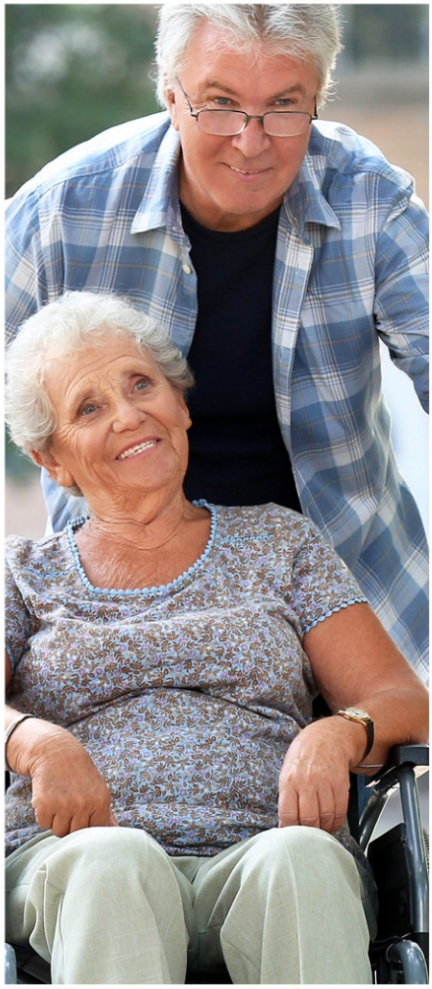


Portrait des aînés

Besoins et **enjeux identifiés**

2016-2021

TABLE DE CONCERTATION DES AÎNÉS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Depuis près de 20 ans, la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches regroupe plus de 25 organismes qui contribuent, par l'échange, le partage, la concertation et le partenariat, aux décisions régionales de façon à améliorer le mieux-être des aînés.

Ce document a été rendu possible grâce à la Convention financière 2018-2023 signée entre la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants et la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches.

Santé et Services sociaux Québec

TABLE DE CONCERTATION DES AÎNÉS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Rédaction :

Édith Dumont, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Éric Lemieux, agent de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Sarah Vermette, médecin-conseil, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Collaboration à la rédaction :

Julie Forgues, coordonnatrice régionale spécialisée en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2018 à ce jour)

Rodrigue Gallagher, coordonnateur régional spécialisé en matière de lutte contre la maltraitance envers les personnes aînées, Secrétariat aux aînés, ministère de la Famille (2015 à 2018)

Maurice Grégoire, administrateur, Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches

Jean-Guy Martin, vice-président, Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches

Sylvie Veilleux, technicienne en recherche psychosociale, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Révision et mise en page :

Sophie Veilleux, agente administrative, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Portrait des aînés — Besoins et enjeux identifiés pour 2016-2021 est une production de la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches, dont voici les coordonnées :

5515, rue Saint-Georges

Lévis (Québec) G6V 4M7

Téléphone : 418 833-5678 poste 105

Sans frais : 1 877-533-5678

Courriel : tableainesca12@gmail.com

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux ... iii

Liste des abréviations et des sigles ... iv

Mot de la présidente ... 1

1. Introduction et mise en contexte ... 2

2. Portrait sociodémographique et de santé des aînés de Chaudière-Appalaches ... 3

2.1 Démographie ... 3

2.2 Conditions de vie ... 5

2.3 État de santé et bien-être ... 6

3. Des conditions favorables pour vieillir en santé ... 11

4. La qualité de vie des personnes aînées à domicile, en résidence privée et en institution, et l'amélioration de leurs conditions de vie ... 13

4.1 Qualité de vie : ... 13

4.1.1 Qu'est-ce qu'on entend par qualité de vie et santé? ... 13

4.1.2 Deux éléments qui influencent la qualité de vie : aménagement des milieux de vie ainsi que le transport et la mobilité ... 13

4.1.2.1 L'aménagement des milieux de vie ... 14

4.1.2.2 Le transport et la mobilité des aînés ... 17

4.2 L'amélioration des conditions de vie des aînés ... 18

4.2.1 Vivre chez soi ou aller vivre ailleurs… dans des milieux de vie sains et sécuritaires ... 18

4.2.2 Vivre seul : plus à risque d'être vulnérable ... 19

4.2.3 La participation sociale ... 21

4.2.4 Les conditions socioéconomiques : un lien avec la santé et le bien-être ... 21

4.2.5 La littératie ... 23

4.3 Que devons-nous retenir? ... 24

5. L'accessibilité à des soins et des services sociaux ... 25

5.1 La prévention ... 25

5.2 Quelques statistiques à considérer dans l'organisation des services ... 26

5.2.1 Les maladies chroniques et les incapacités ... 26

5.2.2 Les décès ... 28

5.3 Une gamme de services complémentaires pour vieillir le plus longtemps possible à domicile, et ce, avec une qualité de vie ... 28

5.3.1 Le repérage 28
5.3.2 Le service de soutien à domicile 29
5.3.3 Les médecins de famille et accès 29
5.3.4 Les proches aidants 29
5.3.5 Les services de proximité 30
5.4 Que devons-nous retenir? 31
6. L'abus et la maltraitance 32
6.1 Qu'entend-on par abus et maltraitance? 32
6.2 Principaux constats sur les abus et la maltraitance 33
6.3 Regard sur les constats et pistes d'intervention pour contrer la maltraitance 34
6.3.1 En matière de prévention et de sensibilisation 34
6.3.2 En matière de repérage 35
6.3.3 En matière d'intervention et de protection 35
6.4 Que devons-nous retenir? 36
Conclusion 38
Annexes
Annexe 1 – Données sociodémographiques par territoires de CLSC ou de MRC 39
Annexe 2 – Municipalités reconnues ou ayant entrepris la démarche MADA – Région de la Chaudière-Appalaches 48
Annexe 3 – Liste des projets MADA 2017-2018 50
Annexe 4 – La caractérisation des aînés dans les communautés locales 51

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2018p 39

Tableau 2 : Proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2018p 40

Tableau 3 : Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2036p 41

Tableau 4 : Proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2036p 42

Tableau 5 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus selon le type de ménage – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016 43

Tableau 6 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules parmi celles vivant en ménages privés, selon le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016 44

Tableau 7 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus vivant sous la mesure de faible revenu après impôt (MFR-ApI), selon le sexe – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016 45

Tableau 8 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus ne détenant aucun diplôme, certificat ou grade, selon le sexe – territoires de MRC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016 46

Tableau 9 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus occupant un emploi, selon le sexe – territoires de MRC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016 47

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

Acronyme	Nom complet
CHSLD	Centre hébergement de soins de longue durée
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
DSPu	Direction de santé publique
GMF	Groupe médecine familiale
HLM	Habitation à loyer modique
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITMAV	Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité
MADA	Municipalités amies des aînés
MFR	Mesure du faible revenu
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalités régionales de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OMH	Office municipal habitation
OSBL	Organisme sans but lucratif
PAM	Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées
PAR	Plan d'action régional
QADA	Québec ami des aînés
Réseau FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
RLS	Réseaux locaux de services
RPA	Résidences pour personnes âgées
SAD	Soutien à domicile
SAPA-CA	Soutien à l'autonomie des personnes âgées de Chaudière-Appalaches
TCA-CA	Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches
TM	Travailleurs de milieu
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

MOT DE LA PRÉSIDENTE

C'est avec grand plaisir que les membres du conseil d'administration de la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches (TCA-CA) rendent public ce document d'envergure qu'est le « *Portrait des aînés, besoins et enjeux identifiés pour 2016-2021 ».*

Le document présente des données sociodémographiques récentes et pertinentes qui, à notre avis, seront utiles tant pour les instances décisionnelles que pour les organismes d'aînés ou les organismes de services aux aînés. Il est aussi question des enjeux prioritaires qui découlent de la planification stratégique réalisée en 2015-2016, laquelle a abouti à la *Journée de réflexion* du 28 avril 2016 à Saint-Elzéar. Nous pouvons dire que cet outil promis devient réalité.

C'est plus qu'un simple dévoilement de belles données et nous croyons que la lecture personnelle ou l'échange en groupe concernant ces informations, serviront à mieux comprendre les tenants et les aboutissants qui auront des impacts sur les services à mettre en place pour répondre aux besoins des aînés de notre région au cours des prochaines années. Les différents enjeux évoqués sont la qualité de vie, l'amélioration des conditions de vie, l'accessibilité aux soins et services sociaux ainsi que la lutte contre les abus et la maltraitance. Il importe d'avoir une vision commune de toutes ces réalités.

Nous croyons donc que l'ensemble de cette production ouvre la porte à des perspectives nouvelles dans les services à apporter à nos aînés afin de répondre à leurs besoins compte tenu des mouvances actuelles et futures.

Cependant, ce document ne s'est pas réalisé tout seul. Il a été réalisé grâce au travail d'un groupe de professionnels du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches que nous tenons à remercier grandement :

- Mme Édith Dumont, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, membre du conseil d'administration de la Table depuis le 13 janvier 2000, qui a mis toutes les énergies possibles à la réalisation de cet outil;

- M. Éric Lemieux, agent de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, un partenaire indéfectible de la Table, puisqu'il a piloté la planification stratégique en 2015-2016, animé la *Journée de réflexion* de 2016 et grandement contribué au présent Portrait;

- D^re^ Sarah Vermette, médecin-conseil, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, dont les précieux conseils ont permis de mieux préciser plusieurs éléments.

La Table remercie également tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué de diverses façons (et la liste est longue) à la production et à l'amélioration de l'outil que vous avez entre les mains. Je tiens à souligner l'intérêt et la grande implication des membres du comité exécutif dans la réalisation de cet outil si important.

Ce fut un travail d'équipe qui servira, nous l'espérons, au mieux-être de nos aînés.

Bonne lecture

Nicole Bérubé, présidente

1. INTRODUCTION ET MISE EN CONTEXTE

La *Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches (TCA-CA)* a réalisé en 2015-2016 une démarche de planification stratégique avec ses membres et ses partenaires. Les objectifs ont été de faire le point sur les forces et les éléments à améliorer dans ses activités en tenant compte des réalités vécues par les aînés et de déterminer collectivement des priorités de développement.

> *« La Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches a pour mission de rechercher le mieux-être des aînés par l'échange, le partage, la concertation et le partenariat »*

Cette démarche a permis d'élaborer une planification stratégique couvrant une période de cinq années, soit de 2016 à 2021, dont la vision se formule ainsi : « En 2021, on voit clairement que la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches est l'instance incontournable et efficace pour contribuer sur le plan régional en matière de qualité de vie des aînés ».

Un plan d'action a été élaboré avec cinq priorités de développement :

- Développer le réseautage et le partenariat;
- Avoir un portrait à jour des besoins et des enjeux prioritaires des aînés de Chaudière-Appalaches;
- Renforcer la vie associative et la mobilisation;
- Améliorer la circulation d'information;
- Augmenter la visibilité de la TCA-CA.

Le présent document correspond à la deuxième priorité ci-haut mentionnée : « **Avoir un portrait à jour des besoins et des enjeux prioritaires des aînés de Chaudière-Appalaches** ».

Ce portrait a été conçu en conformité avec les enjeux et les besoins prioritaires tels qu'identifiés par les aînés de la région en 2015-2016, lors de la démarche de planification stratégique. Voici ces **enjeux** selon leur ordre de priorité :

1. La qualité de vie des personnes aînées à domicile, en résidence privée et en institution;
2. L'accessibilité à des soins de santé et des services sociaux;
3. L'abus et la maltraitance, y compris l'exploitation financière;
4. L'amélioration des conditions de vie des aînés;
5. La promotion des intérêts et des droits des aînés.

Nous avisons le lecteur que le portrait traite l'enjeu 4 - *Amélioration des conditions de vie des aînés*, au sein même de la première section consacrée à l'enjeu 1 - *Qualité de vie des personnes aînées à domicile, en résidence privée et en institution*, car ces deux enjeux sont très apparentés. Par ailleurs, l'enjeu 5 ne sera pas documenté dans ce portrait. Il sera fait ultérieurement.

Ce portrait s'adresse d'abord aux administrateurs de la TCA-CA et aux Tables locales, mais aussi à tous les organismes et organisations qui gravitent dans l'univers des aînés afin de mettre en place des milieux et des conditions qui favorisent davantage la santé et la qualité de vie des aînés de notre région.

« Seul on va plus vite, ensemble nous allons plus loin. »

Proverbe africain

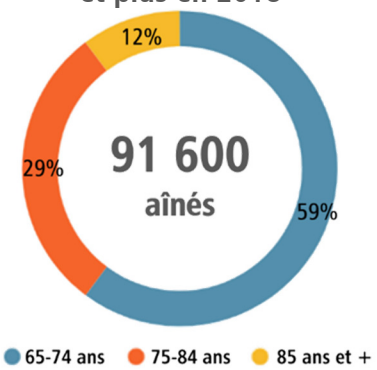
2. PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ DES AÎNÉS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

2.1 Démographie

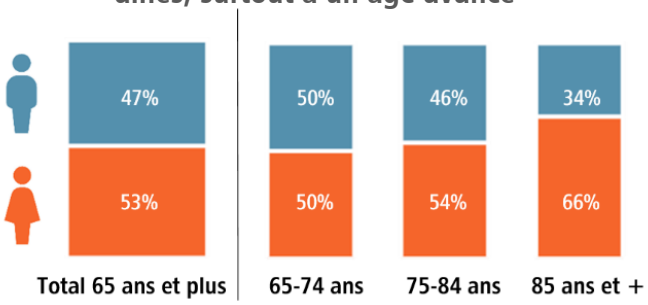
En 2018, environ 91 600 personnes sont âgées de 65 ans et plus dans Chaudière-Appalaches[1], ce qui représente 21 % de la population totale. Cette proportion est un peu plus élevée que dans l'ensemble du Québec, où elle est de 19 %.

Parmi les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région, on compte davantage de femmes que d'hommes, surtout à des âges plus avancés. Les femmes sont en effet deux fois plus nombreuses que les hommes dans le groupe des 85 ans et plus[2] (voir données locales en annexe tableaux 1 et 2).

40 % des aînés sont âgés de 75 ans et plus en 2018



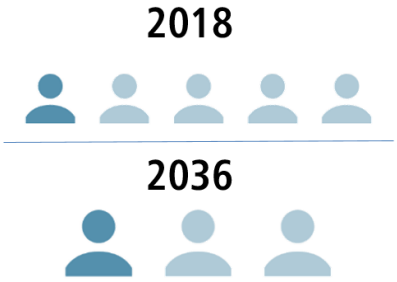
Les femmes représentent la majorité des aînés, surtout à un âge avancé



Un vieillissement de la population qui s'accélère

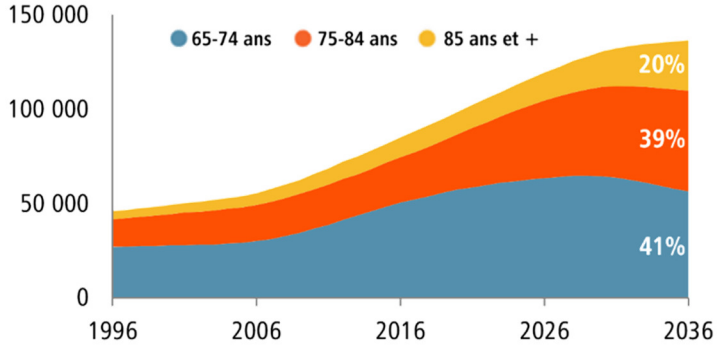
On estime que d'ici 2036, 136 500 personnes seront âgées de 65 ans et plus dans la région, ce qui représentera 30 % de la population. Le nombre projeté d'aînés âgés de 85 ans et plus fera plus que doubler, passant de 11 330 en 2018 à près de 29 000 en 2036. La proportion des 85 ans et plus parmi les aînés sera alors de 20 % (voir données locales en annexe tableaux 3 et 4).

D'ici 2036, il est prévu qu'il y aura près de deux fois plus d'aînés que de jeunes de moins de 18 ans, alors que c'était l'inverse en 1996[2].



Environ 1 personne sur 3 sera âgée de 65 ans et plus en 2036

D'ici 2036, 60 % des aînés seront âgés de 75 ans et plus

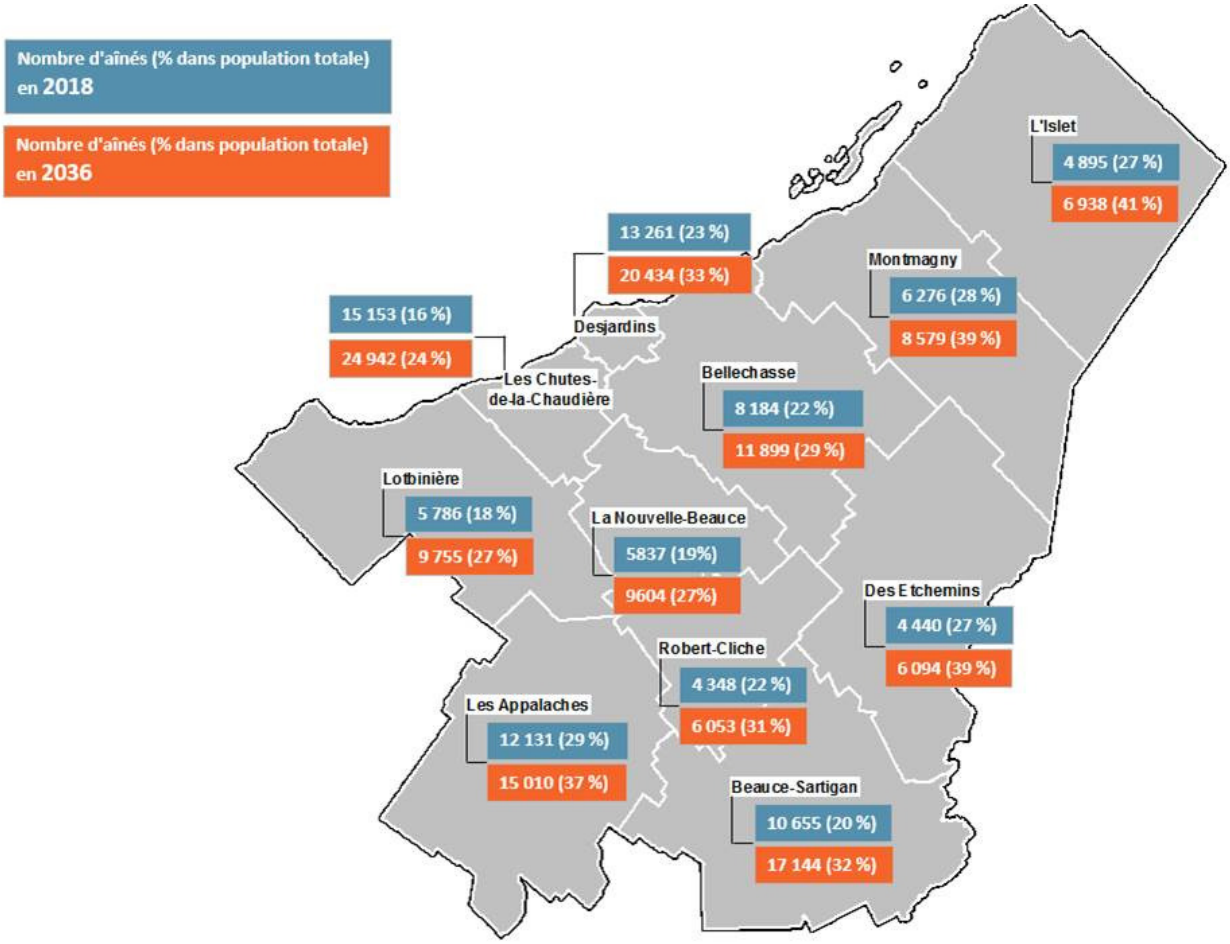


[1] Données provisoires pour 2018.
[2] Source : MSSS, Estimations et projections démographiques.

Des différences importantes à travers la région

La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus varie grandement d'un territoire de CLSC à l'autre, allant de 16 % (Les Chutes-de-la-Chaudière) à 29 % (Les Appalaches), alors que la proportion moyenne dans la région est de 21 %. En plus du territoire de CLSC des Appalaches, les autres territoires où l'on observe une plus forte proportion d'aînés sont ceux de Montmagny (28 %), L'Islet (27 %) et Des Etchemins (27 %). Dans ces quatre territoires, les aînés représenteront environ 40 % de la population totale d'ici 2036, comparativement à 24 % sur le territoire Les Chutes-de-la-Chaudière (voir données locales en annexe tableau 2).

La proportion d'aînés varie grandement à travers la région. D'ici 2036, elle atteindra 40 % de la population dans certains territoires de CLSC[3] (voir données locales en annexe tableau 4).



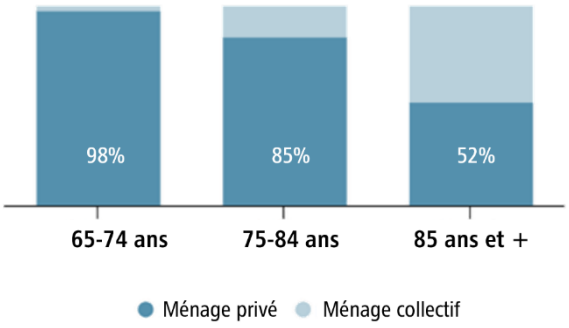
[3] Source : MSSS, Estimations et projections démographiques.

2.2 Conditions de vie

Une majorité d'aînés vivent à domicile

En Chaudière-Appalaches, près de 9 aînés sur 10 vivent en ménage privé (à domicile), alors que les autres demeurent en ménage collectif, par exemple, résidences privées pour aînés, centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Bien que cette proportion diminue progressivement avec l'âge, un peu plus de la moitié des aînés de 85 ans et plus vivent toujours à domicile, davantage les hommes que les femmes (61 % comparativement à 47 %)[4] (voir données locales en annexe tableau 5).

Avant 85 ans, la grande majorité des aînés vivent à domicile



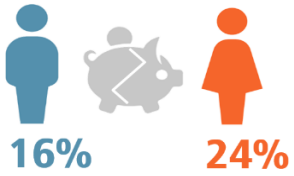
Vivre seul à domicile : une situation qui touche davantage les femmes et les plus âgés

1 aîné sur 4 vit seul à domicile, soit près de 20 500 aînés[4]

Environ le quart des aînés de la région (24 %) vivent seuls à domicile, une situation qui touche davantage les femmes que les hommes (29 % comparativement à 18 %). Chez les aînés vivant à domicile, la proportion qui vit seule augmente avec l'âge, passant de 24 % chez les 65 à 74 ans à 46 % chez les 85 ans et plus (voir données locales en annexe tableau 6).

Un aîné sur cinq en situation de faible revenu dans la région

Dans la région, 20 % des aînés, soit environ 18 000 aînés, vivent sous la mesure de faible revenu (MFR) après impôt[5], ce qui se compare à la situation de l'ensemble du Québec. La proportion d'aînés à faible revenu est plus importante chez les femmes (24 %) que chez les hommes (16 %). Des écarts sont aussi observés entre les territoires de la région : alors que 12 % des aînés du territoire de CLSC des Chutes-de-la-Chaudière sont considérés à faible revenu, cette proportion grimpe jusqu'à 27 % sur le territoire de CLSC de Montmagny (voir données locales en annexe tableau 7).



Davantage de femmes aînées vivent en situation de faible revenu[4]

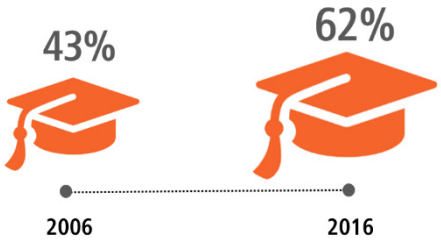
[4] Source : Statistique Canada, Recensement 2016.

[5] À titre indicatif, les seuils des mesures de faible revenu après impôt (MFR-ApI) sont de 22 133 $ pour un ménage privé de 1 personne et de 31 301 $ pour un ménage privé de deux personnes.

Le revenu médian après impôt des aînés de la région est de 22 420 $, ce qui se situe en dessous de celui des aînés de l'ensemble de la province (23 576 $). Les femmes aînées ont un revenu médian après impôt inférieur de 8 000 $ par rapport à celui des hommes (19 403 $ comparativement à 27 457 $). Le revenu médian après impôt varie également de plusieurs milliers de dollars entre les territoires de CLSC de la région, de 20 549 $ (Montmagny) à 27 369 $ (Les Chutes-de-la-Chaudière)

Des aînés de plus en plus scolarisés

La proportion d'aînés de Chaudière-Appalaches détenant un diplôme, certificat ou grade a augmenté de 43 % en 2006 à 62 % en 2016[6], ce qui reste toutefois inférieur à l'ensemble du Québec, où cette proportion est passée de 52 % à 67 %. Entre 2006 et 2016, la proportion d'aînés de la région détenant un grade universitaire a doublé, passant de 5 % à 10 % (8 % à 14 % au Québec).



Le taux de diplomation est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (66 % comparativement à 60 %), et des différences importantes sont également observées à travers la région. Selon les territoires de MRC[7], la proportion d'aînés diplômés varie de 67 % (Lévis) à 48 % (Les Etchemins) (voir données locales en annexe tableau 8).

Environ 1 aîné sur 10 toujours sur le marché du travail

Dans la région, 11 % des personnes âgées de 65 ans et plus occupent un emploi, ce qui se compare à l'ensemble du Québec. Cette proportion varie à travers la région de 7 % dans la MRC des Etchemins à 15 % dans celle de Robert-Cliche. Par ailleurs, le taux d'emploi chez les hommes est deux fois plus élevé que celui chez les femmes (15 % comparativement à 7 %)[6] (voir données locales en annexe tableau 9).

2.3 État de santé et bien-être

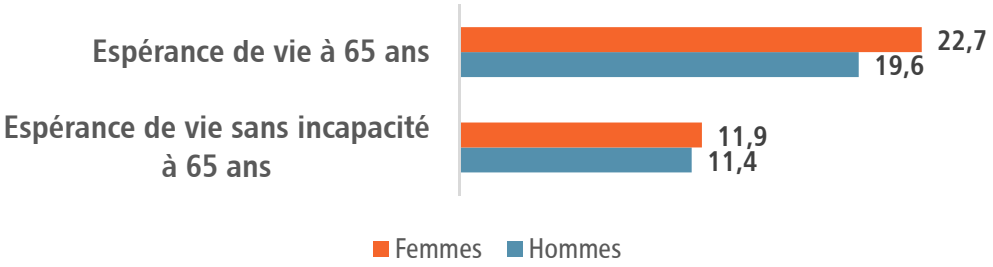
La majorité des aînés se perçoivent en bonne santé

Près de 80 % des aînés de la région se perçoivent en bonne santé physique. Cette proportion est plus élevée chez les 65 à 74 ans (83 %) que chez les 75 ans et plus (72 %). Des différences sont aussi observées selon le niveau de scolarité et de revenu. Les aînés en situation de faible revenu sont en effet moins enclins à avoir une perception positive de leur santé que ceux ayant un revenu plus élevé (74 % comparativement à 84 %), et une différence similaire est observée chez les aînés n'ayant pas de diplôme par rapport à ceux plus scolarisés[8].

[6] Source : Statistique Canada, Recensement 2016.
[7] Le découpage par territoire de CLSC n'est pas disponible pour les données sur la diplomation et sur l'emploi.
[8] Source : EQSP 2014-2015.

Plusieurs années vécues avec des incapacités

À 65 ans, l'espérance de vie des aînés de la région est de 21,3 ans, et est plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Bien que les deux mesures ne peuvent pas être parfaitement associées, l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité[9] est plutôt de 11,6 ans. Cela signifie qu'environ la moitié des années qu'un aîné de 65 ans peut encore vivre en moyenne sera vécue avec des incapacités[10].



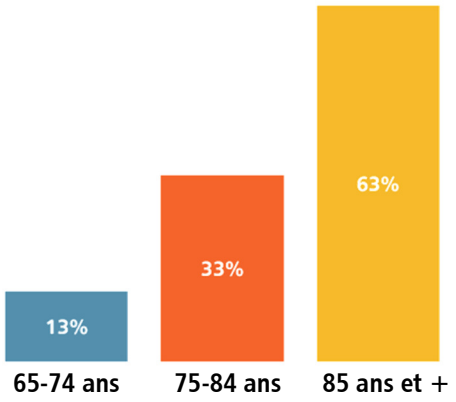
Dans la région, près de 60 % des aînés vivent avec une forme d'incapacité (légère, modérée ou grave), ce qui représente quelque 54 000 aînés. Un aîné sur quatre vit avec une incapacité modérée ou grave, et cette proportion augmente avec l'âge pour atteindre 63 % chez les 85 ans et plus. Cela explique, notamment, pourquoi la proportion de femmes aînées avec incapacité modérée ou grave est plus élevée que chez les hommes (30 % comparativement à 19 %), puisque davantage de femmes atteignent des âges plus avancés[11].

Les types d'incapacités les plus fréquemment rapportés chez les aînés de la région sont ceux touchant l'agilité (34 %), la mobilité (32 %), l'audition (25 %) et la mémoire (13 %).

Près de la moitié des aînés avec incapacité déclarent avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités de la vie quotidienne ou domestique. De ceux-ci, le tiers rapporte un besoin d'aide qui n'est pas comblé.

Incapacité chez les aînés de Chaudière-Appalaches, estimations pour 2018

La proportion d'aînés avec incapacité modérée ou grave augmente avec l'âge



[9] Une incapacité se définit comme le fait d'avoir des difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne en raison d'un état ou d'un problème de santé de longue durée (6 mois ou plus). Cela inclut les difficultés liées à l'audition, à la vision, à la parole, à la mobilité ou à l'agilité, de même que les limitations d'activités en raison d'un problème de mémoire, d'un trouble d'apprentissage, de déficience intellectuelle ou de troubles envahissants du développement, d'un trouble de nature psychologique ou encore d'un problème de santé physique de nature indéterminée.

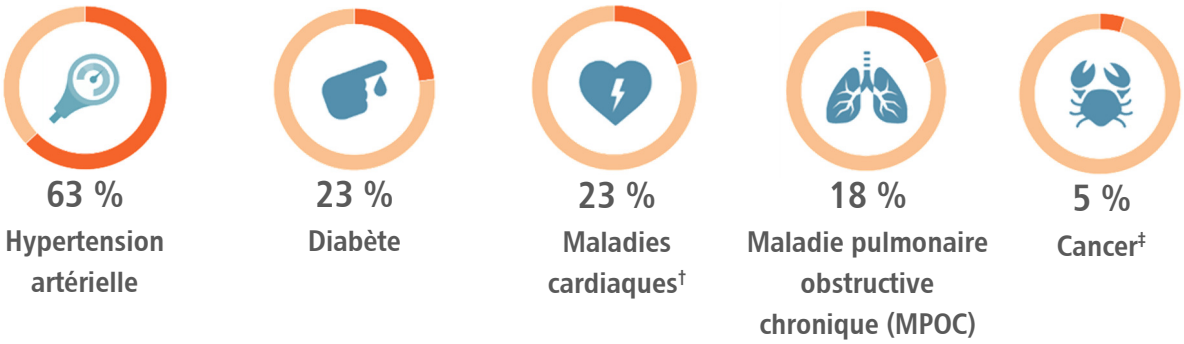
[10] Sources : MSSS, Fichier des décès, Estimations et projections démographiques et Fichier des naissances.

[11] Source : EQLAV, 2010-2011.

Les maladies chroniques, principal fardeau de santé des aînés

Comme ailleurs au Québec et au Canada, les maladies chroniques représentent les principaux problèmes de santé qui affectent les aînés de Chaudière-Appalaches. Près de 55 % d'entre eux sont atteints de deux problèmes de santé de longue durée ou plus, et cette proportion grimpe à 67 % chez ceux âgés de 85 ans et plus.

Les maladies chroniques les plus prévalentes chez les aînés de la région sont l'hypertension artérielle, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies pulmonaires et le cancer[12]. L'arthrose/arthrite est aussi un problème de santé chronique qui touche près du tiers des aînés de la région[13].



Par ailleurs, la maladie d'Alzheimer et les autres troubles neurodégénératifs majeurs affectent 7 % des aînés de la région, soit environ 6 400 aînés. La prévalence augmente avec l'âge : chez les 85 ans et plus, c'est un aîné sur quatre (26 %) qui en est atteint, comparativement à 9 % chez les 75 à 84 ans et 2 % chez les 65 à 74 ans[14].

Un aîné de 85 ans et plus sur 4 est atteint d'Alzheimer ou d'un autre trouble neurodégénératif majeur

Dans l'ensemble, les maladies chroniques entraînent en moyenne, chaque année, près de 10 000 hospitalisations et environ 2 000 décès chez les aînés de la région[15] [16]. Les taux d'hospitalisation augmentent avec l'âge, étant environ deux fois plus élevés chez les 85 ans et plus que chez les 75 à 84 ans. Le cancer et les maladies du cœur sont les deux principales causes de mortalité, étant responsables de 32 % et 19 % des décès respectivement.

---

12 Sources : SISMACQ, 2015-2016; † EQSP 2014-2015; ‡MSSS, Fichier des tumeurs 2011 et Estimations et projections démographiques.
13 Source : ESCC 2013-2014.
14 Source : SISMACQ 2015-2016.
15 Source : MSSS, Fichier MED-ÉCHO 2013-2018.
16 Source : MSSS, Fichier des décès 2011-2015.

Des gains possibles au niveau des saines habitudes de vie

De saines habitudes de vie contribuent à la qualité de vie et au maintien de l'autonomie, en prévenant notamment l'apparition et l'évolution de nombreuses maladies chroniques. Dans la région, moins de la moitié des aînés sont actifs ou moyennement actifs ou consomment des fruits et légumes au moins cinq fois par jour. Par contre, ils sont en grande majorité non-fumeurs et ne consomment pas d'alcool de manière excessive. Bien que les femmes adoptent en général davantage de saines habitudes de vie que les hommes, elles sont moins nombreuses à être actives ou moyennement actives (37 % comparativement à 47 %), tout comme les aînés plus âgés (46 % chez les 65 à 74 ans comparativement à 32 % chez les 75 ans et plus). Les hommes sont quant à eux deux fois moins nombreux que les femmes à consommer des fruits et légumes au moins cinq fois par jour (33 % comparativement à 60 %). Par contre, ils sont en grande majorité non-fumeurs et ne consomment pas d'alcool de manière excessive[17].

Environ 90 %

Ne consomment pas d'alcool de manière excessive†

90 %

Ne fument pas la cigarette

47 %

Consomment des fruits et légumes au moins 5 fois par jour†

41 %

Sont actifs ou moyennement actifs

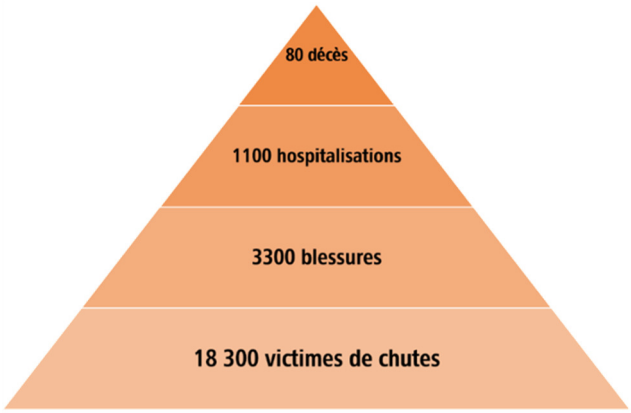
Plusieurs décès et hospitalisations causés par les chutes, en particulier chez les plus âgés

On estime qu'environ 20 % des aînés sont victimes d'une chute chaque année au Québec, ce qui représenterait plus de 18 000 aînés de la région en 2018. Les chutes entraînent en moyenne chaque année près de 65 décès et de 1 000 hospitalisations chez les aînés de Chaudière-Appalaches. Comme au Québec, les chutes représentent la première cause de décès par traumatismes non intentionnels chez les aînés de la région, étant à l'origine de 72 % de ces décès. Le taux de mortalité par chutes et chutes présumées dans la région est supérieur à celui du reste du Québec (85/100 000 comparativement à 74/100 000).

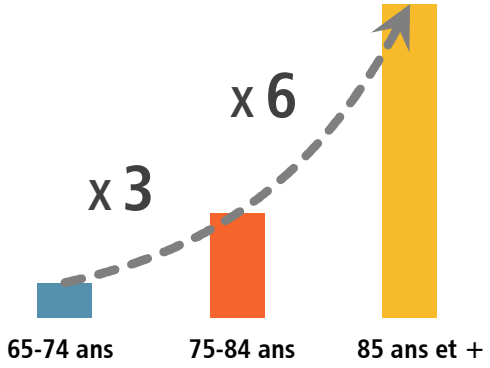
[17] Sources : EQSP 2014-2015; †ESCC 2013-2014.

Le taux de mortalité par chutes chez l'ensemble des 65 ans et plus est supérieur chez les femmes comparativement aux hommes (92/100 000 comparativement à 77/100 000). Fait à noter toutefois, dans le groupe spécifique des 65 à 74 ans, le taux de mortalité par chute est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (33/100 000 comparativement à 10/100 000) et est deux fois plus élevé que chez les hommes du même groupe d'âge du reste du Québec (15/100 000). Tant chez les hommes que chez les femmes, le taux de mortalité par chutes augmente de manière importante avec l'âge, atteignant 417/100 000 dans le groupe des 85 ans et plus[18].

Chutes chez les aînés de Chaudière-Appalaches, estimations pour 2018



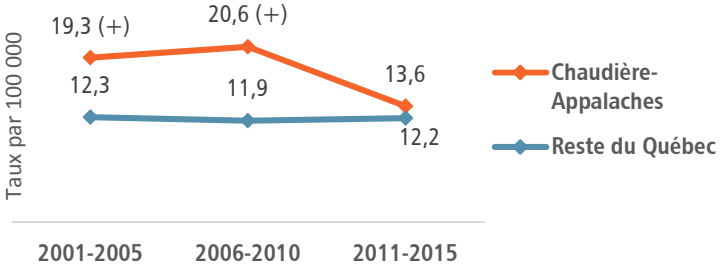
Le taux de mortalité par chutes augmente de façon importante avec l'âge



Un taux de suicide en diminution chez les aînés

Le suicide représente une importante problématique dans la région, avec des taux supérieurs à ceux de la province. Chez les aînés toutefois, le taux de suicide est en diminution dans les dernières années et on n'observe plus de différence significative avec le reste du Québec. Chaque année en moyenne, dix aînés de la région décèdent par suicide et 90 % de ces décès surviennent chez les hommes. Comme dans tous les groupes d'âge, le suicide chez les aînés affecte davantage les hommes que les femmes, avec un taux de mortalité cinq fois plus élevé[19].

La mortalité par suicide chez les aînés est en diminution dans la région



(+) : Taux significativement plus élevé que pour le reste du Québec

En moyenne 10 décès par suicide chaque année, dont 9 chez les hommes

[18] Sources : MSSS, Fichiers des décès 2011-2015; Fichier des hospitalisations MED-ECHO 2013-2018; Estimations et projections démographiques; EQSP 2014-2015; ESCC 2008-2009.
[19] Sources : MSSS, Fichiers des décès 2011-2015 et Estimations et projections démographiques.

3. DES CONDITIONS FAVORABLES POUR VIEILLIR EN SANTÉ

Avant d'aborder en détail les cinq enjeux tels qu'identifiés par les aînés de la région en 2015-2016 lors de la démarche de planification stratégique, il convient de rappeler les conditions favorables pour vieillir en santé.

> *« L'Organisation mondiale de la santé considère que le Québec est la société la plus avancée au monde dans l'application de l'approche « ami des aînés » et qu'il joue un rôle de leader mondial dans la mise en œuvre de solutions innovantes pour favoriser le vieillissement actif. »*

« Existe-t-il un bien plus précieux que la santé?[20] » La santé influence notre qualité de vie, notre capacité à réaliser nos projets et nos rêves, c'est pourquoi elle doit être préservée, entretenue et jamais tenue pour acquise. En Chaudière-Appalaches, tout comme au Québec, on vit de plus en plus longtemps. Il ne suffit pas d'ajouter des années à la vie, mais bien d'ajouter de la vie à ces années gagnées.

La lutte contre la maladie ne saurait suffire quoiqu'elle soit essentielle! La santé résulte d'une interaction entre l'individu et son environnement. Elle n'est plus considérée comme l'absence de la maladie, mais plutôt comme une ressource de la vie quotidienne. Précisément, la santé est définie comme « la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie[21] ». La santé inclut aussi le bien-être de la personne, ce qui est également associé à la notion de « qualité de vie ».

Mais comment faire pour ajouter de la santé et du bien-être? La prévention est la clé : il faut intervenir en amont des problèmes en ciblant l'ensemble des facteurs qui influencent, positivement ou négativement, la santé et le bien-être. La perspective pour un vieillissement en santé, qui est une démarche mobilisante, repose sur une vision positive et globale de la santé, du bien-être des aînés pour une réponse adaptée aux besoins de tous les aînés, quels que soient leur état de santé et leurs capacités[22]. La diversité de ces facteurs requiert l'engagement d'acteurs qui travaillent dans différents secteurs (municipal, de la santé, de l'éducation, de l'emploi, de l'habitation, etc.). Il faut travailler en collaboration afin de mettre en commun des ressources et des savoir-faire.

Vieillir en santé, c'est[23]…

- être en mesure de s'adapter aux différentes transitions et étapes de la vie vécues à cet âge;
- vivre dans un milieu sain et sécuritaire qui incite à rester actif physiquement et à bien s'alimenter;
- avoir les conditions et ressources nécessaires pour maintenir une qualité de vie qui permet de maintenir son autonomie, sa santé et son bien-être;
- être soutenu et avoir des occasions de s'engager dans son milieu et auprès de son entourage, de continuer à développer ses aptitudes et de se réaliser;
- avoir accès à des services de proximité et adaptés à ses besoins.

---

[20] Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). Québec, *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, Gouvernement du Québec, page 3.

[21] QUÉBEC (2017). *Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2, à jour au 1er mai 2017, partie 1,* Québec, Consulté en janvier 2019, *http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cs/S-4.2]*

[22] Agence de la santé de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique et Institut national de santé publique de Québec (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé, proposition d'un modèle conceptuel*, Québec, 58 pages.

[23] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Services de santé publique offerts à nos aînés (65 ans et plus)*, Sainte-Marie, page 11.

Selon Dre Michèle Morin[24], bien vieillir implique :

- une autodétermination;
- de bonnes capacités d'adaptation;
- de voir le verre à moitié plein plutôt qu'à moitié vide;
- une certaine quête de sens spirituelle ou autre.

Demeurer chez soi de façon autonome et être actives dans leur communauté, constituent le premier choix des personnes aînées. Comment pouvons-nous être en soutien à cette volonté de demeurer actif et autonome? Voici quelques pistes de solutions :

- être à l'écoute des besoins des aînés;
- travailler ensemble (santé, municipal, communautaire, habitation, emploi, etc.);
- développer une vision commune du vieillissement et des enjeux associés (besoins et services ou actions à mettre en place ou à consolider);
- impliquer et redonner le pouvoir aux aînés sur leur santé;
- miser sur la prévention en agissant en amont des facteurs qui influencent la santé;
- changer des paradigmes : voir les aînés comme une richesse pour la société, voir la santé et le vieillissement dans leur globalité et non seulement l'individu malade;
- soutenir les environnements favorables aux habitudes de vie permettant de retarder ou réduire la progression des maladies chroniques.

Se rappeler que[25] :

- les personnes aînées sont à une période de leur vie où elles connaissent, plus qu'à tout autre âge, des transitions de vie qui requièrent beaucoup d'adaptation et qui peuvent fragiliser leur santé, par exemple, décès du conjoint, retraite, déménagement, pertes de capacités physiques et cognitives, diminution du revenu;
- certains facteurs défavorables sont parfois plus présents chez ce groupe populationnel, par exemple, pauvreté, isolement, faible degré d'éducation et de littératie en santé;
- les aînés ne constituent pas un groupe homogène : ils ne présentent pas tous le même état de santé, les mêmes capacités, les mêmes conditions de vie, et leur situation personnelle évolue dans le temps à mesure qu'ils prennent de l'âge.

Comme nous avons pu le constater, favoriser un vieillissement en santé génère plusieurs défis, notamment celui de développer une compréhension commune des enjeux et solutions. Parmi ces enjeux, ceux de la qualité de vie et de l'amélioration des conditions de vie occupent une place prépondérante, et ils font l'objet de la prochaine section.

---

[24] Dre Michèle Morin est médecin gériatre et collabore au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec. Elle est professeure de clinique au Département de médecine de l'Université Laval.

[25] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020. Services de santé publique offerts à nos aînés (65 ans et plus),* Sainte-Marie, page 8.

4. LA QUALITÉ DE VIE DES AÎNÉS À DOMICILE, EN RÉSIDENCE PRIVÉE ET EN INSTITUTION, ET L'AMÉLIORATION DE LEURS CONDITIONS DE VIE

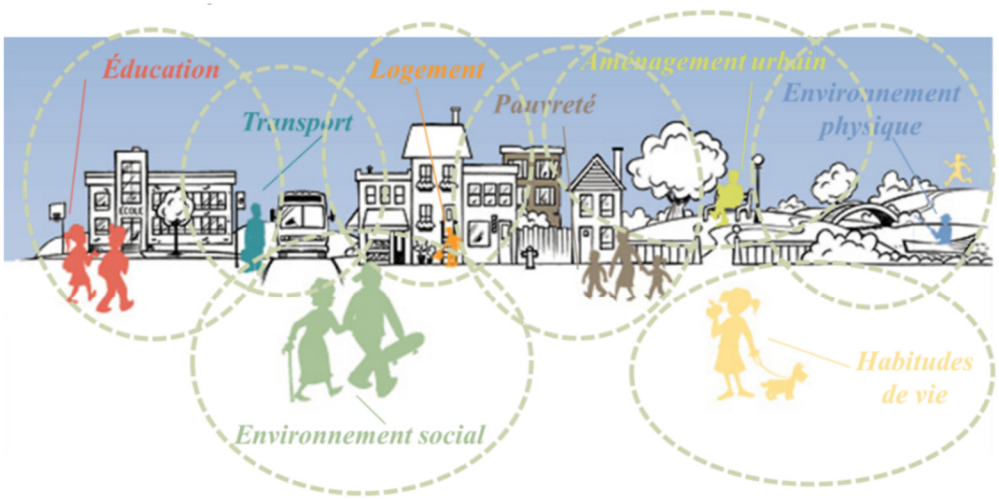
4.1 Qualité de vie

4.1.1 Qu'est-ce qu'on entend par qualité de vie et santé?

La qualité de vie sous-entend l'idée d'un équilibre entre les besoins de la personne d'une part et les ressources et les moyens dont elle dispose pour les satisfaire d'autre part. « L'état de santé des personnes s'explique en bonne partie par les conditions dans lesquelles celles-ci ont vécu, par le type de milieu dans lequel elles ont évolué et par les habitudes qu'elles ont acquises tout au long de leur existence[26]. »

> *« Santé :*
> *Un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux, et contribuer à la vie de sa communauté »*
> ***Organisation mondiale de la santé (OMS)***

La figure ci-dessous illustre bien ce qui peut influencer la santé et la qualité de vie des aînés. Ainsi, des actions qui visent à améliorer les milieux de vie, les revenus, le logement, la participation sociale et la sécurité comportent toujours un potentiel d'amélioration de la santé et de la qualité de vie des aînés qui n'est pas à négliger.



© Gouvernement du Québec, 2011

Source : Gouvernement du Québec (2011). *La santé et ses déterminants : Mieux comprendre pour mieux agir*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux : Québec.

4.1.2 Deux éléments qui influencent la qualité de vie : aménagement des milieux de vie ainsi que le transport et la mobilité

Considérant que le premier choix des personnes aînées est de demeurer chez elles et dans leur milieu de vie, tant que leur santé leur permet, il faut privilégier l'accessibilité des services de proximité ainsi que l'aménagement et l'organisation des milieux de vie. Avec l'avancement en âge, la détérioration de certaines aptitudes peut limiter les possibilités de déplacement et de participation sociale.

[26] Ministère de la Famille et des Aînés (2012). *Politique Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, page 21.

Les conséquences de la perte de mobilité sont préoccupantes dans les communautés rurales et semi-urbaines, particulièrement pour accéder aux services, mais aussi sur la participation sociale des aînés. Voilà une occasion de repenser et de réfléchir collectivement à l'aménagement et la mobilité des personnes en fonction des besoins évolutifs de la population. Il est particulièrement important pour la qualité de vie de bien gérer les périodes de transition ou les pertes associées à ces changements qui peuvent rendre les aînés plus vulnérables.

4.1.2.1 L'aménagement des milieux de vie

Municipalités amies des aînés

Différentes approches ou démarches peuvent être mises en place pour améliorer la qualité de vie, par exemple, le développement d'initiatives de type Municipalités amies des aînés (MADA).

Une municipalité ou une MRC qui sont « MADA », c'est un milieu de vie où se développe, notamment, une culture d'inclusion sociale des aînés et un milieu de vie sécuritaire. MADA amène les municipalités et les MRC à se doter d'une politique aînée et un plan d'action d'une durée minimale de 3 ans. Pour aider les aînés à vieillir actifs, huit champs d'action sont ciblés :

1. habitat;
2. transport;
3. respect et inclusion sociale;
4. participation sociale;
5. engagement social et citoyen;
6. espaces extérieurs et bâtiments;
7. soutien communautaire et services de santé;
8. communication et information.

Cette démarche, qui encourage la participation active des aînés au sein de sa communauté, s'appuie sur la concertation et la mobilisation de toute la communauté. MADA contribue à :

- mettre un frein à l'âgisme;
- adapter ses politiques, ses services et ses structures;
- agir de façon globale et intégrée;
- favoriser la participation des aînés.

Les municipalités MADA favorisent le vieillir en santé en permettant aux aînés de vivre dans un milieu sain. Dans la région, presque la totalité des municipalités a obtenu une reconnaissance officielle du ministère de la Famille à la suite du dépôt de leur politique dédiée aux aînés et de son plan d'action[27].

Cette reconnaissance MADA vise à souligner la qualité de la démarche entreprise par une municipalité ou une MRC afin de permettre aux personnes aînées de « bien vieillir » tout en restant actives dans leur communauté. À l'occasion de la mise à jour périodique de ces politiques dans les municipalités et les MRC, il est opportun de disposer d'un portrait à jour du profil socioéconomique et des besoins des aînés, de même que de favoriser la participation de ceux-ci aux démarches de renouvellement de ces politiques. Vous trouverez à l'annexe 3 les

[27] Depuis novembre 2018, le Ministère responsable des aînés et de la lutte contre l'intimidation est maintenant rattaché ainsi que les dossiers sous sa responsabilité au ministère de la Santé et des Services sociaux, Consulté en janvier 2019, https://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/aines/mada/Pages/index.aspx

municipalités reconnues ou ayant entrepris la démarche MADA pour la région de la Chaudière-Appalaches ainsi que les projets financés pour 2017-2018.

Des gens vivant en meilleure santé et de plus en plus longtemps

De façon générale, dans la région comme au Québec, l'état de santé de la population s'est amélioré au cours des dernières décennies grâce, notamment, à une plus grande richesse, à de meilleures conditions de vie, à des habitudes de vie plus saines et aux avancées de la médecine et des services de santé en général.

Prévenir les incapacités, un investissement en faveur de la qualité de vie

Il est possible de limiter les incapacités chez les personnes aînées, tout comme aux autres âges de la vie. On peut prévenir les chutes et l'apparition ou l'évolution des maladies chroniques. Pour ce faire, il est essentiel d'agir à deux niveaux, soit sur la personne et sur son environnement.

Dans notre document, les termes « milieux de vie sains et sécuritaires[28] » réfèrent aux milieux où il fait bon vivre et qui sont favorables à la santé. Des mesures y sont prises pour améliorer le lieu de résidence des aînés (domicile ou institution), la qualité de vie du quartier, la sécurité des lieux publics, les infrastructures et dispositifs qui favorisent la participation à des activités, la disponibilité et l'accessibilité des produits, biens et services.

Des milieux sains et sécuritaires peuvent éviter des blessures et une perte d'autonomie. Voici quelques exemples[29] :

Des MODES DE VIE sains et sécuritaires pour réduire :

- les maladies chroniques (certains cancers, obésité, diabète, hypertension, maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, problèmes buccodentaires, etc.);
- les blessures (dues à des chutes et à l'ostéoporose);
- la perte musculaire et de mobilité;
- les problèmes de dents et de gencives.

Des MILIEUX sains et sécuritaires à la maison et dans les loisirs pour réduire :

- les blessures;
- les maladies chroniques (certains cancers, problèmes respiratoires, etc.);
- les infections nosocomiales.

Un SOUTIEN à l'aîné et ses proches pour aider à réduire :

- la maltraitance et ses conséquences;
- la consommation inappropriée de médicaments;
- les problèmes reliés à l'anxiété;
- la détresse, les idées ou les tentatives suicidaires;
- l'isolement social, les deuils et les pertes.

La VACCINATION pour protéger contre :

- les maladies comme l'influenza (grippe), les maladies respiratoires sévères, le zona.

[28] Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : présentation d'un modèle conceptuel,* INSPQ, page 42.

[29] Bourassa, Annie et Édith Dumont (2015). Présentation *Se concerter pour relever les défis de santé des aînés de Chaudière-Appalaches*. Centre intégré de santé et de services sociaux, Direction de santé publique; Assemblée générale annuelle de la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches, 22 juin 2015.

> *« La prévention des maladies chroniques ainsi que la promotion des saines habitudes de vie sont à considérer afin de réduire les lourdes conséquences sur la qualité de vie des aînés et diminuer le fardeau économique associé à ces problématiques ».*
> ***INSPQ 2018***

De saines habitudes de vie : un atout pour bien vieillir

À tout âge, les habitudes de vie jouent un rôle déterminant pour la santé. « Un esprit sain dans un corps sain », il n'est jamais trop tard pour adopter de saines habitudes de vie.

Une amélioration des habitudes de vie permet, même à un âge avancé, de retarder ou de mieux gérer les problèmes de santé et les incapacités. D'autre part, les saines habitudes de vie sont des facteurs de protection communs pour prévenir ou retarder les chutes ou les maladies chroniques chez les 50 ans et plus[30].

Être actif physiquement et socialement, un incontournable

Il faut se préoccuper de l'offre de loisirs disponible aux aînés. Elle doit être variée, adaptée aux genres et à la condition de santé des personnes et surtout accessible. Selon une étude de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)[31], la satisfaction face à l'occupation des temps libres est fortement associée au bien-être psychologique. Par ailleurs, avec l'avancement en âge, les aînés diminuent la pratique d'activité physique et la littérature est claire à ce sujet : moins une personne bouge, moins elle a envie de bouger. Les activités quotidiennes ou les loisirs, tels que monter les escaliers, faire le gazon, jouer aux quilles, semblent de plus en plus difficiles à réaliser. Ainsi, la personne bouge moins, les capacités diminuent, débute ainsi une certaine perte d'autonomie qui peut conduire à un certain isolement.

Pour améliorer l'offre en loisirs et la participation, l'étude de l'UQTR a permis de dégager les recommandations suivantes :

1. mieux connaître les besoins des personnes à faible revenu;
2. adapter davantage les horaires aux besoins des 50 ans et plus, notamment, considérer que les aînés ne sont pas un groupe homogène;
3. faciliter davantage l'accès à des activités physiques, en particulier créer des activités pour les 70 ans et plus;
4. maintenir le développement des aménagements en plein air en prévoyant davantage de bancs, buvettes et toilettes accessibles;
5. ajuster l'offre d'engagement bénévole (augmenter le sens à l'implication);
6. soutenir la pratique libre (infrastructure, groupes ouverts);
7. favoriser la pratique d'activités significatives;
8. inclure l'éducation aux loisirs dans la préparation à la retraite;
9. offrir davantage d'occasions d'initiation, les aînés sont ouverts à de la nouveauté, mais il faut les soutenir;
10. diversifier les canaux d'information.

[30] Gagne, M., C. Blanchet, S. Jean et D. Hamel (2018). *Chutes et facteurs associés chez les aînés québécois. Collection Vieillissement et santé*. Institut national de santé publique du Québec, Québec, 19 pages.
[31] Université du Québec à Trois Rivières (2011). *Portrait des pratiques en loisir des personnes de 50 ans et plus*, mars 2011, pages 84 à 86.

Ces dix éléments sont autant d'arguments pour travailler avec les organismes ou centres communautaires, les groupes du réseau FADOQ, les municipalités et le secteur privé pour diversifier l'offre de service et répondre aux besoins des aînés.

Par exemple, maintenir les aînés actifs et impliqués socialement est une priorité du Plan d'action régional (PAR) de santé publique 2016-2020 volet aîné du CISSS de Chaudière-Appalaches. Le réseau VIACTIVE s'est construit progressivement au cours des 30 dernières années. Neuf organismes communautaires ont le mandat de soutenir les groupes VIACTIVE. Plusieurs offrent également le programme *Vivre en équilibre, à nous de jouer!* composé de douze ateliers visant à développer les stratégies d'adaptation pour mieux faire face aux changements associés au vieillissement.

Le réseau VIACTIVE est une occasion pour bouger en groupe, c'est gratuit, accessible et animé par des bénévoles formés et supervisés. En Chaudière-Appalaches, le réseau VIACTIVE compte aujourd'hui plus de 210 groupes, près de 400 animateurs aînés bénévoles et de 4 000 participants. Pour en savoir davantage, visionnez la vidéo promotionnelle suivant : https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/services-offerts/sante-publique/sante-et-bien-etre/viactive/

4.1.2.2 Le transport et la mobilité des aînés

Depuis plusieurs années, la question du transport demeure une préoccupation importante tant au Québec que dans la région de la Chaudière-Appalaches, notamment en milieu rural. Nul ne peut nier qu'un besoin de transport non comblé associé à une diminution de la mobilité des aînés peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé des aînés :

- difficulté à combler des besoins essentiels, par exemple, l'accès aux aliments;
- difficulté à avoir accès aux soins et services de santé;
- plus haut risque d'isolement social;
- augmentation de la sédentarité;
- dépendance grandissante envers les proches.

L'accès au transport collectif ou l'accompagnement-transport sont essentiels pour les aînés qui n'ont pas d'automobile, car ils permettent d'accéder aux services de base; ils favorisent la participation sociale des aînés et augmentent leur niveau d'autonomie (activités familiales, sportives, communautaires et bénévoles). Accompagnement transport signifie, de façon générale, un jumelage entre une personne aînée, un accompagnateur et un mode de transport afin de réaliser un déplacement, par exemple, un accompagnement transport pour un motif médical.

Les aînés qui se déplacent en automobile et qui possèdent leur propre permis de conduire participent le plus aux activités familiales, sociales et communautaires. Les femmes de 85 ans et plus, ainsi que les personnes sans permis de conduire, participent le moins à ce type d'activités. Une barrière existe : la diminution du réseau social capable de soutenir les déplacements pour les loisirs et les services de santé.

L'inaccessibilité au déplacement a un impact davantage important pour les femmes de 85 ans et plus vivant seules. Elles vivent plus longtemps que les hommes et ont souvent des affections chroniques pour lesquelles elles doivent consulter.

La plupart des aînés vivent dans des milieux où les solutions de rechange à l'automobile sont peu disponibles. Faciliter les déplacements quotidiens peut redonner l'autonomie à ceux qui, autrement, se retrouveraient en situation de dépendance envers leurs proches et les services de soutien.

Pistes d'actions ou éléments à considérer :

- offre des modes de transport de rechange adéquats : à la suite de l'abandon ou la perte du permis de conduire;
- adaptation des aménagements urbains et ruraux : diminuer la dépendance à l'auto et favoriser le déplacement par le transport actif et en commun en abandon ou perte du permis de conduire;
- adaptation de transports en commun pour répondre aux besoins des aînés : accompagnement des personnes, coût abordable et offre du service.

4.2 L'amélioration des conditions de vie des aînés

Agir sur les conditions de vie, même après que la maladie se soit installée ou que certaines incapacités se fassent sentir, est aussi un gage de succès pour la qualité de vie des aînés. L'amélioration des conditions de vie est le facteur ayant le plus contribué à l'augmentation de l'espérance de vie au cours du dernier siècle. Il demeure aujourd'hui le facteur ayant le plus d'influence sur la santé.

Le contexte de vie réfère aux facteurs en amont qui influencent la santé, par exemple, la capacité d'adaptation aux évènements et les changements associés à l'évolution en âge, un milieu de vie sain et sécuritaire, l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie et la participation sociale.

Regardons maintenant un certain nombre de contextes de vie.

4.2.1 Vivre chez soi ou aller vivre ailleurs… dans des milieux de vie sains et sécuritaires

Vivre le plus longtemps possible chez soi est souvent le premier souhait des personnes aînées. Certains éléments sont à prendre en considération pour fournir une réponse appropriée au choix des aînés de demeurer « chez soi », notamment, en augmentant les services de proximité, les services de soutien à domicile, en adaptant le logement et en mettant en valeur des environnements favorables aux aînés, par exemple des municipalités MADA. S'il vient un temps où il faut penser à ne plus demeurer « chez soi », il est souhaitable de se préparer à cette éventualité, par exemple, se renseigner aux différentes possibilités à sa disposition, changer les perceptions peut aider à mieux accepter cette nouvelle étape de la vie.

Résidence pour personnes âgées (RPA)

Les RPA, particulièrement celles de grande taille, sont de plus en plus présentes dans le paysage de l'habitation au Québec. En Chaudière-Appalaches, le nombre de RPA est de 172[32] et environ 3 450 aînés, soit 5 %, y résident.

Habitation communautaire

Ce sont des propriétés collectives privées, administrées par la société civile : coopératives et organismes sans but lucratif (OSBL) en habitation. Au Québec, en 2016, les aînés représentent 4,7 % des ménages qui bénéficient d'une habitation à loyer modique en coopératives d'habitation ou dans des habitations gérées par des organismes à but non lucratif[33].

---

[32] Résidences Québec.ca - Conseillers en résidences pour retraités. *Résidences pour personnes âgées à Chaudière-Appalaches*, Consulté le 21 août 2018, https://www.residences-quebec.ca/fr/residences/chaudiere-appalaches?r=12

[33] Société d'Habitation du Québec (2016). *Ménages bénéficiant d'une habitation à loyer modique en 2016, par volets et par clientèles*, Consulté en janvier 2019 http://www.habitation.gouv.qc.ca/statistiques/regroupements/parc_de_logements_sociaux/le_parc_de_logements_sociaux/programme_habitations_a_loyer_modique.html

Logement social

Ce sont des logements publics (HLM) et logements abordables gérés par les OMH ou de propriétés collectives privées. En Chaudière-Appalaches, il y a 2 042 logements à loyer modique (HLM) pour les aînés[34].

Hébergement

Avec l'avancement en âge, le risque d'incapacités majeures augmente et la proportion des aînés logés en hébergement, par exemple les hôpitaux et les CHSLD, tend à s'accroître. Dans la région, au 31 mars 2017, le taux d'hébergement en CHSLD est de 3,26 % par 100 personnes de 70 ans et plus (SAPA-CA) ce qui est toutefois un peu en dessous du taux fixé par le MSSS (pour en savoir davantage se référer aux données sur les ménages collectifs p. 12).

Lorsque les logements sont abordables et sont adaptés aux besoins et aux capacités des aînés, et qu'ils sont situés à proximité de commerces et de services, cela augmente la participation sociale des aînés.

L'habitation a une grande influence sur la santé et la sécurité des aînés, entre autres, ils passent bien souvent 80 % à 90 % de leurs journées dans leur logement. Les coûts reliés au logement sont une source d'inquiétude grandissante pour les aînés, notamment, pour ceux ayant des revenus moyens ou faibles :

- 46 % des aînés au Québec consacrent plus de 30 %[35] de leur revenu brut au logement : cela est plus marqué chez les femmes âgées;
- les formules de logements abordables, par exemple les HLM, sont perçues comme inaccessibles : longues listes d'attente et critères stricts d'admissibilité;
- les formules à but lucratif, par exemple RPA de grande taille, ne conviennent pas aux aînés défavorisés : prix élevé de leur loyer et services.

La migration régionale des aînés vers les villes centres est de plus en plus présente, principalement en raison d'absence de services de proximité et de santé et le manque d'une offre d'habitation et de transport adapté. Ainsi, les aînés concernés sont susceptibles de vivre un déracinement de leur communauté pour se rapprocher des services.

4.2.2 Vivre seul : plus à risque d'être vulnérable

Être bien entouré c'est un filet de protection qui a un effet significatif sur la santé et le bien-être de la personne, encore plus lors des difficultés de la vie et de périodes de transition. Le réseau social peut être composé de membres de la **famille**, d'**amis**, de **voisins**. Il permet de vivre une expérience plus positive du vieillissement. Sa taille et sa qualité peuvent changer les choses pour plusieurs aînés, par exemple, lors d'épisode de maladies, un deuil, l'entraide. Les bienfaits d'avoir une ou des personnes avec qui les liens sont significatifs dans nos vies sont évidents. Ces personnes peuvent apporter leur soutien pour traverser des moments difficiles et vice-versa. Elles permettent de se sentir nécessaires et valorisés. Un autre aspect du mieux-être est le sentiment d'appartenance, que ce soit au sein de sa famille, de son quartier, d'un club, d'une association ou de la communauté. Les aînés qui ont des liens significatifs avec leur entourage et qui maintiennent une vie active sont généralement plus heureux, en meilleure santé et davantage en mesure de s'adapter aux changements de la vie.

---

[34] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2016). *Rapport d'activités 2015-2016 et Bilan final; entente spécifique sur le soutien communautaire en logement social et communautaire dans la région de la Chaudière-Appalaches le 2 mars 2016, Annexe III*, Sainte-Marie.

[35] Garon, Suzanne et Mario Paris (2017). *Forum Vieillir et vivre ensemble – Politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec – 1er et 2 juin 2017*, Consulté en janvier 2019 http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/vieillir-et-vivre-ensemble/

Tel que présenté dans la section « données sociodémographiques », près de 9 aînés sur 10 vivent à domicile. Parmi eux, 24 % vivent seuls dans leur logement et ce sont davantage de femmes. Une personne sur huit (13 %) âgée de 65 à 74 ans vit avec une incapacité modérée ou grave et cette proportion quintuple chez les 85 ans et plus (63 %). Ce qui implique que bien souvent ces aînés sont confrontés à réévaluer leur environnement et à devoir l'adapter ou le quitter.

L'isolement social est généralement défini comme le fait d'établir de rares contacts avec autrui ou des contacts de piètre qualité. Les personnes isolées socialement manquent de contacts sociaux, de rôles sociaux et de relations mutuellement bénéfiques. La prévalence de ce phénomène varie beaucoup : au Canada, c'est plus de 15 % des personnes de 65 ans et plus[36].

Les facteurs contribuant à l'isolement social peuvent être :

- Les pertes et deuils :
  - déclin de la santé physique et mentale, dont perte auditive ou visuelle;
  - perte du permis de conduire;
  - deuil d'un membre de la famille, d'amis, de proches.
- Les transitions :
  - prendre sa retraite;
  - déménager;
  - devenir proche aidant.
- Une situation financière précaire.
- Les contraintes de l'environnement :
  - l'âgisme;
  - les transports;
  - l'habitation;
  - l'aménagement;
  - la sécurité;
  - l'accessibilité;
  - l'éloignement;
  - les services peu adaptés aux technologies de l'information et des communications.

À la suite d'un échange d'idées lors d'une rencontre du conseil d'administration, la TCA a produit un avis sur l'isolement des aînés et a émis trois recommandations[37].

Nul doute que la solitude mine la santé psychologique et physique. Le Dr Martin Juneau, cardiologue et directeur de la prévention à l'Institut de cardiologie, affirme que « l'interaction sociale est la pierre angulaire de l'espérance de vie et a plus d'impact sur la santé que la génétique, l'argent, le type d'emploi ou même le taux de cholestérol[38] ».

---

[36] Tourigny, André (2017). *Collaborer pour diminuer l'isolement social des aînés à Québec : portrait d'un collectif*, Colloque de l'IVPSA, octobre 2017, Présentation Powerpoint.

[37] Grégoire, Maurice et al (2019). *Avis sur l'isolement de certains aînés*, Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches, 12 pages.

[38] Le Devoir (2018). Le ministère de la solitude – 31 janvier 2018, Consulté en janvier 2019, http://www.ledevoir.com/societe/sante/518510/un-ministere-de-la-solitude

4.2.3 La participation sociale

La participation sociale[39] qui a plusieurs effets bénéfiques non seulement sur l'individu, mais également pour la société, signifie :

- voir du monde et entrer en relation;
- prendre du pouvoir dans les décisions qui nous concernent;
- partager des savoirs;
- aider et s'entraider;
- s'impliquer dans un projet collectif;
- vivre des activités plaisantes en groupe.

Une réalité de plus en plus présente : les aînés et le marché du travail

Les changements sociodémographiques importants à venir d'ici 2036 apporteront des réalités nouvelles en regard du marché du travail et dans les modes de transition du travail à la retraite. Certaines personnes retourneront sur le marché du travail après avoir pris leur retraite, notamment en raison de :

- l'allongement en espérance de vie;
- des revenus de retraite de moins en moins suffisants[40]. Plusieurs touchent leurs rentes et continuent à travailler[41] (voir en annexe tableau 9).

4.2.4 Les conditions socioéconomiques : un lien avec la santé et le bien-être

Les conditions matérielles et sociales ont une influence déterminante sur la santé. Lorsque l'on est pauvre et que l'on a peu de soutien social, la qualité de vie, le mieux-être et la santé peuvent être grandement altérés. L'espérance de vie risque d'être plus courte.

La « défavorisation[42] »

Au Québec, l'une des manières de « mesurer » les conditions matérielles et sociales d'une population est l'indice de « défavorisation ». On dira d'une population (individus, familles ou groupes) qu'elle est « défavorisée » quand elle vit un état de désavantage relatif par rapport à l'ensemble du territoire auquel la population appartient.

La pertinence de l'indice de défavorisation a été démontrée à travers plusieurs études ayant permis d'établir un lien entre le niveau de défavorisation et l'état de santé, par exemple, mortalité par cancer, difficultés par les jeunes, utilisation des services, etc.

L'indice de défavorisation combine six indicateurs qui, ensemble, permettent de mesurer la défavorisation matérielle et sociale.

---

[39] Raymond, É., A. Sévigny et A. Tourigny (2012). *Participation sociale des aînés : la parole aux aînés et aux intervenants,* Institut national de santé publique du Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, page V.

[40] Bourassa, Annie et coll. (2015). *Des avancées et des défis en Chaudière-Appalaches : Pour une région en santé*, Sainte-Marie, Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, Sainte-Marie, p 41-42.

[41] Latulippe, Denis (2017). *Les aînés et le marché du travail dans le Québec de demain… ou comment s'adapter à un environnement en mutation,* École d'actuariat de l'Université Laval, Forum Vieillir et vivre ensemble - Bilan, échanges et perspectives - 1er et 2 juin 2017.

[42] Source : Fiche explicative; conditions socioéconomiques (2006). Indice de défavorisation de Pampalon, octobre 2010.

La défavorisation matérielle :

Elle reflète **la privation de biens et de commodités de la vie courante**. On calcule cette défavorisation matérielle en utilisant trois indicateurs :

- la proportion de personnes de 15 ans et plus sans certificat ou diplôme d'études secondaires (faible scolarité);
- le ratio emploi/population chez les 15 ans et plus (inoccupation);
- le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus.

La défavorisation sociale :

Elle souligne la **fragilité du réseau social, de la famille à la communauté.** On calcule cette défavorisation sociale en utilisant trois indicateurs :

- la proportion de personnes de 15 ans et plus vivant seules dans leur domicile;
- la proportion de personnes de 15 ans et plus séparée, divorcée ou veuve;
- la proportion de familles monoparentales.

Plus une communauté est défavorisée, plus son état de santé et de bien-être est précaire. Les personnes qui ont un statut économique moins élevé courent un plus grand risque d'être en moins bonne santé que celles qui se situent juste au-dessus dans l'échelle de défavorisation.

La défavorisation et les communautés

En 2017, la Direction de santé publique de Chaudière-Appalaches a publié une mise à jour des portraits de la « Caractérisation des communautés locales » pour chacun des territoires de la région. Le but : raffiner les connaissances sur les communautés locales et soutenir le développement des communautés en alimentant les discussions sur les dynamiques de coopération, d'entraide, de partenariat et de mobilisation des acteurs locaux et des populations. Vous trouverez en annexe 4 la caractérisation des aînés dans les communautés locales de chaque MRC et pour la Ville de Lévis.

Les « communautés locales » sont des entités relativement homogènes aux plans humain et géographique, regroupant des résidents ayant un certain sentiment d'appartenance ou partageant des affinités. Elles sont délimitées à partir des aires de diffusion de Statistique Canada. La région de la Chaudière-Appalaches compte 236 communautés locales.

La défavorisation et les aînés de Chaudière-Appalaches

Malgré que les dernières décennies aient été marquées par une amélioration des conditions de vie, de grandes inégalités persistent encore au Québec, comme en Chaudière-Appalaches :

- 21 % des aînés de Chaudière-Appalaches vivent dans des communautés locales plutôt ou très défavorisées;
- Plus du tiers des aînés n'ont pas de diplôme (varie de 23 % à 53 % selon les MRC de Chaudière-Appalaches);

- le revenu médian des aînés après impôt est de 22 420 $ (23 576 $ pour l'ensemble des aînés du Québec[43]), et il est plus bas chez les femmes;
- parmi les personnes âgées de Chaudière-Appalaches en 2015, 20 % sont considérées comme ayant un faible revenu, selon la mesure de faible revenu après impôt. Alors que 16,1 % des hommes ont un faible revenu, c'est 23,7 % des femmes du même âge qui sont dans la même condition[44].

La « mesure de faible revenu (MFR) »

Taille du ménage	Revenu annuel après impôt (mesure de faible revenu)
1 personne	22 133 $
2 personnes	31 301 $
3 personnes	38 335 $
4 personnes	44 266 $
5 personnes	49 491 $
6 personnes	54 215 $

Toutes proportions gardées, les femmes âgées de 65 ans et plus résidant en Chaudière-Appalaches sont plus nombreuses que les hommes à avoir une faible scolarité et davantage vivent sous le seuil de faible revenu.

4.2.5 Littératie

Il faut par ailleurs tenir compte de la littératie des aînés, c'est-à-dire leur capacité à trouver, à comprendre l'information relative à la santé de manière à maintenir et à améliorer leur santé et leur bien-être.

Un bon nombre de personnes âgées ne sont pas assez familières avec la lecture et l'écriture pour remplir un formulaire, interpréter la posologie d'un médicament ou encore assimiler l'information présentée par un dépliant[45].

Ces difficultés de lecture ou de compréhension sont susceptibles de réduire la capacité de la personne à comprendre l'information qui lui est donnée et son état de santé, ce qui peut nuire à son autonomie.

Bref, un faible niveau de littératie est synonyme de difficulté à comprendre les questions, peu importe le type de service (financier, santé, etc.). Une personne moins informée des différents services et traitements préventifs aura moins recours au système de santé.

Pistes de solutions pour la littératie :

- s'assurer de diffuser une information claire, selon différentes modalités, que les aînés pourront facilement comprendre;
- sensibiliser et outiller les ressources (médecins, professionnels, intervenants) qui offrent des services aux aînés.

[43] Source : Statistique Canada, Enquête nationale des ménages (ENM). Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2017.

[44] Source : Statistiques Canada, profil du recensement; faible revenu en 2015; Chaudière-Appalaches, http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016.

[45] Institut de coopération pour l'éducation des adultes (2007). *Répondre aux besoins des aînés en matière de littératie*, 14 pages, Consulté en janvier 2019, http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/126752.pdf

4.3 Que devons-nous retenir?

1. Une réalité à tenir compte : la grande majorité des aînés sont autonomes, vivent à domicile et vivent de plus en plus longtemps. Des atouts pour vieillir à domicile, il importe de briser l'isolement, d'être engagé dans sa communauté, d'avoir un bon réseau social, de se sentir en sécurité et avoir accès aux services ainsi qu'à l'aide à domicile.
2. La situation des personnes vivant seules est un sujet de préoccupation pour les autorités. Certaines personnes vivent seules par choix, mais pour d'autres le fait de vivre seul n'est pas toujours le résultat d'un choix. Ce mode de vie peut comporter des risques pour leur santé et leur sécurité, par exemple, une situation économique difficile qui peut compromettre leur capacité à se nourrir ou se loger, un manque de soutien en cas de difficulté qui pourrait être une conséquence de l'isolement ou du réseau social insuffisant. Ces groupes, entre autres, plus fragilisés économiquement et socialement, doivent retenir l'attention nécessaire du réseau de la santé et des services sociaux.
3. On ne vieillit pas tous de la même façon dépendamment de nos conditions et de notre mode de vie. Bien souvent, le réseau de santé et des services sociaux connaît seulement les personnes qui utilisent les services. Une approche selon la perspective d'un vieillissement en santé permet d'avoir une vision globale.
4. Au lieu de considérer l'âge comme le déterminant de la santé, on devrait plutôt considérer les facteurs de risque liés à la perte d'autonomie : risque de maladie chronique, risque d'incapacité et de fragilité. À noter que prises individuellement, les conséquences découlant de ces trois facteurs sont gérables. Cependant, l'interrelation fait que la situation de la personne âgée se complique rapidement.
5. Lorsqu'on est pauvre et qu'on a peu de soutien social, l'espérance de vie risque d'être plus courte, la qualité de vie, le mieux-être et la santé peuvent être grandement altérés.

Considérant que la défavorisation matérielle et sociale est un déterminant majeur de la santé, soutenir les personnes vivant en contexte de défavorisation est une mesure de base pour assurer leur autonomie.

Les leviers pour agir aux sources du problème de la défavorisation et de la qualité de vie des aînés sont entre les mains de plusieurs partenaires et nécessitent une intervention concertée. L'intervention intersectorielle comme l'emploi, l'éducation, la solidarité sociale, l'action communautaire, etc., prend ici tout son sens, par exemple, logements sociaux, coopératives d'habitation, adaptation du parc locatif aux besoins des aînés, revitalisation des quartiers, adaptation du travail en fonction des attentes des employeurs et des besoins des travailleurs âgés. Également, lors de nos différentes interventions, il faut tenir compte de la littératie des aînés.

5. L'ACCESSIBILITÉ À DES SOINS DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La coordination à l'accès aux services au sein de notre région sociosanitaire de la Chaudière-Appalaches est assurée par le CISSS de Chaudière-Appalaches. Il vise à offrir un parcours de soins et des services continus, de qualité et efficient ainsi qu'une facilité et une équité d'accès.

5.1 La prévention

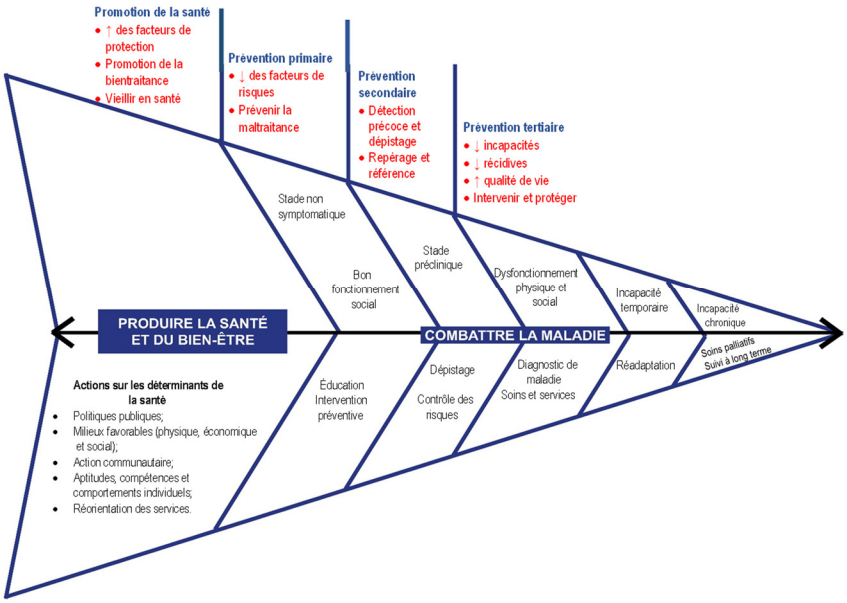
Une majorité des personnes âgées de 65 ans et plus ne présentent pas de limitations fonctionnelles importantes, ont une bonne qualité de vie et se considèrent comme en bonne santé. De fait, la très grande majorité des aînés vivent dans leur domicile. Certaines conditions entraînant des incapacités sont complètement ou partiellement réversibles, en partie parce que des soins ont été reçus, mais également par une amélioration des habitudes de vie, même à un âge avancé, par un dépistage ou une détection précoce ou par une amélioration des milieux de vie, comme l'environnement domiciliaire sécuritaire. En agissant en amont sur les conditions de vie et en assurant une détection et une prise en charge précoces des problèmes, nous agissons sur plusieurs causes évitables de perte d'autonomie.

Il est important de noter que maintes mesures de promotion de la santé ou de prévention ont des répercussions positives pour tous les groupes d'âge, entre autres, pour les enfants, les jeunes familles et les personnes handicapées, notamment, les mesures de sécurité routière ou domiciliaire, l'aménagement paysager des quartiers (parcs, espaces verts, présence de bancs, amélioration du transport en commun) sont autant d'exemples qui améliorent la qualité de vie et la santé des uns et des autres. Il s'agit d'actions au bénéfice de toutes les générations, qui contribuent à la santé et la qualité de vie des uns et des autres.

Pour pallier aux enjeux du vieillissement reliés à l'utilisation des services et la qualité de vie des aînés, il est primordial d'intégrer du préventif tout au long du continuum de soins et de services. Par exemple, la prévention des chutes, la promotion des saines habitudes de vie, le dépistage du cancer du sein, le soutien à l'arrêt tabagique, la vaccination contre l'influenza et le pneumocoque, la prévention des problèmes buccodentaires.

La figure ci-dessous présente différents exemples de promotion de la santé et de niveaux de prévention dans les services pour la clientèle aînée.

Direction du programme SAPA (1er novembre 2017)
L'intégration du préventif dans le curatif



Source : Adapté du « Continuum de santé et de services Naître, grandir et vieillir en santé » de l'IPCDC

5.2 Quelques statistiques à considérer dans l'organisation des services

Selon une présentation issue du Forum sur les meilleures pratiques (25 et 26 mai 2017) : usagers, CHSLD et soutien à domicile[46]. Voici quelques principes fondamentaux des services de soutien à domicile :

- une approche de soins axée sur **les capacités** a plus d'impact sur la santé de la population que les approches curatives;
- l'usager et ses proches sont les plus grands « producteurs » de santé;
- les besoins sont interreliés, et donc les **solutions interdépendantes :** importance de la coordination des services;
- une **approche populationnelle** est de mise. Ne répondre qu'aux usagers demandeurs de services ne semble pas être une bonne pratique;
- une compensation sur les effets fonctionnels des maladies chroniques importe autant que le traitement des déficiences;
- des services SAD intégrés dans un continuum de services sont essentiels pour éviter les bris de continuité, par exemple, liaison-hôpitaux/SAD/GMF;
- des services SAD forts et préventifs permettent d'éviter les hospitalisations et ses effets indésirables, par exemple, syndrome d'immobilisation et déclin fonctionnel.

5.2.1 Les maladies chroniques et les incapacités[47]

Avec le vieillissement de la population, nous anticipons une augmentation des maladies chroniques et une augmentation du nombre de personnes souffrant d'incapacités. Par maladie chronique, on entend généralement :

« Les maladies chroniques regroupent un ensemble de problèmes de santé qui répondent à certaines caractéristiques. Ces maladies ne sont pas contagieuses : elles résultent plutôt de l'adoption de certaines habitudes de vie ainsi que de processus biologiques liés à la génétique ou au vieillissement. À l'égard de leur évolution, elles se caractérisent par un début habituellement lent et insidieux, leurs symptômes apparaissent progressivement et elles sont de longue durée. Finalement, elles ne se résolvent pas spontanément et ne peuvent généralement pas être guéries complètement[48] ».

On reconnaît donc habituellement que les maladies chroniques incluent, entre autres, plusieurs problèmes de santé affectant les appareils circulatoire, respiratoire et musculosquelettique, de même que le diabète ainsi que plusieurs cancers[49]. Leurs caractéristiques :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si, généralement, leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de vie (incapacités et pertes d'autonomie);

---

[46] Couturier, Yves, Ph. D., directeur scientifique du Réseau des connaissances en services et soins de santé intégrés de première ligne et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les pratiques professionnelles d'intégration des services en généalogie, Consulté le 15 janvier 2019, http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/forum-sad/1_Bloc_1_Yves_Couturier.pdf

[47] Source : MSSS, données tirées de l'Infocentre de santé publique, fichier des décès, 2007 à 2011. Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, Direction de santé publique, équipe d'expertise en surveillance et en soutien méthodologique.

[48] Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010,* page 7.

[49] Commissaire à la santé et au bien-être dans son *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010,* page 17.

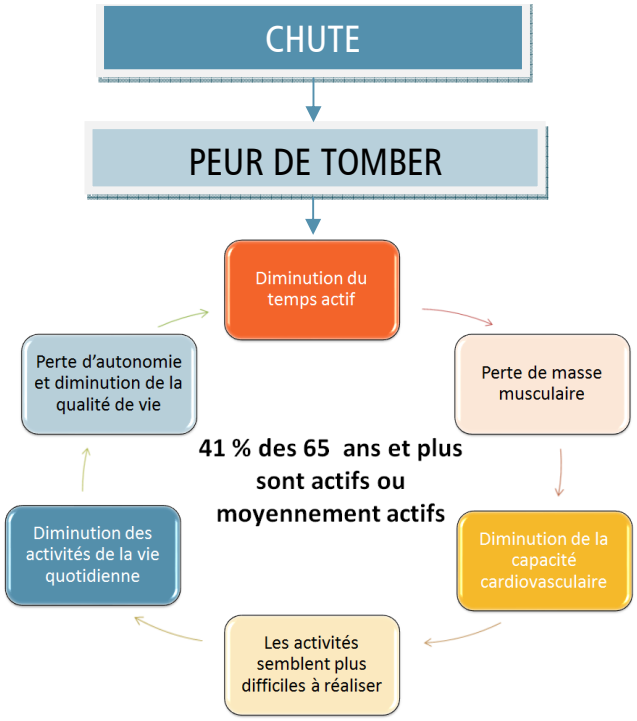
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée;
- sont souvent responsables des incapacités, par exemple, mobilité réduite, douleur, diminution de l'agilité, difficulté à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Les chutes sont particulièrement prédictives de perte d'autonomie et de fragilité chez les personnes âgées.

Pour plusieurs aînés, la chute constitue l'évènement déclencheur d'une perte de mobilité et d'autonomie. « Les chutes sont la cause de 9 % des visites à l'urgence des personnes âgées de 65 ans et plus (ICIS, 2011; MSSS, 2014). Il est également démontré que la probabilité d'admission dans un établissement de soins de longue durée est minimalement cinq fois plus élevée chez les personnes qui ont chuté au moins deux fois sans se blesser et dix fois plus chez celles qui ont fait une chute ayant entraîné une blessure grave (CCOTS, 2009; MSSS, 2014). Par ailleurs, plusieurs chuteurs développeront un syndrome postchute (peur de tomber), pouvant entraîner une diminution de l'autonomie et de la mobilité, un isolement social et des symptômes dépressifs, conduisant à une restriction supplémentaire des activités et à une augmentation du risque de rechute (WHO, 2007; MSSS, 2014). Les conséquences psychologiques et sociales des chutes chez la personne âgée représentent des causes fréquentes de déménagement en résidences privées ou en hébergement institutionnel, quand la chute elle-même devient le facteur compromettant du maintien dans le milieu d'origine »[50].

La figure « cercle vicieux de la sédentarité et de la perte d'autonomie[51] » explique en d'autres mots que la peur de tomber conduit à une diminution de l'activité physique qui amène à une perte de masse musculaire et une diminution de la capacité cardiovasculaire. Ce déconditionnement des capacités physiques risque, malheureusement, d'entraîner une nouvelle chute ou encore à une perte d'autonomie.

LE CERCLE VICIEUX DE LA SÉDENTARITÉ ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE



[50] Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (2017). *Programme de prévention des chutes*, Mise à jour juillet 2018, p. 1, Consulté le 25 février 2019, https://www.cisss-ca.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Prévention_des_chutes/Programme_de_prévention_des_chutes-2018-03-23.pdf

[51] Source : Formation de base VIACTIVE - Formation Devenir animateur VIACTIVE 2018-2019, Présentation Powerpoint diapositive 14.

5.2.2 Les décès

Comme mentionné au point 2 — *Portrait sociodémographique et de santé des aînés de Chaudière-Appalaches* du présent document, avec 32 % des décès causés par des cancers et 19 % par des maladies du cœur, les maladies chroniques constituent une préoccupation majeure par leur fréquence et leur gravité d'autant qu'elles ont un potentiel de prévention important.

5.3 Une gamme de services complémentaires pour vieillir le plus longtemps possible à domicile, et ce, avec une qualité de vie

5.3.1 Le repérage

Dans l'optique de mieux rejoindre les personnes isolées, différentes initiatives locales ont vu le jour en Chaudière-Appalaches, tout comme au Québec, pour avoir les services d'un travailleur du milieu pour aînés. Le financement de cette ressource relève du Secrétariat aux aînés, soit du programme *Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité* (ITMAV). L'objectif est de rejoindre les personnes de 50 ans ou plus qui sont en situation de vulnérabilité ou à risque de l'être afin de contribuer à leur intégration sociale et de renforcer leur pouvoir d'agir. Le travailleur de milieu va ainsi à la rencontre des aînés, créant un pont entre eux et les ressources du milieu.

Les appels de projets ITMAV de 2015, de 2016 puis le récent appel de 2018, et un projet QADA 2016-2019 (MRC de Montmagny et de L'Islet) ont permis ou permettront de couvrir toute la région de la Chaudière-Appalaches avec des travailleurs et travailleuses de milieu, à l'exception de la MRC Robert-Cliche[52].

- les travailleurs de milieu occupent une place importante dans le continuum de soutien offert aux personnes vieillissantes par les actions-clés spécifiques réalisées par les travailleurs de milieu (TM);
- les travailleurs de milieu jouent un rôle de « pivot » vers les ressources du milieu en respectant le principe de non-dédoublement, les ITMAV agissent en complémentarité avec ces ressources et y réfèrent les aînés vulnérables;
- cette complémentarité avec les ressources du milieu assure une connaissance bidirectionnelle de celles-ci;
- les travailleurs de milieu agissent de manière préventive en privilégiant le développement du pouvoir d'agir (*empowerment*);
- en l'absence de ressources en réponse aux besoins identifiés, les travailleurs de milieu travaillent en étroite collaboration avec les organisateurs communautaires dans la mobilisation de partenaires variés pour stimuler l'émergence d'une réponse appropriée.

Les travailleurs de milieu s'adaptent aux spécificités des milieux et à la singularité des situations qui se présentent tout en assurant le respect de leurs critères identitaires communs[53].

Pour en savoir davantage et prendre connaissance des recommandations de la Table, nous vous invitons à consulter le mémoire « *Le travailleur de milieu auprès des aînés vulnérables, un service essentiel… »*

https://tabledesainesca.files.wordpress.com/2018/12/M%C3%89MOIRE-TMAV-SYNTH%C3%88SE.pdf
https://tabledesainesca.files.wordpress.com/2018/12/M%C3%89MOIRE-TMAV-version-int%C3%A9grale.pdf

---

[52] Grégoire, Maurice et al (2018). *Le travail de milieu auprès des aînés vulnérables, un service essentiel…*, Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches 2018, 57 pages.

[53] Association québécoise des centres communautaires pour aînés (2013). *Le projet de recherches-actions visant la consolidation et la reconnaissance des ITMAV*, mai 2013, diapositive 14.

5.3.2 Le service de soutien à domicile

Les services de soutien à l'autonomie des personnes âgées regroupent tous les services dispensés par un établissement de santé, à domicile ou ailleurs. Ils s'adressent à toutes les personnes qui sont en perte d'autonomie, principalement due à l'avancement en âge, et ce, peu importe la cause : perte d'autonomie fonctionnelle, problèmes cognitifs (comme la maladie d'Alzheimer) ou maladies chroniques.

Les services à domicile ont pour but de maintenir la personne dans son milieu de vie naturel tout en la soutenant dans son désir de mener une vie autonome. Ces services s'adressent aux individus âgés de 65 ans et plus en perte d'autonomie, leur famille et leurs proches :

- soins infirmiers;
- psychosociaux;
- ergothérapie et physiothérapie;
- inhalothérapie;
- aide à domicile;
- nutrition;
- soutien aux proches aidants.

5.3.3 Les médecins de famille et accès

En 2017, 90,7 % de la population de Chaudière-Appalaches a désormais accès à un médecin de famille. On constate que chez les 50 à 69 ans, c'est 92,5 % qui ont accès à un médecin de famille. Plus on avance en âge, tous les aînés ont accès à un médecin de famille. Ce taux d'inscription est en légère augmentation depuis 2013[54].

5.3.4 Les proches aidants

Au Québec, une organisation a vu le jour en 2009 pour contribuer à améliorer la qualité de vie des proches aidants d'aînés, à faciliter leur quotidien et à veiller à ce qu'ils tirent pleinement profit des ressources mises à leur disposition. Cette association se nomme *L'Appui pour les proches aidants d'aînés.* Chaque région administrative du Québec a son bureau régional qui gère un fonds permettant d'investir dans de nombreux services directs consacrés aux proches aidants d'aînés.

Ce bureau soutient les organismes locaux voués au bien-être des proches aidants, et ce, afin de leur offrir des services adaptés dans leur milieu.

Que signifie être un « *proche aidant* »? C'est une personne qui fournit régulièrement et sans rémunération du soutien ou des soins à une personne âgée ayant une incapacité significative ou persistante et avec qui elle entretient une relation familiale ou affective. Cela peut prendre différentes formes par exemple[55] :

- donner du soutien à un parent qui commence à perdre son autonomie;
- habiter avec son conjoint ou un parent qui ne pourrait plus vivre seul étant donné l'ampleur de ses besoins d'aide et de soutien;
- veiller au bien-être d'un parent ou d'un conjoint qui vit en milieu d'hébergement;
- consacrer du temps au soutien ou aux soins d'un membre de la famille ou d'un ami qui éprouve des problèmes de santé ou qui est en perte d'autonomie.

---

[54] Institut de la statistique du Québec, taux d'inscription auprès d'un médecin, régions sociosanitaires et Québec, Consulté le 26 février 2019, http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/comp_interreg/tableaux/taux_med_fam.htm

[55] Soins à domicile Montréal. *Le rôle de proche aidant*, Consulté en février 2019, https://www.montrealsoinsadomicile.ca/le-role-de-proche-aidant.html

Selon les données tirées du rapport annuel 2017-2018 de *L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière-Appalaches,* on peut estimer qu'en 2012, près de 72 000 personnes — soit 58 % de femmes et 42 % d'hommes[56] — ont offert des soins et du soutien à domicile à une personne aînée.

Plus du tiers de ces personnes ont consacré, par semaine, plus de cinq heures aux soins des personnes aidées. Plus de la moitié des proches aidants d'aînés, soit 56 %, occupent un emploi et sont âgés de 45 à 64 ans[61].

L'aide au transport est le service le plus souvent offert à la personne aidée dans une proportion de 80 %, suivi de la préparation de repas à 49 % et de l'entretien de la maison à 44 % [61].

Il faut soutenir l'aidant pour éviter qu'il s'épuise ou soit malade, par exemple :

- les sensibiliser à l'importance à demander du soutien tant pour leur proche que pour lui-même;
- faire connaître les services (aide-domestique, livraison à domicile, préparation de repas, service de répit, transport bénévole);
- développer les connaissances, les compétences et les comportements utiles à son rôle d'aidant;
- prévenir la détresse et éviter qu'il s'isole;
- encourager la participation sociale;
- rappeler toute l'importance de prendre soin de soi.

5.3.5 Les services de proximité

On réfère souvent au terme « services de proximité »; toutefois, il peut y avoir différentes définitions.

En fait, ce sont des moyens mis de l'avant, généralement dans un territoire de MRC ou de CLSC, pour rejoindre les citoyens éloignés des services et renforcer les collaborations avec les partenaires du milieu. Il s'agit, entre autres, d'augmenter l'accessibilité des ressources, d'agir en amont de concert avec les partenaires et redonner aux individus le pouvoir sur leur santé.

Outre l'importante contribution du réseau de la santé et des services sociaux dans ce secteur, on doit signaler le rôle joué auprès des personnes aînées vivant à domicile par plus de 35 organismes communautaires[57] et huit entreprises d'économie sociale en aide-domestique dans la région de la Chaudière-Appalaches.

Ces organismes contribuent grandement au souhait exprimé par les aînés, soit vieillir à domicile. Mentionnons :

- les organismes communautaires et d'aînés, par exemple, sécurité alimentaire, popote mobile, jardins communautaires, accompagnement-transport, visite d'amitiés, FADOQ;
- les coopératives de service à domicile;
- les centres communautaires et de loisirs;
- le réseau VIACTIVE (activité physique et Programme *Vivre en équilibre, à nous de jouer*!);
- les services d'action bénévole;
- les ressources d'aide et d'écoute.

---

[56] L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière-Appalaches (2017). *Rapport annuel 2017-2018 — L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière-Appalaches*, page 2, Consulté le 23 janvier 2019, https://www.lappui.org/content/download/21492/file/RA1718.pdf

[57] Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (2014). *Fiche sociosanitaire : Région de la Chaudière-Appalaches*. Dernière mise à jour le 16 décembre 2014, Direction générale de l'Infocentre, page 3.

5.4 Que devons-nous retenir?

Trois défis

La population est vieillissante, plaçant les maladies chroniques à l'avant-plan. Avoir accès aux services, les connaître et oser les demander est une affaire de tous : la personne elle-même, sa famille, son voisinage, les décideurs, les intervenants des réseaux de services publics, les organismes communautaires, etc. Par ailleurs, les instances locales et la Table régionale de concertation des aînés doivent être représentatives, reconnues et valorisées. La solution : une synergie et complémentarité dans les actions que ce soit par la personne aînée, sa famille et ses proches, la municipalité MADA, les organismes d'aînés, les décideurs, les instances de concertation, etc. Il faut travailler ensemble!

Intégration des services de santé

Il revient au CISSS de Chaudière-Appalaches d'organiser des services accessibles, en assurant une continuité et une qualité, et ce, dans le milieu de vie ou le plus près possible. L'intégration souhaitée avec la création du CISSS de Chaudière-Appalaches en avril 2015, doit permettre un parcours de soins et de services plus simple et plus fluide, entre autres, pour les aînés : une solution pour mieux répondre à leur réalité et leurs besoins. Les aînés doivent aussi avoir accès à des services de promotion de la santé et à des services de santé de proximité.

Transformation des liens intergénérationnels et isolement social

L'isolement social nuit à la qualité de vie. Il faut envisager une augmentation de la solitude et de l'isolement des futurs aînés et du besoin d'assistance par des professionnels et bénévoles. Ce phénomène risque de créer des demandes supplémentaires sur les services de santé. Il serait souhaitable que toutes les MRC aient au moins une ressource de type travailleur de milieu. Une reconnaissance financière et de pérennité pour les *Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité* (ITMAV) est nécessaire.

Les dernières données démographiques indiquent que le nombre de proches aidants d'aînés est en forte croissance, ce qui devrait s'intensifier jusqu'en 2030. La croissance du nombre de proches aidants soulève, selon *L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière-Appalaches,* des enjeux d'intensification de services ainsi que d'amélioration de la qualité des interventions et de la synergie des ressources[58].

[58] L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière Appalaches (2017). *Rapport annuel 2016-2017 — L'Appui pour les proches aidants d'aînés Chaudière-Appalaches* 2016-2017, page 1.

6. L'ABUS ET LA MALTRAITANCE

Le saviez-vous?
En 2018, la ligne Aide Abus Aînés a reçu 137 appels en provenance de la région de la Chaudière-Appalaches concernant une situation de maltraitance.
69 % concernaient des femmes en situation de maltraitance, 62 % des aînés vivant à domicile et 22 % liés à de l'exploitation financière et matérielle
Statistiques régionales LAAA — janvier 2019

À l'instar du Québec, la région de la Chaudière-Appalaches vit les mêmes réalités. Malheureusement, avec le vieillissement de la population observé en Chaudière-Appalaches comme dans plusieurs régions du Québec, les situations de maltraitance envers les aînés risquent de s'accroître au cours des prochaines années.

Au cours des dernières années, de nombreux efforts ont été déployés dans la région afin de prévenir, repérer et agir sur les situations de maltraitance envers les personnes aînées. Chaque territoire peut compter sur une instance de concertation locale, un comité d'expertise clinique pour du soutien-conseil et un partenariat plus fort dans la gestion des situations de maltraitance. Plusieurs travaux et initiatives ont permis d'approfondir les connaissances des organismes, établissements, intervenants et gestionnaires des réseaux locaux de services (RLS) concernant la problématique de la maltraitance envers les personnes aînées et cela continue. Les partenaires de Chaudière-Appalaches se sont donné un langage et des moyens d'action communs. Des services ont également été mis en place afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes aînées à risque et en situation de maltraitance.

Il importe toutefois de préciser que les services n'ont pas été déployés uniformément dans l'ensemble de la région. La réalité, à ce jour, demeure variable d'un territoire à l'autre. Les différences sont toutefois mineures.

On peut regrouper les ressources actuellement en place en trois grandes catégories :

- services publics;
- organismes communautaires;
- groupes d'experts-conseils.

6.1 Qu'entend-on par abus et maltraitance?

La définition de la maltraitance retenue par le gouvernement du Québec s'appuie sur celle de la Déclaration de Toronto sur la prévention globale des mauvais traitements envers les aînés, de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en 2002, à laquelle la notion d'intention a été ajoutée :

« Il y a maltraitance quand un geste singulier ou répétitif, ou une absence d'action appropriée, intentionnelle ou non, se produit dans une relation où il devrait y avoir de la confiance, et que cela cause du tort ou de la détresse chez une personne aînée[59]. »

Autre complément à la définition :

Il y a maltraitance lorsqu'il y a un tort causé à une personne aînée par quelqu'un qui :

- limite et contrôle ses droits et libertés;
- utilise son pouvoir ou intimide pour profiter de la personne ou pour la contrôler;
- néglige la personne qui dépend d'autrui pour son bien-être.

[59] Organisation mondiale de la santé (2002b). Guide *Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation,* Consulté en janvier 2019, http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf

Comment savoir s'il y a un tort causé?

- la personne aînée est humiliée ou blessée;
- elle craint ou elle est menacée d'être abandonnée ou de voir la relation prendre fin;
- quelqu'un prend les décisions à sa place sans consentement;
- quelqu'un contrôle son argent ou ses biens sans consentement.

Sept types de maltraitance sont répertoriés :

- maltraitance psychologique;
- maltraitance physique;
- maltraitance sexuelle;
- maltraitance matérielle ou financière;
- maltraitance organisationnelle;
- âgisme;
- violation des droits.

Une situation de maltraitance :

- peut se produire une seule fois ou à répétition;
- peut être de nature criminelle ou non criminelle;
- peut être intentionnelle, par exemple, retirer pour ses fins personnelles de l'argent dans le compte de la personne;
- peut être non intentionnelle, par exemple, ne sachant plus comment venir en aide à sa mère qui semble peu collaboratrice, une fille « proche aidante » se montre de plus en plus impatiente et colérique avec elle.

6.2 Principaux constats sur les abus et la maltraitance[60]

Il est difficile d'établir la prévalence de la maltraitance. Les situations de maltraitance déclarées sont considérées par certains comme représentant la pointe de l'iceberg, notamment parce que certaines personnes aînées ne reconnaissent pas qu'elles sont maltraitées, ne se disent pas maltraitées ou ne souhaitent pas dénoncer :

- la maltraitance financière est le type de maltraitance le plus fréquemment rapporté, suivie de près par la maltraitance psychologique, au deuxième rang;
- plusieurs personnes (aînés, intervenants, proches, population en général, etc.) demeurent incapables de reconnaître des situations de maltraitance;
- certains types de maltraitance semblent être banalisés;
- le vieillissement de la population pourrait laisser entrevoir un nombre plus important de personnes aînées maltraitées;

[60] Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés (2017). *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, Québec, Gouvernement du Québec, 88 pages.

- l'isolement de certaines personnes aînées complexifie la prévention et le repérage, tout en offrant un terreau fertile pour l'apparition de situations de maltraitance;
- l'expérience sur le terrain démontre que la divulgation des situations de maltraitance ainsi que l'intervention sont complexes, car elles doivent tenir compte du respect de l'autodétermination de la personne aînée et de son besoin d'accompagnement;
- les connaissances sur la maltraitance ainsi que l'offre de formation qui y est associée, peuvent être améliorées;
- la lutte contre la maltraitance doit s'adapter à la diversité sociale et à la pluralité des modèles d'aînés;
- la maltraitance peut se produire dans tous les milieux fréquentés par les personnes aînées;
- la promotion de la bientraitance est à encourager, et ce, dès le plus jeune âge;
- l'expertise développée par plusieurs organismes communautaires en matière de lutte contre la maltraitance depuis plusieurs années devrait être accessible et utilisée dans une perspective durable.

6.3 Regard sur les constats et pistes d'intervention pour contrer la maltraitance[61]

6.3.1 En matière de prévention et de sensibilisation

Réaliser des campagnes d'information et de sensibilisation

- des campagnes de sensibilisation et de prévention ainsi que différents outils consacrés à la maltraitance des personnes aînées peuvent être réalisés en ciblant la population générale et des groupes de personnes spécifiques, par exemple, les adolescents et les jeunes adultes, les membres de la famille, les proches aidants, etc.;
- des activités de sensibilisation auprès de groupes spécifiques, par exemple, membres de la maison des aînés, personnes vivant en résidence, par le biais du programme de sensibilisation « Ce n'est pas correct ».

La sensibilisation peut aussi s'adresser aux différents partenaires concernés par certaines situations de maltraitance :

- les intervenants du réseau de la santé;
- les bénévoles et les organismes communautaires, pour ne nommer que ceux-ci.

Mettre en place des moyens diversifiés pour rejoindre toutes les personnes aînées

Il faut par ailleurs prendre des moyens pour rejoindre toutes les personnes aînées, les plus isolées par exemple. La sensibilisation peut se faire de différentes façons. On peut, par exemple, concevoir et distribuer des dépliants, des livrets ou des DVD, souligner la Journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes aînées qui a lieu le 15 juin chaque année, diffuser des campagnes de sensibilisation dans certains milieux clés ou auprès du grand public, réaliser des activités de prévention, élaborer des politiques, des règlements ou déterminer des orientations pour guider les interventions lors de situations de maltraitance.

[61] Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés (2017). *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, Québec, Gouvernement du Québec, 88 pages.

Lutter contre l'âgisme

La lutte contre l'âgisme peut également être considérée comme une préoccupation importante pour que la maltraitance soit évitée. En effet, l'âgisme peut constituer un terreau fertile à la maltraitance, par la banalisation de certains comportements répréhensibles, par exemple, préjugés, mépris, attitude infantilisante envers les personnes aînées.

Promouvoir la bientraitance

À l'opposé, faire la promotion de la bientraitance envers les personnes aînées permettra de prévenir la maltraitance, notamment parce que les besoins de la personne aînée seront inscrits au centre de toutes préoccupations. Concrètement, exercer la bientraitance peut se traduire comme suit :

- consulter systématiquement la personne aînée pour toutes questions ou tout choix la concernant, ne pas présumer de ce que cette dernière souhaite ou préfère;
- discuter avec la personne aînée de son parcours de vie, afin de mieux la connaître;
- aménager les horaires de travail, la gestion des repas, la routine du lever ou du coucher, en tenant compte des préférences de la personne aînée;
- aménager les espaces de vie de manière à respecter le plus possible l'intimité de la personne;
- respecter la confidentialité des propos échangés avec la personne aînée;
- regarder la personne aînée en lui parlant, utiliser un ton respectueux, l'encourager à s'exprimer, être patient;
- développer une relation professionnelle et personnalisée avec la personne aînée;
- annoncer ce que l'on s'apprête à faire et expliquer ce que l'on fait, par exemple : lors d'une consultation chez le médecin, lorsqu'une préposée, une infirmière ou une infirmière auxiliaire donne des soins à la personne aînée;
- demander à la personne comment elle souhaite être appelée, par son nom ou son prénom, et si elle souhaite être tutoyée ou vouvoyée.

6.3.2 En matière de repérage

Il est préférable qu'une personne en situation de maltraitance soit accompagnée et orientée vers des intervenants aptes à poursuivre l'intervention. Pour cette raison, différents outils de repérage de la maltraitance ont été développés et sont disponibles. Ils peuvent donc être employés et faire l'objet d'une diffusion. Il est important de rappeler que les trajectoires de services mises en place ont pour but de guider les intervenants et organismes dans le savoir-faire lors de repérage de situations de maltraitance.

6.3.3 En matière d'intervention et de protection

Les situations de maltraitance sont souvent complexes et font appel à différents intervenants qui mettent leur expérience et leur connaissance respectives à la disposition de la personne aînée maltraitée, et à son entourage, le cas échéant. Malgré les mesures existantes visant à lutter contre la maltraitance, des personnes en sont encore victimes, notamment les personnes en situation de vulnérabilité.

C'est dans ce contexte que la loi 6.3 (PL115) a été adoptée en mai 2017, notamment pour :

- obliger tous les milieux de soins dédiés aux personnes aînées en CHSLD, résidences privées, et autres, à adopter une politique de lutte contre la maltraitance envers les personnes en situation de vulnérabilité;
- mettre en place un système de signalement obligatoire pour protéger toutes personnes aînées utilisant les services de santé du CISSS et CIUSSS;
- faciliter la levée de la confidentialité ou du secret professionnel lorsqu'il y a risque sérieux de mort ou de blessures graves;
- encadrer l'utilisation des mécanismes de surveillance, comme des caméras dans les CHSLD, notamment par les usagers ou leur représentant;
- assurer en cas de maltraitance judiciaire de protéger la personne maltraitée et de pouvoir mettre fin à la situation de maltraitance;
- assurer un signalement obligatoire de certaines situations de maltraitance.

6.4 Que devons-nous retenir?

Bien que des données exhaustives sur la prévalence de la maltraitance en Chaudière-Appalaches soient très difficiles à obtenir comme pour l'ensemble du Québec, le nombre estimé de personnes qui pourraient vivre de la maltraitance varie d'un territoire à l'autre[62]. En Chaudière-Appalaches, la maltraitance que subissent les aînés de la région se traduit généralement par :

- l'âgisme;
- la violation de leurs droits;
- la maltraitance organisationnelle (soins et services);
- la maltraitance matérielle;
- la maltraitance financière;
- la maltraitance physique;
- la maltraitance sexuelle;
- la maltraitance psychologique.

On estime entre 4 à 7 % la proportion d'aînés vivant dans un ménage privé qui est susceptible de vivre une situation de maltraitance dans la région comme dans l'ensemble du Québec. C'est dire que, en Chaudière-Appalaches, entre 3 600 et 6 400 personnes aînées qui vivent en ménage privé seraient victimes de maltraitance sous forme de violence ou de négligence. Pour ce qui est des estimations par territoire, plus la population d'un territoire a de personnes âgées vivant dans un ménage privé, plus son nombre sera important. Ainsi, Les Appalaches, Desjardins et Les Chutes-de-la-Chaudière sont les territoires où le nombre de personnes maltraitées serait possiblement plus élevé[63] [64].

Des efforts ont été déployés jusqu'ici et il faut continuer. Des actions aux plans gouvernemental, régional et local sont à poursuivre. Pour lutter contre la maltraitance, tous les paliers d'interventions sont importants et le partenariat qu'il soit local ou intersectoriel. Le plan d'action régional de lutte à la maltraitance en Chaudière-Appalaches 2017-2019 est en évaluation pour laisser place, en cours d'année 2019, à celui de 2019-2021. Ce

---

[62] Ministère de la Famille – Secrétariat aux aînés (2017). *Plan d'action pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2017-2022*, Québec, Gouvernement du Québec, 88 pages.

[63] Source : Estimations à partir d'études pancanadiennes citées dans le *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées 2010-2015*, p. 23.

[64] Source : MSSS, Données provisoires pour 2018, estimations et projections démographiques.

dernier proposera une combinaison d'objectifs entre les orientations du *Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes aînées (PAM) 2017-2022* et les préoccupations locales afin de continuer à poser des actions concrètes dans notre région en matière de lutte à la maltraitance chez les aînés.

Quels enjeux devons-nous garder en tête pour les prochaines années? L'offre de formation est à bonifier pour plusieurs acteurs du milieu en matière de maltraitance. Les trajectoires de services sont définies, mais elles doivent être connues et comprises. Les processus d'interventions concertées sont à l'aube de connaître leur implantation et seront à renforcer. La sensibilisation sera toujours à poursuivre. Ceci constitue que certains des enjeux importants sont à prioriser.

Il est essentiel de continuer à être alerte pour observer un ou des indices de maltraitance. Gardons les yeux ouverts, allions nos forces et travaillons ensemble, car la maltraitance c'est la responsabilité de tous.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population représente un défi de taille en raison de sa complexité et de ses besoins grandissants et des ressources limitées. Les aînés ont une aspiration commune affirmée : vivre chez eux, le plus longtemps possible. Or, cela pose l'exigence d'une vision commune des besoins ainsi que des services à offrir aux aînés pour leur permettre de demeurer à domicile.

Ce portrait des aînés vise à documenter les cinq enjeux et besoins identifiés dans sa planification stratégique 2016-2021. Le but est de développer une compréhension commune qui favorise la concertation concernant :

- la qualité de vie des personnes aînées à domicile, en résidence privée et en institution;
- l'accessibilité à des soins de santé et des services sociaux;
- l'abus et la maltraitance, y compris l'exploitation financière;
- l'amélioration des conditions de vie des aînés;
- la promotion des intérêts et des droits des aînés (à venir).

Ce document met en lumière plusieurs défis reliés à ces enjeux et besoins. C'est un bon point de départ pour la concertation et le partenariat. Ensemble, il faut favoriser la participation sociale des aînés, la santé, la sécurité, et une utilisation optimale des ressources disponibles, et ce, dans un contexte de solidarité, respect et démocratie, valeurs qui sont chères aux membres de la Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches.

Plusieurs phénomènes sont en croissance tels que l'hétérogénéité du vieillissement et la migration vers les villes centres. Les liens intergénérationnels se transforment, ce qui amène progressivement un changement dans notre dynamique sociale, que ce soit au niveau du réseau social, de la réalité des proches aidants, des services de proximité. Les proches aidants sont des acteurs clés pour générer de la qualité de vie, mais ils ont aussi leurs limites. Il faut donc assurer des services préventifs et de proximité, faciliter l'accès à des milieux de vie sains, sécuritaires et abordables qui favorisent la participation sociale des aînés. Cela contribuera à la volonté exprimée de demeurer à domicile, le plus longtemps possible. Par ailleurs, rejoindre les personnes isolées et vulnérables demeure un défi qui nous interpelle tous.

Les besoins des aînés sont interreliés, ce qui exige de travailler en collaboration afin de mettre en commun des ressources et des savoir-faire. Une approche « populationnelle », qui permet de voir la personne aînée dans sa globalité, est de mise, car la lutte contre la maladie ne saurait suffire pour contribuer à la qualité de vie, quoique cette lutte soit essentielle! La prévention est la clé pour le maintien de l'autonomie et la qualité de vie. Il faut voir à améliorer la qualité de l'offre de service, mais aussi à outiller la personne aînée pour qu'elle puisse développer sa capacité à s'adapter aux différentes transitions et étapes de la vie.

La Table de concertation des aînés de Chaudière Appalaches réitère donc sa volonté d'être au rendez-vous pour contribuer à la qualité de vie des aînés de Chaudière-Appalaches tant pour ceux qui sont actifs et qui souhaitent demeurer dans leur domicile que pour ceux qui perdent leur autonomie et qui ont besoin de notre aide. Également, souhaitons que ces travaux alimentent et mobilisent tous les acteurs dans la prise de décision en Chaudière-Appalaches en matière de qualité de vie des aînés.

La Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches, dont le mandat vient d'être reconfirmé par la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants par une entente quinquennale 2018-2023, s'engage à poursuivre son rôle actif pour favoriser la concertation afin de favoriser une meilleure qualité de vie des aînés.

ANNEXE 1 — DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES PAR TERRITOIRES DE CLSC OU DE MRC

Tableau 1 : Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2018p[65]

	Hommes				Femmes				Total			
TERRITOIRE	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**
La Nouvelle-Beauce	1 749	757	285	2 791	1 596	886	564	3 046	3 345	1 643	849	5 837
Lotbinière	2 012	893	261	3 166	1 854	927	474	3 255	3 866	1 820	735	6 421
Les Chutes-de-la-Chaudière	5 102	1 789	473	7 364	5 145	1 871	773	7 789	10 247	3 660	1 246	15 153
Desjardins	3 531	1 696	542	5 769	3 931	2 272	1 289	7 492	7 462	3 968	1 831	13 261
Bellechasse	2 471	1 187	371	4 029	2 261	1 212	682	4 155	4 732	2 399	1 053	8 184
Beauce-Sartigan	3 093	1 390	439	4 922	3 130	1 728	875	5 733	6 223	3 118	1 314	10 655
Robert-Cliche	1 266	610	206	2 082	1 195	684	387	2 266	2 461	1 294	593	4 348
Les Appalaches	3 424	1 623	568	5 615	3 373	2 095	1 048	6 516	6 797	3 718	1 616	12 131
Montmagny	1 730	911	293	2 934	1 791	1 022	529	3 342	3 521	1 933	822	6 276
Les Etchemins	1 312	644	225	2 181	1 184	698	377	2 259	2 496	1 342	602	4 440
L'Islet	1 456	665	224	2 345	1 335	770	445	2 550	2 791	1 435	669	4 895
Chaudière-Appalaches	27 146	12 165	3 887	43 198	26 795	14 165	7 443	48 403	53 941	26 330	11 330	91 601
Ensemble du Québec	446 351	214 225	71 652	732 228	468 401	266 746	138 435	873 582	914 752	480 971	210 087	1 605 810

Source : MSSS, Estimations et projections démographiques
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

[65] Les données à partir de 2011 sont des projections (p).

Tableau 2 : Proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2018p

	Hommes				Femmes				Total			
TERRITOIRE	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**
La Nouvelle-Beauce	10,9	4,7	1,8	**17,4**	10,3	5,7	3,6	**19,7**	10,6	5,2	2,7	**18,5**
Lotbinière	11,9	5,3	1,5	**18,7**	11,8	5,9	3,0	**20,7**	11,8	5,6	2,3	**19,7**
Les Chutes-de-la-Chaudière	10,4	3,6	1,0	**15,0**	10,5	3,8	1,6	**15,9**	10,5	3,7	1,3	**15,5**
Desjardins	12,8	6,2	2,0	**20,9**	13,5	7,8	4,4	**25,7**	13,2	7,0	3,2	**23,4**
Bellechasse	12,7	6,1	1,9	**20,7**	12,3	6,6	3,7	**22,6**	12,5	6,3	2,8	**21,6**
Beauce-Sartigan	11,5	5,2	1,6	**18,3**	12,0	6,6	3,3	**21,9**	11,7	5,9	2,5	**20,1**
Robert-Cliche	12,5	6,0	2,0	**20,6**	12,5	7,2	4,0	**23,7**	12,5	6,6	3,0	**22,1**
Les Appalaches	16,0	7,6	2,7	**26,3**	16,0	9,9	5,0	**30,9**	16,0	8,8	3,8	**28,6**
Montmagny	15,2	8,0	2,6	**25,7**	15,9	9,1	4,7	**29,7**	15,5	8,5	3,6	**27,7**
Les Etchemins	15,2	7,4	2,6	**25,2**	14,6	8,6	4,7	**27,9**	14,9	8,0	3,6	**26,5**
L'Islet	15,6	7,1	2,4	**25,2**	15,0	8,7	5,0	**28,7**	15,3	7,9	3,7	**26,9**
Chaudière-Appalaches	12,5	5,6	1,8	**19,9**	12,6	6,7	3,5	**22,8**	12,6	6,1	2,6	**21,3**
Ensemble du Québec	10,6	5,1	1,7	**17,3**	11,0	6,3	3,2	**20,5**	10,8	5,7	2,5	**18,9**

Source : MSSS, Estimations et projections démographiques
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 3 : Nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2036p

	Hommes				Femmes				Total			
TERRITOIRE	**65 à 74 ans**	**75-84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans et plus**	**65 ans et plus**
La Nouvelle-Beauce	2 117	1 815	862	**4 794**	1 893	1 827	1 090	**4 810**	4 010	3 642	1 952	**9 604**
Lotbinière	2 240	1 953	791	**4 984**	2 031	1 776	964	**4 771**	4 271	3 729	1 755	**9 755**
Les Chutes-de-la-Chaudière	5 728	4 519	2 012	**12 259**	5 633	4 775	2 275	**12 683**	11 361	9 294	4 287	**24 942**
Desjardins	3 725	3 696	1 774	**9 195**	3 971	4 452	2 816	**11 239**	7 696	8 148	4 590	**20 434**
Bellechasse	2 663	2 333	1 039	**6 035**	2 393	2 234	1 237	**5 864**	5 056	4 567	2 276	**11 899**
Beauce-Sartigan	3 578	3 230	1 378	**8 186**	3 467	3 545	1 946	**8 958**	7 045	6 775	3 324	**17 144**
Robert-Cliche	1 299	1 175	544	**3 018**	1 176	1 202	657	**3 035**	2 475	2 377	1 201	**6 053**
Les Appalaches	2 963	3 048	1 333	**7 344**	2 779	3 098	1 789	**7 666**	5 742	6 146	3 122	**15 010**
Montmagny	1 731	1 703	779	**4 213**	1 650	1 688	1 028	**4 366**	3 381	3 391	1 807	**8 579**
Les Etchemins	1 346	1 304	515	**3 165**	1 155	1 158	616	**2 929**	2 501	2 462	1 131	**6 094**
L'Islet	1 467	1 422	612	**3 501**	1 302	1 356	779	**3 437**	2 769	2 778	1 391	**6 938**
Chaudière-Appalaches	28 857	26 198	11 639	**66 694**	27 450	27 111	15 197	**69 758**	56 307	53 309	26 836	**136 452**
Le Québec	525 994	445 160	187 522	**1 158 676**	529 364	484 768	264 585	**1 278 717**	1 055 358	929 928	452 107	**2 437 393**

Source : MSSS, Estimations et projections démographiques
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 4 : Proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus par rapport à la population totale, selon le sexe et le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2036p

	Hommes				Femmes				Total			
TERRITOIRE	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans ou plus**	**65 ans ou plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans ou plus**	**65 ans ou plus**	**65 à 74 ans**	**75 à 84 ans**	**85 ans ou plus**	**65 ans ou plus**
La Nouvelle-Beauce	11,8	10,1	4,8	**26,7**	10,9	10,5	6,3	**27,7**	11,4	10,3	5,5	**27,2**
Lotbinière	11,7	10,2	4,1	**26,0**	11,6	10,1	5,5	**27,2**	11,6	10,2	4,8	**26,6**
Les Chutes-de-la-Chaudière	10,7	8,5	3,8	**23,0**	10,7	9,1	4,3	**24,1**	10,7	8,8	4,0	**23,5**
Desjardins	12,4	12,3	5,9	**30,5**	12,5	14,0	8,8	**35,3**	12,4	13,1	7,4	**33,0**
Bellechasse	12,4	10,9	4,8	**28,1**	11,9	11,1	6,1	**29,1**	12,2	11,0	5,5	**28,6**
Beauce-Sartigan	13,1	11,8	5,0	**29,9**	13,0	13,3	7,3	**33,7**	13,1	12,6	6,2	**31,8**
Robert-Cliche	12,8	11,6	5,4	**29,8**	12,5	12,8	7,0	**32,2**	12,7	12,2	6,1	**31,0**
Les Appalaches	14,2	14,6	6,4	**35,1**	13,9	15,5	9,0	**38,4**	14,0	15,0	7,6	**36,7**
Montmagny	15,6	15,3	7,0	**38,0**	15,1	15,5	9,4	**40,0**	15,4	15,4	8,2	**39,0**
Les Etchemins	16,2	15,7	6,2	**38,0**	15,5	15,5	8,3	**39,2**	15,8	15,6	7,2	**38,6**
L'Islet	16,6	16,1	6,9	**39,7**	15,8	16,5	9,5	**41,7**	16,2	16,3	8,2	**40,7**
Chaudière-Appalaches	12,6	11,5	5,1	**29,2**	12,4	12,2	6,8	**31,4**	12,5	11,8	6,0	**30,3**
Le Québec	11,2	9,5	4,0	**24,7**	11,3	10,3	5,6	**27,2**	11,2	9,9	4,8	**25,9**

Source : MSSS, Estimations et projections démographiques
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 5 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus selon le type de ménage – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016

	Ménages privés		Ménages collectifs		
TERRITOIRE	Total en ménages privés	En ménages privés vivant seuls	Total en ménages collectifs	En ménages collectifs institutionnels	En ménages collectifs non institutionnels
La Nouvelle-Beauce	4 480 (86,6 %)	3 035 (21,6 %)	705 (13,6 %)	210 (4,0 %)	495 (9,5 %)
Lotbinière	5 160 (88,4 %)	1 325 (23,0 %)	595 (10,3 %)	245 (4,3 %)	355 (6,2 %)
Les Chutes-de-la-Chaudière	12 980 (89,7 %)	745 (21,3 %)	1 045 (7,5 %)	375 (2,7 %)	670 (4,8 %)
Desjardins	10 160 (92,5 %)	11 485 (22,9 %)	1 795 (15,0 %)	655 (5,5 %)	1 135 (9,5 %)
Bellechasse	6 755 (85,0 %)	135 (21,3 %)	1 045 (13,4 %)	405 (5,2 %)	640 (8,2 %)
Beauce-Sartigan	8 525 (86,6 %)	280 (23,3 %)	1 340 (13,6 %)	600 (6,1 %)	740 (7,5 %)
Robert-Cliche	3 480 (89,0 %)	815 (24,6 %)	540 (13,4 %)	425 (10,6 %)	115 (2,9 %)
Les Appalaches	10 195 (86,3 %)	1 935 (20,4 %)	1 265 (11,0 %)	490 (4,3 %)	780 (6,8 %)
Montmagny	5 305 (89,7 %)	1 815 (26,1 %)	575 (9,8 %)	180 (3,1 %)	395 (6,7 %)
Les Etchemins	3 615 (86,4 %)	3 065 (25,6 %)	410 (10,2 %)	215 (5,3 %)	200 (5,0 %)
L'Islet	4 045 (90,2 %)	930 (27,2 %)	455 (10,1 %)	225 (5,0 %)	230 (5,1 %)
Chaudière-Appalaches	74 705 (88,4 %)	20 475 (24,2 %)	9 770 (11,6 %)	4 015 (4,8 %)	5 755 (6,8 %)
Le Québec	1 338 330 (89,5 %)	402 260 (26,9 %)	156 860 (10,5 %)	72 800 (4,9 %)	84 055 (5,6 %)

Source : Statistique Canada, Recensement 2016
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 6 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus vivant seules parmi celles vivant en ménages privés, selon le groupe d'âge – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016

	65 à 74 ans		75 à 84 ans		85 ans et plus	
TERRITOIRE	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
La Nouvelle-Beauce	595	20,3	340	27,3	140	44,4
Lotbinière	745	21,8	445	31,1	135	43,5
Les Chutes-de-la-Chaudière	1 935	20,7	815	27,8	280	40,3
Desjardins	1 815	26,9	930	33,9	315	47,4
Bellechasse	930	21,3	580	30,5	240	48,5
Beauce-Sartigan	1 515	27,0	765	33,5	320	50,8
Robert-Cliche	500	22,5	320	32,5	120	43,6
Les Appalaches	1 510	24,0	1 055	34,4	415	49,1
Montmagny	830	25,2	560	35,8	205	46,1
Les Etchemins	505	23,0	350	31,4	125	41,0
L'Islet	610	23,9	380	32,8	160	47,8
Chaudière-Appalaches	11 485	23,5	6 530	32,0	2 455	46,2
Le Québec	221 785	26,4	129 595	33,4	50 875	45,8

Source : Statistique Canada, Recensement 2016
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 7 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus vivant sous la mesure de faible revenu après impôt (MFR-Apl), selon le sexe – territoires de CLSC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016

	Hommes		Femmes		Total	
TERRITOIRE	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
La Nouvelle-Beauce	285	13,0	510	22,4	800	17,7
Lotbinière	465	18,3	685	26,1	1 150	22,3
Les Chutes-de-la-Chaudière	530	8,3	990	15,0	1 525	11,8
Desjardins	465	10,1	1 075	19,3	1 545	15,1
Bellechasse	700	20,2	835	25,3	1 535	22,7
Beauce-Sartigan	770	18,8	1 150	26,0	1 915	22,5
Robert-Cliche	365	21,2	505	28,4	870	25,0
Les Appalaches	810	17,1	1 540	28,3	2 350	23,1
Montmagny	625	24,3	810	29,7	1 440	27,1
Les Etchemins	360	19,6	430	23,5	780	21,7
L'Islet	435	21,6	615	30,9	1 060	26,1
Chaudière-Appalaches	5 815	16,1	9 145	23,7	14 960	20,0
Le Québec	94 155	15,2	157 990	22,1	252 145	18,9

Source : Statistique Canada, Recensement 2016
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 8 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus ne détenant aucun diplôme, certificat ou grade, selon le sexe – territoires de MRC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016

	Hommes		Femmes		Total	
TERRITOIRE	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
La Nouvelle-Beauce	1 025	38,8	1 090	41,5	2 110	40,1
Lotbinière	945	37,2	1 120	42,6	2 070	40,1
Lévis	2 005	19,0	3 095	26,2	5 095	22,8
Bellechasse	1 420	41,0	1 445	44,0	2 865	42,4
Beauce-Sartigan	1 790	43,6	2 245	50,8	4 045	47,4
Robert-Cliche	765	44,5	920	52,1	1 685	48,4
Les Appalaches	1 530	32,2	2 400	44,1	3 930	38,5
Montmagny	1 135	44,2	1 305	47,8	2 445	46,1
Les Etchemins	945	52,4	955	52,8	1 895	52,5
L'Islet	910	44,6	1 030	51,4	1 940	47,9
Chaudière-Appalaches	12 470	34,5	15 605	40,5	28 080	37,6
Québec	180 205	29,0	256 335	35,7	436 540	32,6

Source : Statistique Canada, Recensement 2016
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

Tableau 9 : Nombre et proportion (%) de personnes âgées de 65 ans et plus occupant un emploi, selon le sexe – territoires de MRC, Chaudière-Appalaches et Québec, 2016

	Hommes		Femmes		Total	
TERRITOIRE	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**	**Nombre**	**%**
La Nouvelle-Beauce	440	16,7	225	8,6	670	12,7
Lotbinière	440	17,4	225	8,6	665	12,9
Lévis	1535	14,6	875	7,4	2 410	10,8
Bellechasse	660	19,0	295	9,0	950	14,1
Beauce-Sartigan	615	15,0	300	6,8	910	10,7
Robert-Cliche	340	19,8	165	9,3	505	14,5
Les Appalaches	530	11,2	245	4,5	775	7,6
Montmagny	315	12,3	155	5,7	475	9,0
Les Etchemins	195	10,8	50	2,8	240	6,6
L'Islet	340	16,7	150	7,5	495	12,2
Chaudière-Appalaches	5 410	15,0	2 685	7,0	8 095	10,8
Québec	90 450	14,6	52 590	7,3	14 3035	10,7

Source : Statistique Canada, Recensement 2016
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, mars 2019

ANNEXE 2 — MUNICIPALITÉS RECONNUES OU AYANT ENTREPRIS LA DÉMARCHE MADA – RÉGION DE LA CHAUDIÈRE-APPALACHES[66]

Adstock (2017)	Armagh (2015)	Beauceville (2015)
Beaulac-Garthby (2017)	Beaumont (2016)	Berthier-sur-Mer (2015)
Cap-Saint-Ignace (2015)	Disraeli (Ville) (2015)	Dosquet (2015)
East-Broughton (2016)	Frampton (?)	Honfleur (2015)
Kinnear's Mills (2014)	L'Islet (2014)	La Durantaye (2015)
Lac-Etchemin (2015)	Lac-Frontière (2015)	Laurier-Station (2015)
Leclercville (2016)	Lévis (2012)	Lotbinière (2013)
Montmagny (2014)	MRC Bellechasse (2015)	MRC La Nouvelle-Beauce (en processus)
MRC Lotbinière (2015)	MRC Montmagny (2015)	MRC Robert-Cliche (2015)
Notre-Dame-Auxiliatrice-de-Buckland (2015)	Notre-Dame-des-Pins (2013)	Notre-Dame-du-Rosaire (2015)
Notre-Dame-du-Sacré-Cœur-d'Issoudun (2015)	Saint-Adalbert (2014)	Saint-Agapit (2016)
Saint-Alfred (2015)	Saint-Anselme (2015)	Saint-Antoine-de-l'Isle-aux-Grues (2015)
Saint-Antoine-de-Tilly (2015)	Saint-Apollinaire (2015)	Saint-Aubert (2013)
Saint-Benjamin (2013)	Saint-Benoît-Labre (2013)	Saint-Bernard (en processus)
Saint-Camille-de-Lellis (2103)	Saint-Charles-de-Bellechasse (2013)	Saint-Côme-Linière (2013)
Saint-Cyrille-de-Lessard (2015)	Saint-Damase-de-L'Islet (2016)	Saint-Damien-de-Buckland (2013)
Saint-Prosper (en processus)	Sainte-Agathe-de-Lotbinière (2015)	Sainte-Apolline-de-Patton (2015)
Sainte-Aurélie (2013)	Sainte-Clotilde-de-Beauce (?)	Sainte-Claire (2016)
Sainte-Croix (2015)	Saint-Édouard-de-Lotbinière (2015)	Sainte-Euphémie-sur-Rivière-du-Sud (2015)
Sainte-Félicité (?)	Sainte-Hénédine (?)	Sainte-Louise (?)

[66] Ministère de la Famille (2018). *Municipalité ayant reçu la reconnaissance MADA, mise à jour le 12 avril 2018*, Consulté le 25 janvier 2019, https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Autres_themes/Liste-MADA-en-demarches-et-reconnues.pdf?1542054684

Sainte-Lucie-de-Beauregard (2015)	Saint-Elzéar (?)	Sainte-Marguerite (?)
Sainte-Marie (2018)	Sainte-Perpétue (Municipalité) (2014)	Sainte-Rose-de-Watford (2013)
Sainte-Sabine (2013)	Saint-Fabien-de-Panet (2015)	Saint-Flavien (2015)
Saint-Fortunat (2015)	Saint-François-de-la-Rivière-du-Sud (2015)	Saint-Frédéric (2015)
Saint-Gédéon-de-Beauce (?)	Saint-Georges (2015)	Saint-Gervais (2015)
Saint-Gilles (2015)	Saint-Henri (2015)	Saint-Honoré-de-Shenley (2016)
Saint-Isidore (2013)	Saint-Jacques-de-Leeds (2016)	Saint-Janvier-de-Joly (2015)
Saint-Jean-de-Brébeuf (?)	Saint-Jean-Port-Joli (2015)	Saint-Joseph-de-Beauce (2012)
Saint-Joseph-des-Érables (2015)	Saint-Jules (2015)	Saint-Just-de-Bretenières (2015)
Saint-Lazare-de-Bellechasse (2015)	Saint-Léon-de-Standon (2015)	Saint-Louis-de-Gonzague (2013)
Saint-Luc-de-Bellechasse (2013)	Saint-Magloire (2013)	Saint-Malachie (2015)
Saint-Marcel (2012)	Saint-Martin (2016)	Saint-Michel-de-Bellechasse (2015)
Saint-Narcisse-de-Beaurivage (2015)	Saint-Nazaire-de-Dorchester (2015)	Saint-Nérée-de-Bellechasse (?)
Saint-Odilon-de-Cranbourne (2015)	Saint-Omer (2014)	Saint-Pamphile (2015)
Saint-Patrice-de-Beaurivage (2015)	Saint-Paul-de-Montminy (2015)	Saint-Philémon (2015)
Saint-Philibert (2013)	Saint-Pierre-de-Broughton (2015)	Saint-Pierre-de-la-Rivière-du-Sud (2015)
Saint-Raphaël (2015)	Saint-Roch-des-Aulnaies (2017)	Saints-Anges (?)
Saint-Séverin (2015)	Saint-Sylvestre (?)	Saint-Vallier (2015)
Saint-Victor (2015)	Scott (?)	Thetford-Mines (2013)
Tourville (2013)	Tring-Jonction (2015)	Val-Alain (2015)
Vallée-Jonction (2017)		

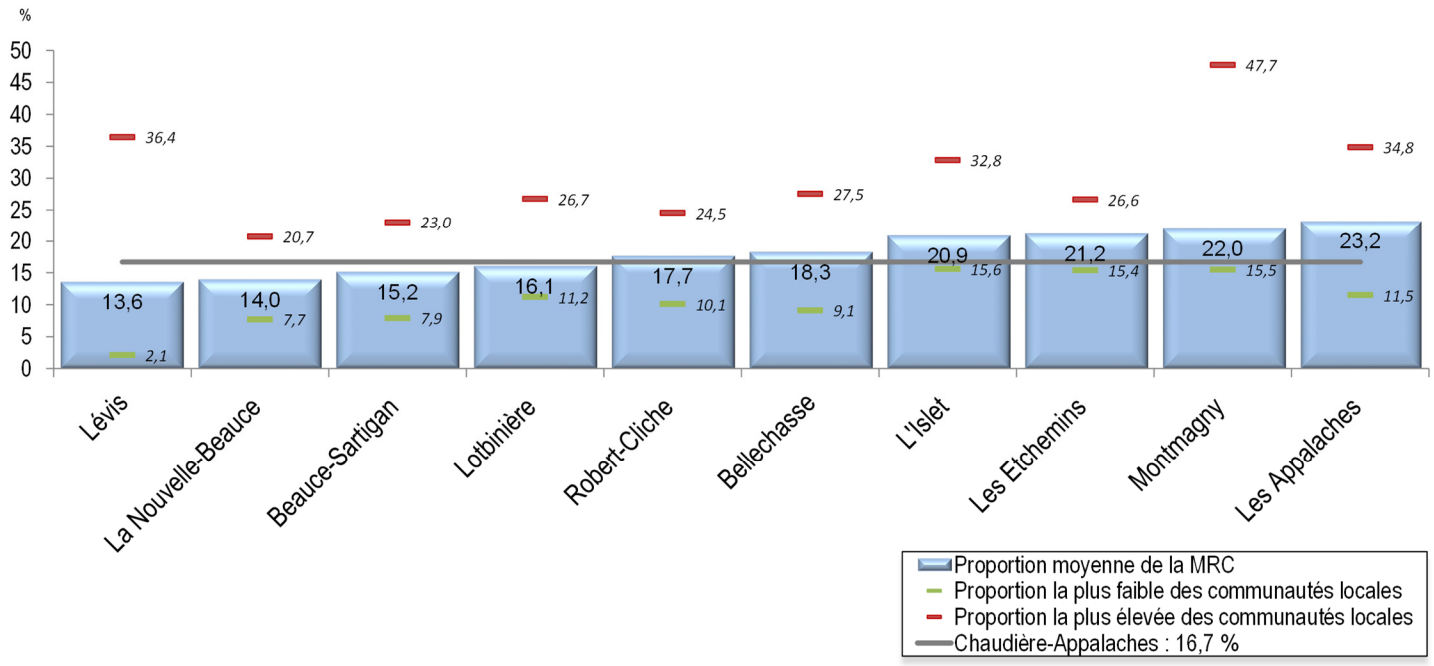
ANNEXE 3 - LISTE DES PROJETS MADA 2017-2018[67]

Mise à jour	Élaboration
MRC de Bellechasse (15 municipalités participantes)	Sainte-Clotilde-de-Beauce
MRC de Lotbinière	Sainte-Louise
Saint-Isidore	Saint-Prosper
Sainte-Rose-de-Watford	

[67] Ministère de la Famille (2018). *Municipalité ayant reçu la reconnaissance MADA, mise à jour le 12 avril 2018*, Consulté le 25 janvier 2019, https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/aide-financiere/municipalite-amie-des-aines/liste-des-municipalites-amies-des-aines/#c10076

ANNEXE 4 – LA CARACTÉRISATION DES AÎNÉS DANS LES COMMUNAUTÉS LOCALES

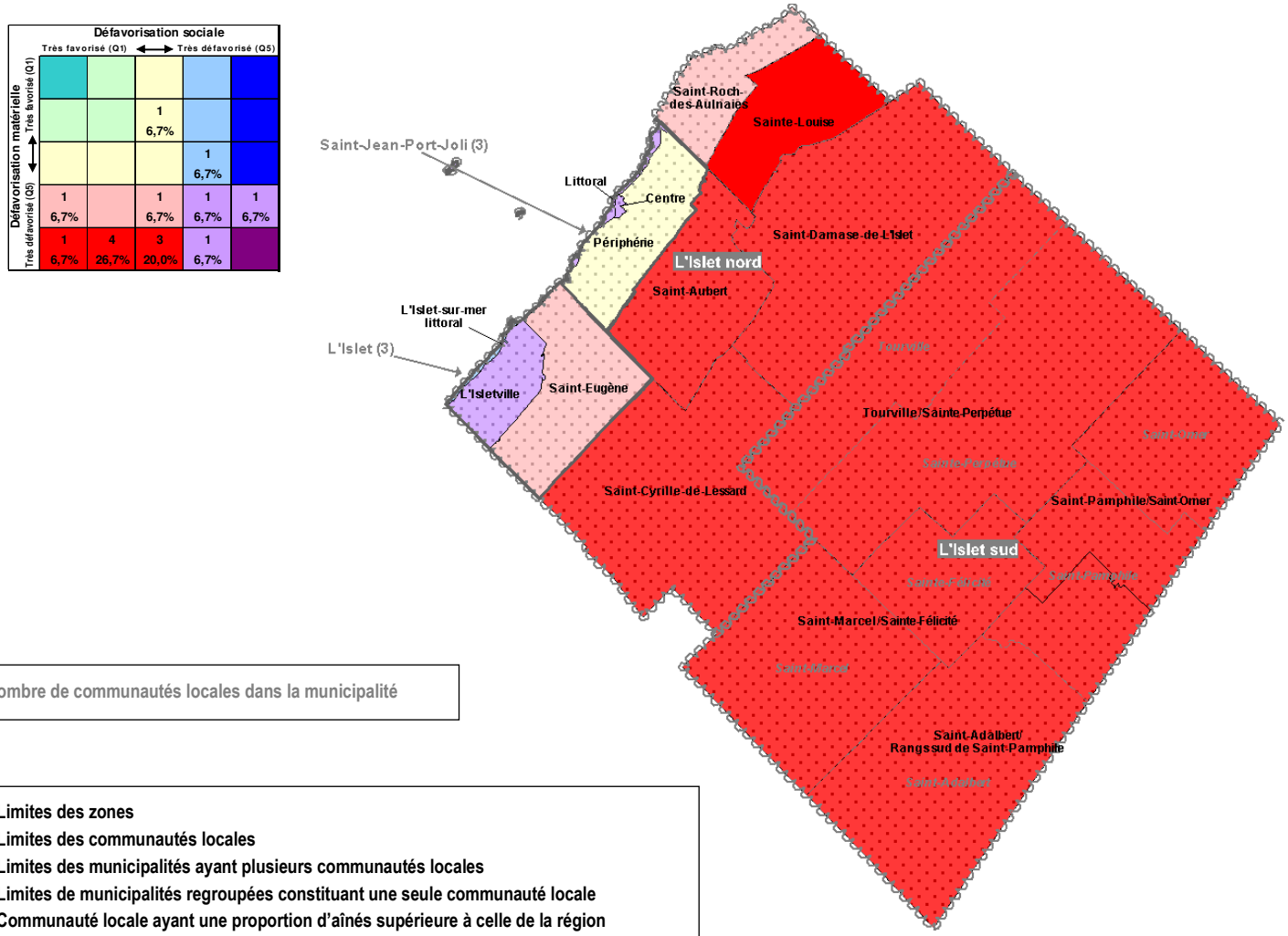
Graphique 1 : Proportion de la population âgée de 65 ans et plus parmi la population totale dans les communautés locales en 2011



Source : Statistique Canada, recensement 2011
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

- Les proportions moyennes d'aînés sont supérieures à la région dans les MRC de Robert-Cliche, Bellechasse, L'Islet, Les Etchemins, Montmagny et Les Appalaches.
- La caractérisation des communautés locales démontre toutefois que dans chaque MRC des communautés locales ont des proportions supérieures à la région de personnes âgées.
- Les cartes qui suivent identifient les communautés locales touchées par une forte proportion d'aînés et mettent en relief la défavorisation matérielle et sociale, afin d'identifier si les communautés locales ayant de fortes proportions d'aînés sont aussi marquées par une défavorisation.

Carte 1 : Les aînés dans les 15 communautés locales de la **MRC de L'Islet** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



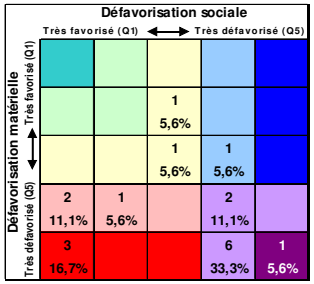
( ) Nombre de communautés locales dans la municipalité

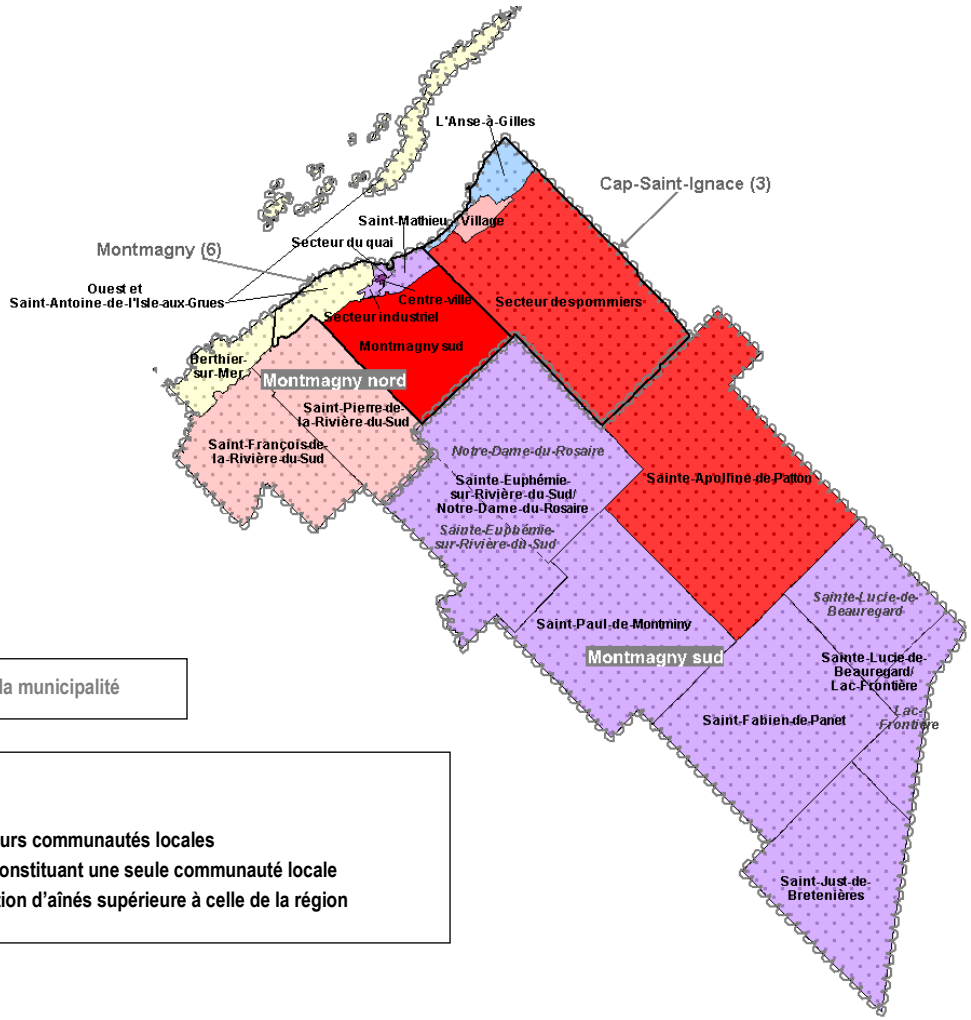
- Limites des zones
- Limites des communautés locales
- Limites des municipalités ayant plusieurs communautés locales
- Limites de municipalités regroupées constituant une seule communauté locale
- Communauté locale ayant une proportion d'aînés supérieure à celle de la région

- Dans la MRC de L'Islet, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, la majorité des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- La présence de personnes âgées est moins marquée que dans la région pour seulement une communauté locale : Sainte-Louise.

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

Carte 2 : Les aînés dans les 18 communautés locales de la **MRC de Montmagny** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011 lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région





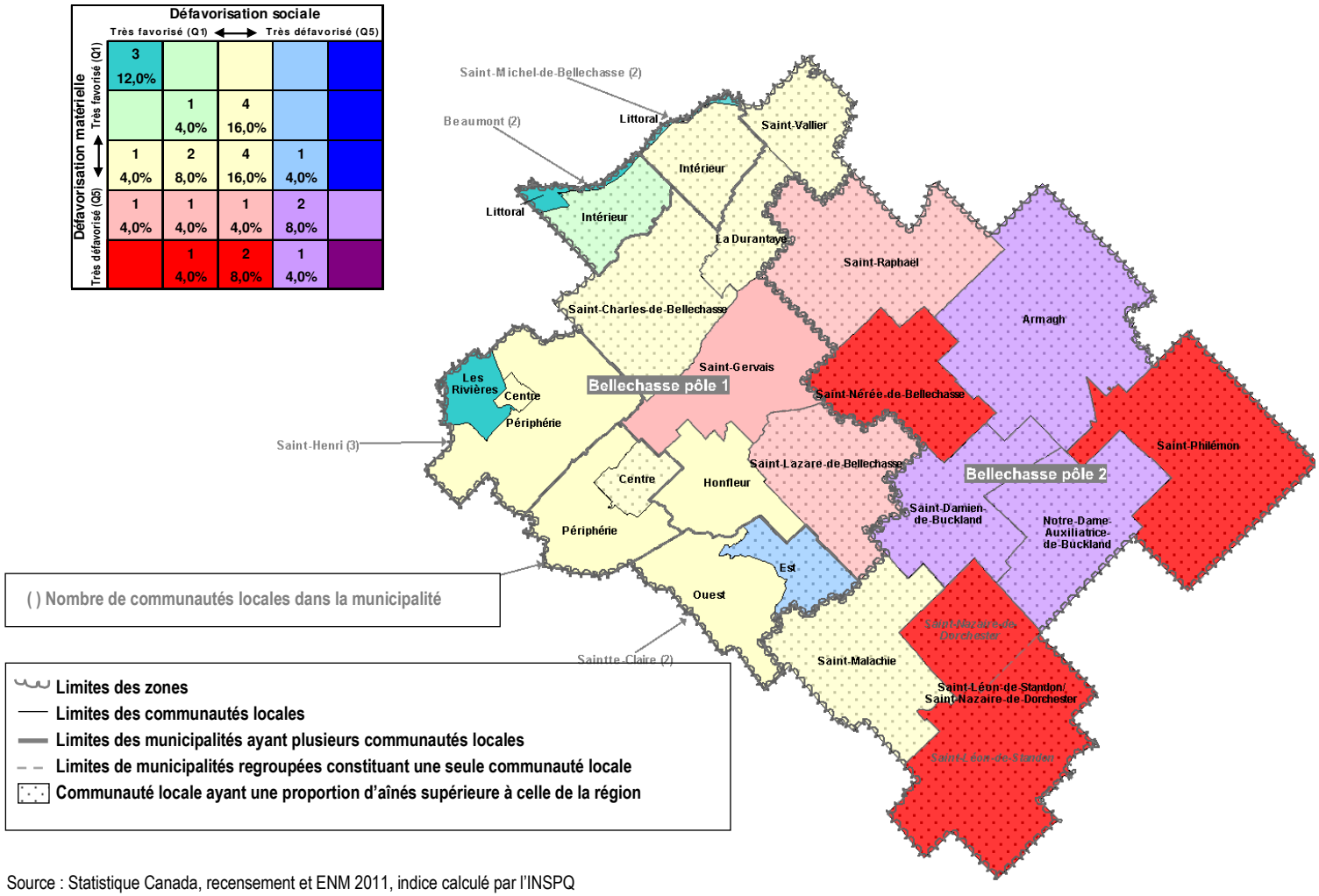
( ) Nombre de communautés locales dans la municipalité

- Limites des zones
- Limites des communautés locales
- Limites des municipalités ayant plusieurs communautés locales
- Limites de municipalités regroupées constituant une seule communauté locale
- Communauté locale ayant une proportion d'aînés supérieure à celle de la région

- Dans la MRC de Montmagny, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, la majorité des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- La présence de personnes âgées est moins marquée que dans la région pour seulement deux communautés locales : Montmagny Sud et Cap-Saint-Ignace village.

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

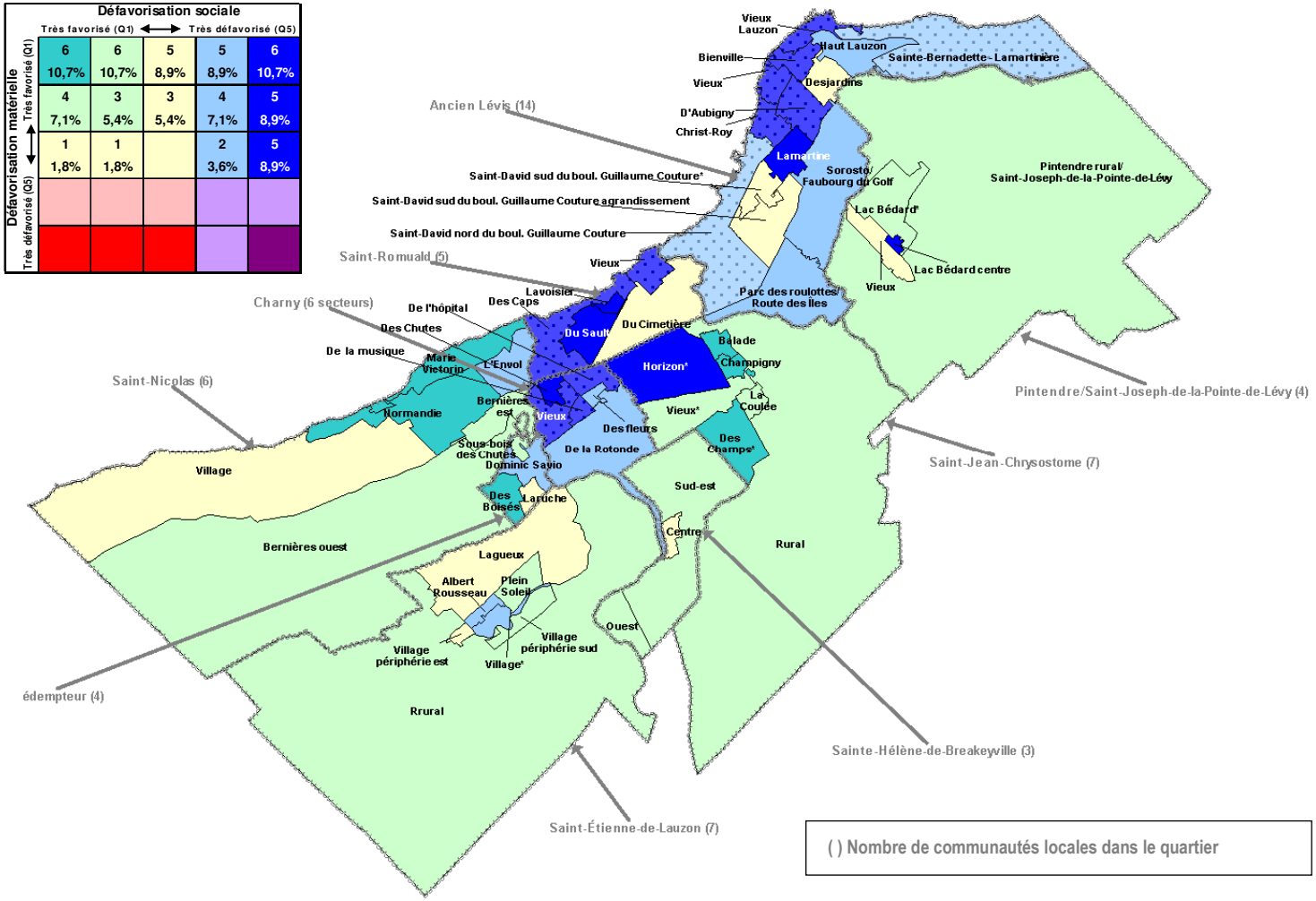
Carte 3 : Les aînés dans les 25 communautés locales de la **MRC de Bellechasse** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

- Dans la MRC de Bellechasse, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, de nombreuses communautés locales de la MRC obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région. L'ensemble des communautés locales du pôle 2 se retrouvent dans cette situation.
- Toutefois, la présence de personnes âgées est moins marquée que dans la région pour le tiers des communautés locales (8/25). Elles se situent toutes dans le pôle 1 de la MRC.

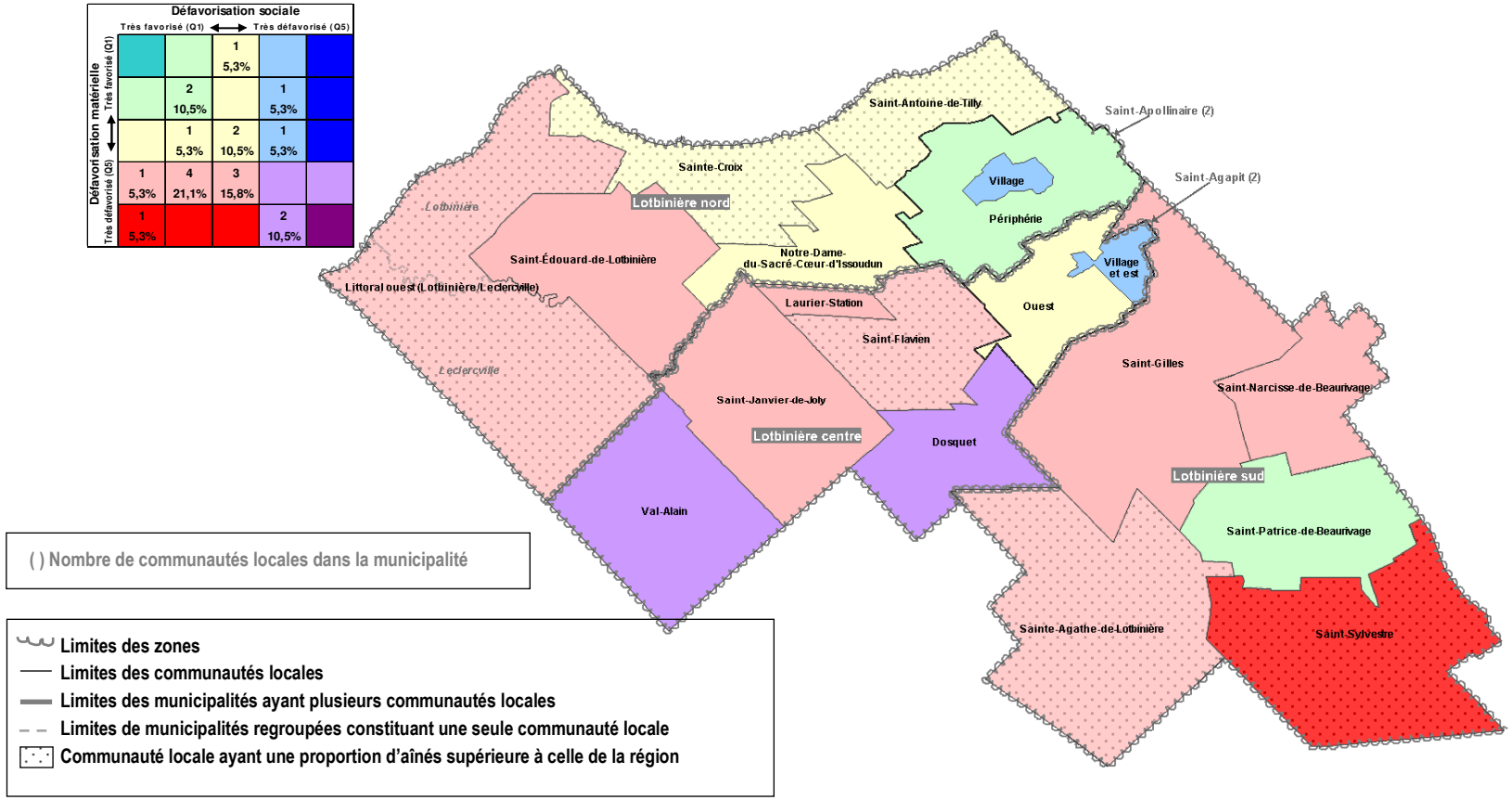
Carte 4 : Les aînés dans les 56 communautés locales de la **ville de Lévis** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



- Dans la ville de Lévis, les aînés représentent une plus faible proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, la majorité (80 %) des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion inférieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- Toutefois, la présence de personnes âgées est plus marquée que dans la région pour 20 % des communautés locales. Elles sont situées dans l'Ancien Lévis aux abords du fleuve, dans Charny et dans Saint-Romuald. Elles sont aussi identifiées comme des communautés locales défavorisées socialement.

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

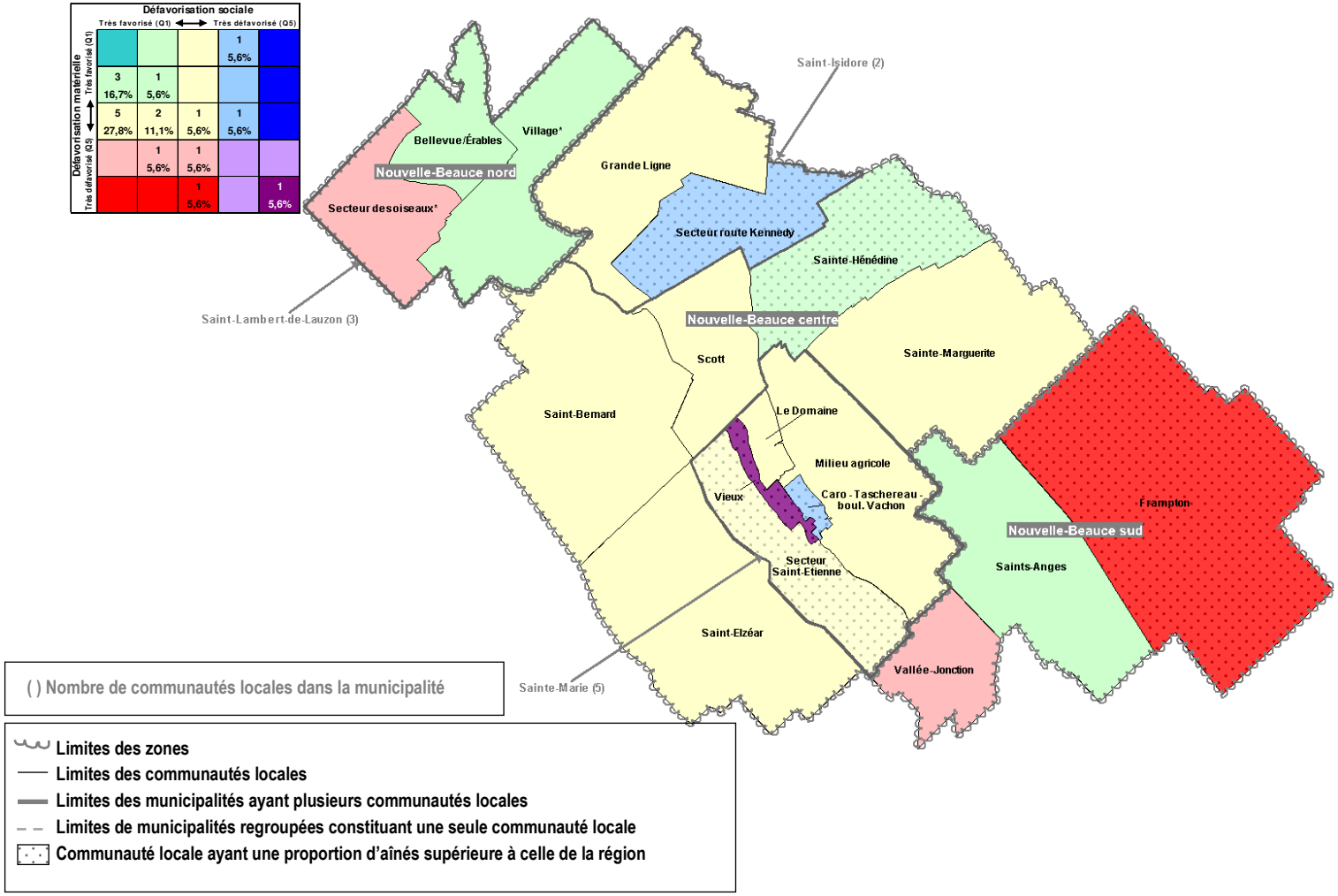
Carte 5 : Les aînés dans les 19 communautés locales de la **MRC de Lotbinière** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

- Dans la MRC de Lotbinière, les aînés représentent une proportion de la population semblable à celle de la moyenne de la région.
- Toutefois, une bonne part des communautés locales (13) de la MRC obtiennent une proportion inférieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- La présence de personnes âgées est plus marquée que dans la région pour six communautés locales, dont trois localisées sur les abords du fleuve.

Carte 6 : Les aînés dans les 18 communautés locales de la **MRC de La Nouvelle-Beauce** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région

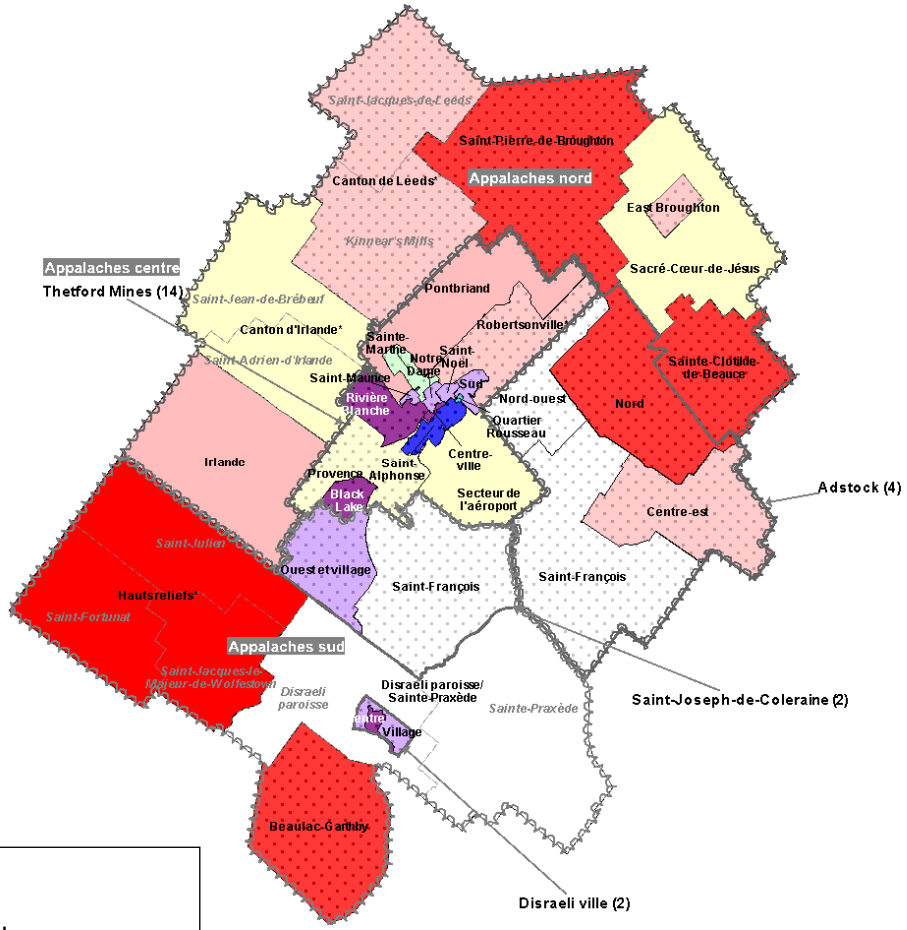


- Dans la MRC de la Nouvelle-Beauce, les aînés représentent une plus faible proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, les deux tiers des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion inférieure à la région de personnes âgées de 65 ans et plus.
- La présence de personnes âgées est plus marquée que la région dans six communautés locales : trois sont situées dans la ville de Sainte-Marie et une dans Saint-Isidore. S'ajoutent à celles-ci, les communautés locales de Frampton et de Sainte-Hénédine.

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

Carte 7 : Les aînés dans les 32 communautés locales de la **MRC des Appalaches** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région

Défavorisation matérielle (Très favorisé (Q1) ↕ Très défavorisé (Q5))	Défavorisation sociale : Très favorisé (Q1)				Très défavorisé (Q5)
Très favorisé (Q1)	1 3,1%				
		1 3,1%			
	1 3,1%	1 3,1%	2 6,3%		1 3,1%
	3 9,4%	2 6,3%	1 3,1%	1 3,1%	3 9,4%
Très défavorisé (Q5)	4 12,5%		1 3,1%	2 6,3%	4 12,5%



- Dans la MRC des Appalaches, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, la majorité (80 %) des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région. Elles sont souvent situées dans les centres de municipalités.
- La présence de personnes âgées est moins marquée que dans la région pour seulement 20 % des communautés locales. Ces sept communautés locales se répartissent dans chacune des trois zones.

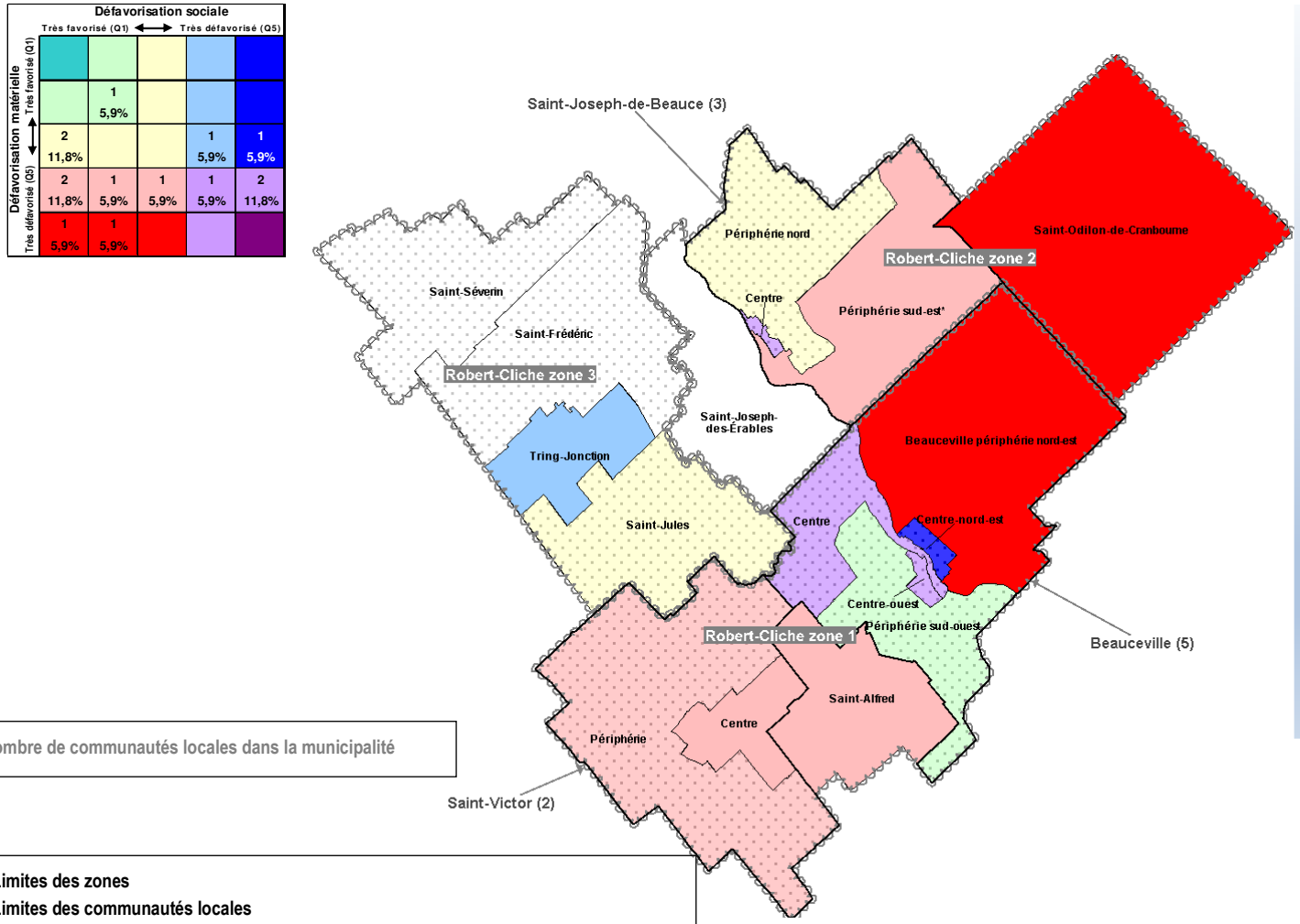
( ) Nombre de communautés locales dans la municipalité

Limites des zones
Limites des communautés locales
Limites des municipalités ayant plusieurs communautés locales
Limites de municipalités regroupées constituant une seule communauté locale
Communauté locale ayant une proportion d'aînés supérieure à celle de la région

☐ Données non présentées, car le taux global de non-réponse (TGN) est supérieur

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

Carte 8 : Les aînés dans les 17 communautés locales de la **MRC de Robert-Cliche** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



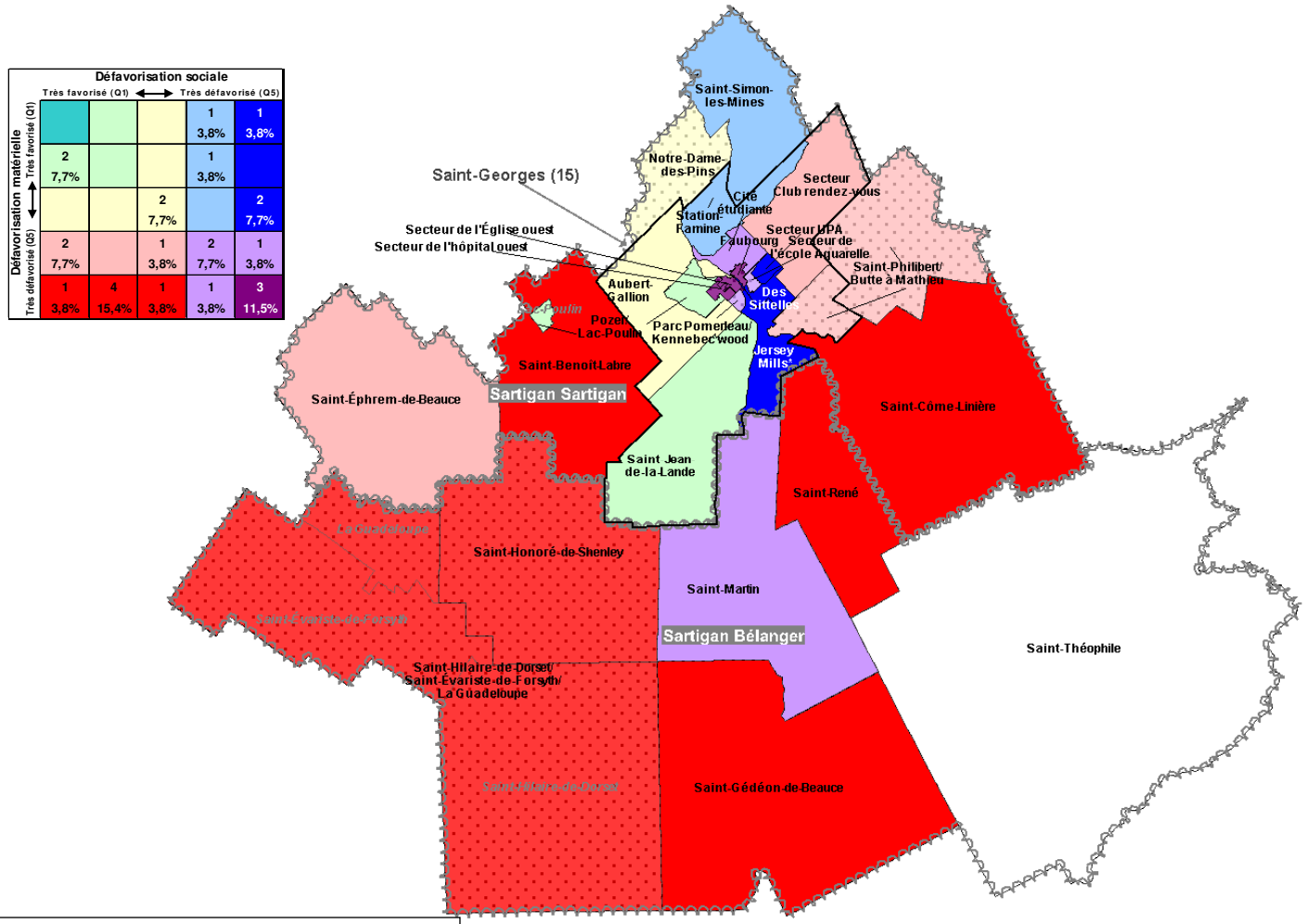
- Dans la MRC de Robert-Cliche, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, une bonne part des communautés locales de la MRC (60 %) obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- Les communautés locales ayant de fortes proportions d'aînés se situent principalement à Beauceville (4 sur 5), deux à Saint-Joseph-de-Beauce, une à Saint-Victor ainsi que dans les trois communautés locales les moins populeuses de la zone 3 (Saint-Séverin, Saint-Jules et Saint-Frédéric).

☐ Données non présentées, car le taux global de non-réponse (TGN) est supérieur ou

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ

Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

Carte 9 : Les aînés dans les 26 communautés locales de la **MRC de Beauce-Sartigan** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011, lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région



( ) Nombre de communautés locales dans la municipalité

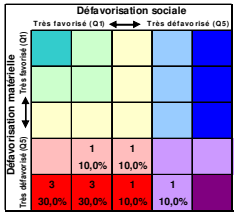
- Limites des zones
- Limites des communautés locales
- Limites des municipalités ayant plusieurs communautés locales
- Limites de municipalités regroupées constituant une seule communauté locale
- Communauté locale ayant une proportion d'aînés supérieure à celle de la région

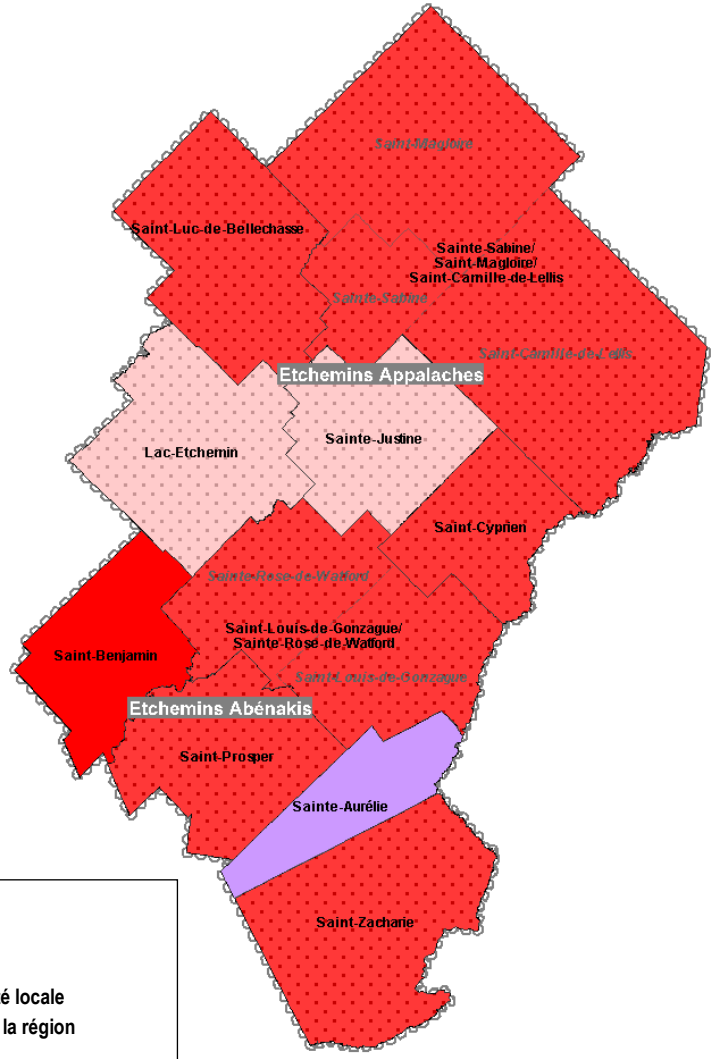
☐ Données non présentées, car le taux global de non-réponse (TGN) est supérieur

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPu, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

- Dans la MRC de Beauce-Sartigan, les aînés représentent une plus faible proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, une bonne part (65 %) des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion inférieure à la région de personnes âgées de 65 ans et plus. C'est le cas de trois communautés locales qui se situent dans le secteur ouest de Saint-Georges (de l'hôpital, de l'Église et Parc Pomerleau/Kennebec Wood) et de deux du secteur est (Faubourg et Aquarelle). Ces communautés se positionnent aussi avec une défavorisation matérielle et sociale dans les quintiles élevé ou très élevé.
- Quelques autres communautés, qui se classent dans les quintiles élevé et très élevé de la défavorisation de catégorie matérielle, obtiennent des proportions élevées d'aînés : Saint-Hilaire-de-Dorset/Saint-Évariste/La Guadeloupe, Saint-Honoré-de-Shenley et Saint-Philibert/Butte à Mathieu.

Carte 10 : Les aînés dans les 10 communautés locales de la **MRC des Etchemins** selon la défavorisation matérielle et sociale en 2011 lorsque comparées aux 236 communautés locales de la région





- Dans la MRC des Etchemins, les aînés représentent une plus forte proportion de la population que dans la région.
- Ainsi, la majorité des communautés locales de la MRC obtiennent une proportion supérieure de personnes âgées de 65 ans et plus, comparativement à la région.
- La présence de personnes âgées est moins marquée que dans la région pour seulement deux communautés locales : Sainte-Aurélie et Saint-Benjamin.

Limites des zones
Limites des communautés locales
Limites des municipalités ayant plusieurs communautés locales
Limites de municipalités regroupées constituant une seule communauté locale
Communauté locale ayant une proportion d'aînés supérieure à celle de la région

Source : Statistique Canada, recensement et ENM 2011, indice calculé par l'INSPQ
Production : CISSS de Chaudière-Appalaches, DSPublique, Équipe d'expertise en surveillance et soutien méthodologique, 2018

La publication du présent
« Portrait des aînés, besoins et enjeux identifiés pour 2016-2021 »

A été rendu possible grâce à la Convention financière 2018-2023 signée

Entre

La ministre responsable des Aînés et des Proches aidants et la
Table de concertation des aînés de Chaudière-Appalaches

Santé et Services sociaux Québec

TABLE DE CONCERTATION DES AÎNÉS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES