

*VIEILLISSEMENT EN SANTÉ*

ÉTUDE DE FAISABILITÉ PORTANT SUR UNE PROPOSITION D' ACTIONS  
VISANT LA POPULATION ÂGÉE DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE

famille  
adaptation familiale et sociale  
jeunesse  
ENFANCE  
SANTÉ AU TRAVAIL  
cancer du sein  
HABITUDES DE VIE  
PAUVRETE  
ORGANISATION DE SERVICES  
et évaluation  
sécurité dans les milieux de vie  
santé mentale  
PERSONNES ÂGÉES  
connaissance et surveillance  
santé et environnement  
DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
et des communautés  
MALADIES CHRONIQUES

*Vieillesse en santé*  
Étude de faisabilité portant sur une proposition d'actions  
visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale  
(deuxième phase du chantier « Personnes âgées »)

RAPPORT FINAL

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale  
Direction régionale de santé publique  
Janvier 2010

## **Équipe de projet et de rédaction**

Lise Cardinal  
Denise Gagné  
Marie-Claude Langlois  
André Tourigny

## **Mise en page**

Élyane Andoche

## **Infographie**

Danielle Dupont

Ce document est disponible en format électronique seulement, à l'adresse :  
[www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

Dépôt légal :  
Bibliothèque et Archives Canada, 2010  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010  
ISBN : 978-2-89496-416-3 (format PDF)

Référence suggérée : Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné et A. Tourigny (2010). *Étude de faisabilité portant sur une proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un Vieillissement en santé*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 56 p.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

Le masculin est utilisé dans ce document dans le but d'alléger le texte et désigne aussi le féminin.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## Remerciements

La réalisation de cette étude a été rendue possible grâce au Programme de subvention en santé publique du ministère de la Santé et des services sociaux du Québec. Les membres de l'équipe de projet tiennent à remercier les personnes suivantes pour leur précieuse collaboration aux différentes étapes de l'étude de faisabilité et aux travaux préliminaires qui se sont avérés nécessaires.

### Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale

Participation au groupe de travail et à la validation de la proposition :

Lise Côté	Céline Morrow
Sonia Dugal	Michèle Paradis
Mélanie Lafrance	Émilie Raymond
Pierre Maurice	Judith Rose-Maltais
Marie-Claude Messely	André Tourigny
Sonia Moreau	Geneviève Tremblay

Participation à la mise à jour de la littérature :

Mélanie Lafrance	Sonia Moreau
Céline Lepage	Émilie Raymond
Marie-Claude Messely	Geneviève Tremblay

Participation à la validation de contenu précis :

Francine Allard	Louise Grégoire
Michel Beauchemin	Valérie Houle
Pascale Chaumette	Renée Maranda-Aubut
France Dionne	Ann Royer
Jean-François Duchesne	Jasmin Villeneuve

### Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Validation de la proposition :

Daniel Garneau, Direction des programmes clientèles  
François Desbiens, Direction régionale de santé publique  
Céline Tremblay, Direction régionale de santé publique

### Centres de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale

Validation de la proposition :

Martin Bédard, CSSS Québec-Nord	Robin Roy, CSSS Charlevoix
Robert Gagné, CSSS Vieille-Capitale	Marie Simard, CSSS Vieille-Capitale
Linda Gorman, CSSS Québec-Nord	Mario Soucy, CHLSD Vigi Saint-Augustin
Joanne King, Centre hospitalier Jeffery Hale – Saint-Brigid's	Louise Talbot, CSSS Québec-Nord
Nicole Perron, CSSS Portneuf	

### Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Validation de la proposition :

Lucie Bonin



## Résumé

La présente étude vise à vérifier la faisabilité politique et organisationnelle de la mise en œuvre d'une proposition d'actions de promotion de la santé, de prévention et de protection visant les personnes âgées de la région de la Capitale-Nationale. Cet exercice fait suite à la consultation tenue en 2004 sur une version préliminaire du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR) (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2004) où des lacunes concernant les mesures visant spécifiquement la population âgée ont été signalées.

L'analyse de la littérature concernant plusieurs des thématiques présentées dans le modèle conceptuel pour un *Vieillesse en santé* produit par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP-CN) et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (Cardinal et coll., 2008a) fut une étape préalable à l'étude de faisabilité. Cette analyse a permis de relever certaines évidences scientifiques et de cerner des interventions efficaces ou prometteuses dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention ou de la protection de la santé des personnes âgées, interventions pour lesquelles les responsables de la santé publique peuvent jouer un rôle de leader ou de soutien à des partenaires.

La notion de faisabilité des actions a d'abord été précisée par la mission même du réseau de santé publique et par ses fonctions propres (surveillance, promotion de la santé, prévention et protection, organisation des services). Une telle précision a permis de cerner un premier ensemble de thématiques où les responsables de la santé publique peuvent agir légitimement en leadership. En outre, le réseau de la santé publique peut exercer un rôle de soutien pour favoriser la santé des personnes âgées à l'égard des thématiques pour lesquelles l'expertise appartient à d'autres acteurs, à l'intérieur même du réseau de la santé, dans d'autres secteurs d'activités ou dans le réseau communautaire. Certaines de ces thématiques ont également été retenues et analysées plus à fond. Dans un deuxième temps, le contexte d'intervention actuel en santé publique et la réalité organisationnelle du réseau de la santé publique aux plans régional et local, notamment la réalité des CSSS, ont permis de faire une sélection éclairée quant aux actions à privilégier. Finalement, d'autres critères de faisabilité ont été appliqués : l'existence d'orientations nationales ou régionales, l'importance des ressources déjà investies, les ressources actuellement disponibles et la présence de mesures complémentaires nécessaires à la réalisation des actions proposées. L'application de ces critères de faisabilité a

permis de définir des actions à maintenir ou à consolider, à adapter à la population âgée ou encore à développer si l'ajout de ressources le permettait.

Toutes les informations générées à chacune des étapes de l'étude ont fait l'objet de présentations et de consultations, notamment au sein de la Direction régionale de santé publique et à la Table des gestionnaires du programme Soutien à domicile des centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui sont particulièrement concernés par les besoins des personnes âgées. Il s'agit des gestionnaires responsables des programmes de soutien à domicile et de l'hébergement dans les quatre CSSS de la région et des responsables de la population âgée anglophone de la région au Jeffery Hale – Saint Brigid's. Les rencontres tenues au printemps et à l'été 2008 furent l'occasion de recueillir des commentaires et d'apporter des ajustements à la proposition d'actions. La version finale de celle-ci, présentée dans le document Proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un *Vieillessement en santé* (Cardinal et coll., 2008b), a aussi été intégrée dans le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 (PAR) (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2009).

# Table des matières

Remerciements .....	3
Résumé .....	5
Table des matières .....	7
Liste des sigles et acronymes .....	9
Mise en contexte .....	11
<b>1. Principales étapes du « Chantier personnes âgées » .....</b>	<b>13</b>
<b>2. Résultats de la phase préparatoire à l'étude de faisabilité .....</b>	<b>13</b>
2.1 Élaboration d'un modèle conceptuel .....	14
2.2 Mise à jour de la littérature concernant l'efficacité des interventions.....	16
<b>3. Objectifs de l'étude de faisabilité.....</b>	<b>17</b>
<b>4. Mécanismes de soutien .....</b>	<b>17</b>
<b>5. Méthodologie de l'étude de faisabilité.....</b>	<b>18</b>
<b>6. Résultats de l'étude de faisabilité selon les étapes .....</b>	<b>19</b>
6.1. Sélection première des thématiques.....	19
6.2. Définition de critères de priorisation et collecte d'information.....	22
6.3. Élaboration de la première version d'une proposition d'actions visant la population âgée .....	22
6.3.1. Thématiques non retenues .....	23
6.3.2. Thématiques retenues et mesures à privilégier .....	24
6.4. Consultations sur une première version d'une proposition d'actions.....	25
6.5. Présentation de la proposition finale .....	27
<b>7. Forces et limites de l'étude de faisabilité .....</b>	<b>28</b>
<b>8. Discussion.....</b>	<b>31</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>Références .....</b>	<b>35</b>
<b>Annexe 1 : Principales étapes de la démarche du « Chantier personnes âgées ».....</b>	<b>37</b>
<b>Annexe 2 : Liste des thématiques qui ont fait l'objet d'une mise à jour de la littérature.....</b>	<b>39</b>
<b>Annexe 3 : Canevas d'entrevue utilisé pour la consultation sur une proposition d'actions pour un <i>Vieillessement en santé</i> dans la région de la Capitale-Nationale .....</b>	<b>41</b>

<b>Annexe 4</b> : Fiche-synthèse pour mettre à jour les connaissances sur les thématiques du modèle conceptuel pour lesquelles la santé publique est en leadership.....	43
<b>Annexe 5</b> : Proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un <i>Vieillessement en santé</i> .....	45
▪ Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées (AXE 1).....	45
▪ Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées (AXE 5) et créer des milieux de vie sains et sécuritaires (AXE 2).....	47
▪ Favoriser l'engagement et la participation sociale des personnes âgées et améliorer le soutien aux personnes âgées et aux aidants (AXE 3).....	48
▪ Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et de santé mentale et physique en agissant sur les facteurs de risque (AXE 6).....	48
▪ Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement (AXE 7).....	52
▪ Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement (AXE 8).....	53
▪ Gérer adéquatement les conditions chroniques (AXE 9) et organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie) (AXE 4).....	53

## Liste des sigles et acronymes

<b>ANV</b>	Abus, négligence, violence/maltraitance
<b>CDJ</b>	Centre de jour
<b>CEVQ</b>	Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier affilié
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHSLD</b>	Centre hospitalier de soins de longue durée
<b>CRÉ</b>	Conférence régionale des élus
<b>CSSS</b>	Centre de santé et de services sociaux
<b>CRISA</b>	Comité régionale intersectoriel en sécurité alimentaire
<b>DRSP-CN</b>	Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
<b>FADOQ</b>	Fédération de l'âge d'Or du Québec
<b>GMF</b>	Groupe de médecine de famille
<b>IVPSA</b>	Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval
<b>JHSB</b>	Jeffery Hale – Saint Brigid's
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des services sociaux
<b>OC</b>	Organisme communautaire
<b>PAR</b>	Plan d'action régional
<b>PALV</b>	Perte d'autonomie liée au vieillissement
<b>PCP</b>	Pratiques cliniques préventives
<b>PQDCS</b>	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
<b>SAD</b>	Soutien à domicile
<b>SARM</b>	Staphylococcus aureus résistant à la méthycilline



## Mise en contexte

En 2004, dans le cadre de l'élaboration du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (PAR) par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP-CN) (Agence de la santé et des services sociaux, 2004), des réserves concernant les cibles d'action visant le maintien de l'autonomie des personnes âgées ont été exprimées par certains partenaires consultés. À l'image du Programme national de santé publique (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003) et de sa mise à jour en 2008, on relevait l'absence de préoccupation pour les problèmes sociaux des personnes âgées (ex. : conditions de vie, isolement social, exclusion sociale, pauvreté, accès au logement), de même que la nécessité d'intensifier les interventions touchant les habitudes de vie (ex. : alimentation, activité physique), la santé mentale, l'utilisation des médicaments et le soutien aux proches aidants. En réponse à ces réserves, une cible a été ajoutée dans le PAR : « Soutenir le développement d'environnements favorables et de conditions de vie propices au maintien de l'autonomie des aînés ». Cette cible constituait pour le réseau de santé publique un engagement à réviser son offre de services visant les personnes âgées de la région de la Capitale-Nationale. Une opération ayant pour objectif de donner suite à l'inscription de cette cible dans le PAR 2004-2007 sera enclenchée. Cette opération sera nommée le « Chantier personnes âgées » et elle sera intégrée parmi les cibles de la planification stratégique de la DRSP-CN.

La présente étude de faisabilité fait partie intégrante du « Chantier personnes âgées ». Elle s'appuie sur la mise à jour des informations sur l'état de santé de la population âgée et sur les meilleures pratiques de promotion de la santé, de prévention et de protection qui puissent leur être destinées. Les résultats de l'étude de faisabilité ont été utilisés pour la rédaction du document de travail *Proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un Vieillessement en santé* (Cardinal et coll., 2008b).



## **1. Principales étapes du « Chantier personnes âgées »**

À la lumière des commentaires obtenus lors de la consultation sur le PAR 2004-2007 et à la suite de la décision de lancer le « Chantier personnes âgées », ce dernier fut défini selon deux phases : une phase préparatoire à l'étude de faisabilité et l'étude de faisabilité elle-même. L'annexe 1 présente un schéma illustrant la démarche dans laquelle s'inscrit l'étude de faisabilité. Chacune des étapes comprises dans les deux phases du « Chantier personnes âgées » sont présentées respectivement aux sections 2 et 5 de ce rapport. Les étapes sont les suivantes :

### **Phase préparatoire à l'étude de faisabilité**

- Élaboration d'un modèle conceptuel sur le thème du vieillissement en santé;
- Mise à jour de la littérature concernant l'efficacité des interventions.

### **Étude de faisabilité**

- Sélection première de thématiques sur la base du modèle conceptuel, selon le degré d'implication du réseau de la santé publique;
- Définition d'autres critères de priorisation et collecte d'information au regard des thématiques retenues pour documenter ces critères;
- Validation des étapes précédentes (y compris les étapes préliminaires);
- Élaboration d'une première version d'une proposition d'actions de santé publique visant les personnes âgées;
- Consultations sur la première version;
- Proposition finale d'actions (intégrée dans le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012).

## **2. Résultats de la phase préparatoire à l'étude de faisabilité**

Au total, deux étapes préalables à l'étude de faisabilité se sont avérées nécessaires. D'abord, l'élaboration d'un modèle conceptuel qui a servi à circonscrire l'ensemble des possibilités d'actions qui vise à maintenir ou à améliorer l'état de santé de la population âgée. Ensuite, un examen plus attentif des possibilités d'actions, sous l'angle de leur efficacité, a été réalisé.

## 2.1 Élaboration d'un modèle conceptuel

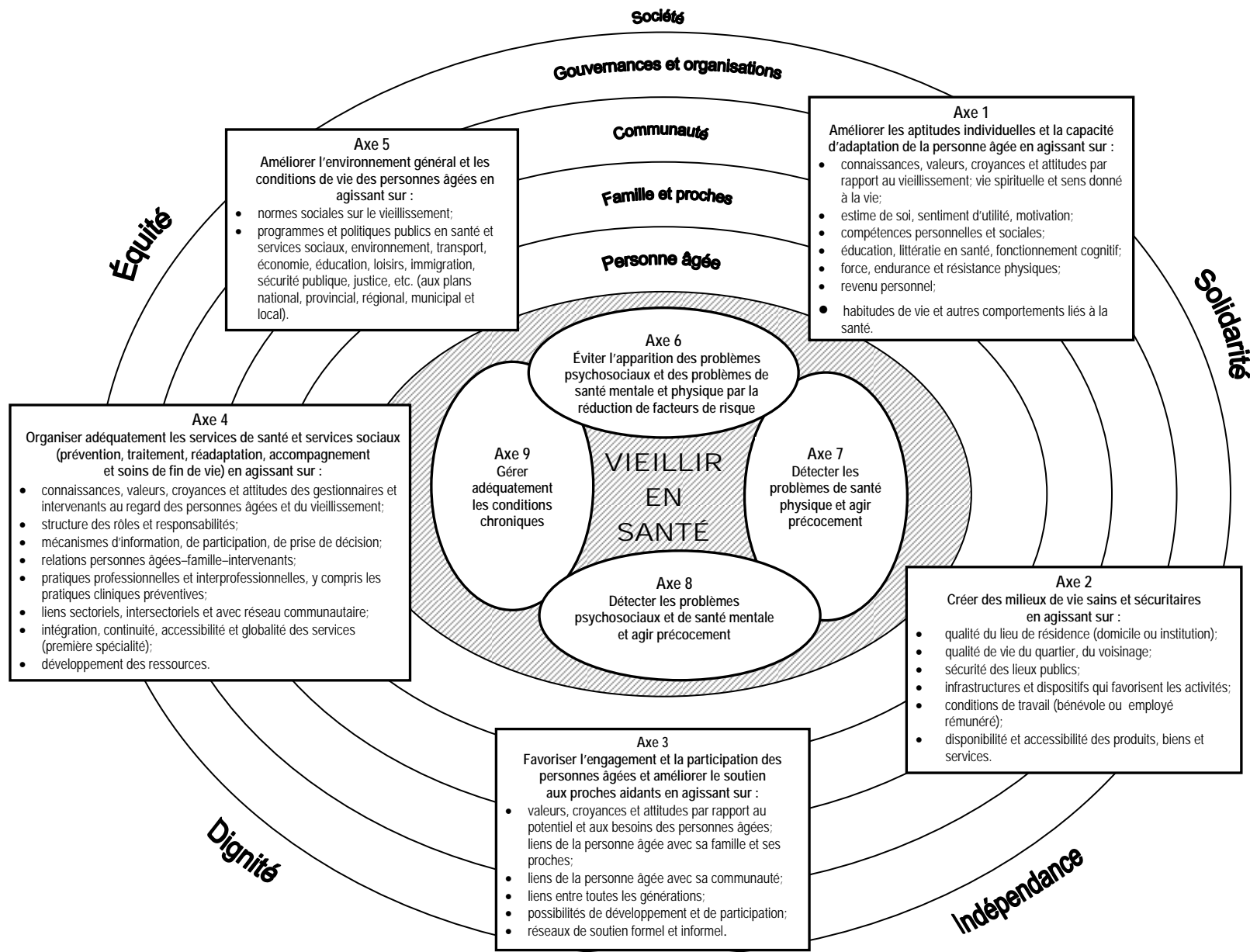
La Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et l'Institut national de santé publique du Québec ont développé un modèle autour du concept de *Vieillesse en santé* qui permet d'en circonscrire les différentes dimensions et de regrouper divers objets de travail présentant un potentiel d'amélioration de la santé des personnes âgées (Cardinal et coll., 2008a). Selon ce modèle (voir la figure 1), neuf grands axes d'intervention doivent être pris en compte pour maintenir ou améliorer l'état de santé de la population âgée. Au total, cinq d'entre eux concernent les grands déterminants de la santé, touchant toute la population âgée, qu'elle soit en bonne santé ou non. Ces cinq axes sont :

- Axe 1 : **Améliorer les aptitudes individuelles et la capacité d'adaptation des personnes âgées**
- Axe 2 : **Créer des milieux de vie sains et sécuritaires**
- Axe 3 : **Favoriser l'engagement et la participation des personnes âgées et améliorer le soutien aux proches aidants**
- Axe 4 : **Organiser adéquatement les services de santé et services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie)**
- Axe 5 : **Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées**

De plus, quatre autres axes sont définis selon une perspective de problèmes de santé. Ces axes font référence à un continuum qui va de l'action sur les facteurs de risque jusqu'au traitement des problèmes et à la réadaptation. Ces axes sont :

- Axe 6 : **Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé mentale et physique par la réduction des facteurs de risque**
- Axe 7 : **Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement**
- Axe 8 : **Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement**
- Axe 9 : **Gérer adéquatement les conditions chroniques**

Figure 1 : Perspectives pour un *Viellissement en santé* : proposition d'un modèle conceptuel<sup>1</sup>



1. Cardinal, L., M.-C. Langlois, D. Gagné et A. Tourigny (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.

L'utilisation du modèle conceptuel permet de conjuguer l'approche par déterminants à l'approche par problèmes plus traditionnelle dans le monde de la santé. Ainsi, le modèle conceptuel permet de cerner les actions à réaliser selon un continuum allant de la bonne santé jusqu'à la fin de la vie, en passant par la survenue d'incapacités et la perte d'autonomie. Le modèle conceptuel a fait l'objet d'une consultation auprès de personnes reconnues au Québec pour leur expertise dans le domaine de la santé des personnes âgées et le vieillissement. Ce modèle a aussi été présenté à différentes instances et a fait l'objet de présentations scientifiques. Concernant plus spécifiquement la démarche régionale liée à l'étude de faisabilité, le modèle conceptuel a été présenté :

- au groupe de travail de la DRSP-CN pour le « Chantier personnes âgées »;
- à la DRSP-CN lors d'une assemblée générale;
- à la direction des programmes clientèles de l'Agence;
- au comité de concertation et de coordination pour la santé publique, regroupant la direction de la DRSP-CN et les directeurs de santé publique des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et leurs adjoints;
- à la Table régionale des gestionnaires du programme Soutien à domicile (SAD) des CSSS.

De façon générale, la réceptivité du modèle a été très grande et il s'est avéré très utile pour cerner l'éventail des possibilités d'actions visant la santé des personnes âgées et pour préciser les dimensions où les acteurs de santé publique et leurs partenaires peuvent être plus contributifs.

## 2.2 Mise à jour de la littérature concernant l'efficacité des interventions

Au total, 17 thématiques retrouvées dans le modèle conceptuel ont fait l'objet d'une mise à jour plus approfondie des informations présentes dans la littérature, notamment en ce qui a trait à l'efficacité des interventions ou à l'existence de consensus sur les meilleures pratiques pour agir au regard de ces thématiques chez les personnes âgées. Cette mise à jour s'est faite principalement par la recension de revues systématiques ou de méta-analyses. Les thématiques qui ont été plus approfondies sont présentées à l'annexe 2. Par ailleurs, le thème de la participation sociale des personnes âgées, avec lequel la santé publique est moins familière, a fait l'objet d'une révision critique appuyée sur une analyse encore plus poussée de

la littérature (Raymond et coll., 2008). Un exercice d'identification des besoins des personnes âgées sur le thème de la participation sociale se déroule actuellement en collaboration avec les CSSS de la région, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ), l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés (IVPSA) de l'Université Laval et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Plusieurs personnes âgées et regroupements de personnes âgées ont été consultés en participant à des groupes de discussion. Les résultats obtenus de cette démarche seront éventuellement intégrés à la proposition d'actions.

### **3. Objectifs de l'étude de faisabilité**

#### Objectif général

En tenant compte d'une mise à jour des informations concernant les mesures prometteuses ou efficaces, évaluer la faisabilité de mettre en œuvre des actions de promotion de la santé, de prévention et de protection pour favoriser un vieillissement en santé de la population âgée de la région de la Capitale-Nationale.

#### Objectifs spécifiques

- Déterminer, en tenant compte des actions de promotion de la santé, de prévention et de protection pour favoriser un vieillissement en santé qui se font déjà dans la région et sur les territoires de CSSS, les actions efficaces ou prometteuses à maintenir, à consolider ou à développer en priorité;
- Vérifier la faisabilité de maintenir, de consolider ou de développer ces actions prioritaires pour un *Vieillessement en santé*.

### **4. Mécanismes de soutien**

Outre l'équipe de projet responsable de la coordination de la démarche, deux comités ont soutenu l'ensemble de la démarche et ont permis la concertation nécessaire à sa bonne marche :

- Le Groupe de travail DRSP-CN composé des membres de l'équipe de projet et des intervenants de différentes équipes de la DRSP-CN particulièrement engagés auprès des personnes âgées;
- La Table des gestionnaires du programme Soutien à domicile des CSSS composée des gestionnaires des quatre CSSS de la région et du Jeffery Hale – Saint Brigid's (JHSB) et du responsable du dossier des personnes âgées à la Direction des programmes clientèles de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Les membres de cette Table ont assuré la validation de la démarche, des orientations et des mesures devant composer la proposition finale.

Les membres de l'équipe de projet ont produit tous les outils et le matériel nécessaires à l'animation des rencontres. Les membres de la Table des gestionnaires du programme Soutien à domicile ont demandé que les gestionnaires responsables de l'hébergement des personnes âgées dans les quatre CSSS et au JHSB (qui ne sont pas aussi gestionnaires du programme SAD) soient également consultés, ce qui fut fait.

## **5. Méthodologie de l'étude de faisabilité**

La faisabilité d'une intervention dépend de la capacité des intervenants à opérer dans un contexte qui leur est propre. L'étude de la faisabilité d'une intervention vise à évaluer les chances de succès de son implantation, c'est-à-dire son acceptabilité par les différentes parties prenantes (Pineault et Daveluy, 1986). Les éléments qui peuvent freiner ou favoriser la mise en œuvre des actions proposées doivent être considérés. Ils peuvent être de plusieurs ordres : la faisabilité politique, la faisabilité économique, la faisabilité organisationnelle, la faisabilité socioculturelle et la faisabilité éthique. Dans le contexte précis de cette étude, les dimensions de faisabilité suivantes et les questions de recherche qui s'y rattachent ont été particulièrement considérées :

### **La faisabilité politique**

Quel est l'accueil des organisations locales concernées par rapport à la proposition d'actions?

## La faisabilité organisationnelle

Les actions proposées sont-elles compatibles avec la mission des organismes visés par leur mise en œuvre? Les ressources humaines nécessaires sont-elles disponibles et appropriées? Les actions peuvent-elles être intégrées aux actions déjà en cours? Avec ou sans ajout de ressources?

La présente étude est de nature exploratoire et a été réalisée grâce à la tenue de rencontres individuelles ou en petits groupes lors desquelles des informations pertinentes ont été présentées par l'équipe de projet. Entre autres, un ensemble de questions ouvertes a été adressé aux participants (voir l'annexe 3). Les réactions et commentaires des personnes rencontrées ont été colligés sous forme de plusieurs comptes rendus. Leur analyse a été faite par les membres de l'équipe de projet qui ont assisté aux rencontres. Au fur et à mesure des différentes rencontres, la proposition d'actions en promotion de la santé, en prévention et en protection visant les personnes âgées de la région a pris forme et s'est modifiée jusqu'à sa version actuelle (voir la section 6.5.).

## 6. Résultats de l'étude de faisabilité selon les étapes

Comme mentionné à la section 1, l'étude de faisabilité s'est déroulée en cinq étapes. Des résultats intermédiaires ont été générés et validés par consultation à chacune de ces étapes.

### 6.1. Sélection première des thématiques

Les différentes thématiques abordées dans le modèle conceptuel ont toutes un potentiel d'impact sur l'état de santé de la population âgée. Toutefois, toutes les actions qui en découlent ne sont pas du ressort premier des responsables de la santé publique. Plusieurs appartiennent à d'autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (ex. : la prestation de soins), du réseau communautaire (ex. : entraide) ou encore à d'autres secteurs d'activité (ex. : transport, logement). Il a donc été suggéré, dans un premier temps, de regrouper les thématiques selon le rôle que peuvent y jouer les responsables de la santé publique, notamment la Direction régionale de santé publique et les CSSS, et de les catégoriser selon

que la santé publique y agit principalement en leadership, en soutien ou encore en représentation. Ces catégories se définissent comme suit :

**Leadership** : Le réseau de la santé publique est responsable, imputable ou assure la mise en place ou la réalisation des actions. Le leadership peut être exclusif ou partagé (partenariat étroit) (ex. : Programme MARCHE pour la prévention des chutes, programme d'immunisation contre l'influenza).

**Soutien** : Le réseau de la santé publique apporte une contribution significative au plan de la planification, de l'intervention, de la concertation ou de l'évaluation, mais n'est pas en situation de leadership ou de premier responsable (ex. : soutien à la Conférence régionale des élus pour l'implantation du concept Ville-amie des aînés de l'Organisation mondiale de la santé, soutien à la concertation régionale sur l'abus, la négligence et la violence).

**Représentation** : Le réseau de santé publique saisit l'occasion pour faire valoir un point de vue sur la santé des personnes âgées et réalise, de façon ponctuelle, des activités d'information ou de sensibilisation auprès de la population ou de partenaires qui traitent d'une question particulière relative à la santé des personnes âgées (ex. : présentation, en 2007, d'un mémoire lors de la consultation publique de la ministre responsable des Aînés sur les conditions de vie de ceux-ci).

Cette catégorisation des thématiques (voir le tableau 1) a été présentée au groupe de travail de la DRSP-CN du « Chantier personnes âgées », à la Direction des programmes clientèles de l'Agence et à la Table des gestionnaires du programme Soutien à domicile. Tous ont reconnu la pertinence et l'utilité de préciser ces catégories d'intervention selon le degré d'implication des responsables de la santé publique dans un univers aussi large, complexe et ramifié que celui du vieillissement et de la santé des personnes âgées. Les étapes suivantes de l'étude de faisabilité portent principalement sur les thématiques pour lesquelles ces responsables peuvent potentiellement agir en leadership ou en soutien, au plan régional ou local. Par ailleurs, les activités de représentation qui se déroulent le plus souvent selon les événements de l'actualité peuvent difficilement être planifiées. Toutefois, des exemples pouvant les illustrer ont été évoqués et notés lors des consultations.

**Tableau 1 : Sélection première des thématiques selon le rôle potentiel exercé par les responsables de la santé publique et selon les axes du modèle conceptuel pour un *Vieillessement en santé***

<b>Agir sur les déterminants de la santé</b>			
<b>Axe</b>	<b>Leadership</b>	<b>Soutien</b>	<b>Représentation</b>
① Aptitudes individuelles et capacités d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité physique</li> <li>- Nutrition</li> <li>- Médicaments (autosoins)</li> <li>- Hygiène du sommeil</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gestion du stress</li> <li>- - Résolution de problèmes -</li> <li>- Gestion des conflits, autogestion de la santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Littératie</li> </ul>
② Milieux de vie sains et sécuritaires		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité du lieu de résidence (risques de blessures)</li> <li>- Qualité de vie pour les clientèles vulnérables (milieux publics, privés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qualité du lieu de résidence (prévention incendie)</li> <li>- Environnement physique (sécurité des lieux publics, déplacements sécuritaires)</li> </ul>
③ Participation sociale et soutien aux personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation sociale (interactions sociales en contexte individuel et en groupes)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien communautaire en logement social</li> <li>- Soutien aux proches aidants</li> <li>- Participation sociale (activités et démarches collectives)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Participation sociale (Bénévolat et aide informelle, engagement citoyen et militance)</li> </ul>
④ Organisation des services	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégration des PCP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modèles d'organisation de services</li> </ul>	
⑤ Environnement général et conditions de vie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sécurité alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logement social (soutien communautaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Transport</li> <li>- Logement (accès, qualité)</li> <li>- Revenu</li> <li>- Emploi ou retraite</li> </ul>

<b>Agir sur les facteurs de risque des problèmes et en minimiser les conséquences</b>			
<b>Axe</b>	<b>Leadership</b>	<b>Soutien</b>	<b>Représentation</b>
⑥ Actions sur les facteurs de risque	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tabagisme</li> <li>- Consommation d'alcool</li> <li>- Dénutrition</li> <li>- Trouble du sommeil</li> <li>- Chute</li> <li>- Infection nosocomiale</li> <li>- Immunisation</li> </ul>		
⑦ Détection – santé physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladie cardiovasculaire (hypertension artérielle, hyperlipémie)</li> <li>- Diabète</li> <li>- Cancer</li> <li>- Trouble sensoriel</li> <li>- Hygiène dentaire</li> </ul>		
⑧ Détection – santé mentale psychosociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suicide</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ANV</li> <li>- Dépression</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trouble cognitif</li> </ul>
⑨ Gestion des conditions chroniques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Médicaments (autosoins)</li> <li>- Soutien aux aidants</li> </ul>		

## 6.2. Définition de critères de priorisation et collecte d'information

Un ensemble de critères de priorisation a été défini par l'équipe de projet et validé par le groupe de travail DRSP-CN et par la Table des gestionnaires du programme Soutien à domicile. Ces critères ont été appliqués à toutes les thématiques pour lesquelles la santé publique est, ou pourrait être, en situation de leadership ou de soutien (voir la section 6.1.). Pour ce faire, une collecte d'informations a été réalisée en utilisant une fiche synthèse (voir l'annexe 4). Ainsi, les équipes de la DRSP-CN ont été interpellées pour fournir l'information concernant :

- l'importance de la thématique (définie soit comme un problème, un facteur de risque ou de protection ou encore comme une situation), son ampleur, sa gravité et son évolution;
- l'impact potentiel d'une action sur cette thématique pour améliorer la santé de la population : existence d'interventions efficaces ou consensus sur les meilleures pratiques, transversalité par rapport à d'autres thématiques et continuité ou synergie avec d'autres actions déjà existantes;
- les rôles et responsabilités des responsables de la santé publique à l'égard de cette thématique et leurs liens avec les fonctions essentielles de la santé publique;
- la présence d'orientations nationales ou de thématiques en émergence dans d'autres pays industrialisés;
- l'investissement des ressources actuellement consacrées à la santé publique pour cette thématique.

## 6.3. Élaboration de la première version d'une proposition d'actions visant la population âgée

Il a été possible, à cette étape, de définir les thématiques qui ne seraient pas retenues lors d'une consultation sur la première version d'une proposition d'actions ainsi que les thématiques qui seraient retenues et pour lesquelles des actions précises seraient proposées.

### 6.3.1. Thématiques non retenues

Après les étapes de définition des critères de priorisation et de collecte d'information, plusieurs thématiques qui figurent au modèle conceptuel pour un *Vieillessement en santé* et pour lesquelles les responsables de la santé publique pourraient jouer un rôle de leadership ou de soutien n'ont pas été retenues pour la proposition d'actions, du moins pour la période 2009-2012. En résumé, après analyse, bien qu'elles soient reconnues comme des thématiques pertinentes particulièrement liées à la santé des personnes âgées, quelques raisons expliquent qu'elles aient été écartées. Ces raisons sont les suivantes :

- Certaines thématiques ou mesures suggérées, bien que particulièrement intéressantes pour un *Vieillessement en santé* de la population, ont une portée limitée lorsque réalisées uniquement régionalement ou localement (ex. : une campagne de sensibilisation contre l'âgisme). Ainsi, certaines thématiques ou mesures suggérées nécessitent des orientations nationales pour que les retombées d'une action régionale ou locale soient optimisées et pour espérer que les ressources nécessaires soient dégagées. Or, dans certains cas, ces orientations sont pour le moment inexistantes (ex. : dépistage du cancer colorectal, dépistage des anévrismes de l'aorte).
- Pour certaines thématiques, quoiqu'elles satisfassent à plusieurs critères de pertinence pour qu'on s'y intéresse (ex. : prévalence et gravité), on ne leur connaît pas encore de mesures préventives qui leur soient propres (ex. : troubles cognitifs). Toutefois, parmi celles-ci, plusieurs sont abordées indirectement par une action sur des facteurs génériques, c'est-à-dire des facteurs qui agissent sur la santé des personnes âgées en amont d'un ensemble de problématiques (ex. : l'activité physique et ses bienfaits démontrés aux plans physique, mental, cognitif et social).
- Pour certaines thématiques, il n'existe pas de mesure démontrée efficace ou prometteuse pour agir en promotion de la santé, en prévention ou en protection et dans l'état actuel des connaissances, les autres critères d'analyse n'ont pas pallié cette lacune (ex. : dépistage des troubles de l'audition).

### 6.3.2. *Thématiques retenues et mesures à privilégier*

Les thématiques retenues sont celles pour lesquelles :

- il est possible de faire ressortir les meilleures pratiques en matière de promotion de la santé, de prévention et de protection auprès des personnes âgées
- des mesures efficaces ou prometteuses remplissent les critères de faisabilité de leur déploiement dans la région de la Capitale-Nationale.

Il a été possible d'évaluer l'écart entre ce qui est déjà en place et ce qui devrait être fait pour une mise en œuvre optimale des mesures les plus pertinentes. Cet écart a constitué en quelque sorte la base d'une première version d'une proposition d'actions sur laquelle ont porté les dernières consultations. Cette proposition suggère des mesures à maintenir ou à consolider, à adapter ou à développer.

**Mesure à maintenir ou à consolider :** La mesure est adéquate et peut continuer à être réalisée telle que définie (à maintenir) ou elle peut être intensifiée (ex. : joindre plus de personnes, couvrir plus de territoires) avec la collaboration des ressources existantes (à consolider).

**Mesure à adapter :** La mesure doit être modifiée pour mieux joindre les personnes âgées ou mieux répondre à leurs besoins.

**Mesure à développer :** La mesure pourrait être implantée avec un ajout de ressources.

Tel que mentionné précédemment, la thématique de la participation sociale, pour laquelle les intervenants de la Direction régionale de santé publique détiennent peu de connaissances et d'expertise, a fait l'objet d'une revue de la littérature plus approfondie et d'une étude de besoins auprès de personnes âgées et d'intervenants qui permettra d'y accoler des actions à mettre en place dans la région. Cet exercice a demandé la collaboration de partenaires déjà engagés dans le domaine (les CSSS de la région, le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval et l'Institut national de santé publique du Québec).

## 6.4. Consultations sur une première version d'une proposition d'actions

Les consultations menées sur la première ébauche de proposition d'actions visaient en particulier :

- l'équipe de planification et la direction de la DRSP-CN;
- des intervenants en santé publique de la DRSP-CN, dont plusieurs étaient membres du groupe de travail;
- le comité de concertation et de coordination pour la santé publique;
- les gestionnaires du programme Soutien à domicile des CSSS et du Jeffery Hale – Saint Brigid's;
- les gestionnaires responsables de l'hébergement dans les CSSS et au Jeffery Hale – Saint Brigid's;
- la Table de concertation régionale des aînés.

Ces personnes ont été rencontrées individuellement ou en petits groupes et étaient invitées à commenter la première version reçue préalablement, en considérant notamment les questions de faisabilité politique et organisationnelle définies plus haut. En tout, une douzaine de rencontres ont eu lieu. Les commentaires généraux reflétaient une grande satisfaction quant à :

- la cohérence de la proposition d'actions avec le modèle conceptuel qui avait suscité beaucoup d'intérêt lors de sa présentation et un haut niveau d'adhésion à l'idée qu'il guide les travaux;
- une présentation intégrée de toutes les mesures de santé publique destinées spécifiquement aux personnes âgées;
- une ouverture réaliste sur des problématiques nouvelles tout en faisant valoir ce qui se fait déjà, et ce, dans le respect des missions des organisations et des fonctions de la santé publique;
- le reflet d'un investissement déjà important sur un ensemble de thématiques, malgré que certaines thématiques importantes ne soient pas abordées pour la période 2008-2012;
- l'utilisation des données probantes pour appuyer la proposition, mais également à une ouverture pour des projets novateurs.

Certains commentaires généraux ont par ailleurs nécessité des ajustements ou ont mené à un certain questionnement. Ils ont trait entre autres à :

- l'absence de référence à la clientèle hébergée qui pourrait bénéficier de plusieurs des mesures proposées dans la communauté pour la population âgée à domicile;
- la place de la dépression parmi les thématiques pour lesquelles les responsables de la santé publique se trouvent en situation de représentation; il est suggéré de replacer cette thématique dans celles pour lesquelles ils doivent être en situation de leadership ou de soutien;
- la capacité des acteurs à mener à bien certaines mesures ou la totalité des mesures compte tenu de la faible marge de manœuvre pour dégager des ressources nouvelles.

Tous ces commentaires généraux de même que les commentaires précis portant sur des mesures particulières ont été pris en compte et des corrections ont été faites au fur et à mesure que les consultations se déroulaient. La possibilité de consulter d'autres organismes ou organisations sur la proposition dans son ensemble ou en partie a été évoquée et analysée avec les partenaires des CSSS. Ceci n'a pas été jugé pertinent à ce stade de l'étude pour les raisons suivantes :

- plusieurs mesures concernent exclusivement ou principalement le réseau de la santé publique (notamment la DRSP et les CSSS) et les acteurs interpellés ont déjà été consultés grâce à des mécanismes consultatifs mis en place pour l'étude de faisabilité;
- plusieurs mesures proposées s'inscrivent en continuité de ce qui se fait déjà et les consultations nécessaires hors DRSP et CSSS, sectorielles ou intersectorielles, ont déjà été faites et la répartition des rôles et responsabilités a déjà été établie;
- les équipes de la DRSP-CN et des CSSS sont déjà en lien avec leurs partenaires et des activités de consultation précises sont actuellement en cours même pour les mesures qui sont à développer (ex. : participation sociale, utilisation optimale des médicaments, Villes amies des aînés);
- pour certaines thématiques, les mesures proposées visent précisément à étudier la pertinence et la possibilité d'adapter des actions déjà en cours pour les personnes âgées ou à en développer des nouvelles (ex. : promotion de saines habitudes de vie, prévention

des problèmes liés aux dépendances); cette analyse repose, dans un premier temps, sur les équipes de la DRSP-CN (ex. : revue de la littérature, recension de ce qui se fait ailleurs); le cas échéant, d'autres consultations avec des partenaires extérieurs devront être faites ultérieurement;

- finalement, certains organismes, instances ou organisations dédiés aux personnes âgées doivent être consultés au sujet du PAR 2009-2012 dans lequel sera intégrée la proposition d'actions pour un *Vieillessement en santé* dans la région de la Capitale-Nationale. Cette consultation a été menée à l'hiver 2009.

## 6.5. Présentation de la proposition finale

Les différentes étapes de la démarche de consultation ont mené à la rédaction d'une proposition de thématiques et d'actions précises. En guise de synthèse, le tableau 2 qui suit présente les thématiques retenues. Elles sont présentées selon le degré de l'engagement du réseau de la santé publique (leadership, soutien ou représentation) et selon le degré d'implantation visé (à poursuivre ou à consolider, à adapter pour la clientèle âgée ou à développer). Quant à l'annexe 5, elle présente l'intégralité de la proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un *Vieillessement en santé*, tirée du document de travail du même nom (Cardinal et coll., 2008b).

Les actions proposées pour un *Vieillessement en santé* dans la région de la Capitale-Nationale sont intégrées dans la dernière mise à jour du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 (Agence de la santé et des services sociaux, DRSP, 2009) qui a fait l'objet d'une consultation à l'hiver 2009. Le PAR 2009-2012 reprend toutes les mesures de la proposition d'actions visant les personnes âgées selon un découpage par domaines de santé publique (ex. : habitudes de vie et maladies chroniques, promotion de la sécurité et prévention des traumatismes, développement, adaptation et intégration sociale, santé environnementale, maladies infectieuses) et il comporte une section qui les présente de façon regroupée.

**Tableau 2 : Thématiques retenues pour la proposition d'actions en santé publique pour un *Vieillessement en santé* dans la région de la Capitale-Nationale, 2008-2012, selon le degré d'engagement du réseau de la santé publique et d'implantation visé**

	<b>À poursuivre À consolider</b>	<b>À adapter</b>	<b>À développer</b>
<b>Leadership– soutien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé dentaire</li> <li>- Chutes</li> <li>- Maladies évitables par la vaccination (influenza, pneumocoque)</li> <li>- Infections nosocomiales</li> <li>- Événements climatiques extrêmes</li> <li>- Maltraitance*</li> <li>- Soutien aux aidants*</li> <li>- Organisation des services*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Habitudes de vie (activité physique, alimentation et tabac)</li> <li>- Consommation d'alcool à risque</li> <li>- Ostéoporose (risque de fracture)</li> <li>- Cancer du sein</li> <li>- Suicide</li> <li>- Jeu pathologique</li> <li>- Sécurité alimentaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation appropriée des médicaments, notamment des psychotropes</li> <li>- Hypertension artérielle</li> <li>- Zona</li> <li>- Dépression*</li> <li>- Milieux de vie sains et sécuritaires (ex. : collaboration avec la CRÉ)*</li> <li>- Participation sociale*</li> <li>- Intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les initiatives et services locaux pertinents*</li> </ul>
<b>Représentation (exemples à titre indicatif)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dénutrition</li> <li>- Transport en commun (territoires ruraux)</li> <li>- Sécurité dans les milieux de vie</li> <li>- Revenu</li> </ul>		

\* Les thématiques marquées d'un astérisque sont celles pour lesquelles le réseau de la santé publique peut agir en soutien.

## 7. Forces et limites de l'étude de faisabilité

Certains facteurs ont été particulièrement déterminants dans la réalisation de cette étude de faisabilité.

L'ensemble de la démarche d'élaboration de la proposition d'actions a reposé sur un modèle conceptuel préalablement développé par la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et par l'Institut national de santé publique du Québec. Ce modèle conceptuel a permis de développer un large consensus sur l'éventail des actions à poser et de rallier les partenaires engagés sur l'importance d'intégrer la promotion de la santé, la prévention et la protection dans un continuum de services destinés aux personnes âgées.

L'équipe de projet a dû composer avec un échéancier très court, lui-même défini par un autre échéancier, celui qui était prévu pour compléter l'exercice de révision du PAR. Cette révision devait être finalisée à l'intérieur d'une période de huit à dix mois. De plus, comme l'équipe était composée en majorité de personnes ne pouvant investir que quelques heures par semaine au

projet, des choix stratégiques se sont imposés rapidement, notamment en ce qui a trait à l'étendue des consultations, et ce, particulièrement auprès des organismes ou des ressources communautaires et des acteurs intersectoriels.

Les organismes et regroupements de la région dédiés aux personnes âgées de la région n'ont pas été interpellés directement. Les informations portant sur les actions du réseau communautaire ou dans le secteur de l'économie sociale ont été obtenues en bonne partie par les gestionnaires des CSSS, sur la base de leurs connaissances des ressources de leur territoire. Toutefois, les connaissances que la santé publique en a demeurent partielles et morcelées. Elles devront être davantage développées. De plus, la Table de concertation régionale des aînés qui regroupe plusieurs organismes et associations de personnes âgées a été consultée. En outre, une autre étude actuellement en cours dans la région viendra compléter les informations des acteurs issus de la communauté et de la population âgée elle-même. Elle porte sur les besoins des personnes âgées au regard de leur participation sociale et met à contribution plusieurs organismes communautaires et associations de personnes âgées. Les résultats de cette étude seront connus au printemps 2010.

Certains acteurs intersectoriels ont été mis à contribution pour des cibles très précises (ex. : la Conférence régionale des élus), mais n'ont pas été consultés sur l'ensemble de la proposition. Il est apparu qu'une ouverture plus large aux champs intersectoriels (ex. : éducation, environnement, transport, justice) entraînerait non seulement des délais beaucoup plus longs que ce qui était prévu, mais également un enlisement dans une multitude de domaines où l'expertise et la contribution des responsables de la santé publique sont plus marginales. Le choix de les interpeler au besoin au regard d'actions particulières a semblé raisonnable à ce stade-ci.

Une seule ressource professionnelle a pu consacrer plus de temps au projet tout au long de l'étude de faisabilité (environ deux jours par semaine pendant huit mois). Cette limite de ressource a pu être palliée en partie par l'utilisation de matériel pertinent déjà existant (ex. : plans d'action, programme ou politiques, en promotion de la santé, prévention et protection visant les personnes âgées, outils de consultation).

Ainsi, l'étude s'est réalisée dans un contexte de ressources limitées, mais leur utilisation a été optimisée. De plus, une approche pragmatique a été privilégiée et il a été absolument nécessaire de prioriser les objets de travail là où les responsables de la santé publique avaient

un rôle de leadership ou encore de soutien important avec leurs partenaires. Les consultations tenues tout au long du processus ont donc ciblé principalement les partenaires du secteur de la santé et des services sociaux qui sont parmi les plus importants collaborateurs dans la réalisation d'actions de santé publique visant les personnes âgées : au premier rang les CSSS et la DRSP elle-même. Leurs représentants étaient à même de porter un jugement sur la faisabilité de la majorité des actions proposées à partir de leur expertise, de leur expérience et de leur connaissance du milieu.

Une mise à jour de la littérature sur plusieurs thématiques complétée à la DRSP-CN a été très utile pour circonscrire le travail à faire. Ce premier « débroussaillage » aux plans des concepts et des meilleures pratiques préventives pour les personnes âgées a été très apprécié par les personnes consultées. Toutefois, deux difficultés se sont présentées au moment de recueillir l'information nécessaire et de l'analyser : 1) documenter tous les critères de priorisation retenus avec le même degré de détail pour toutes les thématiques, faute d'informations ou de temps pour approfondir la littérature; 2) accorder objectivement un poids à chacun des critères documentés. Cinq critères de priorisation se sont quand même révélés discriminants dans la sélection des thématiques et des actions :

- l'ampleur de certaines thématiques et l'impact potentiel d'une action en lien avec celles-ci;
- l'existence d'interventions efficaces ou de consensus sur les meilleures pratiques;
- la transversalité de la mesure (impact sur plusieurs problématiques);
- les investissements déjà réalisés régionalement dans des interventions efficaces;
- les responsabilités du réseau de la santé publique en promotion de la santé, en prévention et en protection.

Malgré les limites établies, le matériel développé a été suffisant pour guider le travail de consultation et pour soutenir de façon satisfaisante les décisions qui ont été prises. Dans ce contexte, le principe de « connaître suffisamment pour agir », qui a guidé l'ensemble de la démarche à chacune de ses étapes, a été appliqué, et ce, à la satisfaction des personnes engagées, tant à l'interne qu'à l'externe de la DRSP. Le matériel généré s'est avéré très intéressant et suffisant. Des travaux complémentaires sur des thématiques particulières pourraient être réalisés dans les prochains mois en fonction des besoins les plus importants.

## 8. Discussion

Une étude de faisabilité sur la mise en œuvre d'une proposition d'actions pour un *Viellissement en santé* de la population âgée de Capitale-Nationale a permis de consulter les principaux partenaires engagés dans bon nombre d'actions de promotion de la santé, de prévention et de protection visant les personnes âgées. L'élaboration d'un modèle conceptuel et une révision de la littérature sur un grand nombre de thématiques pertinentes ont constitué la matière première pour l'ébauche d'une proposition d'actions leur étant destinées. Suite aux consultations menées au cours de l'année sur cette ébauche, notamment auprès des CSSS de la région et du Jeffery Hale – Saint Brigid's, force est de constater leurs préoccupations à l'égard de la population âgée de la région et un enthousiasme certain pour intensifier les efforts de promotion de la santé, de prévention et de protection à son endroit.

L'étude de faisabilité réalisée en réaction à des commentaires émis lors de la consultation sur une version préliminaire du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007 (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, DRSP, 2004), à l'effet que ce dernier présentait de façon fragmentaire et incomplète les actions de santé publique visant les personnes âgées, a permis de faire les constats suivants :

- Les actions déjà proposées en 2004 demeurent pertinentes et ont été validées quant à un ensemble de critères, dont leur efficacité; ceci permet d'en maintenir la recommandation; toutefois, plusieurs méritent d'être intensifiées ou encore mieux adaptées pour espérer un plus grand impact dans la population âgée.
- La structure du PAR 2004-2007 ne permettait pas de prendre la mesure de ce qui y est proposé pour la clientèle âgée; lors de la mise à jour du PAR, il a été recommandé de regrouper les actions visant cette clientèle de manière à les mettre en évidence de façon intégrée.
- Quelques thématiques et actions pour lesquelles les responsables de la santé publique agissent en leadership ou en soutien ont été désignées comme étant à développer en priorité; elles concernent l'utilisation des médicaments, le zona (vaccin récemment homologué), l'hypertension artérielle, la dépression et la participation sociale des personnes âgées; elles sont, pour la plupart, en démarrage, mais nécessiteront vraisemblablement de nouvelles ressources pour leur mise en œuvre complète.

- En dehors des thématiques pour lesquelles les responsables de la santé publique assurent un leadership régional, ils agissent déjà en soutien à plusieurs actions issues du secteur de la santé et des services sociaux, du réseau communautaire ou d'autres secteurs d'activités; ces actions de soutien doivent continuer et être modulées en fonction de l'évolution des besoins de leurs partenaires.
- Le travail d'adaptation de certaines mesures destinées à la population en général ou aux adultes de moins de 65 ans ne doit pas être sous-estimé; il devra inclure, dans un premier temps, la recension des écrits et des projets qui se font ailleurs et qui s'adressent spécifiquement à la population âgée.
- Compte tenu du phénomène du vieillissement de la population, le réseau de la santé publique devra poser de plus en plus d'actions de représentation pour promouvoir la santé de la population âgée, notamment pour les personnes âgées plus vulnérables; les occasions qui se présentent doivent être étudiées au cas par cas quant à la pertinence et à la possibilité (ex. : selon les expertises et les ressources disponibles) que les responsables de la santé publique apportent un éclairage particulier.

De plus, pour effectuer le travail, en référence à la définition de ce que représente la faisabilité opérationnelle de la proposition d'actions, les questions relatives au fonctionnement des acteurs entre eux devraient faire l'objet d'une attention particulière. Les conditions de réussite pour l'actualisation des actions devront être établies et mises en place. Celles-ci comportent, notamment la coordination des actions, la communication entre les acteurs et les mécanismes de liaison qu'ils se donnent.

Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, DRSP, 2009) se trouve enrichi des résultats obtenus de l'étude de faisabilité. Il est souhaité que la proposition d'actions pour un *Vieillessement en santé* qui en découle constitue, en quelque sorte, une feuille de route pour les personnes engagées auprès des personnes âgées de la région de la Capitale-Nationale et qui souhaitent que les actions de promotion de la santé, de prévention et de protection visant spécifiquement cette population soient intensifiées.

## Conclusion

La proposition d'actions qui découle de l'étude de faisabilité fait partie intégrante du Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 (Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, DRSP, 2009). Les thématiques et actions retenues dans cette proposition d'actions pour un *Vieillessement en santé* y sont présentées par domaines de santé publique (habitudes de vie et maladies chroniques, promotion de la sécurité et prévention des traumatismes, développement et adaptation sociale et familiale, santé environnementale, santé au travail et maladies infectieuses), mais également de façon intégrée pour la clientèle des personnes âgées. La consultation sur le PAR et sa mise à jour a représenté une autre occasion de consulter des partenaires sur les mesures visant spécifiquement les personnes âgées. Aussi, la proposition d'actions pour un *Vieillessement en santé* de la population âgée de la Capitale-Nationale s'en trouve enrichie. La proposition d'actions finale fait l'objet d'un document à réviser au besoin selon l'évolution des connaissances et l'état d'avancement de la mise en place des actions qui y sont présentées.



## Références

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. (2009). Plan d'action régional de santé publique 2009-2012, Québec, Direction régionale de santé publique, 144 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE (2004). Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, Québec, Direction régionale de santé publique, 135 p.

CARDINAL, L., M.-C. LANGLOIS, D. GAGNÉ et A. TOURIGNY (2008a). *Perspectives pour un Vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 58 p.

CARDINAL, L., D. GAGNÉ, M.-C. LANGLOIS et A. TOURIGNY (2008b). *Proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un Vieillissement en santé (2008-2012)*, document de travail, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Direction générale de santé publique, Gouvernement du Québec, 133 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, Direction générale de santé publique, gouvernement du Québec, 103 p.

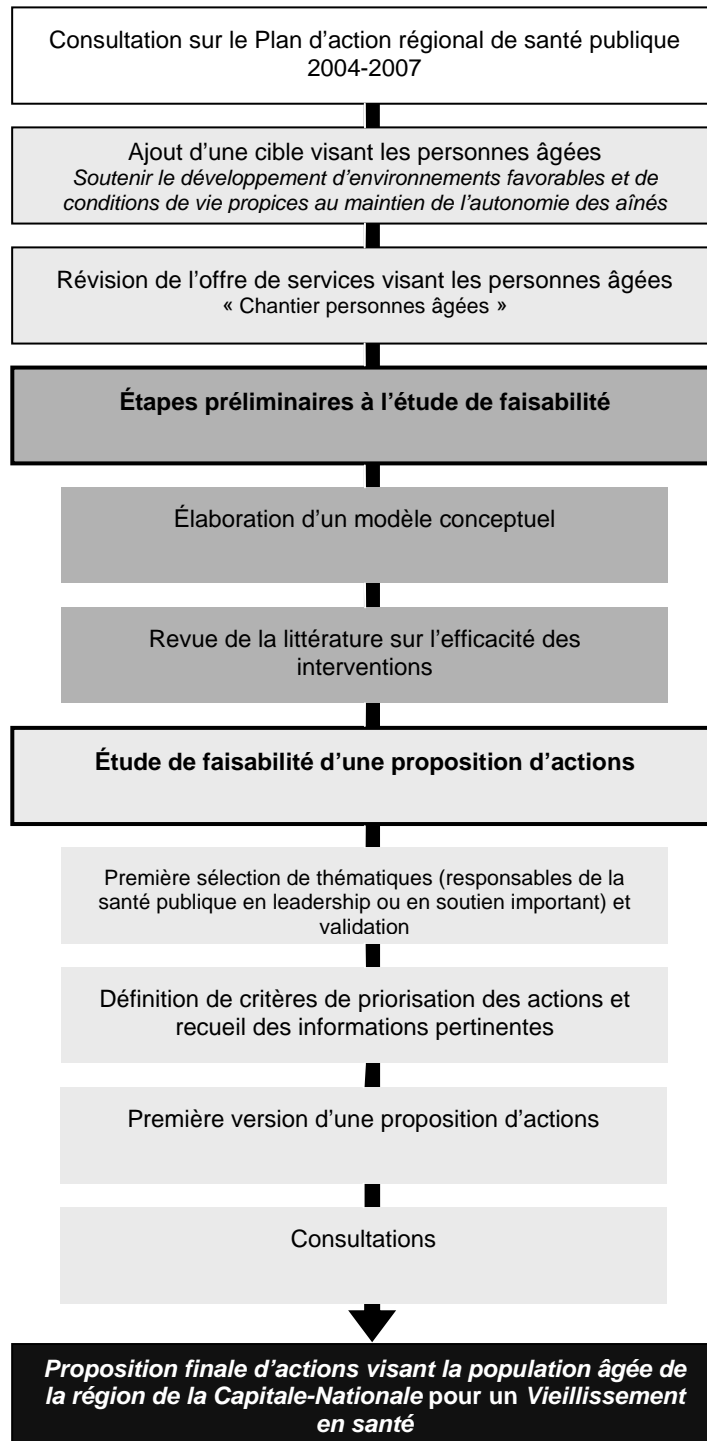
PINEAULT R. et C. DAVELUY (1986). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Agence d'Arc inc., 480 p.

RAYMOND É., D. GAGNÉ, A. SÉVIGNY ET A. TOURIGNY (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé

et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, 111 p.

# Annexe 1

## Principales étapes de la démarche du « Chantier personnes âgées »





## **Annexe 2**

### **Liste des thématiques qui ont fait l'objet d'une mise à jour de la littérature**

- Activité physique
- Tabagisme et cessation tabagique
- Nutrition et dénutrition
- Insomnie et sommeil
- Médicaments
  
- Chutes
- Troubles cognitifs
- Maladies évitables par la vaccination (influenza, pneumocoque, zona)
- Infections nosocomiales
- Santé dentaire
  
- Abus, négligence et violence (maltraitance)
- Dépression
- Suicide
- Dépendances (alcool et jeu pathologique)
  
- Examen médical périodique et dépistage chez la personne âgée
  
- Participation sociale
- Soutien aux proches aidants



**Annexe 3**  
**Canevas d'entrevue utilisé pour la consultation sur une proposition  
d'actions pour un *Vieillessement en santé* dans la région de la  
Capitale-Nationale**

À la suite de la présentation du matériel produit par l'équipe de projet, les éléments suivants ont été abordés :

- Les différentes étapes de la démarche vous conviennent-elles?
- Le modèle conceptuel portant sur le vieillissement en santé vous apparaît-il complet et utile? Comment pourrait-il être amélioré?
- Les critères de priorisation des actions vous apparaissent-ils pertinents? Suffisants?
- Les actions proposées reflètent-elles bien ce qui se fait déjà dans la région, notamment dans le réseau de la santé publique?
- Les nouvelles actions proposées pourraient-elles être développées dans le contexte actuel?
- Les actions proposées sont-elles réalisables dans le contexte actuel et avec les ressources actuellement disponibles?
- Globalement, y a-t-il des ajouts, des retraits ou des modifications à faire?
- D'autres organismes, organisations ou personnes devraient-ils être consultés?



## Annexe 4

### Fiche synthèse de mise à jour des connaissances sur les thématiques du modèle conceptuel pour lesquelles la santé publique est en leadership ou en soutien

Thématique :  
Problématique :

Importance			Impacts des interventions		
Ampleur	Gravité	Évolution	Efficacité (qualité de la preuve)	Transversalité (thématiques, axes du modèle)	Continuité– complémentarité
				Thématiques :  Axes :	

Rôles et responsabilités		Orientations		Ressources déjà investies
Rattachement aux fonctions de la santé publique	Degré de responsabilité	Priorités nationales ou provinciales	Priorités nationales d'autres pays	

Commentaires



## Annexe 5

### Proposition d'actions visant la population âgée de la région de la Capitale-Nationale pour un *Vieillessement en santé*

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

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p style="text-align: center;"><b>Activité physique</b></p> <p style="text-align: center;">Cible : Augmenter l'adhésion des personnes âgées à des activités physiques à long terme</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la pertinence d'adapter le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION pour les personnes âgées (volet pratique régulière d'activité physique) et, le cas échéant, évaluer la faisabilité de préconiser des mesures précises pour cette clientèle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ proposer des stratégies favorisant l'intégration de messages liés à l'activité physique dans les pratiques cliniques préventives (counselling bref);</li> <li>⇒ adapter les messages populationnels actuels pour joindre la clientèle des personnes âgées.</li> </ul> </li> <li>- Poursuivre le programme VIACTIVE.</li> <li>- Soutenir l'implantation du continuum de services en prévention des chutes en s'assurant d'une meilleure accessibilité et d'une continuité d'activités physiques selon le degré d'autonomie dans les différents volets du continuum (ex. : programmes PIED, ÉquiLIBRE).</li> <li>- Informer les professionnels de la santé et la population de l'importance de la pratique régulière d'activités physiques chez les personnes âgées.</li> </ul> <p><b>Milieus cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des interventions (Viactive, Programme MARCHÉ, etc.) visant la pratique de l'activité physique chez les personnes âgées.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) – OC – municipalités (dont la CRÉ) et associations et regroupements d'ainés (ex. : FADOQ)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place des mesures favorisant l'accessibilité et la continuité des activités physiques pour les personnes âgées selon leur degré d'autonomie et selon les adaptations proposées par la DRSP-CN, le cas échéant.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le Plan d'action gouvernemental sur les habitudes de vie et le Plan d'action sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Nutrition</b></p> <p style="text-align: center;">Cibles : Favoriser une saine alimentation Prévenir la dénutrition</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la pertinence d'adapter le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION pour les personnes âgées (volet saine alimentation) et, le cas échéant, évaluer la faisabilité de préconiser des mesures précises pour cette clientèle :               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ proposer des stratégies favorisant l'intégration de messages concernant le poids dans les pratiques cliniques;</li> <li>⇒ adapter les messages populationnels actuels pour joindre la clientèle des personnes âgées.</li> </ul> </li> <li>- Faire des représentations pour que les milieux cliniques (nutritionnistes, pharmaciens, infirmières, médecins) intègrent à leurs pratiques les recommandations concernant :               <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les suppléments alimentaires (protéines + énergie);</li> <li>⇒ la perte de poids chez les personnes vieillissantes.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) et milieux cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des interventions visant la promotion d'une saine alimentation chez les personnes âgées et selon les adaptations proposées par la DRSP, le cas échéant.</li> <li>- Réaliser des interventions visant la planification et l'implantation d'une politique alimentaire dans les établissements des CSSS.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le Plan d'action gouvernemental sur les habitudes de vie et le Plan d'action sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.</p>

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Cessation tabagique</b></p> <p><b>Cible :</b> Favoriser la promotion de stratégies et l'accessibilité des outils d'aide à l'arrêt tabagique pour les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la pertinence d'adapter le programme 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION pour les personnes âgées (volet cessation tabagique et fumée de tabac dans l'environnement) et, le cas échéant, évaluer la faisabilité de préconiser des mesures précises pour cette clientèle : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ proposer des stratégies favorisant l'intégration de messages (gains de santé substantiels pour les personnes âgées si arrêt tabagique) dans les pratiques cliniques préventives (counselling bref).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>DRSP-CN et CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la promotion des outils d'aide à l'arrêt tabagique dont les services <i>J'arrête</i> : ligne téléphonique, site Internet et centres d'abandon du tabagisme, particulièrement auprès des personnes âgées.</li> <li>- Réaliser des interventions précises visant la cessation tabagique chez les personnes âgées, selon les adaptations proposées par la DRSP-CN, le cas échéant.</li> </ul> <p><b>Milieus cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser des interventions précises visant la cessation tabagique chez les personnes âgées, selon les adaptations proposées par la DRSP-CN, le cas échéant.</li> <li>- Réaliser des interventions visant la promotion des cliniques d'aide aux fumeurs (CAT).</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le Plan d'action gouvernemental sur les habitudes de vie et le Plan d'action sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.</p>
<p><b>Consommation d'alcool</b></p> <p><b>Cible :</b> Diminuer les problèmes de santé associés à la consommation d'alcool chez les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien à la promotion et à la réalisation du programme régional Alcochoix+ qui vise à réduire la consommation à risque d'alcool et les problèmes qui y sont liés.</li> <li>- Faire des représentations afin que les professionnels de la santé, y compris les pharmaciens et la population, soient informés : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ des risques accrus de l'alcool chez les personnes âgées en raison des changements physiologiques du vieillissement qui augmentent la sensibilité aux effets de l'alcool;</li> <li>⇒ des limites de consommation d'alcool à faible risque chez les personnes âgées en santé.</li> </ul> </li> <li>- Faire des représentations afin d'assurer une surveillance continue de la consommation d'alcool dans la région dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).</li> <li>- Évaluer la faisabilité de mettre en place, sous forme de projet pilote dans les milieux cliniques, des stratégies favorisant l'intégration dans les consultations cliniques du repérage des personnes qui ont une consommation à risque suivies d'une intervention brève.</li> <li>- Évaluer la pertinence et la faisabilité d'instaurer une surveillance de l'évolution du phénomène émergent des toxicomanies chez les personnes âgées, notamment chez celles demeurant en CHSLD.</li> </ul> <p><b>CSSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Faire les liens pertinents avec le projet clinique Dépendances.</li> <li>- Poursuivre l'offre du programme Alcochoix+ dans tous les CSSS et les CLSC de la région.</li> <li>- Contribuer à l'élaboration, la mise en œuvre et la gestion du plan régional de promotion du programme Alcochoix+, assurer l'implantation des stratégies planifiées et la diffusion du matériel promotionnel sur leur territoire respectif.</li> <li>- S'assurer que les intervenants, dont ceux du programme SAD, sont informés : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ des risques accrus de l'alcool chez les personnes âgées en raison des changements physiologiques du vieillissement qui augmentent la sensibilité aux effets de l'alcool;</li> <li>⇒ des limites de consommation d'alcool à faible risque chez les personnes âgées en santé.</li> </ul> </li> </ul>

▪ **Améliorer l'environnement général et les conditions de vie des personnes âgées (AXE 5) et créer des milieux de vie sains et sécuritaires (AXE 2)**

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les initiatives et services sur les plans local et régional</b></p> <p><b>Cible :</b> Augmenter les connaissances et l'appropriation d'actions en promotion de la santé auprès d'acteurs locaux et régionaux</p>	<p><b>DRSP-CN et CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir l'intégration de mesures de promotion de la santé et de prévention auprès d'instances et organisations locales agissant pour améliorer la qualité de vie des personnes âgées comme : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ entreprises d'économie sociale;</li> <li>⇒ organismes communautaires;</li> <li>⇒ soutien communautaire en logement social;</li> <li>⇒ projets cliniques PALV;</li> <li>⇒ regroupements d'aînés et de proches aidants.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Sécurité alimentaire</b></p> <p><b>Cible :</b> Améliorer la sécurité alimentaire des personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien aux travaux du Comité régional intersectoriel en sécurité alimentaire (CRISA) et de ses sous-comités de travail.</li> <li>- Réaliser l'évaluation d'implantation et des effets du plan d'action.</li> </ul> <p><b>CRISA et ses sous-comités de travail :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer la pertinence d'adapter, pour les personnes âgées, les mesures inscrites au Plan d'action en sécurité alimentaire de la région de la Capitale-Nationale 2008-2012 et, le cas échéant, préconiser des mesures précises pour cette clientèle.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) – OC – partenaires intersectoriels :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la participation au CRISA.</li> <li>- Mettre en place les interventions précises visant la sécurité alimentaire des personnes âgées.</li> </ul>
<p><b>Qualité de vie et services aux personnes âgées dans les municipalités</b></p> <p><b>Cible :</b> Adapter les services et les infrastructures régionales pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la collaboration avec la Conférence régionale des élus - CRÉ (entente spécifique pour les personnes âgées qui vise l'implantation du concept Ville-amie des aînés de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)).</li> <li>- S'assurer que les liens pertinents sont faits avec d'autres ententes de la CRÉ : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ entente spécifique contre la pauvreté et l'exclusion sociale (lien avec l'approche territoriale intégrée).</li> </ul> </li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer d'un soutien aux projets Ville-amie des aînés dans le respect des rôles et responsabilités de chacun.</li> <li>- S'assurer que les clientèles en perte d'autonomie ont accès aux services offerts dans la communauté.</li> </ul>

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

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Participation sociale</b></p> <p>Cible : Accroître la participation sociale des personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN et CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser en partenariat avec IVPSA et CEVQ une démarche régionale visant à mobiliser des acteurs concernés par la participation sociale des personnes âgées (réseau de la santé, partenaires intersectoriels, organismes communautaires et les personnes âgées elles-mêmes). Cette démarche vise à cerner et à mettre en place des actions favorisant la participation sociale des personnes âgées.</li> <li>- Diffuser l'expertise développée pour la mobilisation régionale.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que les clientèles en perte d'autonomie ont accès aux services offerts dans la communauté.</li> </ul>
<p><b>Proches aidants</b></p> <p>Cible : Améliorer le soutien aux proches aidants</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diffuser les connaissances issues de la littérature concernant les conditions favorables pour améliorer le soutien des proches aidants.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer en partenariat avec l'ensemble des partenaires concernés des mesures de soutien aux proches aidants.</li> <li>- Mettre en application les différents volets des projets de soutien aux proches aidants dans chacun des territoires.</li> </ul>

■ Éviter l'apparition des problèmes psychosociaux et de santé mentale et physique en agissant sur les facteurs de risque (AXE 6)

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Santé dentaire</b></p> <p>Cible : Améliorer l'hygiène buccodentaire des aînés dans leur milieu de vie, tant à domicile qu'en CHSLD</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien au CSSS Québec-Nord pour la consolidation du projet Clé en main de soins buccodentaires pour la clientèle en CHSLD et les aînés vulnérables à domicile.</li> <li>- Poursuivre la formation générale et continue des dentistes, hygiénistes dentaires, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires et assurer un suivi.</li> <li>- Soutenir l'implantation du projet Clé en main de soins buccodentaires dans d'autres milieux, selon la demande.</li> <li>- Développer et soutenir la réalisation d'une étude de faisabilité sur l'application topique de fluorure en CHSLD.</li> <li>- Faire des représentations pour augmenter l'accès à des soins dentaires pour la clientèle âgée en perte d'autonomie.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la consolidation du projet Clé en main de soins buccodentaires dans les CHSLD et au programme Soutien à domicile.</li> <li>- Participer à une étude de faisabilité sur l'application topique de fluorure en CHSLD.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012.</p>
<p><b>Chutes</b></p> <p>Cible : Diminuer l'incidence des chutes et de leurs conséquences</p>	<p><b>DRSP-CN :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien et l'évaluation de la mise en place du continuum de services en prévention des chutes (Programme MARCHE) en le rendant accessible à l'ensemble de la clientèle.</li> <li>- Développer et mettre en place un programme de sensibilisation auprès de la population âgée.</li> <li>- Soutenir le développement, la mise en place et l'évaluation d'un projet pilote en prévention des chutes en GMF et déployer l'intervention régionalement.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir l'élaboration d'outils, la mise en place ou la consolidation d'interventions en prévention et gestion des chutes auprès des clientèles hébergées en CHSLD.</li> <li>- Faire des représentations auprès d'autres partenaires (SCHL, Office de l'habitation, résidences privées, etc.) pour assurer la sécurité des milieux de vie.</li> <li>- Faire les représentations auprès des milieux de formation (médecine, réadaptation et sciences infirmières) pour inclure la prévention des chutes dans le curriculum de base.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consolider la mise en place des différents volets du continuum de services.</li> <li>- Mettre en place ou consolider des interventions en prévention et gestion des chutes auprès des clientèles hébergées en CHSLD.</li> </ul> <p><b>Milieus cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la mise en place des pratiques préventives auprès de leurs clientèles à risque de chutes et favoriser l'accessibilité aux différents volets du continuum selon les besoins de ces clientèles.</li> <li>- Participer à la planification et à la mise en place du projet-pilote de prévention des chutes dans leur milieu (GMF).</li> </ul> <p><b>Municipalités et organismes communautaires</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la réalisation des activités du programme PIED.</li> <li>- Favoriser l'accessibilité aux différents volets du continuum selon les besoins de la clientèle.</li> </ul>
<p><b>Ostéoporose et risque fracturaire</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Cible :</b> Diminuer l'incidence de fracture chez les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- S'assurer que, particulièrement dans le cadre du programme de prévention des chutes, des interventions sont réalisées visant : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ la sensibilisation des professionnels de la santé et de la population à la prise de suppléments de vitamine D et d'apports suffisants de calcium;</li> <li>⇒ l'identification par des professionnels de la santé des personnes à risque de fractures et du traitement approprié.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) et milieux cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer dans leurs pratiques les recommandations concernant la supplémentation en vitamine D, des apports suffisants en calcium et l'identification des personnes à risque de fractures et de traitements appropriés, particulièrement dans le cadre du programme de prévention des chutes.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le Plan d'action sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.</p>
<p><b>Influenza (grippe)</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Cibles :</b> Réduire la mortalité et les hospitalisations causées par la grippe. Réduire le risque d'éclosions de grippe en CHSLD.</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien aux activités de vaccination annuelle contre l'influenza qui vise : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes à risque élevé de complications, soit les personnes de 60 ans ou plus dans la communauté et dans les établissements;</li> <li>⇒ les personnes susceptibles de transmettre l'influenza aux personnes âgées, soit les personnes qui résident avec elles ainsi que celles qui en prennent soin.</li> </ul> </li> <li>- Actualiser les activités suivantes : soutien à l'implantation du programme de vaccination, distribution des vaccins et contrats avec les vaccinateurs, formation, assistance conseil et réponse téléphonique, réponse aux médias, suivi de la couverture vaccinale et évaluation.</li> <li>- Continuer à encourager les cliniciens des milieux vaccinateurs (cliniques, CSSS, cliniques médicales, GMF, CH, CHSLD et pharmacies) à recommander et à offrir la vaccination annuelle contre l'influenza aux personnes âgées de 60 ans ou plus, aux personnes qui résident avec elles et à celles qui en prennent soin.</li> <li>- Poursuivre les activités de surveillance (vigie) quant à l'incidence annuelle de l'influenza dans la région et la province.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <p>Poursuivre les activités de vaccination annuelle contre l'influenza (y compris les cliniques de vaccination de masse) qui visent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes de 60 ans ou plus dans la communauté et dans les établissements de leur réseau local (notamment les CHSLD);</li> <li>⇒ les personnes qui résident avec les personnes âgées de même que celles qui en prennent soin (soignants).</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à promouvoir et à rendre accessible la vaccination : <ul style="list-style-type: none"> <li>- aux personnes de 60 ans ou plus dans leurs différents milieux de vie et grâce aux services du CSSS (SAD, services courants, hébergement, résidences privées, CH,</li> </ul> </li> </ul>

	<p>etc.);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ aux personnes qui résident avec elles de même qu'à celles qui en prennent soin (soignants).</li> <li>- Maintenir l'application du protocole de surveillance et de contrôle dans les CHSLD pour réduire le risque d'éclosion dans ces milieux.</li> <li>- Continuer à déclarer au DRSP les éclosions d'influenza en CHSLD</li> </ul> <p><b>Milieux cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à recommander et à offrir la vaccination annuelle contre l'influenza à leur clientèle âgée de 60 ans ou plus, aux personnes qui résident avec elles de même qu'à celles qui en prennent soin (soignants).</li> <li>- Continuer à déclarer au DRSP les éclosions d'influenza en centre hospitalier</li> </ul>
<p><b>Infections à pneumocoque</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Cible :</b> Réduire l'incidence des infections invasives à pneumocoque et réduire la mortalité et les hospitalisations qui y sont associées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien aux activités de vaccination contre le pneumocoque qui vise : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes âgées de 65 ans ou plus avec le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque;</li> <li>⇒ les enfants âgés de moins de 2 ans avec le vaccin conjugué contre le pneumocoque (effet de protection démontré pour ces enfants mais aussi pour les personnes âgées). Ce soutien s'actualise par les activités suivantes : soutien à l'implantation du programme, distribution des vaccins et contrats avec les vaccinateurs, formation, assistance conseil et réponse téléphonique, réponse aux médias, suivi de la couverture vaccinale et évaluation.</li> </ul> </li> <li>- Continuer à encourager les cliniciens des milieux vaccinateurs (cliniques, CSSS, cliniques médicales, GMF, CH, CHSLD et pharmacies) à recommander et à offrir la vaccination contre le pneumocoque qui vise : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes âgées de 65 ans ou plus (vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque);</li> <li>⇒ aux enfants âgés de moins de 2 ans (vaccin conjugué contre le pneumocoque).</li> </ul> </li> <li>- Poursuivre la surveillance (vigie) quant à l'incidence annuelle des infections invasives à pneumocoque dans la région et la province.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre les activités de vaccination contre le pneumocoque qui visent : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes âgées de 65 ans ou plus dans la communauté et dans les établissements de leur réseau local (notamment les CHSLD) avec le vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque et renforcer le message du rappel systématique aux personnes âgées par la RAMQ);</li> <li>⇒ les enfants âgés de moins de 2 ans avec le vaccin conjugué contre le pneumocoque.</li> </ul> </li> <li>- Poursuivre ou instaurer la vaccination contre le pneumocoque lors des cliniques de vaccination de masse.</li> <li>- Continuer à promouvoir et à rendre accessible la vaccination contre le pneumocoque pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes âgées de 65 ans ou plus dans leurs différents milieux de vie et à travers les services du CSSS (SAD, services courants, hébergement, résidences privées, CH, etc.);</li> <li>⇒ les enfants âgés de moins de 2 ans.</li> </ul> </li> <li>- Déclarer au DRSP les infections invasives à pneumocoque (maladie à déclaration obligatoire).</li> </ul> <p><b>Milieux cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à recommander et à offrir la vaccination contre le pneumocoque qui vise : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ les personnes âgées de 65 ans ou plus (vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque) et renforcer le message du rappel systématique aux personnes âgées par la RAMQ;</li> <li>⇒ les enfants âgés de moins de 2 ans (vaccin conjugué contre le pneumocoque).</li> </ul> </li> <li>- Continuer à déclarer au DRSP les infections invasives à pneumocoque (maladie à déclaration obligatoire).</li> </ul> <p><b>Laboratoires</b></p> <p>Continuer à déclarer au DRSP les infections invasives à pneumocoque (maladie à déclaration obligatoire).</p>

<p><b>Zona</b></p> <p><b>Cible :</b> Réduire l'incidence du zona et de ses complications</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les activités de vaccination s'adressant aux personnes âgées selon les recommandations qui seront en vigueur.</li> <li>- Actualiser les activités suivantes : soutien à l'implantation de la vaccination ou du programme, distribution des vaccins et contrats avec les vaccinateurs, formation, assistance conseil et réponse téléphonique, réponse aux médias, suivi de la couverture vaccinale et évaluation.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) et milieux cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommander et offrir à leur clientèle âgée la vaccination contre le zona, lorsqu'offerte sur place.</li> </ul>
<p><b>Infections nosocomiales</b></p> <p><b>Cible :</b> Réduire l'incidence annuelle des infections nosocomiales dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans les CHSLD</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre son soutien aux travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales.</li> <li>- Poursuivre les collaborations en cours.</li> <li>- Poursuivre la surveillance (vigie) de l'incidence des infections nosocomiales ciblées dans les établissements de la région de la santé et des services sociaux de la région.</li> <li>- Maintenir les interventions se rapportant aux CHSLD prévues au plan régional de prévention des infections nosocomiales.</li> <li>- Poursuivre le soutien aux établissements de la santé et de services sociaux lors de situations problématiques, de menaces ou d'éclosions par : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ la diffusion de lignes directrices, de guide de pratiques, etc.;</li> <li>⇒ l'expertise en épidémiologie;</li> <li>⇒ l'investigation des éclosions.</li> </ul> </li> <li>- Poursuivre les interventions dans la communauté (particulièrement auprès des résidences privées) lors d'éclosions.</li> </ul> <p><b>Établissements du réseau de la santé et des services sociaux</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuer à participer aux travaux de la Table régionale en prévention des infections nosocomiales.</li> <li>- Poursuivre les collaborations en cours.</li> <li>- Poursuivre la surveillance de l'incidence des infections nosocomiales ciblées et les éclosions dans les établissements.</li> <li>- Continuer à appliquer les lignes directrices et les guides de pratique relatives aux mesures de prévention générales ou spécifiques selon le type d'infection (ex. : SARM, <i>Clostridium difficile</i>).</li> <li>- Continuer à déclarer aux DRSP les éclosions (influenza, gastroentérites, <i>C. difficile</i>, etc.).</li> </ul>
<p><b>Événements climatiques extrêmes</b></p> <p><b>Cible :</b> Diminuer les risques à la santé associés aux événements climatiques extrêmes et plus spécifiquement aux épisodes de chaleur accablante</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquérir les connaissances sur les impacts à la santé et sur les mesures de prévention en lien avec les épisodes de chaleur accablante.</li> <li>- Assurer la surveillance des événements climatiques extrêmes en particulier les épisodes de chaleur accablante.</li> <li>- Assurer la surveillance des impacts sanitaires en lien avec les épisodes de chaleur accablante.</li> <li>- Maintenir les activités d'information et de sensibilisation s'adressant à la population, notamment à la population âgée ou plus fragile lors d'événements climatiques extrêmes.</li> <li>- Communiquer les avis de santé publique à différents établissements ou organisations qui desservent des personnes âgées, notamment les CSSS (ex. : CHSLD), les résidences privées, les communautés religieuses, etc. dans le but de mettre en place les mesures de protection prévues.</li> <li>- Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du Plan régional chaleur accablante – Mission santé.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Transmettre les avis de santé publique et les outils d'information aux organisations ou aux établissements de leur réseau local pour qu'ils participent à la mise en application des mesures de protection prévues.</li> <li>- Participer à la mise en application de ces mesures.</li> </ul> <p><b>Municipalités (ville de Québec)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborer à l'élaboration et à la mise en place des mesures de protection (Plan régional chaleur accablante – Mission santé).</li> <li>- Mettre en application certaines de ces mesures pour la protection des personnes âgées.</li> </ul>

<p><b>Jeu pathologique</b></p> <p><b>Cible :</b> Diminuer les risques à la santé associés au phénomène du jeu chez les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir les partenaires concernés afin : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ qu'une attention particulière soit accordée à la participation aux jeux de hasard et d'argent et aux conséquences chez les personnes âgées, dans le cadre du processus de vigie mis en place dans la région;</li> <li>⇒ que la pertinence d'adapter les interventions, qui visent la prévention des problèmes de jeu chez la population en général, soit évaluée en fonction des résultats de la vigie pour joindre les personnes âgées.</li> </ul> </li> </ul> <p>N. B. : Faire le lien avec le projet clinique Dépendances</p>
--	--

▪ **Détecter les problèmes de santé physique et agir précocement (AXE 7)**

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Cancer du sein</b></p> <p><b>Cible :</b> Augmenter la participation des femmes de 65 ans et plus au dépistage du cancer du sein</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer et consolider des interventions visant à augmenter le taux de participation des personnes de 65 à 69 ans au PQDCS dans un contexte de choix libre et éclairé : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ développer une stratégie de communication visant spécifiquement la clientèle des femmes de 65-69 ans;</li> <li>⇒ maintenir les activités de sensibilisation et de mobilisation visant spécifiquement la clientèle des femmes de 65-69 ans;</li> <li>⇒ développer une ou des interventions de sensibilisation et de mobilisation des médecins pour que ceux-ci incitent les femmes de 65 à 69 ans à participer au programme.</li> </ul> </li> <li>- Vérifier la faisabilité de développer un ou des outils pour faciliter l'offre de dépistage aux femmes de 70 ans et plus par leur médecin traitant (outil tenant compte de l'espérance de vie et des problèmes chroniques connexes dans une optique de conseil individuel).</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborer au développement et à la réalisation des activités de sensibilisation et de mobilisation visant spécifiquement la clientèle des femmes de 65-69 ans.</li> </ul> <p><b>Milieus cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inciter les femmes de 65 à 69 ans à participer au programme dans un contexte de choix libre et éclairé.</li> <li>- Collaborer à l'offre de dépistage des femmes de 70 ans et plus lorsque cela est pertinent (utilisation d'un outil tenant compte de l'espérance de vie et des problèmes chroniques connexes).</li> </ul>
<p><b>Hypertension artérielle</b></p> <p><b>Cible :</b> Augmenter le dépistage de l'hypertension artérielle chez les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser dans les trois milieux cliniques sélectionnés les étapes nécessaires à la mise en place d'une systématisation des soins concernant l'hypertension, en collaboration avec les partenaires et en tenant compte du <i>Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension en milieu clinique</i> qui inclut des mesures spécifiques pour les personnes âgées.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser dans l'établissement sélectionné le projet Systématisation des soins concernant l'hypertension artérielle.</li> </ul> <p><b>Milieus cliniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réaliser dans les établissements sélectionnés le projet Systématisation des soins concernant l'hypertension artérielle.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec le <i>Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension en milieu clinique</i> et le Plan d'action sur la prévention et la gestion des maladies chroniques.</p>

▪ **Détecter les problèmes psychosociaux et de santé mentale et agir précocement (AXE 8)**

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Suicide</b></p> <p>Cible : Diminuer le taux de suicide et de tentatives de suicide chez les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre la surveillance de l'évolution du phénomène du suicide, particulièrement chez les personnes de 50 ans et plus.</li> </ul> <p><b>DRSP-CN – CSSS (SAD – CDJ et Hébergement) - OC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer et mettre en place des stratégies de prévention du suicide qui permettraient de joindre davantage les personnes âgées, notamment par le biais des réseaux de sentinelles.</li> </ul> <p>N.B. : Faire les liens avec les propositions du Plan d'action en promotion et prévention Chantier santé mentale.</p>
<p><b>Dépression</b></p> <p>Cible : Réduire l'incidence de la dépression chez les personnes âgées et en prévenir les conséquences</p>	<p><b>DRSP-CN-CSSS-OC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favoriser le repérage des cas de dépression chez les personnes âgées : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ sensibiliser les cliniciens, les organismes communautaires et la population à l'importance et aux particularités de cette problématique chez les personnes âgées;</li> <li>⇒ développer et mettre en place des stratégies de repérage des signes et symptômes de dépression chez les personnes âgées en établissements ou dans la communauté et la recherche de cas par les cliniciens.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Maltraitance (abus, négligence et violence)</b></p> <p>Cible : Prévenir la maltraitance envers les personnes âgées</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien aux activités de concertation régionale et à l'actualisation des volets promotion et prévention du Plan d'action pour contrer la maltraitance à l'égard des aînés, Région de la Capitale-Nationale 2008-2012.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place les actions inscrites au plan d'action régional.</li> </ul>

▪ **Gérer adéquatement les conditions chroniques (AXE 9) et organiser adéquatement les services de santé et les services sociaux (prévention, traitement, réadaptation, accompagnement et soins de fin de vie) (AXE 4)**

Thématiques	Actions à poursuivre, à consolider, à adapter ou à développer selon les acteurs interpellés
<p><b>Utilisation de médicaments</b></p> <p>Cible : Promouvoir une utilisation optimale des médicaments notamment en prévenant les problèmes liés à l'utilisation des psychotropes</p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place et évaluer un ou des projets pilotes visant : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ la promotion de mesures non pharmacologiques (dont l'autogestion de la santé) pour diminuer le recours aux médicaments;</li> <li>⇒ les utilisateurs et les prescripteurs dans le but de favoriser une utilisation optimale des médicaments.</li> </ul> </li> <li>- Amorcer le déploiement régional des interventions, tenant compte de l'expertise développée dans le cadre de projets pilotes.</li> <li>- Évaluer la pertinence et la faisabilité d'instituer une surveillance régionale de l'utilisation des médicaments chez les personnes âgées.</li> </ul> <p><b>CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participer à la mise en place des projets pilotes et, le cas échéant, au déploiement régional des interventions.</li> </ul> <p>N. B. : Faire les liens avec la Politique du médicament du ministère de la Santé et des services sociaux</p>

<p><b>Pratiques cliniques préventives</b></p> <p><b>Cible :</b>  <b>Accroître l'intégration des pratiques cliniques préventives relatives aux personnes âgées dans les milieux cliniques</b></p>	<p><b>DRSP-CN et CSSS (SAD – CDJ et Hébergement)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutenir l'intégration des pratiques préventives dans le travail des cliniciens concernant les thématiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ pratique de l'activité physique;</li> <li>⇒ saine alimentation;</li> <li>⇒ cessation tabagique;</li> <li>⇒ consommation d'alcool;</li> <li>⇒ prévention des chutes;</li> <li>⇒ ostéoporose et risque fracturaire;</li> <li>⇒ influenza (grippe);</li> <li>⇒ infections à pneumocoques;</li> <li>⇒ zona;</li> <li>⇒ cancer du sein;</li> <li>⇒ hypertension artérielle;</li> <li>⇒ médicaments;</li> <li>⇒ dépression;</li> <li>⇒ maltraitance.</li> </ul> </li> </ul> <p>N. B. : Les pratiques cliniques préventives se retrouvent intégralement dans l'offre de services. La liste de ces pratiques représente un résumé des thématiques ou des problèmes qui interpellent les différents milieux.</p>
<p><b>Organisation des services</b></p> <p><b>Cible :</b>  <b>Assurer aux personnes âgées, dont celles présentant des conditions chroniques, un continuum de services, de soins et d'aide accessibles, continus et de qualité, adaptés à leurs besoins</b></p>	<p><b>DRSP-CN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Poursuivre le soutien au réseau de services par la réalisation d'évaluations relatives à l'offre de services aux personnes âgées y compris celles ayant des conditions chroniques (vivant à domicile ou en hébergement);</li> <li>- Soutenir et évaluer la mise en place de pratiques professionnelles appropriées (ex. : les pratiques cliniques préventives) aux personnes âgées, auprès des acteurs des services de première ligne (notamment les médecins en GMF ou en clinique réseau)</li> <li>- Soutenir les divers acteurs du continuum de services (première, deuxième et troisième lignes) par la réalisation d'évaluations afin qu'ils privilégient des modes de prestation de services et de prise en charge accessibles, continus et appropriés (ex. : gestion de cas) aux personnes âgées ou à celles présentant des conditions chroniques.</li> <li>- Soutenir le réseau de services par l'évaluation et le monitoring de l'accès, de la continuité et de la qualité des services offerts à la population aînée : <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ en lien avec le projet clinique PALV et ceux associés aux conditions chroniques;</li> <li>⇒ en fonction des points de vue et de la satisfaction des professionnels et des personnes âgées (dont celles ayant des conditions chroniques) à l'égard du réseau de services.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>CSSS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Assurer la mise en place d'un continuum de services adaptés aux besoins des personnes âgées dont celles présentant des conditions chroniques, vivant à domicile ou en hébergement, en tenant compte des modes de pratiques efficaces (ex. : les pratiques cliniques préventives) et d'organisation de services appropriés (en collaboration avec le réseau communautaire et des partenaires intersectoriels)..</li> </ul>

## **Exemples de thématiques pour lesquelles les responsables de la santé publique pourraient agir en représentation**

Compte tenu de la place qu'ils occupent dans les préoccupations du réseau de la santé publique au regard de la santé des personnes âgées, des sujets tels que le transport en commun dans les régions rurales, la sécurité dans les milieux de vie, le logement social, le soutien communautaire et le revenu des personnes âgées pourraient faire l'objet d'activités de représentation au cours des années à venir.



Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale

Québec 

DIRECTION RÉGIONALE  
DE SANTÉ PUBLIQUE  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone  
418 666-7000

Télécopieur  
418 666-2776

Site Internet  
[www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca)

Dépôt légal  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada