

CENTRE DE SANTÉ ET DES

VIEILLIR EN SANTÉ

Mai 2014

En collaboration avec les organisations suivantes:
Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ)
Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent (ASSS BSL)
Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC)

FAITS SAILLANTS

« LES AÎNÉS AU KAMOURASKA »

(DONNÉES PRODUITS PAR LE CENTRE LOCAL DE DÉVELOPPEMENT DU KAMOURASKA, AVRIL 2014)

EN 2011, LE KAMOURASKA COMPTE 21 492 CITOYENS.

EN 2007, ON PRÉVOYAIT UNE BAISSSE DE POPULATION AU KAMOURASKA DE 10,1 % ENTRE 1996 ET 2021.

EN 2011, ON CONSTATE UNE BAISSSE DE 7,4 % DE POPULATION ENTRE 1996 ET 2011.

EN 15 ANS, LA RÉGION AURA PERDU 1723 HABITANTS.

En 10 ans, l'âge médian au Kamouraska a augmenté de 6,9 ans comparativement à 3,1 ans pour le Québec

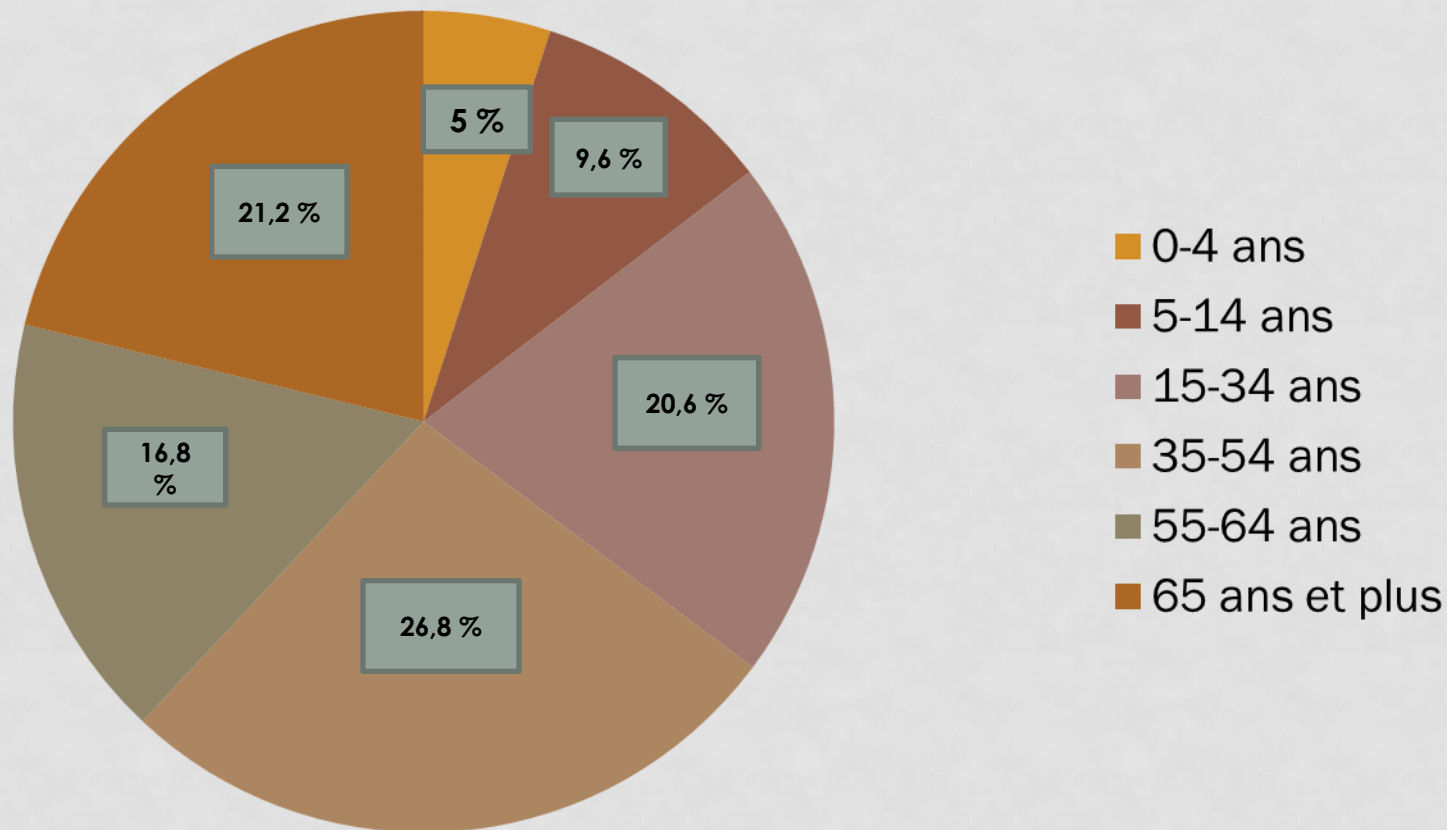
En 2001, l'âge médian au Kamouraska est de 41,3 ans et au Québec de 38,8 ans

En 2011, l'âge médian au Kamouraska est de 48,2 ans et au Québec 41,9 ans

De 1996 à 2011, on constate une augmentation de 915 personnes de 65 ans et plus au Kamouraska


Municipalité	Âge médian
Saint-Joseph	36,2
Saint-Alexandre	41,6
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	44,9
Saint-Philippe-de-Néri	45,2
Sainte-Hélène	45,5
Saint-Onésime-D'Ixworth	46,4
Saint-Denis-de-la-Bouteillerie	48
Saint-Gabriel-Lalemant	48,1
MRC de Kamouraska	48,2 (âge médian en 2006 45,1)
Saint-André	49
Saint-Bruno	49
La Pocatière	49,1
Saint-Pascal	49,4
Saint-Germain	50,3
Saint-Pacôme	50,6
Kamouraska	50,9
Mont-Carmel	52,2
Rivière-Ouelle	53,4


Répartition des âges pour le Kamouraska




Municipalité	Politique familiale	MADA
Saint-Joseph	X	X
Saint-Alexandre	X	X
Saint-André	X	
Saint-Bruno	X	X
Sainte-Hélène	X	X
Saint-Pascal	X	X
Saint-Germain		
Kamouraska	X	
Mont-Carmel	X	X
Saint-Philippe-de-Néri	X	X
Saint-Denis	X	X
Saint-Gabriel-Lalemant	X	X
Saint-Pacôme	X	X
Rivière-Ouelle	X	
Saint-Onésime	X	X
Sainte-Anne-de-la-Pocatière	X	X
La Pocatière		

LOGEMENTS

 Au Kamouraska, 11 municipalités sur 17 ont des résidences pour personnes âgées

 On compte en tout 27 résidences (privées, publiques et OBNL) dont 742 unités

 On dénombre au Kamouraska 4 560 personnes âgées de 65 ans et plus

ÉTAT DE SANTÉ AU KAMOURASKA

Fiche sociosanitaire mise à jour en novembre 2013

Premier constat : Kamouraska et BSL ont une population plus âgée que le reste du Qc.

% de la population de 65 ans et plus :

21,9% au Kamouraska

20,9% au BSL

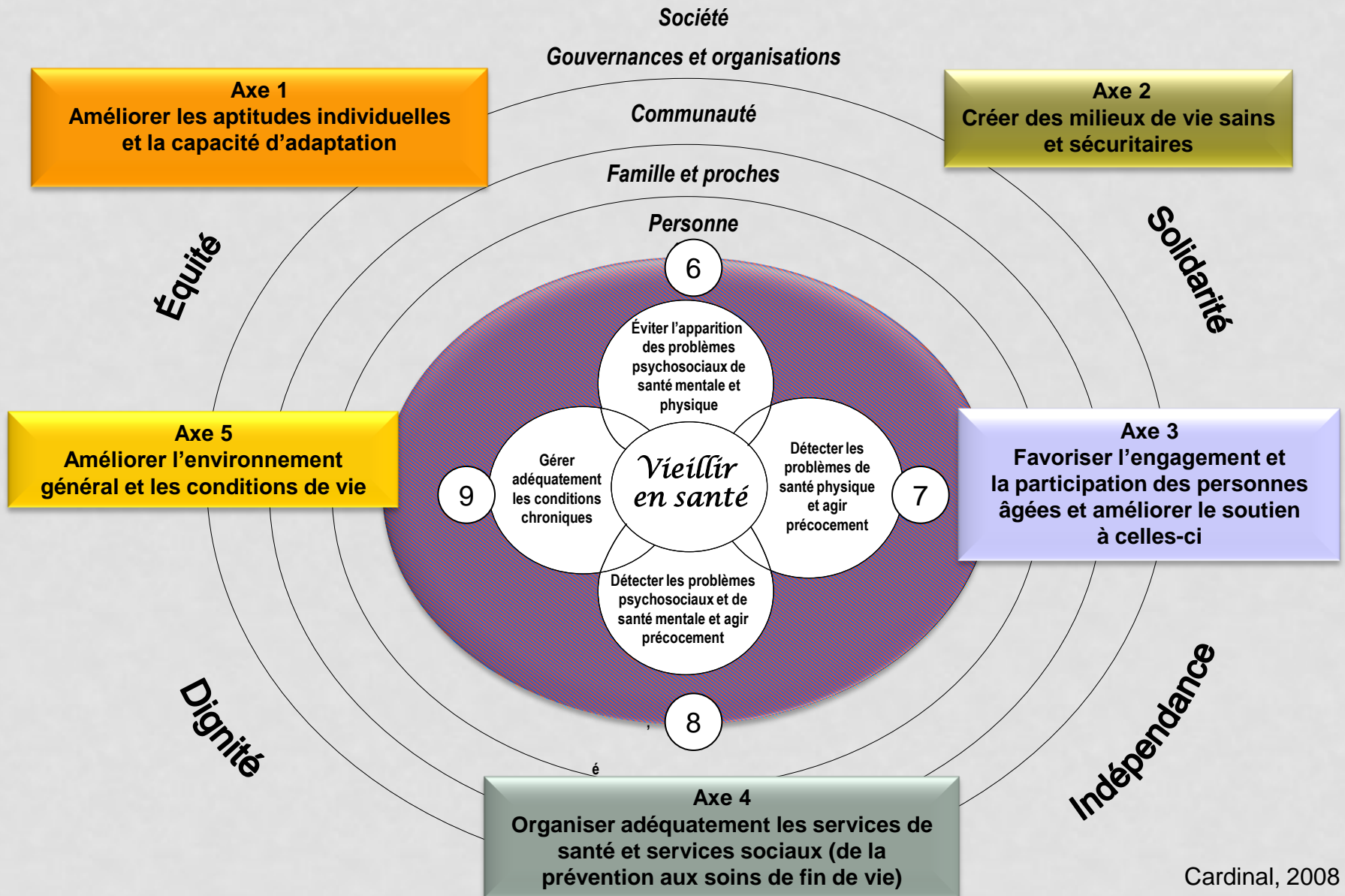
16,7% dans l'ensemble du Québec

Les personnes âgées sont-elles en meilleure santé au Kamouraska si on compare avec l'ensemble du Bas Saint-Laurent? Et en terme de maladies chroniques, qu'en est-il?

MODÈLE DE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ

AXES 1 À 9

Perspectives pour un vieillissement en santé



Viellir en santé

Société

Gouvernances et organisations

Communauté

Famille et proches

Personne âgée

Viellir en santé

Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées (1)

- Poursuivre le programme PIED
- Poursuivre les groupes VIACTIVE (intervention communautaire, multifactorielles et non personnalisées)
- Promouvoir les services destinés aux aînés à partir d'outils concrets
- Augmenter les formations de Gym Cerveau, et en informatique
- Promouvoir la sécurité par des ateliers
- Augmenter l'offre en prév/promo dans les maladies chroniques
- Réduire la maltraitance faite aux aînés par le biais d'activités préventives
- Installer téléviseurs et présentoirs (CLSC St-Pascal et l'Urgence) pour diffuser de l'information sur les services et supports à l'interne et dans la communauté
- Tenir compte de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté (par le biais du Réseau Alliance Solidarité Kamouraska)

Créer des milieux de vie sains et sécuritaires (2)

- Programme « À pied, à vélo, vie active »
- Comité des saines habitudes de vie (CSSSK et partenaires du milieu communautaire)
- Plusieurs municipalités sont Villes et villages en santé (VVS)
- 15 municipalités sur 17 ont adopté des politiques familiales et MADA
- Offrir des ateliers pour sensibiliser les personnes aînées sur la sécurité à domicile et à l'extérieur

Éviter l'apparition de problèmes (6)

- Utiliser le SAD pour développer l'intervention multifactorielle personnalisée
- Évaluer les risques de chutes
- * Lien entre les chutes et les médicaments (médecins)

Détecter problèmes santé physique (7)

- * Offrir des cliniques de dépistage en matière de maladie du cœur (Arc-en-ciel du cœur)

Détecter problèmes de psychosociaux de santé mentale (8)

- Agir précocement en formant des intervenants en matière de maltraitance
- Agir en matière de santé mentale

Favoriser l'engagement et la participation sociale des personnes âgées et améliorer le soutien aux personnes âgées et aux aidants (3)

- Inciter les aînés à participer à l'organisation d'ateliers et conférences en matière de maltraitance
- Favoriser l'implication des aînés et de leur proche aidant dans l'élaboration du PI
- S'assurer que des mesures de support soient en place pour les proches aidants

Gérer adéquatement les conditions chroniques (9)

- S'assurer de la mise à jour de l'OEMC (outil d'évaluation muticlientèle) en fonction de l'évolution de la santé globale
- Poursuivre la gestion de cas SIPA
- Impliquer les aînés et leur proche aidant dans l'élaboration du plan d'intervention
- Former des équipes interdisciplinaires répondant aux besoins des personnes en perte d'autonomie

Organiser adéquatement les services de santé et de services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie) en agissant sur : (4)

- × Former une personne à l'interne pour dispenser d'ateliers et de formations aux intervenants du CSSSK, et dans la communauté
- × Ajuster l'offre de service du SAD en fonction des besoins et des ressources disponibles
- × Consolider et réviser le cheminement d'une demande de service au CSSSK, ainsi que le mécanisme de référence entre les partenaires (Accueil Social et COS)
- Évaluer la mise en place d'un service ambulatoire gériatrique (SAG)
- Poursuivre l'offre de service ambulatoire en CH et CLSC
- × Évaluer la mise en place de 3 centres de jour communautaires
- Réviser les mécanismes de liaison et de référence entre les partenaires du réseau local
- S'assurer d'un service médical 24/7 pour la clientèle PPALV (SAPA)
- Consolider les services d'accompagnement (présence-surveillance)
- × Consolider les formules d'hébergement répit (planifié, par alternance, pour évaluation, etc.)
- × Sensibiliser les intervenants sur l'approche gériatrique de courte durée (stimuler mobilité et autonomie)
- Harmoniser régionalement les mécanismes d'accès aux ressources d'hébergement pour la clientèle PPALV (SAPA)
- × Mettre en place des lits d'hébergement en RI spécialisée pour recevoir des aînés avec problèmes cognitifs
- × Réaliser une étude de besoins et de faisabilité pour un projet communautaire ou privé pour aînés (défic. phys./perte d'auton.)

Équité

Solidarité

Améliorer l'environnement général et les conditions de vie de l'environnement des personnes âgées (5)

- Valeurs
- MADA et Politiques familiales
- Politiques publiques

Dignité

Indépendance

MODÈLE DE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ - AXES 1 À 5

LA PROMOTION DE LA SANTÉ, LES ENVIRONNEMENTS FAVORABLES, LA COOPÉRATION INTERSECTORIELLE

1. PA : AMÉLIORER LES APTITUDES INDIVIDUELLES ET LES CAPACITÉS D'ADAPTATION

- * *Habitudes de vie favorables à la santé et au bien-être*
- * *Connaissances*
- * *Compétences (dont littératie)*
- * *Capacités cognitives et physiques*

2. MILIEUX DE VIE : CRÉER DES MILIEUX DE VIE SAINS, SÉCURITAIRES ET ACCUEILLANTS DANS SA COMMUNAUTÉ

- * *Logement*
- * *Quartier*
- * *Lieu de travail*
- * *Produits, biens et services de proximité : disponibilité et accès (transport, coût)*

3. LIENS SOCIAUX : FAVORISER L'ENGAGEMENT ET LA PARTICIPATION DES PERSONNES ÂGÉES, ET AMÉLIORER LE SOUTIEN À CELLES-CI ET À LEURS AIDÉS

- * *Participation et liens avec : a) sa famille, les membres de sa communauté, c) les autres générations, d) la société (participation citoyenne, etc.)*
- * *Réseau formel et informel pour répondre aux besoins affectifs, relationnels, spirituels et instrumentaux*

4. ORGANISER ADÉQUATEMENT LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

- * *Connaissances, croyances et compétences des acteurs du système de santé (professionnelles et interprofessionnelles)*
- * *Liens sectoriels, intersectoriels et communautaires*
- * *Caractéristiques de l'organisation et de l'utilisation des services de la première ligne*
- * *Optimisation des ressources*

5. ENVIRONNEMENT GÉNÉRAL ET LES CONDITIONS DE VIE DES PERSONNES ÂGÉES

- * *Normes et valeurs sociales*
- * *Actions politiques*
- * *Programmes et politiques publiques de divers secteurs et niveaux d'intervention (social, transport, habitation, économie, loisirs, sécurité publique, environnemental, etc.) (Liens politiques familiales, MADA, etc.)*

MODÈLE DE VIEILLISSEMENT EN SANTÉ - AXES 6 À 9 DE LA PRÉVENTION AU TRAITEMENT ET À LA PRÉADAPTATION

6. ÉVITER L'APPARITION DES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX, DE SANTÉ MENTALE, ET PHYSIQUE (FACTEURS DE RISQUE)

- * *Pratiques cliniques préventives (saines habitudes de vie, hygiène dentaire, etc.)*
- * *Auto-gestion de la santé*
- * *Vaccins*
- * *Risque de blessures (chutes, brûlures, intoxications)*
- * *Consommation inappropriée de la médication, d'alcool*
- * *Facteurs de risque d'infections (ex.: infections nosocomiales)*

7. DÉTECTER LES PROBLÈMES DE SANTÉ PHYSIQUE ET AGIR PRÉCOCEMENT (CARACTÈRE RÉVERSIBLE)

- * *Troubles sensoriels*
- * *Maladies chroniques (diabète, maladie cardiovasculaires, HTA, maladies pulmonaires obstructives chroniques, problèmes ostéoarticulaires, cancers (sein, colorectal), ostéoporose)*
- * *Perte d'autonomie, fragilité*

8. DÉTECTER LES PROBLÈMES PSYCHOSOCIAUX ET DE SANTÉ MENTALE ET AGIR PRÉCOCEMENT

- * *Abus, négligence, violence*
- * *Dépression*
- * *Troubles anxieux*
- * *Idéations suicidaires*
- * *Troubles cognitifs*
- * *Perte d'autonomie et fragilité*

9. GÉRER ADÉQUATEMENT LES CONDITIONS CHRONIQUES

- * *Suivis systématiques, protocoles; guides de pratique pour le traitement et suivi interdisciplinaire: approche adaptée en CH, démence, etc.*
- * *Auto-soins*
- * *Soutien aux aidants*
- * *Médication appropriée (ex.: psychotropes, antibiotiques)*
- * *Gestion de la douleur*
- * *Gestion de cas (case-management) pour les personnes vulnérables*