (intervention thérapeutique des conduites agressives); - 7h de formation pratique/théorique avec la formation GRIPA; - Éducateurs et psychoéducateurs participent au congrès sur la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées qui a lieu 1x/année x 2 jours - Au L22, ils font une partie des capsules SCPD de Philippe Voyer en moyenne 3-4h
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	40,25 h : Formation ENA Prévenir le suicide chez les aînés en CHSLD (1.75h) 40.25 h (direction SAPA hébergement, DSM, direction santé mentale adulte et dépendance)	- 727.75 h Formation ENA: Optimiser nos interventions chez les aînés ayant des troubles neurocognitifs majeurs (3h) - 504 H (direction SAPA Hébergement, Direction SAPA services dans la communauté et spécialisés gériatriques, direction santé physique, direction de l'enseignement et de la recherche, direction de santé publique, direction services spécialisés chirurgicaux et oncologiques, DSI, direction DI-TSA-DP, direction santé mentale adulte et dépendance) Formation en ligne Philippe Voyer: - Direction SAPA hébergement : Maladie d'Alzheimer et troubles neurocognitifs majeurs (1,25h) : 3.75h - Formation CIUSSS - Direction santé phys, direction enseignement, recherche et DSI : Formation sur le suivi systématique des Troubles neurocognitifs en GMF (4h) : 120 h
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Aucun programme de formation spécifique	Registre de formation OMEGA disponible, formation ECPD ENA, mais nominative –

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.
		plusieurs centaines d'heures surtout dans les UP
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : INF : 14h PAB : 3h Professionnels : 14h Formation OMEGA de 21h aussi offerte à tous SAD : non disponible	- DPSMD: non compilé - Hébergement : INF et professionnels :14h PAB : 6h - SAD : Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services de la Direction SAPA SAD-RI et continuum SAPA. Total en nombre d'heures au PDRH = 434 heures Il y a 3 formations données : • Troubles neurocognitifs majeurs et SCPD: pratique avancée pour les ergothérapeutes • Troubles de comportement, troubles psychiatriques et troubles neurocognitifs: comment s'y retrouver? • Santé mentale et vieillissement (elle débute cette année) Données provinciales formations ENA : Optimiser nos interventions chez les aînés ayant des troubles neurocognitifs majeurs ENA : 4 242 Partenaires : 505 TOTAL : 4 747 Visionnements Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) ENA : 1 071 Partenaires : 64 Total : 1135 visionnements
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : Formation Oméga : 3297 heures (personnel CHSLD) Formation sur le risque suicidaire : 64,5 heures (personnel CHSLD)	Hébergement : Formation SCPD : : 361,69 heures (personnel CHSLD) Formation ARS : 874,75 heures (personnel CHSLD)
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Données indisponibles pour la DPSMDI	Données indisponibles pour la DPSMDI

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : 7 heures	SAPA-SAD : 7 heures
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA : 16 heures	
CISSS		
CISSS du Bas St-Laurent	Non-disponible	- DPSMD : 3 heures - DPSAD : 33 heures - DPHLD : 9 heures
CISSS de l'Outaouais	Aucune pour l'hébergement	Près de 4400 heures pour les directions SAPAH- DSADDR-DSMD.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Aucune	SAPA: + 1500 heures (600 hrs SCPD bloc 1) Autres directions: 0
CISSS de la Côte-Nord	239 heures en 2023-2024	1 032 heures en 2023-2024
CISSS des Îles	Non disponible	Non disponible
CISSS de la Gaspésie	Sur demande, mais très peu, un peu de coaching	7 à 15 heures selon les titres d'emploi
CISSS de Chaudière-Appalaches	Aucune	Équipe SCPD (SAPA) : 13 heures avant l'entrée en fonction Équipe générale : 3 heures sauf PAB qui reçoit 1 heure Santé mentale : aucune, sauf demande individuelle
CISSS de Laval	Non disponible	6773 heures de formation en CHSLD
CISSS de Lanaudière	12h - Non disponible au SAD	SAD : 4400 h
CISSS des Laurentides	Formation obligatoire 21 h suicide pour tous; d'autres formations disponibles, mais pas obligatoires	Programmation en cours de révision. Formation obligatoire en SAPA SAD pour les intervenants et formations disponibles non obligatoires. Aucune formation TNCM déployée pour la DSMDPGA
CISSS de la Montérégie-Centre	Prévention suicide a été faites, le nombre d'heure n'est pas disponible.	Aucune recensée du côté de la santé mentale et en attente de données pour SAPA
CISSS de la Montérégie-Est	---	8 heures par intervenant (SAPA) et 0 heures (PSMD)
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG (Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie) : --- DSHAPPA :1035 heures principalement en prévention du suicide	DSSADG (Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie): Approximativement une centaine d'heures DSHAPPA: 4 514 heures
Établissement non fusionné		
CHUM	Formation générale aux équipes de gériatrie :	Non disponible

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Nombre d'heures de formation offerte au personnel SAPA consacrées aux troubles de santé mentale, dépendance et itinérance chez les aînés	Nombre d'heures de formation sur les troubles neurocognitifs majeurs (TNCM) offertes au personnel des services : SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Veuillez s.v.p. le nombre d'heures par directions ou inter-directions.
	il existe des conférences de la direction du service professionnels (de médecine) pour les médecins et l'équipe inter en gériatrie (environ 10h sur les 40h de réunions/conférences traitaient des TNC pour l'année 2024) Les infirmières et infirmières auxiliaires ont fait 5h de formation sur l'AAPA en 2024. 2 conférences sur le délirium ont eu lieu l'année dernière. L'équipe inter a accès aux webinaires du RUSHGQ. Certains membres de l'équipe (inf. de la clinique externe et inf. clinique en gériatrie) ont accès à l'Espace formation de Philippe Voyer. 1h30 de formation est donnée sur les TNC à toutes les nouvelles infirmières en gériatrie (2 cohortes de 3-5 inf/an). Diffusion des formations inter-vieillissement + réalisé à l'ensemble de la DSI.	

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 7. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe promotion-prévention, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	• Organismes communautaires bien établis dans la région. • Le programme SIF qui permet une intensité de service dans les milieux et qui vise une réadaptation est un facilitateur, car il permet d'intervenir rapidement aux premiers signes de besoins. Ce programme a une bonne connaissance des organismes communautaires et il est donc plus facile de référer les personnes aux bons endroits.	• Peu de contacts entre le réseau et les organismes communautaires : offres de service pas toujours connues de part et d'autre. • RH : Manque de temps vu priorisation des activités prioritaires. • Délais dans la prise en charge des listes d'attente. • Impossibilité de faire plus de reaching out. Méconnaissance de la détresse liée à la perte d'autonomie : trouble d'adaptation qui n'est pas bien supporté, ce qui cause une augmentation de la détresse. • Manque de formation sur les troubles cognitifs en concomitance avec une problématique de santé mentale. • Manque de personnel pour évaluer les situations et pour donner les services répondant aux besoins des usagers.	• Sensibilisation dans les différentes RPA et RI afin d'outiller le personnel à intervenir. • Avoir du personnel (autant SAPA que SM) formé et disponible dans notre secteur afin de faire de la promotion et prévention. • Sensibilisation à l'ensemble du réseau de la santé, à la concomitance de la santé mentale et perte d'autonomie liée au vieillissement; • Offrir davantage de formations sur les troubles cognitifs en concomitance avec une problématique de santé mentale.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Cette rubrique relève en grande partie de la Direction de la santé publique : initiatives semblables aux autres régions Aussi : - Lorsque les évaluations peuvent se faire « *in vivo* » . Lorsqu'il y a évaluation complète du fonctionnement social / médical et sur une période suffisamment	Quelles sont les notions légales liés aux choix des usagers qui désirent consommer, mais qui dérèglent les milieux de vie des ainés Règles d'abus maltraitance méconnus, sous-utilisation des ''PIC'' Un enjeu prédominant est le comportement des usagers. Si la consommation n'apporte pas de comportements visibles qui impactent le milieu de vie, ça	Mieux repérer les personnes âgées ayant de la détresse psychologique et établir des mesures en amont de soutien et de contribution sociale

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	longue pour voir l'évolution de la situation. – *Équipe stabilité résidentielle peut capter certaines situations, mais pas suffisamment et les ressources ne suivent pas toujours*	peut se tolérer. Idem pour la santé mentale. Difficile de capter les profils de risque de vieillissement prématuré (manque de formation, sensibilisation). Évaluation de l'état cognitif demande que les personnes soient abstinentes depuis 6 mois chez les usagers avec des dépendances. L'aide à domicile pouvant éviter le déclin n'est souvent pas accessible faute d'évaluation et attribution du problème à la santé mentale, la dépendance ou l'autonégligence.	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Le plan de santé publique 23-25 a ciblé la priorité de favoriser le vieillissement en santé SM : Les corps policiers et TS CIUSSS associés, fiche SRISIS	SAPA : Méconnaissance de la problématique car en émergence seulement (Itinérance) SM : Manque de temps et ressources humaines	SAPA : Améliorer les connaissances face à ces clientèles et ses particularités SM : Injecter des fonds, dédier des APPR pour cette axe, santé publique a un rôle important à jouer
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	---	---	---
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD: ---	Hébergement : Présence de difficulté dans la communication (transmission d'infos) SAD : La santé mentale, l'itinérance et la dépendance ne sont pas des champs d'expertise du SAPA SAD - RI. Il existe un véritable enjeu d'accès aux logements abordables, qui fragilise le maintien à domicile et contribue au phénomène d'itinérance parmi la population ainée. DPSMD : Données accessibles via la santé publique locale sur la prévalence des maladies et les déterminants de la santé, mais il faut aller les chercher. Trajectoire à mettre en place au niveau intersectoriel pour éviter la	Hébergement : Mécanismes de communication en place à améliorer SAD :--- DPSMD: ---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		bascule vers l'itinérance des personnes âgées.	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Projet Immersion • À l'hospitalisation DSMD : comités en collaboration avec les agents socio-communautaires Organismes communautaires : • Intervenant.es (Organisateurs communautaires) responsables de la liaison avec la DSMD et SAPA. • Présence d'une entente comme la popote roulante (Centre ABC, Patro). • Financement adéquat des organismes communautaires (rétention du personnel, attirer le talent). • Travail en concertation sur le territoire desservi, et présence des instances de concertation. • Développement de liens entre les organismes et les services du CIUSSS, notamment par l'organisation communautaire. • Mise en place d'approches d'interventions adaptées et basées sur la recherche et les meilleures pratiques. • Concertation clinique entre les intervenants terrains des institutions et des organismes autour des cas complexes.	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • DSMD-SAD : Manque de prévention pour la perte de logement, il y a une augmentation du nombre de personnes en perte d'autonomie qui sont évincées. Organismes communautaires : • Manque de ressources financières, de locaux, de ressources humaines, et matérielles pour répondre à l'ampleur des besoins. • Manque d'informations sur l'ensemble des ressources disponibles. • Manque de communication entre les différents services disponibles à la personne. • Numérisation de l'accès aux services de santé, difficulté à rejoindre les professionnels affectés à nos dossiers. • Manque de reconnaissance de l'expertise des organismes communautaires et de leur analyse terrain. • Littératie numérique. • Compréhension du système de santé. • Complexité des communications avec l'enjeu de la langue.	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Avoir recours à un corridor de services entre les CHSLD et la santé mentale. • SAD : Avoir recours à un corridor de services et un psychiatre répondant entre les équipes SAD et la santé mentale. • Hébergement : Avoir un psychiatre répondant pour les équipes en CHSLD. • DSMD : Avoir un corridor pour les usagers hébergés en santé mentale ou à domicile et qui ont des besoins de soutien à domicile. Organismes communautaires : • Ajouter des ressources financières, des locaux, des ressources humaines, et des ressources matérielles, autant dans le réseau que dans les organismes communautaires, pour répondre à l'ampleur des besoins d'une population en croissance et vieillissante. • Développer des outils vulgarisés et facilement accessibles portant sur l'ensemble des ressources disponibles. • Mettre en place des stratégies de communication entre les différents services, directions, organismes communautaires et institutions qui offrent des services à la même population. • Faciliter l'accès à des personnes à l'accueil des différents services et diminuer le quota des patients par professionnel.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	• Financement via l'appel aux projets Éclaireurs pour des initiatives en santé mentale promotion-prévention (population générale) - il y a eu quelques projets qui visaient plus spécifiquement les aînés.		
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Les secteurs de la dépendance, liens avec les organismes communautaires.	On se retrouve avec des mixtes en CHSLD de TNC et santé mentale qui ne nécessitent pas la même approche, ce qui est lourd pour notre personnel et ne répond pas aux besoins des résidents. Il y a un trou de service pour les résidents avec une problématique secondaire de santé mentale / trouble de l'usage avec ou sans substance / itinérance et un diagnostic principal TNC. Avec le transfert du SPEC 2, nous avons de la difficulté à orienter ces cas.	Soutien à l'application des orientations visant le bien-être des personnes âgées et la qualité de leurs soins dans la sphère de la santé mentale, autant en prenant en compte les besoins particuliers des personnes que les défis particuliers de l'organisation des services en santé mentale Développer des places d'hébergement spécifiques aux personnes avec diagnostic principal TNC, problématique secondaire de santé mentale/ itinérance/ trouble de l'usage avec ou sans substance.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Intervention dans la communauté : Programme PIED, Groupe proche aidant, programme de déconditionnement RPA_RI kinésiologue	SAPA-SAD : Ressources humaines : une plus grande présence dans les activités de promotion et une meilleure implication dans la communauté serait bénéfique. Plus grande présence dans les RPA et dans nos organismes communautaires.	SAPA-SAD : Plus grande diffusion des activités disponible pour la promotion- prévention
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Personnel dédié ou engagé et ajout de ressources	SAPA : Ressources humaines et financières SM : Sous financement des services de promotion-Prévention	Corridor de service et équipe dédiée
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	Leadership de certains intervenants pour s'outiller dans la prévention et promotion	Manque de ressource humaine pour agir pleinement dans ce rôle	Suivi conjoint entre la DPSMD et DPSAD en chevauchement d'intervenant pivot : Lors du vieillissement, le pivot demeure DPSDM et va chercher la collaboration de la DPSAD. Une fois le vieillissement plus prononcé, l'intervenant pivot devient DPSAD et la DPSMD reste un moment en collaboration.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS de l'Outaouais	---	Peu ou pas d'intervention en ce sens.	Développer conjointement avec la DSPU, DSAPA et DSMD un programme de promotion populationnel pour cette clientèle.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SAPA: Ajout de ressource Centrale de repérage PRISMA-7 régionale avec kinésiologues chez les 75 ans et plus (SAPA) touchant toutes les facettes du vieillissement réussi (incluant la santé mentale) Avoir du personnel de rue, avoir des intervenants de rue, policier communautaire. Faire connaître nos ressources, faire de la publicité, annonce à la radio/à la télévision. Faire connaître les organismes auprès des intervenants. Recueil d'accueil. Tenir à jour un bottin des organismes pour tous les intervenants. Faire des portes ouvertes pour la présentation des services offerts. Tournée locale /activités spectacles (table des aînés). La communication sur toute les formes. Agents multiplicateurs.	SAPA: changement des habitudes de vie chez sujet âgé ou profil gériatrique lorsque vieillissement pathologique est un défi. La communication	SAPA : On a besoin d'avoir une équipe de communications pour avoir de nouvelles idées pour rejoindre la population. Promotion des services SAD à faire. Amélioration de la communication entre les équipes : Connaitre et respecter les rôles de chacun, connaître l'offre de service de chacun et travailler en collaboration.
CISSS de la Côte-Nord	---	Peu d'activités au niveau de la prévention et de la promotion concernant la population âgée et la SMDI (plusieurs actions fait par la DSPu pour prévenir le déconditionnement chez les aînées).	Outils provinciaux disponibles en français, anglais, innus et naskapi Outils électroniques, mais peut-être aussi papier, certaines personnes âgées n'ont pas accès à Internet (pour les affiches ou dépliants dont il est difficile pour les établissements de faire l'impression).
CISSS des Îles	Services intégrés	Services intégrés, moins de connaissances au niveau spécialisation. Équipe restreinte, à risque de rupture.	Augmentation de l'investissement dans le volet promotion/prévention des effets liés au vieillissement

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS de la Gaspésie	Repérage par les équipes de GMF - le programme Éclaireurs-Veilleurs- Repérage Aînés formation sur la prévention du suicide- Programme vie-active (déconditionnement)- ICRL clientèle hébergée avec accompagnement /éducateur-kinésiologue.	Un manque d'outils concrets sur le repérage de cette clientèle ciblée.	Promotion des services offerts à la clientèle et à leurs proches dans le réseau et dans les organismes
CISSS de Chaudière-Appalaches	---	---	---
CISSS de Laval	---	---	Faciliter l'accès au logement en itinérance et personne âgée
CISSS de Lanaudière	Protocoles concernant les chutes, les fouilles et saisies, les codes blancs, la prévention du suicide et du risque d'homicide, Formation OMEGA	Culture axée sur l'urgence d'agir et moins dans la prévention	---
CISSS des Laurentides	Ligne Abus-ainés, répondante au niveau de la maltraitance (outreach). Ressource territoriale initiative ministérielle plan TNCM; entente signée avec les villes pour l'encombrement/troubles d'accumulation.	Manque de sensibilisation chez les intervenants, méconnaissance des enjeux de vieillissement et concomitance. Difficulté d'accessibilité à ce type de clientèle; offre de services CISSS Laurentides non adaptée en comorbidité SAPA/dépendance-santé mentale-itinérance; liste d'attente pour accessibilité.	Capsule de sensibilisation Revoir l'admissibilité, l'accessibilité et les trajectoires de services des directions selon les besoins des clientèles avec troubles concomitants.
CISSS de la Montérégie-Centre	Équipe multidisciplinaire et collaboration inter-directions	Perception qu'à partir de 65 ans les troubles de santé mental sont désormais un TNC	Clarifier le soutien possible de la santé publique, tant pour la collecte et l'information démographique croisés autour des profils de nos populations qu'au niveau de l'organisation communautaire sous la DSP.
CISSS de la Montérégie-Est	---	Assurer la pérennité des activités de promotion prévention	Travailler conjointement avec la santé publique pour idées de promotion et prévention
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG[1] : --- DSHAPPA[2] + DPSMD[3] : ---	DSSADG: --- DSHAPPA + DPSMD : Pas de planification à moyen terme pour hébergement éventuel de l'usager	DSSADG: Plus de repérage en amont de cette clientèle DSHAPPA + DPSMD : Cibler les usagers vieillissants qui ont un suivi en santé mentale ou qui présentent une problématique à ce niveau afin de planifier son admission éventuelle en CHSLD par exemple
Établissement non fusionné			

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CHUM	cf. commentaires généraux (annexe 16)	cf. commentaires généraux (annexe 16)	Diffusion des services disponibles dans la région

[1] Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
[2] Direction des services d'hébergement pour les aînés et les personnes en perte d'autonomie
[3] Direction programme de santé mentale dépendance

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 8. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe intervention de crise, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	**Facilitateurs : Support des équipes santé mentale aux intervenants SAD au besoin** **Facilitateurs : Garde sociale** Création d'un Centre de crise et révision très récente de nos arrimages pour les services de crise. Déploiement de la trajectoire SASC dans le secteur public. Équipe UNIS pour Saguenay. Le département de psychiatrie à Roberval est une unité barrée sécuritaire et s'approche d'un milieu de vie. Milieu sécuritaire qui permet d'intervenir, peu importe la crise. Ce qui, pour nos personnes vieillissantes, évite le déconditionnement et favorise leur autonomie. Le milieu d'intervention de crise est donc un facilitateur dans les soins. Le secteur DDR est somme toute un petit secteur qui permet d'avoir une grande connaissance de nos usagers et permet une intervention plus spécifique à la personne. Les personnes en diminution d'état sont souvent suivies depuis plusieurs années. Rencontre de codéveloppement des équipes de crise permettant de développer des connaissances liées à la clientèle vieillissante ayant des enjeux de santé mentale. Équipe ABC, UNIS, lit de crise, la brigade. Bonne réponse du 811, nous ajoutons des ressources humaines en cas de fébrilité des usagers.	RH : idem à promotion-prévention. Le manque de RH fait en sorte que par priorisation, on garde seulement un intervenant au dossier. Impossible de spécialiser certains intervenants dans un domaine plus précis ex. : personnes âgées afin de développer une expertise. Parfois un long délai de la réponse du 811. Le manque d'expertise des employés de la DHAG à l'égard de la santé mentale et de l'itinérance et le faible nombre de travailleurs sociaux dans les CHSLD (actuellement le travailleur social est dédié à 3 ou 4 CHSLD.) Difficulté à avoir accès à une expertise en psychiatrie lorsque le résident est considéré stable au niveau de la santé mentale donc plus suivi par ce service et qu'il manifeste des signes de décompensations. Le seul recours est l'urgence ce qui amène un engorgement.	Interventions souvent faites par le SAD, mais il serait intéressant d'ajouter une co-intervention entre le SAD et l'équipe spécialisée en SM avant que la situation se dégrade. Meilleure connaissance des symptômes de la clientèle gérontopsy. Meilleur accès au médecin famille (plus rapide), dépistage cognitif, etc. qui permettrait d'éviter des crises. Débuter des interventions par le médecin de famille. **Organiser une formation de base concernant l'intervention de crise reliée à la problématique de Santé mentale et avoir accès à un professionnel répondant pour la Direction hébergement des aînées lors de situation complexe. Ajout de poste de travailleurs sociaux dans les CHSLD.**
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Responsabilité de chaque direction pour les usagers connus	• Confidentialité entre les différents partenaires • La notion d'aptitude vs	Équipe(s) mobile(s) de crise dans la région Qc métro et aussi, dans Charlevoix : projet en voie d'actualisation sous la responsabilité de la DSM, avec la collaboration de la Ville de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		inaptitude des usagers • DSAPA de plus en plus ouvert à intervenir sans marqueur d'âge numérique, mais demeure une pratique à déconstruire avec la clientèle SM, DÉP et Itinérance qui ont des profils gériatriques.	Québec, de PECH et de la DSMDI
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Formation des intervenants (OMEGA pour les services psychiatriques et Vigie sécure pour les services d'hébergement) SM : Agent de liaison urgence, AEO 811, fiche SRISIS, fiche FIP (fiche d'intervention policière), Équipe ABC	SAPA : Manque d'accès au niveau de l'hébergement adapté SM : Manque de compréhension des partenaires, manque de formation	SAPA : Déployer de façon plus élargie la formation et améliorer l'accès à des ressources adaptées SM : Plus de RH, plus de formations, plus de formateurs, prime en gestion de crise
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Service Info social qui intervient sur toutes les situations nonobstant les profils cliniques	---	Avoir une équipe dédiée en SM/SAD pour intervenir auprès de cette clientèle lorsqu'une crise survient et que le soutien SM demeure tout au long de l'épisode de service.
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Hébergement : Formation OMEGA SAD : Il existe un partenariat entre les leaders cliniques SAPA-SAD et l'équipe itinérance, afin de fédérer les intervenants. (Non formalisé dans l'écrit, mais présent dans la culture de certaines équipes SAD davantage confrontée au phénomène de l'itinérance) DPSMD : Réponse harmonisée pour tout Montréal	Hébergement : Régularité du personnel, pénurie de personnel SAD : La structure formelle de soutien de l'équipe santé mentale pour agir en tant que ressource d'intervention pour nos équipes de SAD dans les cas complexes ne semble pas disponible sur tout le territoire. L'offre est également peu connue des intervenants SAD. DPSMD :---	Hébergement : Prioriser personnel régulier et formé SAD : Corridor de services formelle à développer avec l'équipe itinérance et dépendance. DPSMD : ---
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • À l'hospitalisation DSMD : comités en collaboration avec les agents socio-communautaires. Organismes communautaires :	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : • Manque de formation pour les	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Avoir recours à un corridor de services entre les CHSLD et la santé mentale. • Hébergement : Avoir un psychiatre répondant pour les équipes en CHSLD.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	• Communication et collaboration étroite des intervenant.es au niveau local avec le service régional en itinérance.	intervenant-es du milieu communautaire et pour le SAD pour intervenir dans ces situations. • Difficultés de rejoindre des ressources qui peuvent se déplacer sur le lieu de la crise.	• SAD : Avoir recours à un corridor de services et un psychiatre répondant entre les équipes SAD et la santé mentale. Organismes communautaires : ---
CIUSSS de l'Est--de-l'Île-de-Montréal	L'équipe ABC travail 24/7 et offre un inventaire d'intervention allant du suivi téléphonique à l'hébergement d'urgence. Notre centre de crise fait partie intégrante de notre structure et il n'est pas lié au communautaire. De plus, l'équipe HDR déploie une offre de service complémentaire soutenant la mise en place d'alternatives à l'hospitalisation psychiatrique des personnes âgées.	Dès qu'il y a une crise chez un résident ayant un problème de santé mentale en CHSLD, étant donné le manque de moyen et de ressources spécialisées, il est dirigé en CH, ce qui congestionne le réseau et qui ne nous permet pas de développer l'expertise nécessaire Enjeux d'obtention des ordres de la cour. Consommateurs en CHSLD – ressources dédiées pour ce type d'usagers. En hébergement, les résidents en situation de crise sont transférés à l'urgence santé mentale. L'équipe du PSIQ intervient au besoin et des consultations en gérontopsychiatrie sont réalisées. Cependant, ce processus n'est pas formalisé et l'offre de service est méconnue. Nous faisons appel aussi au service du CMG. Encore là, le processus de qui fait quoi pour avoir accès à un gérontopsychiatre n'est pas établi.	Mettre en place un projet national de déploiement d'un modèle de services de crise et de traitements intensifs brefs dans la communauté spécifique aux personnes âgées, en complément des mesures en déploiement pour les adultes (ABC et TIBD) . Inclure dans le modèle les personnes qui sont hébergées en CHSLD par manque de ressources d'hébergements spécialisées.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD Formation : Prévention du suicide et interventions en SAD	SAPA-SAD : Nos équipes ne sont pas formées pour	SAPA-SAD : ---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		intervenir en situation de crise, formation de base Omega (1 jour semaines).	
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Formation et gouvernance (leadership)	SAPA : Ressources humaines et financières SM : La stigmatisation	Corridor de service et équipe dédiée
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	Escouade (24/7) en santé mentale et présence d'intervenants (incluant sociaux) 7j/7 en SAD.	Avoir des intervenants formés en quantité suffisante	Formation – créer une équipe mobile
CISSS de l'Outaouais	Gestion de la crise.	P38 dédiée au 811, le centre de crise de la région a un escalier pour se rendre aux chambres, ceci est un enjeu important pour la clientèle vieillissante.	P38 facilité pour la gestion de cas, policière communautaire attitrer à l'équipe de gestion de cas, adapter l'offre de services des partenaires communautaires pour répondre aux besoins des clientèles vieillissantes.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SM: mesure ABC qui peut toucher une clientèle en perte d'autonomie SAPA: Application du bottin à jour.	SAPA: équipe SCPD, mais critère d'exclusion Santé mentale alors que peu de processus formels établis lorsque manifestations comportementales	---
CISSS de la Côte-Nord	Équipes ABC à mettre en place	Manque de ressources humaines	Formation adaptée aux particularités de cette clientèle
CISSS des Îles	---	---	Développement d'une gamme de services ?
CISSS de la Gaspésie	Intervention téléphonique info-social 811 ou en présence par les services d'urgences psychosociaux 24/7 en dehors des heures régulières. Service de guichet SAD-MASM/AAOR. Comité partenaires (table). Formation pour soutien aux RPA/RI.	Manque de spécialiste pour nous aider	Outils de dépistage et de repérage/pour les familles : épuisement/répit manque ressource
CISSS de Chaudière-Appalaches	Collaboration avec les équipes urgences détresse. Volontaires de différentes directions.	---	---
CISSS de Laval	---	---	Adapter les services / centres de crises au niveau de l'adaptation physique et de l'approche.
CISSS de Lanaudière	Équipe mixte policiers/travailleurs sociaux dans la communauté. Intervention de l'équipe dédiée RI RTF en SAPA au besoin en soutien.	Notion des droits des usagers par rapport au besoin de protection	Accès facilité à un médecin et à une équipe de soutien. Accès facilité aux formations en lien avec la crise (suicidaire, homicide, OMEGA, etc.)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS des Laurentides	Entente signée avec les villes (encombrement/accumulation); Intervention en collaboration avec 811 en soutien aux intervenants SAD; co-intervention Crise/SAPA SAD.	Les intervenants SAD auraient intérêt à être formés en intervention de crises spécifiquement; favoriser la co-intervention entre les directions pour les situations complexes.	Formation des intervenants en gestion de crises, problèmes de santé mentale/dépendance/itinérance
CISSS de la Montérégie-Centre	Équipe multidisciplinaire et collaboration inter-directions	Absence d'hébergement adapté aux besoins de la clientèle disponible dans la communauté rendant difficile la relocalisation des clientèles concernées	Mettre en place une équipe médicale et professionnelle spécialisée pouvant comprendre et accompagner les équipes ou proches ainsi que la clientèle en situation de crise ou de cas complexe. Voir les possibilités de collaborations auprès des CPS du territoire, à développer avec le CPS de St-Jean-Sur-Richelieu avec lequel il y a des adaptations faciles, mais une particularité avec le Centre de crise l'Accès qui couvre Longueuil (L'Accès et leadership à définir puisque le programme de l'Accès est intégré à la Montérégie-Est à même ses effectifs donc moins accessibles au CISSS de la Montérégie Centre)
CISSS de la Montérégie-Est	Avoir des spécialistes en activités cliniques pour offrir le soutien clinique	Lieux pas nécessairement adaptés à recevoir des usagers en perte d'autonomie	Avoir une équipe dédiée mobile pour les interventions de crise
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Présence d'une équipe de psychogériatrie	DSSADG: À partir du moment où le SAD s'implique auprès de ce type de clientèle, le soutien des équipes de santé mentale ou dépendance devient difficile à avoir. Le SAD doit assumer tous les coûts associés. DSHAPPA + DPSMD : Les ressources sont peu connues par les prestataires de services	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Avoir une équipe dédiée pour supporter les équipes lors de crises afin d'éviter l'hospitalisation
Établissement non-fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 9. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe partenariat avec les organismes communautaires, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS Bas St-Laurent	Tables de concertation	Offres très hétéroclites. Tables locales parallèles (aînés d'un côté, santé mentale d'un autre)	Panier de services minimal et plus cohérent d'une MRC à l'autre. Pourrait être appuyé sur des exigences au PSOC.
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	Plusieurs tables locales et régionales pour favoriser l'arrimage. Dans nos équipes, nous avons des représentants d'organismes communautaires (paire aidante et soutien au logement) qui facilitent donc le lien entre l'organisme communautaire et le CIUSSS. Nous avons également un pair aidant famille qui vient sur le département, avec la liaison, un bon lien avec les organismes communautaires pour les références. Service d'intervention de proximité (SIP) avec un intervenant désigné pour cette clientèle. Très bonne collaboration avec les organismes communautaires en santé mentale qui desservent également la clientèle aînée.	**Obstacle : peu de OC prenant en charge les clientèles complexes avec concomitance** Services des OC pour la clientèle en perte d'autonomie pas très bien connus des intervenants en SM. RH menant à se concentrer sur les problèmes prioritaires vs projets secondaires qui nous permettraient peut-être une meilleure collaboration. Les organismes communautaires vivent des enjeux similaires a/n RH, ce qui entraine les mêmes enjeux. Structure de communication vu distance physique avec les organismes et augmentation de charge administrative à faire. Peu et/ou voire pas d'offre spécifique pour la clientèle vieillissante ayant une problématique de santé mentale. Le niveau de complexité de nos usagers permet difficilement l'intégration aux activités dans les organismes communautaires. Pénurie de main-d'œuvre pour l'accompagnement.	Développer la connaissance des services chez le personnel SM. Faciliter le lien avec les organismes en diminuant les autorisations, les signatures, les papiers, bref la lourdeur administrative.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Trajectoire itinérance, tables de concertation intersectorielles de différents niveaux, implication ++ des organisateurs communautaires, comité régional inter-sectoriel sur le trouble d'accumulation	Peu d'obstacles : relation harmonieuse et efficiente avec les partenaires Par contre, même lorsque les milieux sont adaptés physiquement, les organismes communautaires n'ont pas les ressources humaines pour adapter le	Échanges/ concertation pour recherche de solutions en continuelle réflexion Déploiement éventuel d'une équipe régionale sous le modèle Task-Force pour les troubles d'accumulation

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	Trajectoire entre RHU(T) et CIUSSSCN pour les personnes en perte d'autonomie désaffiliées (voir ci-haut) Service de gériatrie sociale au service Amical Basse-Ville	ratio intervenant / usager pour répondre aux besoins de cette clientèle.	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : À consolider SM : Centre prévention suicide	SAPA : Se concentre sur la clientèle Adulte de territoire SM : Association proche aidante	SAPA : Concertation pour faciliter l'accès aux services de l'un et l'autre SM : Organisateur communautaire dédié à la santé mentale
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	DPSMD Organisme La Cordée responsable du service Réseau ainés SM Coopérative des services à domicile qui dessert la clientèle SM et perte d'autonomie Centre de crise communautaire en opération depuis septembre 2023 (enetnte spécifique)	Pas d'OC en région autre que Sherbrooke pour le volet vieillissement-SM	---
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : Ententes en place SAD : Personnel dédié pour être en lien avec les organismes communautaires. (Ex : éducateur de l'urgence dédié à la recherche de solution pour les usagers itinérants qui se présentent à l'urgence par manque de ressource). Présence d'intervenant SAD sur certaines tables de concertation d'organismes communautaires. DPSMD : Historique positif de collaboration entre le CCSMTL et les partenaires communautaires. Respect et renforcement de l'autonomie des partenaires communautaires.	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD : La DPSMD ne participe pas systématiquement aux Tables portant sur les personnes âgées.	Hébergement : --- SAD : Corridor de collaboration à développer avec les organismes communautaires oeuvrant en itinérance et dépendance. DPSMD : Élargissement de la connaissance des partenaires communautaires des réseaux personnes âgées, santé mentale, dépendance et itinérance.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : Ententes entre le CIUSSS et les partenaires externes ; intervenant.es dédié.es au programme (ex. : Projet Les Éclaireurs).	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement - SAD : absence d'organismes communautaires ayant le mandat exclusif vieillissement, santé mentale, dépendance, itinérance. • Hébergement : Les hébergements d'urgence n'ont pas la structure et l'aménagement nécessaire pour répondre aux besoins de cette clientèle. Organismes communautaires : Dans le contexte du programme des Éclaireurs, il n'y pas de financement à la mission pour les organismes, ce sont souvent des appels à projets, donc cela peut mener à un épuisement des partenaires.	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • DSMD : Démarches en cours avec les organisateurs communautaires pour explorer la possibilité d'ouvrir une ressource soit OSBL, RI ou CHSLD pour le profil santé mentale, itinérance et dépendance avec les partenaires dans la communauté et différents programmes services du CIUSSS (DQEPE, Hébergement, DSMD, DJSP). Organismes communautaires : • Équipe Éclaireurs : implantation d'un équipe relais au sein du CIUSSS avec des intervenants-clés dans certaines équipes. • Trajectoire pour les Éclaireurs et les Sentinelles devra être mise en place pour les Éclaireurs et les Sentinelles.
CIUSSS de l'Est--de-l'Île-de-Montréal	Table de concertation de l'Est, entente avec certains organismes	Lorsque les personnes âgées reçoivent des services par des équipes variées, il peut être plus difficile de développer des liens de collaboration fluides avec les organismes communautaires.	Favoriser l'animation de communauté de pratiques SAPA-santé mentale
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Leadership lors des tables de concertation avec les organismes communautaires	SAPA-SAD : Disponibilité des ressources du SAD pour accroître notre présence auprès de nos partenaires communautaires.	SAPA-SAD : Développer des ententes de collaboration et bien définir les rôles et responsabilités
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Système de communication	SAPA : Ressources humaines et financières SM : Sous financement des ressources communautaires	Leadership
CISSS de l'Outaouais	Ententes, Logement Outaouais : héberge nos usagers qui présentent de plus gros défis, référencement vers les OC fonctionne assez bien, à poursuivre et à consolider.	Manque de ressources communautaires, manque de projets novateurs pour les personnes âgées en psychiatrie.	Offre de services à diversifier pour augmenter la prise en charge dans la communauté, augmenter le financement aux organismes pour cette clientèle.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SM: partenariat avec les entreprises d'économies sociales	---	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	SAPA: Faire des portes ouvertes pour la présentation des services offerts. Application et tenir à jour un bottin des organismes		
CISSS de la Côte-Nord	Table de concertation SMDI, Comité régional en itinérance	Pas de ressources pour cette clientèle	Formation adaptée aux particularités de cette clientèle pour les partenaires, soutien financier pour adapter les environnements physiques
CISSS des Îles	Création d'un poste de coordination au réseau local de santé et des partenariats	---	Développement gammes de services ?
CISSS de la Gaspésie	4 centres d'hébergement acceptent parfois des clientèles, mais la perte d'autonomie physique ou cognitive est légère/ CRRI/4 maisons de femmes et quelques hébergements en itinérance qui peuvent servir à la clientèle.	Manque de place de « dépannage » en hébergement pour cette clientèle.	Table de concertation à bien définir pour la participation de tous.
CISSS de Chaudière-Appalaches	Organisateurs communautaires qui font les liens entre les directions.	Financement par clientèle	---
CISSS de Laval	---	---	Développer des offres de services adaptées au continuum
CISSS de Lanaudière	Accompagnement de l'équipe dédiée RI RTF de l'usager vers le service communautaire. Soutien organisationnel et financier à la mission globale et par convention d'activités spécifiques/projets ponctuels offerts à divers organismes communautaires œuvrant auprès de ces clientèles sur le territoire de Lanaudière.	Stigmatisation de la clientèle santé mentale	Activités adaptées à la clientèle. Activités de sensibilisation aux besoins de cette clientèle.
CISSS des Laurentides	Itinérance : Offre de services complète en itinérance avec un continuum de soins par RLS. Collaboration active avec les organisateurs communautaires sur l'ensemble du territoire, renforçant les liens entre	-Les organismes communautaires en santé mentale ne sont pas tous adaptés pour la clientèle en perte d'autonomie et vice versa. -Absence de services en itinérance pour répondre aux besoins spécifiques des personnes ayant une perte	Offre de services spécifique aux personnes en situation d'itinérance en perte d'autonomie ou en âge plus avancé. Un financement additionnel serait requis pour déployer une équipe spécifique. Favoriser une meilleure connaissance des services

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	les services du CISSS Laurentides et les différents organismes.	d'autonomie cognitive / physique liée au vieillissement présentant aussi un problème de santé mentale. Les organismes communautaires se sentent impuissants et n'ont pas la capacité clinique et organisationnelle pour les accueillir. Refus quasi systématique. Vieillissement prématuré de cette population vulnérable qui présente des enjeux de perte d'autonomie à un jeune âge et ne cadre pas avec les services communautaires offerts ni dans les services réguliers du RSSS tel que SAPA, vu leur « plus jeune âge ». Les milieux pour clientèle en itinérance ne sont pas tous nécessairement adaptés à la clientèle en perte d'autonomie (trouble de mobilité ou besoins en soins) et à la clientèle avec une consommation active.	communautaires, mettre en place des tables régionales pour les troubles concomitants.
CISSS de la Montérégie-Centre	Organisation communautaire (équipe de la santé publique)	Leadership des tables de concertation est fluctuant selon la région ou selon la vocation.	A développer avec les organisateurs communautaires des CISSS
CISSS de la Montérégie-Est	Ententes avec les partenaires pour des mesures de répits (SAPA et PSMD)	Limites des installations des organismes communautaires afin d'être un milieu receveur	Assurer la pérennité des services offerts aux familles par les organismes communautaires
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG: Société Alzheimer qui est notre partenaire comme organisme de répit DSHAPPA + DPSMD : ----	DSSADG : Manque de logement social pour les itinérants qui sont en croissance dans la région. Le SAD doit assumer les coûts associés. DSHAPPA + DPSMD : Les ressources sont peu connues par les prestataires de services	DSSADG: Obtenir plus de logements sociaux accessibles pour cette clientèle. Identifier des lits d'urgence sociale en SM DSHAPPA + DPSMD : Permettre à la personne hébergée de participer aux activités des organismes communautaires ou développer des activités avec les partenaires de la communauté dans nos CHSLD pour cette clientèle
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Connaître l'offre de service de tous les organismes communautaires existants

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 10. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe proches aidants-familles, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	Projet en déploiement-volet hospitalisation. Services externes à venir. Promotion de la ligne d'écoute téléphonique. Projet en cours d'élaboration permettant une meilleure communication avec les organismes communautaires afin d'offrir des services plus adéquats. Nouveaux psychiatres avec nouvelles visions. Pair-aidant famille. Personnel stable qui a le réflexe de référer aux familles. Liaison qui joue un rôle clé avec l'approche de la famille. Projet proche aidant en cours. Organismes communautaires dédiés aux familles ayant un proche en SM. Leadership du RUV, facilite les liens avec la famille et les proches. Personnel engagé.	La proche aidante de la clientèle SM est souvent, épuisée, vieillissante, pas toujours adéquate et parfois désorganisée elle-même. On favorise l'implication des proches lorsque possible. Familles à l'extérieur de la région/grande région. Peu présent/ parfois inexistant. Délai souvent rapproché pour combler une place et intégrer un usager rapidement (peut être difficile pour les familles). La présentation des besoins de l'usager lors d'un transfert de dossier aurait avantage à se faire en présentiel plutôt qu'en virtuel. Manque d'expertise dans les CHSLD et le nombre insuffisant de travailleurs sociaux dans les CHSLD.	Intégration de la technologie pour inclure davantage les familles. Changement du mode de pensée et prendre la personne dans sa totalité dont la famille. Offrir des ressources pour encourager les familles hors région à se déplacer pour aider leurs proches. Programme communautaire de soutien aux familles. Organiser 1 fois par an avec la direction santé mentale des séances d'informations aux proches aidants et famille de nos résidents par l'entremise des comités des résidents et leur présenter les services dont ils peuvent bénéficier.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Déploiement du guide des bonnes pratiques pour les familles développées par la DSMDI du CIUSSCN en collaboration et diffusé en mars 2024 par le MSSS	La méconnaissance des bonnes pratiques et des limites de la confidentialité pour impliquer activement les proches	Mieux diffuser et publiciser les formulaires de référence aux organismes de soutien aux proches
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Utilisation de l'histoire de vie et participation active des proches aidants en hébergement SM : Selon le désir de l'usager, sensibilisation, implication, PSI	SAPA : --- SM : Vieillissement des proches et l'éloignement géographique, refus de l'usager et/ou de la famille	SAPA : Évaluer les besoins des proches de ces clientèles SM : ---
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	---	---	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD : Présence de comité des usagers actifs qui partagent l'expérience vécue par les usagers/les proches et recommandent des pistes d'amélioration.	Hébergement : Plusieurs résidents n'ont pas de proches-aidant SAD :--- DPSMD : Il n'existe pas de groupes communautaires spécialisés en proche aidance famille pour ce qui est du volet dépendance. Il serait intéressant de pouvoir compter sur le vécu expérientiel de proches aidants ayant accompagné une personne vieillissante ayant un trouble lié à la consommation de substances.	Hébergement : Besoin de soutien accru à mettre en place pour les proches-aidant SAD : Inclure un usager partenaire ou proche aidant partenaire dans les travaux afin de prendre la voix des usagers/proches aidants en considération dans la recherche de solution DPSMD : ---
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : Référence du CLSC vers les organismes qui peut les soutenir.	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Ententes avec les partenaires Ex. Arborescence. Une paire-aidante famille est d'ailleurs intégrée au continuum de services en gérontopsychiatrie.	La culture de soins en santé mentale (secret professionnel), de même que le parcours de vie des usagers (isolement social), font en sorte que les efforts déployés afin d'impliquer les proches dans les processus cliniques, selon la volonté de la personne, peuvent être moins soutenus. Cette réalité particulière doit être prise en compte dans les plans stratégiques de renforcement des pratiques visant les facteurs de protection. Enseignement, soutien et implication des familles. Les familles sont parfois mécontentes de voir le proche dans une unité fermée. Parfois, ils n'ont pas les renseignements, l'enseignement et	Émettre des orientations formelles d'inclusion de proches-aidants familles ayant une expérience comme proche-aidant d'une personne âgée présentant des enjeux de santé mentale, dans les équipes santé mentale.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		l'information requis pour comprendre l'état de santé du proche, ce qui crée de la frustration et qui fini par des plaintes aux différentes instances.	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Ententes : Support financements aux proches aidants et groupe communautaire disponible en partenariat pour support au proche aidant	SAPA-SAD : Difficulté à intégrer des aidants à des comités cliniques. Les aidants-familles offrent une multitude de soins à leurs proches suite à nos incapacités de tout compenser. Il y a de nombreux besoins ne pouvant être unique ente répondue par le SAD.	SAPA-SAD : Augmenter le financement aidant-famille et développer des mesures de soutien et de formation.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Système de communication	SAPA+ SM : Ressources humaines et financières	---
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	---	Services de répits bien développés en SAPA, mais très peu en santé mentale (ex. pas de CES ou OC faisant des répits à domicile en santé mentale)	Ouvrir les CES à la santé mentale et développer utilisation de la plateforme Répit-aidant pour tout type de clientèle.
CISSS de l'Outaouais	Programme d'accueil en hébergement qui implique les proches, nouveau guide pour les proches en SM (MSSS, 2024) sera à implanter en 2024-2025, constitue un atout.	Souvent le réseau est peu présent.	Besoin de soutien offert aux proches aidants: Reconnaissance financière, organismes de soutien, etc.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SAPA : Tournée locale /activités spectacles (table des aînés). Application et ternir à jour un bottin des organismes.	SAPA: communication, âgisme, problèmes de santé	---
CISSS de la Côte-Nord	Implantation d'une coordination en proche aidance	Manque d'expertise, distance géographique, milieux isolés et peu accessibles	Groupes d'entraide, formations communes, personnes répondantes, bénévoles
CISSS des Îles	Création d'un poste de coordination en proche aidance	---	---
CISSS de la Gaspésie	Services offerts par Nouveau Regard, bonne collaboration avec eux. Services psychosociaux offerts par les services SSG ou SM ou SAD selon la situation. APPUI.	Faire connaître mieux les services qui leur sont offerts. Responsabilités de nos portes d'entrée AAOR et Info-social à améliorer.	Implication des organismes, mieux les connaître.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS de Chaudière-Appalaches	---	---	---
CISSS de Laval	---	---	---
CISSS de Lanaudière	Implication dans le plan d'intervention	Épuisement des proches, sur-sollicitation de la famille parfois	Reconnaissance de leur implication par des crédits d'impôt et programmes gouvernementaux en proche aidance
CISSS des Laurentides	Certains organismes offrent des ateliers pour les proches aidants. Coordonnatrice régionale en proche aidance; projet partenaire chez soi avant tout (mesure 48).	Favoriser davantage l'approche de collaboration avec les proches aidants dans l'intervention auprès de cette clientèle (partenariat de soins avec les proches)	Offre de groupe pour les proches aidants (informations, ressources, etc.); Poursuivre la coparticipation des directions au projet Partenaire chez soi avant tout.
CISSS de la Montérégie-Centre	---	A faire connaître davantage (partenaires offrant du soutien ou une organisation en matière de proche aidance.	Entente à explorer auprès des organismes ayant la mission de la proche aidance.
CISSS de la Montérégie-Est	Avoir une offre de service pour les proches-aidants intégrée	---	Assurer la pérennité des services offerts aux familles par les organismes communautaires
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG: --- DSHAPPA + DPSMD : Lorsqu'ils acceptent ou sont encore présents dans leur vie	DSSADG: Peu présent ou absence de proches-aidants-familles DSHAPPA + DPSMD : ---	DSSADG : Les outiller pour mieux comprendre leurs besoins et les besoins de leurs proches et/ou aller chercher de l'aide au besoin DSHAPPA + DPSMD : Impliquer la famille dans l'identification de solutions, travailler en collaboration lorsque c'est possible
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Formations à diffuser davantage, aussi à la population, transfert des connaissances est un défi

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 11. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe amélioration de l'accès, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	Mise en place du PQPTM, MASM intégré. Relation entre les intervenants (inf. de liaison) des différents programmes et l'ouverture aide (pourrait être amélioré, plus facile avec certaines directions). Rencontre d'arrimage entre les coordos dans les cas plus complexes. Professionnel répondant en place afin de supporter les autres directions. Élargissement des admissions en santé mentale pour des clientèles vieillissantes permettant de soutenir les intervenantes SAD dans leur suivi. Cellule itinérance (SAPA-SM-Itinérance). Évite des intégrations en CHSLD, car activités misées sur le maintien de l'autonomie. Rencontre de suivi fluidité stratégique, tactique et opérationnel	**Obstacle : manque d'hébergement répondant aux besoins temporaire et permanent.** La clientèle SM a souvent peu accès aux services du SAD, car elle est considérée mobile par leur service, mais pour nous c'est une clientèle qui parfois ne se déplace peu ou pas, car trop délirant, pas de notion du temps pour les RDV etc. Le SAD considère que nous avons du personnel infirmier. Les pertes d'autonomie en lien avec le vieillissement de la clientèle SM ne sont pas toujours reconnues. Trouver le milieu hébergement de notre clientèle SM-vieillissante est difficile. Peu de milieux adaptés. Présence de listes d'attente de longue date, qui freine l'accès aux services des équipes spécifiques et spécialisées. Le ratio 70 % (services spécifiques) – 30 % (services spécialisés) ne sont pas encore atteints. Les spécialistes en gérontopsy. sont à La Baie. Avoir une ressource dans nos milieux faciliterait fort probablement la consultation et améliorerait les soins offerts. Manque de psychiatres, ce qui allonge les listes d'attente. Manque de places et de lits. Délai d'attente avant d'obtenir une place répondant aux besoins. Manque de places pour ce type de clientèle, de budget	Services plus adaptés en fonction des pertes d'autonomie en lien avec le vieillissement. SBNI à développer davantage. Déploiement d'une équipe complète en services spécialisés. Avoir un département sécuritaire (barré) dans un type de milieu de vie adapté à la clientèle âgée ou le personnel est formée pouvant fournir des soins adaptés. Création d'un poste partagé entre le SM et le SAD facilitant le travail d'équipe. Développer davantage de places pour la clientèle ciblée dans ce questionnaire. Bonifier la communication lors d'un transfert en CH d'un usager et le suivi entre les secteurs. Identifier une personne de référence pour aider à dénouer les impasses lors de refus d'usager vivant de l'itinérance ayant besoin d'hébergement (une personne par RLS pourrait participer aux discussions de cas complexe et aider avec son expertise).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		et de ressources humaines pour combler un tel service. **Les refus des usagers vivant de l'itinérance à aller en hébergement. L'absence d'intervenants dédiés à l'itinérance.**	
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Projet novateur de l'accès intégré et harmonisé (AIH) du CIUSSCN Ouverture de 2 x10 lits au CHSLD Limoilou pour une clientèle avec TNCM et DSMDI 4 Unités Bosquet au CHSLD Jardins du Haut St- laurent toujours complète Unité pour hommes avec troubles de comportement sexuels Unité 1C pour TNC sévères et persistants Unité prothétique à Donnacona Projet de développement d'un continuum d'hébergement tripartite DASAP – DITSADP-DSMDI (de la RPA, en passant par les RI-RTF jusqu'au CHSLD) pour les usagers à profils complexes dont les besoins relèvent des 3 directions.	- La principale zone de difficulté entre les deux directions-programmes se situe au niveau de l'offre de soins infirmiers et de dispensation des AVQ-AVD dans la communauté auprès de la clientèle vieillissante de la DSMDI. D'une part la direction DSAPA offre du SAD – volet AVQ et de la convalescence spécifiquement aux personnes âgées; il y a donc une zone de découverture pour la clientèle adulte qui n'a pas un dx DP ou DI-TSA (couvert par la DDI-TSA-DP). Aussi, la DSMDI n'offre pas de SAD – volet AVQ-AVD pour les usagers ayant des problèmes de santé physique ou liés au vieillissement expliquant la perte d'autonomie. Cette problématique fera l'objet de réflexions et travaux inter-directions au cours de la prochaine année; - L'augmentation des situations des hommes (moins de 70 ans) avec des problématiques de consommation qui ne sont pas libérés des CH si on ne trouve pas de plan d'hébergement, avec des AJS qui sont très difficile à appliquer dans les CHSLD avec des ainés; - Fermeture de plusieurs RPA qui desservaient une clientèle atypique (Aubé, Potvin, autres);	- Déploiement de l'équipe ABC, mais envisager la possibilité d'avoir un volet personnes âgées, gérontopsychiatrie pour mieux cibler leurs besoins et avoir une approche mieux adaptée; - Développer des offres de soins et services DSMDI mieux adaptés aux personnes âgées, notamment dans le continuum des troubles mentaux courants de 1ère ligne; - Développer des offres de soins et services conjoints DSAPA-DSMDI.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		- Les zones grises entre la psycho-gériatrie, la gériatrie et la gérontopsychiatrie; - Accès aux psychiatres et gérontopsychiatres si la demande de consultation de provient pas du md de famille ou si hors trajectoire CRDS (ex. : urgentologue des urgences pour usagers non admis); - Absence d'équipes de type TIBD, SIM-SIV pour usagers de plus de 65 ans; - Les zones grises au sujet de la responsabilité de la complétion de l'OCCI : qui?	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Structure de concertation au MAH avec les directions impliquées sous le leadership de la DSM. SM : Informatisation, promotion de nos différents services RNI	SAPA : Concertation à développer SM : Fermeture des ressources non prévues, manque ressources spécialisées, manque de ressources éloignées, pénurie d'employés	SAPA : Développement de milieu adapté permettant d'héberger des personnes vieillissantes multiproblématiques SM : Plus de ressources adaptées, plus d'argent
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	---	DPSMD Augmentation des demandes et complexité des profils Manque de main-d'œuvre dans certains RLS	---
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal	Hébergement : Corridor de service, ententes en place, fluidité hospitalière SAD : Accès facilité aux travailleurs communautaires à notre guichet d'accès PPA (possibilité de référencement ou de consultation face à des problématiques diverses) DPSMD : Collaboration étroite entre les directions cliniques agile qui favorise la co-intervention. Valorisation des soins partagés (consultation	Hébergement : Certains résidents présentent plusieurs diagnostics/problématiques rendant difficile l'accès à un hébergement adapté SAD : Manque d'un lieu de concertation entre les différentes parties prenantes impliquées dans le continuum de services pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance. Application stricte des critères d'admissibilité pour les services de santé mentale,	Hébergement : Faciliter les processus pour les résidents présentant différents diagnostics/problématiques SAD : --- DPSMD : Dans les opérations, on sent un manque de concertation entre le MAR et le MAH. L'arrimage entre ces instances doit être facilité. Le recours à l'hospitalisation en contexte de relocalisation de la clientèle doit être le plus possible éliminé. Une approche plus proactive d'accompagnement de la clientèle avant qu'elle se désorganise trop devrait être renforcée.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	offerte par les spécialistes.	ce qui rend complexe la collaboration et à la cogestion clinique des dossiers. (SIV, SIM, guichet d'accès MAR). Le SAD par sa responsabilité populationnelle du suivi des personnes en perte d'autonomie en lien avec le vieillissement se retrouve à couvrir une vaste offre de service. DPSMD : La population en situation d'itinérance ou celle qui consomme des substances vieillit. Il faut développer des solutions résidentielles qui répondent aux besoins concomitants de ces personnes. Nous avons un projet de RI personnes vieillissantes et qui consomment au CCSMTL, mais le manque de financement et de lieu sont des obstacles majeurs à la réalisation de ce projet.	
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : • Mise en place de mécanismes de référencement. • Création de la fonction de navigatrice pour les réseaux Éclaireurs et Sentinelles visant à faciliter la communication et les échanges d'infos entre les partenaires. • La Ligne « aînés » est considérée un atout dans le quartier (AH-BC) par les aînés, car l'accès est facile et immédiat. Ce service rassure et réfère l'aîné à des	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • DSMD: La stratégie d'accès aux personnes en situation d'itinérance a ses limites, peu de programmes services accompagnent les usagers dans la communauté et offrent des services adaptés à leurs besoins bien qu'il y ait des efforts, tout le monde manque de temps et de ressources pour répondre à des besoins particuliers. • DSMD : Les services du soutien à domicile sont difficilement accessibles pour la clientèle suivie en gérontopsychiatrie et pour cette clientèle hospitalisée. • Hébergement: Les usagers qui présentent un TNC majeur avec SCPD important sont parfois référés en centre	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • DSMD : Intégration d'un représentant du SAD au sein du comité interne en itinérance. Organismes communautaires : • Améliorer l'accès aux services du réseau de la santé ou organismes en facilitant la prise de contact et clarifiant le fonctionnement du système de la santé au Québec. Les personnes ne savent pas où se diriger quand ont un besoin ou souci de sa santé. Ils sont perdus, surtout la clientèle aînée. • Le cheminent vers la technologie est nécessaire, mais il faut toujours penser à l'accès des personnes moins (ou pas) à l'aise avec la technologie. • Donc, construire un système facilitant la prise de contact avec une

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	services selon les besoins.	hospitalier psychiatrique pour la gestion du comportement alors que les services de psychiatrie ne sont pas outillés pour ce type de clientèle. Le problème n'est pas psychiatrique. Il devrait y avoir des environnements sécuritaires qui sont développés dans les unités de gériatrie. Organismes communautaires : • Durant la COVID, la ligne aînée (AH – BC) recevait un financement. Aujourd'hui, l'organisme repose sur une seule personne pour répondre aux demandes. Ça pourrait être mieux outillé et avoir plus du personnel. • Difficulté à mettre en place ou pérenniser certaines approches de proximité dans la région.	clinique, un médecin/infirmière, etc. est primordial si nous avons en considération les aînés plus âgées dans notre province. Le service du 811 est précieux, mais peu de personnes sont encouragées à l'utiliser (méconnu, pourrait avoir plusieurs langues, etc.).
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Travaux concertés sur l'accès et le CGM. Travaux en cours sur les trajectoires adultes en santé mentale avec le MSSS.	Les ressources de santé mentale ne sont pas adaptées à la clientèle vieillissante. Dès que la personne a des problèmes de mobilité, elle doit déménager et être déracinée de son milieu. Aucun CHSLD n'est spécialisé pour les résidents ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance. Nous n'avons pas de corridor de services avec la santé mentale. De ce fait, nous sommes contraints de transférer les résidents en urgence psychiatrique pour préserver la sécurité du résident en crise, des autres résidents et du personnel soignant. Inclure l'hébergement dans les	S'assurer que dans les RI-RTF santé mentale la configuration physique permet aux résidents d'y demeurer le plus longtemps possible (jusqu'à un profil CHSLD). Avoir un corridor de service santé mentale hébergement. (psychiatrie et gérontopsychiatrie). Assurer l'accès aux services santé mentale pour les personnes âgées via les mécanismes existants en 1e ligne et soutenir la concertation entre les équipes SAD et santé mentale 1e ligne. Intégrer des IPSSM dans les équipes SAD et faciliter l'accès aux IPSSM pour les équipes santé mentale 1e ligne soutenant des personnes âgées présentant des besoins en santé physique.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		travaux CMG et santé mentale. Mettre en place la téléconsultation en CHSLD pour le volet santé mentale. Une porte d'entrée unique pour la gériatrie et la psychogériatrie existe sans pour autant avoir un impact sur l'amélioration de la collaboration entre ces secteurs. Nous constatons plutôt une interférence d'enjeux propres à la réalité des spécialisations médicales dans des processus d'accès qui doivent d'abord prendre en compte les besoins et objectifs des usagers en favorisant la mise en place des services de proximité, soit de CLSC (SAD et santé mentale) auprès des usagers. De ce même ordre d'idée, les services spécialisés de	Structurer un modèle de soutien-conseil par les équipes de gérontopsychiatrie auprès des équipes de 1e ligne (autant dans les équipes SAD que les équipes santé mentale 1e ligne) et les milieux de vie accueillant des personnes âgées (RPA, CHSLD, etc.), où nécessairement une partie de la population présente des enjeux relevant de l'expertise développée en SMDI. Des besoins de soutien conseil et de développement de compétences non-satisfaits par les équipes SCPD ou les consultations médicales psychiatriques sont identifiés et un modèle formel gagnerait à être développé pour y répondre. Amélioration et partage de l'expertise entre la gériatrie, la gérontopsychiatrie et la psychiatrie dans le continuum de la personne âgée autant en intra hospitalier qu'en suivi externe ou en CHSLD.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Système de communication : Plan d'action en cours. Amélioration de nos accès : guichet SAPA, accueil centralisé. Développement de trajectoire efficace	SAPA-SAD : Manque de ressources à l'accueil, 2 guichets à fusionner au cours des prochains mois.	SAPA-SAD : Mieux partager les portes d'accès CIUSSS et l'offre de service à la population.
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Leadership (gouvernance), ententes, ajout de ressources (lits)	SAPA : Ressources humaines et financières SM : La perception que l'urgence est la porte d'entrée aux services	Corridor de service et équipe dédiée
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	Collaboration inter direction pour les cas complexes	Nombre de place insuffisant en hébergement	A3 Vision SAD trajectoires communes, développer hébergement en psychogériatrie
CISSS de l'Outaouais	Téléconsultation avec les spécialistes, référencement vers équipes SIM-SIV : Il y avait des résistances pour prendre cette clientèle, les critères du programme ont été clarifiés et permettent un meilleur accès aux	Pour l'unité de psychogériatrie de HPJ : La co-traitance sur d'autres unités serait à consolider : trajectoire à consolider en révisant les critères d'admission pour que les personnes âgées soient hospitalisées sur les unités	Amélioration du paiement CES, trajectoire facilitatrice avec un intervenant en santé mentale qui serait la porte d'entrée, avoir accès à des formations des intervenants en santé mentale en gestion de cas, la liste d'attente ne devrait pas être requise quand ouvert et impliquée, assouplir les

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	services SM pour les 65 ans et plus. Ceci augmente la capacité de l'équipe externe psychogériatrique (SM Services spécialisés de deuxième ligne).	régulières de santé mentale ; Pour les services externes : augmenter l'accès des services de santé mentale de première et deuxième ligne pour les personnes âgées de 65 ans et plus ; Manque d'accès à des services spécialisés pour cette clientèle et peu de flexibilité actuellement des services déjà offerts.	critères d'admissibilité dans les différentes directions. Développement d'un travail collaboratif avec la DSADDR: soins à domicile personnes en perte d'autonomie, SAC de la DSADDR disponible pour orienter la TS en gérontopsychiatrie pour faciliter les démarches et vice versa, accès aux spécialistes en santé mentale pour soutenir les équipes SAD dans les situations plus complexes. Augmenter les places d'hébergements spécifiques aux besoins de cette clientèle.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SAPA; Travaux d'harmonisation de l'accès SAD qui a débouché en ateliers de travail à la suite d'un sondage complété en avril 2023. Tournée locale /activités spectacles (table des aînés). Faire des portes ouvertes pour la présentation des services offerts. Application et tenir à jour un bottin des organismes.	SAPA: accès psychiatre en gériatrie, demandes évaluation loi 90 alors qu'infirmière DPSMD au dossier, l'accès à des services en dépendance à domicile pour clientèle gériatrique avec TNC korsakoff	SAPA: Être imaginatif, sortir des zones grises. Travailler ensemble dans les zones grises. Étirer nos missions chacun de nos côtés.
CISSS de la Côte-Nord	Gestion de proximité dans les petits milieux (l'ensemble du personnel clinique est sous un gestionnaire), Infirmières en dépendance pour le volet hébergement en dépendance (pas 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, mais possibilité d'accompagnement pour les plans de soins auprès du personnel lors d'absente. Interventions de proximité (interventions possibles à domicile dans certains sous-programmes : dépendance, SIV-SIF	Difficulté d'accessibilité des bâtiments (pas adapté aux fauteuils roulants ou autre problème de mobilité) Aussi difficulté d'accès pour l'offre de service de thérapie : douche, salle de bain, marches (accès extérieur difficile en raison du lieu physique de l'établissement).	Budget pour le transport des proches aidants, lieux pour les héberger à faible coûts, places en RIRTF, MDA, CHLSD, autres pour cette clientèle
CISSS des Îles	Comité interprogrammes	---	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS de la Gaspésie	Courriel non nominatif pour le guichet SAD. Facilite les communications/nos AAOR incluant un mécanisme d'accès pour échanger et orienter les dossiers.	Manque de ressources humaines pour prise en charge au SAD et en SM.	Augmentation du personnel au Guichet d'accès SAD pour répondre aux nombreuses demandes. Formation sur les différentes trajectoires possibles.
CISSS de Chaudière-Appalaches	Leadership, équipe de liaison, collaboration entre les MAH et prêts de places pour mieux répondre aux besoins de la clientèle.	Leadership pas clair, ou orientations pas claires Parc d'hébergement à pleine capacité : • Augmente les séjours NSA dans les lits de la psychiatrie et de la santé physique • Diminue la possibilité de faire des prêts de places	Offre de service spécifique pour la clientèle gériatrique ayant des problèmes de santé mentale.
CISSS de Laval	---	Mise en place de l'IPAM: défi de recrutement	Adaptation des milieux d'hébergements pour permettre l'accès à la clientèle présentant une concomitance de problématiques. Création de milieux d'hébergement spécifiques. Accès à des logements tolérant une certaine marginalité sans que ce soit nécessairement le réseau d'hébergement en santé et services sociaux. Bonifier l'équipe et améliorer l'expertise en gérontopsychiatrie
CISSS de Lanaudière	Procédure du MAH santé mentale	Manque de places en RI RTF. Besoin de places spécialisées en dépendance, en situation de crise aussi. Milieux appropriés à la gestion de TC à dangerosité élevée et TC de nature sexuelle avec risque pour autrui pourraient être développés si financés.	Financement pour des RI santé mentale adaptée aux besoins physiques de la clientèle vieillissante (fauteuil, seuils de portes, etc.) Augmentation du ratio personnel/résident dans les ressources à double vocation SAPA et santé mentale Milieux appropriés à la gestion de TC à dangerosité élevée et TC de nature sexuelle avec risque pour autrui pourraient être développés si financés.
CISSS des Laurentides	Implantation du mécanisme d'accès en santé mentale encourageant le principe du « No wrong door » Programme ESPOIR - « reaching out » et accessibilité	Critères d'accès stricts âge Critères d'admissibilité dans les programmes services tels qu'avoir une adresse, un domicile, une stabilité résidentielle. L'offre de services CISSS non adaptée en comorbidité	Assouplissement des critères d'accès. Acceptabilité des patients sans domicile dans les services. Offre de services et trajectoires de services mieux adaptées à ce type de clientèle

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	augmentée par le travail de proximité. Tables d'arrimage DSMDPGA et SAPA de certains RLS. Initiative de projet d'interventions concertées pour certains RLS. Offre de service en gérontopsychiatrie offerte régionalement. Comité de cas complexes; Les MAH; services SAD (APPR ajoutés à l'équipe en soutien à l'accessibilité aux services SAD).	SAPA/dépendance-santé mentale-itinérance	
CISSS de la Montérégie-Centre	Participation à différentes tables de concertation locale. Travail de collaboration qui repose sur les individus en place	La détermination des services est souvent faite à partir du Dx et non des besoins de la personne. Difficulté à avoir accès à un hébergement principalement pour les usagers ayant un profil 6 à 9 à l'OEMC. L'hébergement en santé mentale n'a pas la structure architecturale ni l'offre de service pour besoins d'ordre physique tel que les déplacements ou services de soutien et d'assistance spécifique à la santé physique. À l'hébergement SAPA n'ont pas l'expertise au niveau pour les clientèles présentant des besoins spécifiques découlant d'une problématique de santé mentale ou des comportements perturbateurs relevant de la SM	Environnement physique architectural SAPA avec équipe combinant du personnel de travail santé mentale et santé physique. Par exemple une RI architecture SAPA équipe de mixte SAPA et SM en place. Mise en place de corridors de services favorisants le travail de collaboration, Faire tomber les barrières notre nos services. Donner accès aux services SAD au sein de RIRTF de santé mentale. Établir des corridors de services. Lorsqu'il y un Dx de santé mentale même si l'usager est stable dans cette sphère, besoin de centrer sur les besoins et non Dx.
CISSS de la Montérégie-Est	Tenu du comité cas complexe favorisant la prise de décision inter-direction	Les critères d'exclusion - la notion de diagnostic	Avoir des milieux d'intervention mieux adaptés (parc de ressources, organismes communautaires)
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Planification d'une gouvernance décisionnelle (en cours)	DSSADG: L'absence de place d'hébergement (CHSLD et RI) pour cette clientèle. Ces usagers sont difficiles à héberger et les milieux qui les accueillent sont souvent bien démunis. La santé mentale devrait	DSSADG: Avoir des places d'hébergement/ urgence sociale pour ce profil clientèle. DSHAPPA + DPSMD : Élaborer une offre de service adaptée à cette clientèle dont le meilleur milieu est un

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		ajuster son offre de service pour avoir des places RI SM personne âgée, des places d'urgence sociale, des places temporaires pour les itinérants, etc. DSHAPPA + DPSMD : Offre de services en silo et non adaptée à la réalité de la clientèle	CHSLD avec le support de la direction spécialisée et vice-versa
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Corridor de service et lits disponibles pour la clientèle qui ne présente plus de soins tertiaires quaternaires

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 12. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe alternatives aux hospitalisations, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	SAD : lorsque réponds aux critères, achats de services et intensification au besoin. Obstacle : manque d'hébergement répondant aux besoins temporaire et permanent. Création d'un centre de crise, déploiement de l'équipe ABC. Connaissances des différentes opportunités/organismes/ressources permettant de référer aux bonnes personnes. Retour à domicile avec services partagés. Site non traditionnel Arc-en-Ciel (hébergement temporaire et transitoire en SM). Lits de crise. Si places disponibles et que l'usager n'est pas en soins actifs.	Obstacle : Lorsque le client n'a pas la capacité financière de payer son hébergement Obstacle : manque d'hébergement répondant aux besoins temporaire et permanent. Pas d'hospitalisation à domicile. Hospitalisation permet d'évaluer la clientèle, trouver un milieu de vie plus adapté, etc. Ressources physiques pour héberger ces personnes-ressources alternatives. Beaucoup d'attente des milieux adaptés fait en CH. Personnel de RI pas toujours formé pour accueillir des patients de SM. Souvent plus facile quand la famille est présente ou impliquée. Manque de personnel pour évaluer les situations, donner les services répondant aux besoins des usagers à domicile ou dans leur milieu de vie. Lorsque toutes les ressources d'hébergement en itinérance de la communauté ont été utilisées par l'usager et que ceux-ci ne veulent plus l'admettre.	Budget d'hébergement pour aider ces usagers vulnérables Développer une petite équipe gérontopsy? Le volet relocalisation/identifier le bon milieu hébergement est souvent un enjeu. Développer des milieux d'hébergement et services adaptés au profil clientèle SM-Vieillissante. Création de lits de crise/lits de dépannage disponible pour les personnes âgées. Améliorer les liens entre les spécialistes et médecins de famille. Plus d'interventions des médecins de famille, mais supportés par les spécialistes. Développer un partenariat entre les programmes SAPA et santé mentale et l'accessibilité des services. Favoriser la rétention du personnel dans le réseau. Créer ce type de ressource en communauté ou augmenter le nombre de places avec les ressources humaines et les budgets nécessaires. Établir un corridor de services afin d'avoir accès à un intervenant en santé mentale ou évaluation en psychiatrie pour les résidents de CHSLD ayant des problématiques de santé mentale lors de désorganisation. Prévoir un outil de transfert d'informations avant l'admission d'un résident ayant des facteurs de vulnérabilité à risque de décompensation.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Unité de médecine à l'IUSMQ pour usagers requérant une convalescence ou de la	- Absence de milieu d'hébergement d'évaluation,	En réflexion

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	réadaptation subaiguë en présence de comorbidités ne permettant pas l'admission en URFI; Unité de soins palliatifs (3 lits) dédiée en priorités aux usagers ayant un suivi pour tr mentaux graves en santé mentale; Projet en cours d'analyse visant le développement à l'IUSMQ, projet d'un continuum d'hébergement et d'évaluation-orientation pour usagers avec comorbidités	stabilisation dans le but de statuer sur la meilleure orientation; - Insuffisance de places pour les usagers avec plusieurs comorbidités et/ou besoins particuliers/atypiques : plus ou moins 30 places en 3 micro-milieux différents et d'un continuum RPA - RI – CHSLD; - Absence de milieux pour les usagers judiciarisés, instables résidentiels de longue date, marginaux, etc.; - Absence de milieux avec tolérance élevée à la consommation (''wet shelter'') avec soins et services pour personnes âgées; - Refus de libération des NSA dans les CHSGS pcq le plan de sortie n'est pas assez sécuritaire selon les md (visions différentes au sujet de la gestion des risques hôpital vs communauté)	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : --- SM : Étroite collaboration avec les psychiatres, transfert temporaire d'un usager dans une autre ressource, LSA, comité d'arrimage avec les courtes et longue durée, intensification des services dans la ressource	SAPA : Manque d'accès en hébergement à des places adaptées SM : LPH en santé mentale non présent, embourbement du système de santé	SAPA : Développer des ressources pour ce type de clientèle SM : Plus de ressources adaptées, LPH ($), plus d'intervenant (RH)
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	DPSMD Équipe ABC (Accompagnement bref dans la communauté) en implantation du côté de la DPSMD Unité de stabilité rapide Suivi intensif dans le milieu	Manque de milieux spécifiques dédiés à ces usagers pour que l'offre soit adaptée aux besoins particuliers de ces derniers. Ex: pas de milieu qui accepte une certaine consommation. Les services SAD s'offrent à domicile, l'organisation de services est souvent	Les équipes de gestion de séjours ainsi que les cellules SAD-CH permet parfois d'éviter une hospitalisation en déterminant comment offrir le service autrement que par une hospitalisation.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		plus complexe puisqu'un endroit doit être convenu avec l'usager pour que l'équipe puisse offrir les services dans un endroit désigné.	
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : Corridor de service existant, consultation psychiatre ou psycho-gériatre, personnel formé SAD : --- DPSMD: Suivre l'évolution de la fréquentation des salles d'urgence de façon granulaire (vieillissement vs psychiatrie vs dépendance) pour tracer les bonnes trajectoires.	Hébergement : Régularité du personnel, pénurie de personnel SAD : Peu de ressource d'hébergement d'urgence pour la clientèle itinérante et l'impossibilité de réserver une place d'hébergement à l'avance. (Ex pour la clientèle qui requiert une chirurgie d'un jour et qui aurait besoin de repos/convalescence le jour de la chirurgie, il n'est présentement pas possible de prévoir une ressource pour accueillir l'usager, ce qui occasionne une durée de séjour en hospitalisation plus grande.) Peu de ressource disponible pour une clientèle itinérante qui requiert des soins infirmiers temporaires (antibiothérapie, traitement d'une plaie etc.) DPSMD: Formation des équipes des mesures alternatives à l'hospitalisation en santé mentale (ABC, UIBP et TIBD) devrait inclure des volets spécifiques pour les aînés ayant un profil concomitant santé mentale et vieillissement.	Hébergement : Stabilité du personnel SAD : --- DPSMD: Développement de solutions résidentielles en partenariat DSAPA-DPSMD avec quelques lits de convalescence pour la clientèle plus vulnérable.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • DSMD : On travaille des équipes dans la communauté – selon le modèle de l'IPAM -TIBD-UIB. • DSMD : La clinique externe de gérontopsychiatrie offre un traitement médical à l'usager, des interventions psychosociales et soutient la famille pour éviter le recours à l'hospitalisation. Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement – SAD : Absence de corridor de services avec la psychiatrie. • DSMD : Pour les usagers qui doivent être orientés en hébergement, il est difficile de trouver des ressources d'hébergement qui peuvent répondre à des besoins de santé physique et de santé mentale. Organismes communautaires : • Manque de ressource d'hébergement adaptée aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance.	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Avoir recours à un corridor de services entre les CHSLD et la santé mentale. • Hébergement : Avoir un psychiatre répondant pour les équipes en CHSLD. • SAD : Avoir recours à un corridor de services et un psychiatre répondant entre les équipes SAD et la santé mentale. • DSMD : Développer des ressources d'hébergement spécialisées pour les clientèles présentant de multiples besoins (santé physique, santé mentale et vieillissement). • DSMD : Mettre en place une équipe spécialisée qui intervient dans le milieu pour répondre à des besoins de suivi intensif pour cette clientèle. Organismes communautaires : • Développer une ressource d'hébergement adaptée aux besoins des personnes âgées en situation d'itinérance.
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Le HDRC et le TIBD sont deux équipes qui permettent efficacement d'offre une alternative viable à l'hospitalisation.	Les diagnostics de TNC sont souvent posés dans un contexte d'épisode de soins en CH, dès que le diagnostic est posé, le retour dans le réseau de la santé mentale n'est plus possible. Il n'y a pas d'équipe mobile santé mentale. L'accès à un gérontopsychiatre est très difficile. TIBD en développement après une création à l'hiver 2024. HDRC déjà en place.	Accès à des équipes spécialisées sur le terrain en temps opportun. Avoir une équipe mobile santé mentale, dépendance et itinérance. Avoir accès à de la téléconsultation. Concertation entre les équipes du HDRC, TIBD, SIAD et SAD pour l'hospitalisation et le maintien à domicile pour une clientèle âgée et nécessitant des soins physiques et de santé mentale.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Support de la direction et leadership : Mesure actuellement en cour : plan d'action facilitant les	SAPA-SAD : Implantation en cours du SSPPCC, la	SAPA-SAD : Augmenter le partenariat avec les RPA et les

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	accès au service de la communauté : etc. Pré transfert à l'urgence RI-RPA	grandeur du CIUSSS ralentit le processus d'implantation et mise en application.	SAD pour diminuer les hospitalisations non urgentes
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Personnel dédié ou engagé et ajout de ressources	SAPA : Ressources humaines et financières SM : Besoin de financer de nouveau projet et ne pas juste financer des projets existants	Corridor de service et équipe dédiée
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	Existence des équipes FACT et du SIAD au BSL. Liaison au CH qui est en gestion matricielle sous la direction SAD et la direction de la santé mentale.	Difficulté à intensifier à domicile.	Ressources additionnelles pour intensifier à court terme dans un domicile.
CISSS de l'Outaouais	Consultations interdisciplinaires pour éviter un transfert, mise en place de l'Axe 6 du PAISM 2021-2025 : Hospitalisation à domicile de type TIBD permet l'accès à certaines personnes âgées de 65 ans et plus, augmente la fluidité du réseau SSS et services pour personnes âgées.	Traitement intensif bref à domicile (Axe 6 du PAISM) - TIBD - pour personnes âgées souhaité (hospitalisation à domicile spécialisée), mais nous n'avons pas les ressources actuellement (humaines, médicales et financières).	Développement de places d'hébergement adaptées ou spécialisées pour les clientèles psychogériatriques vieillissantes ou personnes vivant avec un trouble de santé mentale et en processus de perte d'autonomie. Développement du TIBD pour les personnes âgées.
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SAPA: mécanisme d'accès à l'hébergement régional et des RI dans tous les RLS avec des profils clientèles avec comorbidités, dépendance. (Ex: RI Boyer VO) SM: mesure ABC qui peut toucher une clientèle en perte d'autonomie	---	SAPA: Les ressources d'hébergement doivent être plus spécialisées avec de la clientèle marginale ou de la clientèle dépendance/itinérances.
CISSS de la Côte-Nord	Équipes SIV-SIF, foyer de groupe en santé mentale, services d'hébergement et le mécanisme d'accès à l'hébergement sous une seule direction soit celle de SAPA. Équipe ABC aussi, si elles étaient en place pourraient être des facilitateurs.	Manque de ressources humaines, grandeur du territoire, isolement des milieux, peu de ressources de soutien ou d'hébergement pour cette clientèle	Bonifier l'offre de service SAD pour cette clientèle et former le personnel
CISSS des Îles	---	Enjeu de disponibilité de ressources. Moins de proches aidants/famille. Vieillissement de la population vs diminution de la tranche d'âge population active	---
CISSS de la Gaspésie	À la demande, une intervenante SM peut soutenir une ressource d'hébergement SAD pour les clients	Le manque de ressources humaines peut-être un obstacle	Revoir la trajectoire et augmenter l'accompagnement dans les familles. Plus de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	ayant des traits de personnalité particuliers. Équipe Accompagnement, bref dans la communauté sera un soutien à la clientèle (en développement). Le SAIRC qui sera instauré dans les urgences.	pour le développement de différents projets.	ressources d'hébergements identifiées pour cette clientèle.
CISSS de Chaudière-Appalaches	Trajectoire pour les usagers ayant un SCPD consultant à l'urgence sans requis d'hospitalisation (inclut une cellule de concertation).	---	---
CISSS de Laval	---	---	Mettre en place les mesures IPAM
CISSS de Lanaudière	Présence de l'équipe ABC, discussion avec la liaison psy, les équipes SIM-SIV par système de communication Utilisation des lits de désengorgement de l'urgence pour les usagers ne nécessitant pas le plateau hospitalier et nécessitant un lieu d'hébergement en urgence.	Surutilisation des urgences des établissements en dehors des heures ouvrables (soir et fin de semaine)	Étendre le projet ABC sur l'ensemble du territoire. Développer des services de soutien à domicile pour la clientèle SAPA et santé mentale.
CISSS des Laurentides	Pour le secteur d'Antoine Labelle, les discussions de cas en amont entre les différents programmes service aident la recherche d'alternative aux hospitalisations. Planification précoce et conjointe du congé en déploiement sur l'ensemble du territoire (PPCC). Gériatres; Comité de cas complexes; trajectoire SCPD; clinique mémoire (gérontopsy), mesures alternatives à l'hébergement (lits post-aigus, services gériatriques, lits RPA+ et lits ilots RPA), allocations de services en soutien aux usagers SAPA SAD (CES, ASSS, achats de services…) Accès aux services de psychiatre répondant pour les généralistes en CHSLD.	Très peu de ressources d'hébergement en santé mentale pour la clientèle présentant un trouble de santé mentale et une perte d'autonomie liée au vieillissement, l'accès est donc très limité. • RI Antoine Feuillon, homme • Certaines RTF au nord du territoire Ce type de clientèle occupe durant de longues périodes les lits d'hospitalisation. Manque d'unités transitoires ou dédiées à ce type de clientèle présentant des troubles concomitants	Augmentation du parc d'hébergement pour la clientèle en perte d'autonomie présentant des problèmes de santé mentale/dépendance/itinérance. Financement additionnel pour le déploiement d'initiative de collaboration innovante sur le territoire
CISSS de la Montérégie-Centre	---	---	En cours de déploiement, à suivre.
CISSS de la Montérégie-Est	Mécanismes de concertation entre les deux directions pour situation complexe pour prévenir l'hospitalisation	Les contrats SAPA n'inclus pas la santé mentale ni dépendance Les partenaires privés refusent plusieurs dossiers lors d'enjeu de dépendance	Beaucoup de refus des partenaires externes en sapa si la clientèle a un profil ayant une composante santé mentale et nos contrats sont soit sapa soit santé mentale actuellement donc peu de leviers

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Surveillance un pour un en attendant la mise en place d'un PII	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Manque de connaissances par les ressources humaines	DSSADG: Corridor de services avec la première ligne et bien le définir DSHAPPA + DPSMD : Avoir des plans d'intervention avec plan de contingence en cas de crise ou de décompensation
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Diffusion des initiatives dans le réseau

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 13. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe concertation et amélioration des pratiques, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	Définir et mettre en place des trajectoires SAPA-SM-Dépendance-itinérance, comités de coordination inter programmes avec un volet codéveloppement. Poursuite des services de professionnel-répondant (sur demande), formations issues du PQPTM. Discussions cliniques quotidiennes entre les intervenants des différents services en SM à Roberval pour mettre les services adéquats et rapidement. Collaboration entre les équipes SAPA et l'équipe santé mentale. Certains intervenants SM agissent comme experts-conseils lors de rencontres cliniques avec l'équipe SAD. Accès facilité aux autres intervenants par les moyens de communication TEAMS, entre autres. Le rôle du gestionnaire de cas, dans le cas des dossiers complexes permet de se concerter et coordonner dans les actions auprès de la clientèle. Présence d'une psychoéducatrice, favorable pour son expertise. Mobilisation des employés face aux meilleures pratiques, surveillance accrue des enjeux en santé et sécurité au travail.	De l'arrimage à la pièce, à formaliser la trajectoire de services. La formation prend de la capacité. Vu la distance physique avec les services en gérontopsy, ils sont souvent oubliés ou non consultés. La numérisation et l'accès au DCI par le personnel infirmier doit être mis en place. Retrait de certains intervenants en santé mentale lors d'hébergement en CHSLD puisque le suivi s'arrête après admission. Référence et admission en CHSLD sans concertation clinique sur les risques du nouveau résident pour lui-même, les autres résidents et les employés ainsi que sur les mécanismes permettant la stabilité pour le résident (transfert d'informations aux points de transition à améliorer). Pas de lien entre la psychogériatrie et la psychiatrie. Approche d'intervention très différente entre la gestion SCPD et TGC pouvant accentuer les comportements, si l'approche utilisée n'est pas appropriée aux besoins des résidents. Absence de gérontopsychiatrie et de sexologue spécialisé en gériatrie dans la région.	Formation afin d'outillé adéquatement les intervenants sur des approches mixtes SAPA-SM Création d'une équipe interdirection pour la clientèle complexe avec plusieurs diagnostics/problématiques. Définir et mettre en place des trajectoires SAPA-SM-Dépendance-itinérance, comités de coordination interprogrammes avec un volet codéveloppement et partage de connaissances, développement du professionnel répondant SM-DÉP-SAD, offrir de la formation en TNCM au personnel des différents programmes et services. Plus de ressources pour les personnes âgées dont le retour à domicile est compromis. Souvent difficile d'avoir une place en RPA, CHSLD, surtout pour les patients cognitifs. Développer un partenariat et des pratiques plus fluides entre les programmes SAPA et santé mentale. En cours – réalisation des objectifs de la politique hébergement. Établir des liens forts entre la psychogériatrie et la psychiatrie pour les personnes vivant les comportements reliés à sa santé mentale et à ses problèmes cognitifs. Développer l'expertise de l'approche TGC en CHSLD par la mise en place d'agents multiplicateurs par RLS. Avoir accès à de l'expertise par téléconsultation en gérontopsychiatrie et en sexologie spécialisée en gériatrie dans la région 02.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Structure de concertation inter-directions à 4 niveaux. La concertation et l'actualisation des mécanismes de communication, des évidences, des trajectoires d'accès et de la résolution des cas plus complexes passent d'abord par la structure des répondants inter-direction. La communication des enjeux tactiques, l'identification des besoins inter-direction et la résolution des dossier plus complexes passent par les adjoints d'accès et trajectoires et les MAH pour trouver des solutions	Méconnaissance des offres de services et des limites des offres de part et d'autre	Caucus bi-hebdomadaire des répondants inter-programmes
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Participation au Forum cohabitation sociale de Trois-Rivières / Plan de formation commun en TNC SM : Comité co-construction, diverses formations	SAPA : Amorce d'une structure de concertation inter direction pour orienter les actions SM : Le temps, trop grande disparité d'approches entre les différents services, procédure en place inflexible	SAPA : Améliorer la connaissance de ces clientèles ainsi que leurs besoins SM : Avoir le temps, plus grande similitude d'approche entre les différents services, procédure en place flexible
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Collaboration inter direction	Développement de compétences précises en lien avec la connaissance de la SM pour le personnel gériatrie et vice versa	La collaboration inter directions demeure un défi pour les usagers qui sont en situation d'itinérance.
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : Soutien de la DSMDP SAD : Il existe un partenariat informel entre les leaders clinique SAPA-SAD et l'équipe itinérance, afin de fédérer les intervenants. Il est possible de faire une demande de consultation à l'équipe santé mentale, en vue de soutenir l'équipe SAD devant des situations complexes (la consultation ne vise pas la prise en charge conjointe de l'usager,	Hébergement : Besoin accru de soutien des équipes (DSI et DSMDP) SAD : Manque d'un lieu de concertation entre les différentes parties prenantes impliquées dans le continuum de services pour les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique lié au vieillissement et qui présentent des problèmes de santé mentale et/ou de dépendance et/ou d'itinérance	Hébergement : Mise en place de soutien (DSI et DSMDP) SAD : Collaboration et concertation établie entre les spécialistes en activités cliniques (SAC) des directions SAPA SAD-RI et continuum et Santé mentale. DPSMD : Il faut renforcer les expertises présentes de part et d'autre au profit de la clientèle présentant une concomitance de besoins. L'idée ne devrait pas être de faire un «melting pot» de la démence, des troubles de comportements, de

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	mais bien le soutien clinique aux professionnels SAD). DPSMD : Présence d'intervenants-formateurs internes qui permettent un transfert de connaissances entre les directions et soutiennent la mise en place des meilleures pratiques. Élaboration d'ententes de collaboration inter-directions.	DPSMD : Nous avons au CCSMTL un projet de gérontopsychiatrie qui vise la clientèle SAPA/santé mentale, mais nous n'avons pas obtenu le financement nécessaire. Par l'approche de soins partagés, l'équipe de gérontopsychiatrie communautaire souhaite augmenter le sentiment d'auto-efficacité des professionnels et des intervenants qui œuvrent auprès des personnes aînées qui présentent des troubles mentaux et/ou cognitifs dans le cadre de leur travail quotidien en offrant du soutien clinique direct ou indirect que ce soit des services du réseau de la santé et des services sociaux comme les services de soutien à domicile ou les acteurs des autres secteurs comme les organismes communautaires, le réseau de l'habitation ou des intervenants d'urgence de première ligne comme le SPVM. Ce projet viendrait appuyer dans la communauté les intervenants locaux. Il serait un complément à l'offre du SCPD. L'enjeu est le financement à ce stade-ci.	la psychiatrie et de la dépendance.
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Personnel dédié, ajout de ressources au besoin. • DSMD : En gérontopsychiatrie : plan d'action d'amélioration continue et la DSI est en constante collaboration avec nous pour jouer un rôle de vigie et de	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	formation auprès du personnel. • Afin d'offrir les meilleurs services aux usagers, les directions cliniques collaborent (Santé physique, hébergement, psychogériatrie, etc.). • DSMD : Dans le cadre du carrefour clinique sur l'itinérance, il y a eu une rencontre sur le thème sur le vieillissement de la population. Organismes communautaires : Le Carrefour d'échanges cliniques en itinérance du CIUSSS NIM.		
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Facilitateur : Avoir une direction dans le même CIUSSS Santé mentale dépendance Comité tactique innovation à la DPSMDI, lien étroit avec la DERI	L'accès à des ressources spécialisées en santé mentale/dépendance est complexe et ne se déplace pas dans le milieu de vie. Outre obliger la personne à arrêter de consommer, aurait-on une approche de réduction des méfaits en CHSLD ? Avoir accès aux ressources spécialisées (experts) au bon moment. Faire connaître les ressources santé mentale et dépendances disponibles qui peuvent soutenir l'hébergement. Avoir accès à un psychiatre dans les délais prescrits (p.ex. pour une ordonnance d'hébergement, nous devons avoir un avis de deux psychiatres différents dans un délai de 48 heures. Ceci est pratiquement impossible actuellement. De ce fait, nous sommes contraints d'orienter le résident en CH pour sa sécurité et la sécurité des autres).	Intégration de formations axées sur la comorbidité TNC VS santé mentale/dépendance. Inclure l'hébergement dans les travaux CMG et santé mentale. Offrir des formations sur la réduction des méfaits, s'assurer d'avoir le bon résident dans le bon lit pour assurer sa sécurité et celle d'autrui. Amélioration de la concertation pour la clientèle présentant des multiples facteurs physiques et de santé mentale liés au vieillissement.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		Les unités psychiatriques n'étant pas visées par une obligation de l'implantation des orientations de l'AAPA, le soutien au développement des compétences à ce sujet tend à ne pas être priorisé et repose sur des initiatives ponctuelles qui sont difficilement maintenues dans le temps.	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Dossier à développer	SAPA-SAD : Ressource humaine et financière : Développer des trajectoires plus formalisées pour la clientèle itinérance, santé physique et santé mentale.	SAPA-SAD : Revoir les trajectoires de soins inter direction
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Ajout de ressources (soutien pour professionnels en CHSLD)	SAPA : Ressources humaines et financières	Corridor de service et équipe dédiée
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	Invitation d'intervenants en santé mental à des rencontres SAD pour discuter d'un usager avec une problématique particulière	Coordination des rencontres avec disponibilités de tous pour y participer	Formation nécessaire
CISSS de l'Outaouais	Comité amélioration de la qualité, accès des équipes DSAPA-H et DSADDR aux psychogériatres favorise la concertation clinique.	Au sein de l'unité de psychogériatrie de HPJ : Besoin de développer un cadre d'intervention des infirmières (ex. suivi pour ponction veineuse, ECG). Besoin de développer une offre de services conjointe DSMD-DSADDR : des projets novateurs aideraient au passage de la clientèle dans les services, et au développement des expertises. Préciser les places attribuées en CHSLD pour la clientèle vieillissante SM, dépendance ou itinérante.	Milieux d'hébergement institutionnels qui combine le SAD, SM, Dépendance. Participer à la recherche des meilleures pratiques pour cette clientèle par les directions soutien (pratiques professionnelles – DSMC, DSI, DERUR). Mise en place par le MSSS d'une initiative de meilleures pratiques (projets vitrines, pratiques innovantes)
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	SM: concertation pour le volet hébergement entre direction SAPA-DPSMD-DI. Pour les usagers qui ont une majeure SAPA et qui ont un trouble de santé mentale, il y a un soutien clinique en	SAPA: Outils cliniques (ex OEMC, grille allocation de services SAD) qui est exigé VS non exigé en DPSMD Critères de durée d'épisode et rôle pivot qui se distinguent d'un programme à l'autre	Piste de solution: Mise sur pied d'un comité composé d'un décideur pour chaque direction en collaboration avec les SAC déjà impliqué pour rendre des orientations d'hébergement et services en lien dans les dossiers multi problématique complexe basés sur les requis

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	CHSLD de l'équipe de santé mentale	Plusieurs paliers d'approbation ou de concertation dans dossiers plus atypiques ou complexes Critères rigides de part en d'autres	de services et non sur les DX et où l'ensemble de nos ressources seraient mis en commun pour trouver des solutions adaptées. Le tout évitant de passer par plusieurs paliers d'approbation ou de concertation dans les dossiers atypiques et/ou complexes. Continuation et amélioration des tables de concertation inter programme. Avoir des balises claires afin de les appliquer. Avoir des billets, se redéfinir et se reconstruire.
CISSS de la Côte-Nord	Personnes répondantes (APPR en santé mentale, APPR en dépendance, APPR en itinérance). Les partenaires peuvent se référer à ces intervenants pour du soutien, expertise, orientation). Formations communes. Répondantes en maltraitance volet santé mentale et dépendance dans notre direction.	Manque d'expertise, peu de volume	Formations et outils communs
CISSS des Îles	Comité interprogrammes	Enjeu de lits non dédiés à cette clientèle. Réflexion vs volumétrie.	---
CISSS de la Gaspésie	Discussion régulière entre les chefs de services des différentes directions. Communication facile.	Peu d'organismes communautaires offrent de l'hébergement pour ce type de clientèle	Rencontre statutaire entre les directions, et non seulement à la demande. Impliquer patient partenaire.
CISSS de Chaudière-Appalaches	---	---	---
CISSS de Laval	Facilité de concertation entre les directions pour de la formation continue ou du soutien.	---	Bonifier les expertises par de la formation sur les doubles problématiques dans chaque programme
CISSS de Lanaudière	Leadership, être à l'affût des nouvelles tendances, des projets financés, communauté de pratique des CIP.	Manque de formation des promoteurs et de certains intervenants dans les CHSLD, RPA ou RI RTF qui contribue à augmenter l'état de crise plutôt que de le résorber.	Financer davantage les RI - RTF - RPA pour les formations en prévention du suicide.
CISSS des Laurentides	Projet de déploiement d'une journée de partage des connaissances en matière de gérontopsychiatrie porté par une gestionnaire	Clientèle présentant des problématiques de santé mentale très stigmatisée intra-CISSS et dans la communauté.	Création de formation pratique pour l'intervention auprès de la clientèle présentant cette comorbidité.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	SMA intéressée par le sujet. Comité de cas complexes, concertation via la coordination clinique de chacune des directions; consultation auprès de la deuxième ligne (gériatre, gérontopsychiatre)	Collaboration peut être difficile entre les services en raison de l'absence d'une vision commune. Surcharge de travail Liste d'attente volumineuse Manque de formations/concertations dans nos milieux de vies et d'hospitalisation sur ces types de problématiques) Cohabitation parfois difficile entre la clientèle CHSLD avec troubles santé mentale et autre clientèle. Absence de milieu de vie spécialisé incluant expertise appropriée de type CHSLD pour clientèle santé mentale	Développer une formation de base en santé mentale auprès des intervenants et chefs SAD. Développer et/ou arrimer l'offre de services en gérontopsychiatrie dans la direction DSMDPGA. Favoriser une approche de collaboration/co-intervention en milieu hospitalier entre la direction SAPA/DPDRP/DSI/DSMDPGA
CISSS de la Montérégie-Centre	Présence du comité de cas complexes Support des conseillères cadres dédiées à chaque direction (SAPA et SM)	Connaissance limitée des équipes en place des interventions requises spécifiques aux clientèles	Mettre en place une équipe médicale et professionnelle spécialisée pouvant comprendre et accompagner les équipes en situation de crise ou de cas complexe. (médecin, gérontopsy, pharmacien, TES, TS, inf, patient partenaire…)
CISSS de la Montérégie-Est	Différentes instances de concertation qui sont actuellement mise en place et efficace	Approche clinique peuvent varier d'un programme à l'autre	Offrir de la formation aux professionnels des deux directions pour les troubles concomitants et offre de service intégré (approche SCPD, prévention du suicide, troubles mentaux) Assurer une continuité de service post-hébergement lorsque les usagers sont connus
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Rencontres ad hoc	DSSADG: À partir du moment où le SAD s'implique auprès de ce type de clientèle, le soutien des équipes de santé mentale ou dépendance devient difficile à avoir. Trajectoire pour cette clientèle non définie qui touche plusieurs programmes-clientèle. Expertise clinique à développer pour cette clientèle ainsi que le matériel nécessaire et adapter les lieux physiques pour eux. DSHAPPA + DPSMD : ---	DSSADG : Une meilleure cogestion avec les équipes de dépendance et de santé mentale pour les usagers gériatriques. Obtenir de façon rapide et fluide, l'expertise des professionnels peu importe le programme afin de répondre aux besoins des usagers. Développer une responsabilité partagée entre les programmes. Mise en place d'un comité cas complexes animé par direction neutre. DSHAPPA + DPSMD : Former le personnel en CHSLD sur les approches en santé mentale

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 14. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour l'axe structure de gouvernance, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	MAH multi au besoin Comité des coordonnateurs (secteur Jonquière). EMIPIC, comité c'ICI, gestion de cas, professionnel répondant, auxquels la coordonnatrice clinique participe avec représentants de d'autres directions et du communautaire. Projet de restructuration du GMF Maria-Chapdelaine dans le contexte d'une rareté de médecin. Gestion des NSA. Collaboration entre le SAPA et SM pour les dossiers touchant la santé mentale et le vieillissement. Comité de coordination clinique pour discussion de cas secteur Jonquière. Comité ponctuel en place si problématique décisionnelle (MAH spécial avec les directions).	Peu définie entre nos programmes. Cloisonnement des programmes**.** Du travail reste à faire entre les directions pour s'ajuster aux dossiers « zone grise ». Communication parfois difficile entre les directions; tout le monde tire sur son bout de couverte. Peur de créer un précédent qui pourrait nous nuire dans le futur. Difficulté à avoir accès aux services du SAPA pour la clientèle en santé mentale. Non-accessibilité au centre de jour pour personnes âgées pour la clientèle santé mentale. Longue liste d'attente pour accéder aux services SAPA. Difficulté à recevoir les services dans nos ressources, doivent aller en ambulatoire.	Trajectoires claires, comité de coordination de services**.** Comité de discussion de cas complexes pour les coordonnateurs cliniques de chaque RLS. Par manque de places, parfois les congés du département sont donnés rapidement, ce qui peut compromettre le retour à domicile. Changer la vision du personnel (incluant médical) en prévoyant le départ dès l'admission. Développer des mécanismes efficaces de collaboration SM et SAPA. Décloisonner les services de maintien à domicile, afin de les adapter au vieillissement prématuré de la clientèle en SM.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	Mécanisme standardisé de 4 niveaux de concertation inter-directions et inter-établissements pour les cas complexes	Structure de gouvernance NSA, SSPPCC et SAIRC intra-CIUSSS et inter-établissement. Mais réflexion en cours pour une structure de gouvernance DSAPA-DSMDI pour les enjeux de collaboration et de partage des zones de dispensation des services, notamment soins infirmiers,	Pas de réponse

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		et soins de base (AVQ-AVD)	
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Comité de co-développement SPCD en hébergement SM : Comité de tri (entre gestionnaire), comité de discussion (entre expert clinique)	SAPA : Structure à mettre en place	SAPA : Établir une structure de gouvernance pérenne avec des objectifs communs aux besoins de ces clientèles
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Mécanisme de cas complexes pour les usagers ayant des profils atypiques ou complexes	---	Identifier une stratégie d'offre de services pour ce continuum (gériatrie en perte d'autonomie avec une problématique de SM)
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : Rencontre de fluidité hospitalière en place SAD : --- DPSMD: Maintien du Comité de coordination clinique et universitaire territorial (CCCU) ou autre instance inter-direction.	Hébergement : Communication SAD :--- DPSMD: ---	Hébergement : Favoriser les échanges via les comités de suivi de la fluidité hospitalière SAD :--- DPSMD: Maintien de structures de concertation telle que le CCCU.
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : • Hébergement : Comité de gestion des lits pour la clientèle ayant des comportements perturbateurs. • Hébergement : Comité de réévaluation des résidents hébergés en micro-milieux. • DSMD : Comité fluidité en santé mentale et les IGESS vont soulever les dossiers où il y a des enjeux. Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : Structure de gouvernance à venir avec le programme Éclaireurs.
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	Mise en place d'un comité tactique en dépendance où l'ensemble des directions cliniques est représenté (voir la fiche mandat ci-	Afin de soutenir les équipes cliniques face aux craintes soulevées en lien avec la responsabilité médicale, nos structures de gouvernance doivent	D'avantage de liens entre les différentes instances au niveau national

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
	jointe. À ce jour 4 rencontres ont été tenues. Mise en place d'un Caucus NSA. La fréquence des rencontres est d'une (1) fois par semaine, avec l'ensemble des directions cliniques, où il peut y avoir des discussions de cas. Comité de travail sur le continuum de soins pour les personnes âgées incluant des travaux sur la trajectoire, l'accès et le continuum de services en partenariat entre la santé mentale et la SAPA permet d'optimiser la fluidité et l'efficacité des services pour les personnes en analysant l'ensemble des composantes pour la clientèle de 65 ans et plus.	inclure l'optimisation des pratiques qui entourent la mise en place de services privés (surveillance étroite continue) pour les personnes âgées dans les unités psychiatriques et dans les unités d'hébergement	
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : Pas de structure officielle actuellement. Rencontre inter directions au besoin selon les enjeux cliniques.	SAPA-SAD : Comité mixte à l'exception du comité des cas complexes peu ou pas existants.	SAPA-SAD : Revoir la convenance clinique et les comités inter direction
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Leadership	SAPA : Ressources humaines et financières	Leadership
CISSS			
CISSS Bas St-Laurent	Belle complicité entre les directions et structure stratégique en place.	---	Comité DPSAD DI TSA DP et DPSMD pour trouver des solutions
CISSS de l'Outaouais	Comité SCPD (démence) : Les psychogériatres ont des consultations et du soutien aux équipes DSADDR pour soutenir les usagers avec problématiques SCPD. Existence d'un comité interdirection de cas complexes.	Guichet externe, actuellement, pas de lieu pour converger les efforts organisationnels en matière de vieillissement de la population.	---
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	Comité de cas complexes et concertation inter programme	SAPA: Le décloisonnement du SAD (pas un programme, mais une modalité d'intervention) et	Continuation et amélioration des tables de concertation inter programme. Avoir des balises claires afin de les

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		l'investissement SAD ne prévoit pas la clientèle de la DPSMD Structure montée sur des DX plutôt que sur des besoins	appliquer. Avoir des billets, se redéfinir et se reconstruire.
CISSS de la Côte-Nord	Comité inter guichet, CODIR clinique (interdirection), Structure de gouvernance mécanisme d'accès	Manque de ressources	Prévoir des échanges aux instances afin d'échanger sur l'offre de service à cette clientèle
CISSS des Îles	Comité interprogrammes	---	---
CISSS de la Gaspésie	Comités locaux au besoin pour les cas complexes, implication des directeurs au besoin.	---	Ajouter un APPR ou un SAC pour faire le lien clinique entre les deux directions impliquées/volet régional.
CISSS de Chaudière-Appalaches	Comité solutions inter-accès	---	Proposition de mise en place d'une structure de gouverne claire et décisionnelle au bon niveau avec un leadership identifié.
CISSS de Laval	Comité de cas complexes permettant de systématiser la concertation, coordonné par SAPA 1e-2e ligne	---	Mise en place de projets inter direction, double gouvernance, etc.
CISSS de Lanaudière	Comité cas complexes, comité de valorisation de la qualité des milieux de vie (CVQMV), comité chez-soi (pré MAH pour SAPA).	Difficulté de faire le pont et d'identifier, parfois, les curateurs, les tuteurs des usagers. Réévaluation complexe au plan médical (MDF vs psychiatre) Aucun continuum existant entre le SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance. Seul des tables de concertations sont possibles à la demande pour discuter de cas complexes.	La formation d'un comité afin d'élaborer un cadre de référence SAPA/ santé mentale, dépendance et itinérance.
CISSS des Laurentides	Projet en cours de déploiement de la coordination à l'accès selon le mécanisme d'accès en santé mentale. Comité de cas complexes; les MAH; guichet.	Absence pour le moment, mais en cours de déploiement Amélioration de la prise en charge matricielle de ce type de clientèle	Favoriser une structure matricielle entre les directions
CISSS de la Montérégie-Centre	Travail conjoint de gouvernance et stratégiques RIRTF pour les 2 clientèles SAPA/SM	Enjeu de capacité pour les volets SM et partenaires communautaires, tant en SM qu'en itinérance où la Montérégie n'a pas eu un financement équivalent à	Structure de gouvernance et requis de service à analyser pour s'assurer que l'ensemble des missions SM-SAPA et SAD ont la capacité d'offrir

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		ses responsabilités populationnelles.	une réponse à la hauteur des besoins.
CISSS de la Montérégie-Est	Mise en place du comité cas complexe	La gestion du parc d'hébergement est divisée, absence de responsabilité commune	Nous avons besoin de mettre en place une structure officielle
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : Comité des cas complexes inter direction en planification	DSSADG: Chaque direction clinique a sa structure de gouvernance, mais lorsque des usagers ne sont pas acceptés en SM, on transfère vers SAD et l'hébergement. Un comité de cas complexe est en cours d'organisation et nous souhaitons que l'animation de ce comité soit faite par une direction neutre comme par exemple la DQEPE et qu'un membre du comité d'éthique soit présent. DSHAPPA + DPSMD : Leadership décisionnel sous forme de négociation inter direction (manque d'objectivité)	DSSADG : Gouvernance claire et bien définie avec les responsabilités de chaque programme DSHAPPA + DPSMD : Structure de gouvernance décisionnelle qui est objective et axée sur le meilleur endroit pour l'usager et ensuite on adapte notre offre de service pour répondre aux besoins en collaboration inter direction avec des trajectoires qui sont claires
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Poursuivre les comités interdirections et interprofessionnels

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 15. Facteurs facilitants, enjeux ou obstacles et pistes de solution pour les autres éléments, par établissement

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS			
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	Plusieurs formations disponibles sur ENA. Réunions cliniques pour assurer le suivi des soins et services	Obedjiwan qui est loin physiquement avec des milieux pas toujours adaptés et très peu de services sur la communauté. Leur réalité est aussi souvent différente de la nôtre. Faible présence de ressources d'hébergement dans le secteur Maria-Chapdelaine. Pas d'équipe dédiée pour la RI/dossiers pris en charge par l'équipe régulière de santé mentale. Clientèle en santé mentale vieillissante prématurément et difficulté à considérer ce facteur dans l'accessibilité aux services touchant la perte d'autonomie liée au vieillissement. Les 2 directions (DSMDI et SAPA) n'ont pas de mécanisme où ils peuvent se concerter donc travail en silo. Partage d'expertises avec programme SAPA difficile (manque de disponibilités des ressources).	Interventions concertées. Avoir des duos d'intervenants SM et SAPA ayant différents titres d'emplois permettant d'intervenir de manière efficace. Mise en place d'une structure d'échange d'expertises avec le SAPA. Partenariat entre la gériatrie (CH La Baie) et la psychiatrie afin de développer les bonnes pratiques en psychogériatrie. Spécialiser des intervenants des équipes SI-SIV-SBNI-SIF en troubles neurocognitifs en lien avec le vieillissement des personnes présentant des troubles mentaux graves afin qu'ils puissent poursuivre leur suivi. Développer des partenariats avec le SAPA. Former les intervenants en SAPA sur les programmes en SM.
CIUSSS de la Capitale-Nationale	---	Limites des statuts légaux pour les usagers marginaux avec ou sans judiciarisation et dépendances : AJS? Curatelle?	Projet visant à mieux identifier et orienter les Grands utilisateurs de soins (GUS)
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : --- SM : Mesure de soutien financière (référence RPA)	SAPA : Disponibilité restreinte de l'équipe de SCPD 2ième ligne SM : ---	SAPA : --- SM : ---
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	---	Pas de volume d'usager qui nous permet de développer une trajectoire spécifique DPSMD Manque de formation dans les RPA pour faire face à la	Avoir l'autonomie décisionnelle permettant d'adapter l'offre de service en CHSLD pour répondre aux besoins de ces usagers (2025 - visée 32 lits)

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
		complexité des usagers SM et perte d'autonomie Stigmatisation de la clientèle et difficultés d'accès aux services	Avoir une équipe dédiée mixte SM SAD pour intervenir auprès de cette clientèle lorsqu'il y a une rupture du fonctionnement qui compromet le MAD / sécurité à domicile.
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD: ---	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD: Amalgame des codes diagnostiques CIM à l'urgence rend difficile de travailler sur des trajectoires spécifiques. Il faut mieux départager les CMD 1600 (psychiatrie), 1700 (dépendance) et 1800 (vieillissement) si l'on veut véritablement adapter les services aux besoins de ces différents profils clientèle.	Hébergement : --- SAD : --- DPSMD: ---
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : --- Organismes communautaires : ---	Directions cliniques Hébergement-DSMD-SAD : □ Hébergement : Avoir un cadre de référence sur le continuum de soins et services SAPA/santé mentale /dépendance /itinérance. Organismes communautaires : ---
CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal	---	Dès que les résidents arrivent en CHSLD, les suivis en santé mentale sont terminés (s'ils en avaient) et aucun mécanisme de communication pour le transfert du dossier. Pour pallier au manque de ressources d'hébergement en itinérance et trouble de l'usage avec ou sans substance pour les personnes en perte d'autonomie. Nous sommes contraints d'accueillir cette clientèle qui ne correspond pas nécessairement à notre offre de service. Mis à part le TNC qui est mis de l'avant.	---

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	SAPA-SAD : ---	SM : Pénurie de professionnels expérimentés, surcharge de la main-d'œuvre existante	---
CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal	---	---	---
CISSS			
CISSS du Bas St-Laurent	---	---	---
CISSS de l'Outaouais	---	Besoin à court terme de rehaussement des ressources : Besoin en neuropsychologie, besoin en accompagnement, en réadaptation et en coanimation de groupes.	Avoir une aide sociale de la curatelle publique qui vient faire les comptes au lieu de la TS, centralisation les notes de service au même endroit pour faciliter la consultation des notes (communication)
CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue	---	---	---
CISSS de la Côte-Nord	---	---	Développement de ressources intermédiaires pour une clientèle gériatriques ayant des troubles de santé mentale (RI+)
CISSS des Îles	---	---	---
CISSS de la Gaspésie	Formation pour soutien aux RPA/RI (civilité en contexte de milieu de vie/Vivre ensemble). Formation de base quant à l'approche quant aux problématiques de santé mental (psycho gériatrie).	Aucun neuropsychologue en SM/on doit aller au privé/3e ligne dans les grands centres peu accessibles.	Formation à convenir pour soutenir les équipes cliniques/expertises.
CISSS de Chaudière-Appalaches	---	---	---
CISSS de Laval	---	Offre de service par programme et par silo limitant les trajectoires inter programmes, systèmes d'information clientèle distincts Milieu adapté à la clientèle qui présente un trouble lié à l'utilisation de substances	---
CISSS de Lanaudière	---	Définir les critères d'orientation et d'admission hébergement santé mentale (admission médicale) et hébergement (orientation du MAH).	La formation d'un comité afin d'élaborer un cadre de référence SAPA/ santé mentale, dépendance et itinérance.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Facteurs facilitants	Enjeux ou obstacles	Pistes de solutions
CISSS des Laurentides	---	---	---
CISSS de la Montérégie-Centre	---	Les infirmières en santé mentale au sein de l'équipe des RIRTF ne sont pas dédiées aux soins physiques. L'accès au SAD pour la clientèle SM en RIRTF est difficile	Mettre en place des équipes mixtes dédiées.
CISSS de la Montérégie-Est	---	Enjeu de financement des postes	Poursuivre les investissements dans l'offre de service en Gérontopsychiatrie
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : --- DSHAPPA + DPSMD : ----	DSSADG: Ressources difficiles à trouver pour cette clientèle DSHAPPA + DPSMD :---	DSSADG : Que la SM a une enveloppe spécifique pour financer les coûts associés aux itinérants DSHAPPA + DPSMD :---
Établissement non fusionné			
CHUM	Cf. annexe 16	Cf. annexe 16	Compte tenu des activités spécialisées et surspécialisées en gériatrie, médecine des troubles de l'usage avec ou sans substance, psychiatrie médicale et psychiatrie des troubles de l'usage avec ou sans substance, le CHUM peut-être un acteur de soutien aux initiatives réseaux visant à améliorer le service offert à la clientèle.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Annexe 16. Commentaires généraux par établissement

Établissements	Commentaires généraux
CIUSSS	
CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean	La vision partagée des équipes de SM versus les services du SAD est que le SAD a des installateurs de services est moins dans la vigie de la clientèle, dans le suivi et souhaite plus que nous prenions en charge la clientèle avec des diagnostics/problématiques en SM, même s'ils sont stables au niveau de leur santé mentale et ont des pertes d'autonomie en lien avec le vieillissement. Programmes cloisonnés. Travailler l'approche collaborative-partenariat serait des plus gagnantes pour la clientèle et pour répondre de façon plus adaptée aux besoins. Les options d'hébergement sont limitées, souvent dispendieuses (RPA), mal adaptées à ce type de clientèle et souvent de trop courte durée. Il y a souvent arrêt de l'hébergement dans des RPA ou autres ressources plus long terme parce que le client ne cadre pas avec les normes de la ressource (ex. : accepte la consommation), ils se font mettre dehors ou quittent volontairement. Les OC ne peuvent pas poser tous les actes nécessaires aux personnes en perte d'autonomie (changement de bandage, aide au bain, etc.) afin de les garder dans leur ressource. Les ressources d'hébergement en dépendance et en itinérance sont mal adaptées aux personnes en perte d'autonomie physique et plus encore pour la perte d'autonomie cognitive. Ils manquent de formation et de matériel (culottes d'incontinence, équipement pour les déplacements, entrave à la sortie extérieure pour les troubles cognitifs, formation, etc.). Pour les clients vieillissants ayant un TUS (trouble d'usage d'une substance), la perte d'autonomie est trop souvent attribuée au TUS et l'implication de SAPA est difficile.
CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec	SAPA : Le vieillissement et l'émergence de ces clientèles impliquent un partage de connaissance pour favoriser une prise en charge globale de ceux-ci. Tout comme le vieillissement de la population ne concerne pas uniquement le SAPA, l'émergence des clientèles itinérantes dans des régions comme la nôtre n'est pas que l'affaire de la direction santé mentale, dépendance, itinérance. SM : Nous aimerions connaître le résultat de ce questionnaire en lien avec les autres CISSS/CIUSSS. Autres enjeux : • Difficulté à avoir accès à un spécialiste pour l'évaluation lors de TNC (souvent nécessaire pour avoir accès aux services en SAPA). • La collaboration peut être difficile lors de dossier commun. Parfois le profil gériatrique prévaut sur les enjeux en lien avec la santé mentale (santé mentale stabilisée) et malgré ça, l'usager reste en suivi en santé mentale. • **<u>Itinérance</u>** o Système actuel bâti pour travailler avec des proches aidants, mais les personnes itinérantes n'ont pas de réseau social. o Besoins de transport des aînés (pas de voiture, pas d'entourage, pas la capacité d'utiliser/organiser le transport adapté/en commun). o Manque de communication entre les paliers du système de santé. Par exemple, un congé d'hôpital, mais ne peut pas retourner habiter seul chez lui.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Commentaires généraux
	○ Clientèle itinérante n'est pas à l'aise avec la technologie, mais l'accès aux services nécessite des connaissances : demande doit être faite sur internet. ○ Clientèle itinérante ne possède pas de téléphone. Appel fait au GAP par exemple, devons laisser les coordonnées téléphoniques pour un retour d'appel dans les 24 prochaines heures. Si la personne laisse le numéro de son intervenant, il n'est pas en sa présence lors du retour d'appel et la démarche ne peut alors se faire. ○ Soins à domicile refusés pour une personne en bas de 65 ans. Cependant, les personnes itinérantes présentent une santé précaire (santé de 70 ans alors qu'elle en a 55, par exemple) ○ Personne qui est à la rue n'a pas d'adresse donc ne peut recevoir de service à domicile. ○ Évaluation de la mobilité ne tient compte que des enjeux de nature physique: Demande refusée si la personne se déplace…. Mais si la personne se déplace en chaise roulante ou avec une canne, cela ne veut pas dire qu'elle a toutes les capacités pour répondre à ses besoins (ex : aller chercher sa distribution alimentaire) ○ Souvent, les personnes sans domicile sont orientées vers les services d'urgence en itinérance lorsqu'elles sont à la rue, mais ces services ne sont pas équipés pour héberger des gens ayant des limitations physiques liées à leur vieillissement. **Facilitateurs** ○ Présence de l'équipe multi-problématique à Trois-Rivières dans le secteur SAPA ○ Projet de recherche via le Centre de recherche en gériatrie du Cégep de Drummondville avec les partenaires du milieu pour voir les enjeux rencontrés dans l'offre de service générale en lien avec les personnes âgées présentant des profils en itinérance **Pistes de solution** ○ Prise en compte de la globalité des enjeux/problématiques ○ Évaluation des besoins en concertation avec les intervenants terrain du dossier ○ Suivi SBNI (suivi avec des besoins non intensifs) pour les personnes qui n'ont pas d'entourage et pour qui la gestion/organisation de leur situation est limitée ○ Comités d'arrimage SAPA/Service Québec/Service Canada/proche aidant pour dénouer les impasses (avoir des pivots pour répondre les situations qui tombent entre deux chaise..). Les personnes âgées itinérantes perdent leurs papiers nécessaires pour faire leur demande de Revenu garanti à compter de 70 ans… ce qui amène des embûches pour avoir leurs sous, et ensuite un logement et ainsi de suite)
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Aimerions avoir les résultats pour les autres établissements permettant de bonifier notre réflexion à ce sujet.
CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal	SAD : La base préventive de l'itinérance repose sur un ensemble de structure visant l'accès et le maintien au logement. Bien que la santé mentale et la dépendance soient des facteurs de risque, elle n'explique pas à elle seule l'itinérance. Le pouvoir des intervenants les mieux aguerries et les mieux coordonnés se limite le plus souvent à la disponibilité de logements. Au-delà d'un meilleur arrimage de nos programmes-services, les établissements publics doivent faire preuve de leadership pour amener l'intersectoriel à agir efficacement. Le comité devrait profiter de ces travaux pour se pencher sur les stratégies actuellement déployés à ce sujet et émettre des propositions pour les améliorer (s'il y a lieu).

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Commentaires généraux
	DPSMD : Démarche intéressante de recensement des bonnes pratiques. Merci ! Faudrait penser à influencer les futurs intervenants dès les cours universitaires sur l'importance de considérer la concomitance dans les interventions et la nécessité de travailler en réseau/concertation avec les différents partenaires internes et externes. La voie de l'usager et de ses proches est un incontournable dans le recensement des meilleures pratiques.
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal	DSMD : • Plusieurs ressources communautaires sont accessibles pour la clientèle citée en objet, mais le problème demeure important, ces ressources ne savent pas toujours où orienter les personnes pour obtenir des réponses à leurs besoins spécifiques bien qu'ils puissent les desservir dans la rue ou dans leur installation temporaire. Organismes communautaires: • AH – BC : Dans le quartier les enjeux le plus mentionnés sont la solitude des personnes, donc la misère sociale, un quartier très vieillissant, peu d'offres de services (soins, loisirs) pour les 80+, sécurité alimentaire (7 HLM aînés), déconditionnement physique causé surtout par la pandémie. La Table des aînés d'Ahuntsic tente de travailler le renforcement du partenariat entre les organismes et les institutions pour avoir une meilleure offre de services/accès aux services. • Villeray : De manière générale, le vieillissement des bénévoles qui offrent certains services. Difficultés de trouver des locaux accessibles pour les personnes à mobilité réduite. • Dans le quartier les enjeux le plus mentionnés sont la solitude des personnes, donc la misère sociale, un quartier très vieillissant, peu d'offres de services (soins, loisirs) pour les 80+, sécurité alimentaire (7 HLM aînés), déconditionnement physique causé surtout par la pandémie. La Table des aînés d'Ahuntsic essaye de travailler le renforcement du partenariat entre les organismes et les institutions pour avoir une meilleure offre de services/accès aux services.
CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal	Organismes communautaires : Niveau de collaboration / Commentaires • Centre multi ressources de Lachine (CMRL) : Grande collaboration avec cet organisme dont le projet de gériatrie sociale. Rencontre de discussion des alertes aux 2 semaines. Participera au projet Nutri-Âges avec la popote roulante des Saints-Anges. • Popote roulante des Saints-Anges : Reçoivent référence du SAD par le biais de la popote roulante centrale. Vont distribuer du lait protéiné et sans lactose dans le cadre du projet Nutri-Âges en collaboration avec le CMRL. • Club des personnes handicapées du lac Saint-Louis : Peuvent fournir pour un certain temps un fauteuil roulant à des usagers. Un peu moins bien connu comme organisme. • Comité de vie de quartier Duff-Court – COVIQ : Assure des services et des activités dans le quartier Duff Court. • Concert'Action : travaille avec les différents organismes dans le but d'assurer une meilleure offre de service possible pour la population chinoise. • GASO - Groupe des Aidants du Sud-Ouest : Organisme qui nous sollicite pour venir présenter dès que possible leurs services à nos intervenants. Effectue un suivi et du soutien aux proches aidants. • Habitation Normand-Bergeron du Groupe d'Entraide de Lachine : Immeuble d'appartements supervisés pour clientèle avec problématique de santé mentale. Leur clientèle est vieillissante et plusieurs résidents sont connus du SAD pour des services d'aide à domicile. • P'tite-Maison de St-Pierre : Offre variée de services pour le quartier St-Pierre. • Centre La Théière 50+ : Belle collaboration avec cet organisme. Très impliqué avec les ainés de Lachine. Possède un petit autobus pour aider les ainés de Lachine à se déplacer comme par exemple pour aller à l'épicerie.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Commentaires généraux
	• SASMAD : Offre de service d'accompagnement spirituel peu importe la religion. Essaie de se faire connaître davantage et souhaite venir faire une présentation aux intervenants. • Société Alzheimer de Montréal : Bien présent dans l'Ouest de l'île. Offre support aux patients et au proche-aidants en lien avec la maladie Alzheimer. • Amis de la santé mentale : Belle ressource pour les proches des gens qui vivent avec des problématiques de santé mentale. Soutien les proches aidants. Présent depuis peu à la Table 50+.
CISSS	
CISSS de l'Outaouais	• Un travail approfondi d'analyse de nos pratiques pourrait aider nos équipes à prendre conscience des besoins et adapter nos pratiques. • Des chantiers nationaux ou régionaux de développement des pratiques à partir de projets novateurs pourraient aider à stimuler le développement et l'adaptation des services. • Aussi que nous puissions déterminer un seul moyen de communication entre intervenants (courriels, teams, téléphone, cellulaire, etc.) trop d'endroit où on en reçoit et parfois les mêmes. • Équipement informatique désuet qui ralentit le processus du travail.
CISSS des Îles	De la clientèle SAPA peut développer des problèmes SM/Dépendance. Grande vulnérabilité (notamment en termes de logement, méconnaissance de leurs droits à ce niveau). Clientèle est dans l'ensemble des programmes. Inclusion. Services intégrés +++. Question de volumétrie. On a une équipe SAD multiclientèle.
CISSS de la Gaspésie	Au niveau de l'hébergement de cette clientèle particulière, l'utilisation de l'OCCI ne donne pas une vision complète des enjeux de santé mentale. Cet outil n'étant pas nécessairement représentatif de cette clientèle, il est parfois difficile pour eux d'avoir accès à des ressources de la direction. Mieux se définir entre nous. Pour des services spécialisés, l'enjeu des régions éloignées, loin de la recherche et de l'expertise.
CISSS de Lanaudière	Ce serait très pertinent d'emboîter le pas et que le CISSS de Lanaudière puisse contribuer à l'amélioration de l'interface entre les programmes SAPA, santé mentale, dépendance et itinérance dans l'offre des soins et services envers les personnes ayant une perte d'autonomie cognitive et/ou physique associée au vieillissement, par la formation d'un comité de concertation.
CISSS de la Montérégie-Centre	Offrir des formations obligatoires aux médecins et psychiatres sur les usagers vieillissants souffrant de troubles de santé mentale. Offrir des formations de sensibilisation et d'intervention à l'attention de tous les professionnels de la santé sur les usagers vieillissant souffrant de troubles de santé mentale. L'enjeu de la disponibilité des expertises et des ressources humaines demeure crucial. Il serait intéressant de développer une offre de service de Pair Aidant ayant eu recours à un ou deux volets des missions SM-SAD ou SAPA.
CISSS de la Montérégie-Est	On observe une augmentation du nombre d'ordonnances d'hébergement, il serait intéressant d'avoir un portrait provincial Les employés en RI/RTF santé mentale reçoivent une prime alors que ceux des RI SAPA n'en reçoivent pas. Donc pour la clientèle mixte, c'est un enjeu, car si nous avons une ri mixte, certains employés auront une prime et d'autres pas, enjeu d'équité. Revoir les conditions d'admissibilités du service de soutien à domicile pour les usagers aux profils santé mentale et ayant une problématique d'autonomie reliée à sa condition de santé mentale.
CISSS de la Montérégie-Ouest	DSSADG : Les usagers présentant des enjeux de santé mentale ou de dépendance peuvent bénéficier de services et ressources spécialisés tant qu'ils ont en bas de 65 ans et n'ont pas besoin du soutien à domicile. Dès que les enjeux liés au vieillissement requièrent les équipes de soutien à domicile et/ou de l'hébergement, l'expertise spécialisée est moins disponible, car cette clientèle ne rentre plus dans les offres de services. Les enjeux de maintien à domicile et de pairage aux ressources d'hébergement sont multiples. La SM devrait tout comme le SAD revoir son offre de service pour adapter celle-ci aux besoins évolutifs de sa clientèle. Il est difficile à

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.

Établissements	Commentaires généraux
	l'heure actuelle d'apprécier l'impact réel de la prise en charge de la clientèle vieillissante santé mentale/dépendance/ itinérance en SAD. Cette clientèle est cependant bien présente dans nos charges de cas, mais nous sommes mal outillés pour évaluer concrètement ces impacts. L'usager doit rester au cœur de la démarche. On ne peut pas se permettre qu'il tombe entre deux chaises ou qu'il soit accueilli par une direction dont les équipes n'ont pas toutes les connaissances et compétences pour répondre aux besoins de cette clientèle. De plus, le SAD ne devrait pas être utilisé pour une clientèle ambulatoire capable d'aller chercher les services en externe. DSHAPPA + DPSMD : ---
Établissement non fusionné	
CHUM	Pour la clientèle santé mentale : pas vraiment de clientèle gérontopsychaitrique. Rôle conseil en psychiatrie (plus souvent le CHUM est sollicité pour la gestion des sevrages de troubles concomitants plutôt que pour la clientèle gérontopsychiatrique, clientèle dépendance avec profil gériatrique est parfois suivie en médecine interne pour des traitements IV (lien avec lits de transitions à la Maison du Père). L'emplacement géographique fait que le nombre de patients itinérants est croissant (centre-ville), l'urgence du CHUM est parfois utilisée comme refuge, établissement non fusionné fait qu'il faut créer des liens parfois moins naturels avec certains organismes ou autres milieux, mutualisation/optimisation budgétaire sans consultation des équipes.

© Comité du RUISSS de l'Université de Montréal sur le vieillissement, 2025
Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée et que l'utilisation soit à des fins non commerciales.