



pluriâges

VOL. 3, N°1. AUTOMNE 2012

des milieux de vie



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Centre de santé et de services sociaux
Cavendish
Health and Social Services Centre
Affilié universitaire





COMITÉ ÉDITORIAL

Geneviève Lamy M. Sc.

Coordonnatrice du partage des connaissances,
CSSS Cavendish-Centre affilié universitaire

Anne-Marie Séguin Ph. D.

Professeure-chercheure
Institut national de la recherche scientifique (INRS), Centre
Urbanisation Culture Société

Sophie Laforest Ph. D.

Directrice scientifique et chercheure
Centre de recherche et d'expertise en gérontologie
sociale (CREGÉS)
Professeure, département de kinésiologie
Université de Montréal

Véronique Billette Ph. D.

Coordonnatrice de l'équipe de recherche VIES -
Vieillessements, exclusions sociales et solidarités, CREGÉS

COUVERTURE

Isabelle Van Pevenage

RÉVISION ET TRADUCTION

Maude Beausoleil, Brita Brown, Annie Dulong, Céline Flahault,
Dana Kobernick, Vanessa Nicolai, Marie-Chantal Plante
et Daniela Sinai.

CONCEPTION ET RÉALISATION GRAPHIQUE

Annie Blanchette

CORRESPONDANCE

CREGÉS

5800, boulevard Cavendish, 6^{ième} étage
Côte St-Luc, Québec, H4W 2T5
Téléphone : 514 484-7878, poste 1463
Courriel : creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Pluriâges est une publication du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CSSS-Cavendish, centre affilié universitaire (CAU). Ses objectifs sont d'informer et de sensibiliser le public aux enjeux sociaux du vieillissement à travers, entre autres, la présentation des activités de recherche et des expertises développées par les membres du CREGÉS. Pluriâges a aussi pour but de favoriser et de valoriser les liens entre les milieux de recherche, d'enseignement, d'intervention et d'action citoyenne pour et par les personnes âgées. Les questions relatives au vieillissement y sont traitées sous l'angle de la gérontologie sociale, abordant ainsi des thèmes tels que la diversité des vieillissements, la reconnaissance sociale et citoyenne des aînés, les expériences d'exclusion sociale mais aussi de solidarité, les enjeux politiques, les orientations de l'État et les politiques publiques en réponse au vieillissement de la population et à ses besoins.

Pluriâges est publiée en français et en anglais, en versions imprimée et électronique. N'hésitez pas à nous contacter si vous désirez recevoir une copie papier dans la langue de votre choix.

Les articles publiés n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs et n'engagent en rien le conseil d'administration du CSSS ni la direction générale. La reproduction des textes est autorisée à condition d'en mentionner la source.

En ce qui a trait à la féminisation des textes, le comité de rédaction a choisi de respecter l'esprit avec lequel ils ont été rédigés. Ainsi, certains textes sont féminisés et d'autres ne le sont pas.

ÉDITORIAL

Des milieux et des gens	5
-------------------------------	---

PRATIQUES ANCRÉES

Le travail en soins de longue durée	6
<i>Geneviève Ouellette</i>	

Agir sur les environnements afin d'accroître l'autonomie des personnes âgées	10
<i>Isabelle Daneau</i>	

RECHERCHES APPLIQUÉES

Choisir un milieu de vie pour un proche atteint de démence Conception d'un outil clinique pour favoriser la prise de décision des proches aidants	13
<i>Mélanie Couture, Francine Ducharme</i>	

L'influence des facteurs personnels et environnementaux sur les habitudes de marche des aînés montréalais	17
<i>Sophie Laforest</i>	

Des enjeux du vieillissement vus à travers les lunettes de l'urbanisme et de la géographie.....	21
<i>Anne-Marie Séguin, Paula Negron-Poblete, Philippe Apparicio</i>	

ESPACE ÉTUDIANT

Pour un meilleur accès aux fruits et aux légumes frais	27
<i>Emily Bell</i>	

« Partager le transport en commun » Un atelier intergénérationnel en effervescence	31
<i>Agathe Lorthios-Guillement, Manon Parisien, Kareen Nour, Stéphanie Dupont</i>	

ESPACE CITOYEN

Municipalité amie des aînés Un projet rassembleur pour améliorer la qualité de vie des aînés	35
<i>Marie-Josée Dupuis</i>	

Vivre chez soi	40
----------------------	----



Des milieux et des gens



© Stockphoto

Le terme « milieu de vie » réfère à une multitude de lieux qui vont de la chambre en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) au quartier, voire à la région. C'est donc un terme à géométrie variable qui fait référence à une multitude d'échelles. En effet, pour la personne qui vit dans un CHSLD, sa chambre et la salle commune où se déroulent les activités ou les repas constituent son milieu de vie quotidien. Pour l'aîné vivant en milieu rural, le milieu de vie peut s'étendre de la ferme jusqu'au centre urbain d'importance où il peut avoir accès aux services et aux commerces dont il a besoin sur une base régulière. Pour l'aînée dont le conjoint très malade vit en CHSLD, le milieu de vie est constitué de deux pôles, celui de sa résidence et de son espace environnant et celui, secondaire, du CHSLD qu'elle fréquente assidûment. Dans ce numéro de la revue *Pluriâges*, nous n'avons pas la prétention d'épuiser ce thème extrêmement riche. Nous proposons plutôt un premier survol d'espaces publics et privés pluriels.

*Parler de milieux,
c'est bien sûr évoquer
des lieux, mais aussi
les personnes qui
y interagissent
et les rapports
qu'elles entretiennent
entre elles.*

Parler de milieux, c'est bien sûr évoquer des lieux, mais aussi les personnes qui y interagissent et les rapports qu'elles entretiennent entre elles. Les milieux, dans leurs diverses composantes, ne sont pas neutres; ils comportent des qualités, certes, mais aussi des défauts ou des lacunes. Vivre dans un milieu, quel qu'il soit, c'est toujours devoir composer avec ses avantages et ses inconvénients.

Dans ces pages, nous avons pris le parti de mettre l'accent sur les aspects positifs, plutôt que négatifs, des différents milieux et sur des avenues de solution afin de rompre avec les représentations encore trop souvent négatives associées à la fois au vieillissement et à ceux qui interviennent dans ce domaine en tant que travailleurs, étudiants, etc. Sans vouloir minimiser les difficultés, les obstacles ou les inégalités vécues par les aînés, nous avons voulu surtout saluer des initiatives qui visent à améliorer les différents milieux au sein desquels vivent les aînés.

Bonne lecture!
Le comité éditorial

Le travail en soins de longue durée

Points de vue d'employés des centres d'hébergement du CSSS Cavendish¹

Geneviève Ouellette B. Serv. Soc.

Travailleuse sociale et assistante de recherche
CSSS Cavendish – CAU
genevieve.ouellette.cvd@ssss.gouv.qc.ca

L'équipe de rédaction a souhaité apporter un éclairage différent sur la vie dans les unités de soins de longue durée en donnant la parole aux travailleurs qui exercent dans l'ombre un travail méconnu et peu valorisé. L'image transmise par les médias est souvent négative. Pourtant, les services de soins de longue durée répondent à une multitude de besoins qui sont pourvus par des employés extraordinairement dévoués. Le texte suivant présente ainsi une synthèse des propos recueillis auprès de certains de ces employés.



Barbara Grodecka

Infirmière auxiliaire
St-Andrew



Danut Tica

Infirmier coordonnateur de soir
Father-Dowd



Lynn Guilbault

Infirmière assistante
du supérieur immédiat
Henri-Bradet



Meridee Larrat

Préposée aux bénéficiaires
St-Margaret

©CREGÉS

LE TRAVAIL EN SOINS DE LONGUE DURÉE

La volonté de contribuer au mieux-être de personnes fragilisées par la maladie, la possibilité d'échanger avec des clients, un intérêt pour le

processus de vieillissement et les déficits cognitifs, voilà quelques-unes des raisons pour lesquelles les membres du personnel interviewés choisissent de travailler dans les unités de soins de longue durée. Les connaissances spécifiques de

la gériatrie nous permettent d'adapter les soins selon l'état mental du résident et son degré d'autonomie. Le travail ne consiste en effet pas à répéter mécaniquement des gestes, mais à les accomplir en fonction des cir- ➤



constances. Il faut être fin observateur, car même si l'on croit connaître le résident type, il n'est pas le même que celui d'hier comme celui

Chaque petit geste accompli au quotidien porte en lui le dévouement discret du personnel. On observe régulièrement des victoires, des

d'hébergement, de fermeture de lits et de compressions budgétaires.

Le travail d'équipe est essentiel dans des milieux en mouvance comme celui-ci, les membres se sentant impliqués dans la prise de décision.

de demain sera différent de celui d'aujourd'hui. Malgré un rythme de travail soutenu, le calme, la patience et l'humour sont de rigueur. Cela favorise l'analyse, la prise de décision et l'intervention auprès des résidents, des familles et des visiteurs. La solidité de l'équipe au cours de l'intervention s'appuie sur l'expérience et l'expertise de ses membres. Il faut être à la fois bon communicateur et à l'écoute puisqu'il s'agit de s'entretenir avec les résidents et leur famille, et de répondre aux demandes variées des résidents, des familles ou des collègues.

améliorations chez les résidents, comme en témoigne le cas d'une dame qui est arrivée de l'hôpital, dénutrie, en fauteuil gériatrique, la tête courbée, incapable de s'alimenter seule. Après quelques mois, elle avait repris du poids, marchait avec de l'aide, se tenait droite et mangeait seule. De petits gestes qui, mis ensemble, produisent des résultats qui donnent un sens au travail.

L'attribution des dossiers en soins de longue durée est gérée par un mécanisme externe qui contraint les centres d'hébergement à accueillir toutes les clientèles. Les clients proviennent maintenant davantage des hôpitaux que du domicile, ce qui signifie une prestation de soins actifs et médicaux jusqu'alors peu pratiqués. La clientèle gériatrique ayant des troubles cognitifs, des comportements perturbateurs ou d'errance est en augmentation, de même que la clientèle adulte polyhandicapée.

LE CONTEXTE ORGANISATIONNEL DES SOINS ET L'APPROCHE MILIEU DE VIE

Un des aspects positifs du travail en soins de longue durée est la possibilité de prendre en charge le patient dans sa globalité, c'est-à-dire de s'intéresser à la personne en regard de sa complexité et de son individualité et non seulement par rapport aux soins médicaux. La diversité des problématiques gériatriques, l'importance accordée à l'intervention, la possibilité de prendre des initiatives et une certaine latitude rendent le travail enrichissant.

Le gouvernement québécois a décidé, en 2003, de modifier l'approche des soins en vigueur depuis la réorganisation des services de santé des années 1980 (virage ambulatoire, chirurgie d'un jour, resserrement des critères d'admissibilité en soins de longue durée, etc.) et d'adopter une nouvelle approche favorisant la relation avec la personne soignée et ses proches. Cette mise en œuvre s'est inscrite dans un contexte de mutation des centres

La fermeture progressive des lits en soins de longue durée dans les hôpitaux généraux de l'île de Montréal depuis 2009 a obligé les CSSS à offrir des lits PHPE² à même leurs centres d'hébergement de soins de longue durée. Le séjour y est temporaire, en attente de l'orientation officielle vers un hébergement de transition, précédant à son tour l'obtention d'un lieu d'hébergement permanent. Cette nouvelle clientèle a transformé le travail des équipes en soins de longue durée et a suscité l'inquiétude chez les résidents permanents qui se demandaient si leur place était devenue temporaire. Il est difficile d'établir une relation de proximité dans un contexte transitoire où le personnel – et les résidents – sont confrontés à de telles politiques. Le terme de longue durée perd son sens devant ce roulement incessant de résidents. ➤



LES ASPECTS POSITIFS DE L'APPROCHE « MILIEU DE VIE »

L'approche milieu de vie met l'accent sur la relation entre l'individu, l'équipe et les proches. Elle est appréciée des membres du personnel interviewés qui mettent les efforts nécessaires pour l'intégrer au quotidien dans les unités. On privilégie la qualité des soins, qu'ils soient d'ordre actif, régulier ou palliatif. Le travail d'équipe est essentiel dans des milieux en mouvance comme celui-ci, les membres se sentant impliqués dans la prise de décision. La formation *Agir* a permis de faire connaître cette approche qui interpelle tout le personnel de l'unité – infirmière, infirmière auxiliaire, préposé aux bénéficiaires, médecin, personnel des cuisines, intervenant en loisirs

et d'autres encore – et qui vise à transformer le geste mécanique en un geste personnel.

Les effets positifs sur la vie des résidents sont réels, comme l'illustrent les exemples suivants, relevés lors des entretiens. La stabilité du personnel et des équipes contribue à créer une synergie entre les membres des équipes, et assure un bon climat de travail. Pour leur part, les résidents retrouvent des visages familiers. On porte une attention particulière au jumelage résident/soignant et à la salle à manger des résidents, où l'on offre des choix alimentaires variés et adaptés. La planification des bains tente, dans la mesure du possible, de respecter le rythme et les habitudes des résidents. Il en va de même pour l'heure du souper et du coucher. Les équipes ont réussi à réduire le recours aux

moyens de contention et à trouver des solutions de rechange. Elles se penchent maintenant sur la réduction de l'utilisation des médicaments, les médecins étant prêts à agir en ce sens. Le maintien de l'autonomie des résidents se fait en offrant une assistance au lieu de faire l'action à leur place, comme le brossage des dents. Il en résulte une satisfaction, tant de la part du résident que du personnel, celui-ci ayant le sentiment de contribuer au bien-être de celui-là.

Dans la pratique, l'approche a permis la mise sur pied d'activités stimulantes pour les résidents, comme assister à la cuisson du pain ou prendre le thé au solarium. De plus, on prévoit l'organisation d'un court séjour à l'extérieur destiné à la clientèle atteinte de démence et en grave perte d'autonomie.

L'approche milieu de vie vise le bien-être des résidents. Les familles constatent que le personnel travaille dans l'intérêt du patient et que l'équipe est ouverte à la discussion. Même si son application pose des défis sur le plan de la routine et de la gestion du personnel, cette approche permet une certaine liberté d'action dans un milieu très encadré. Il faudrait encore alléger les procédures administratives afin de récupérer de l'espace et du temps pour prodiguer des soins humains.

Selon les membres du personnel interviewés, la recherche devrait ➤

s'intéresser à un moyen de réduire l'utilisation des médicaments, à l'impact de l'environnement physique sur la clientèle et aux effets de la formation sur la qualité des services aux résidents.

PROPOSITIONS D'AMÉLIORATION

L'alourdissement de la clientèle est un obstacle à l'application de l'approche. À cet égard, il faudrait réfléchir à des façons d'harmoniser les actions médicales avec la philosophie milieu de vie.

L'état de santé et la perte de mobilité des résidents limitent leurs

déplacements dans l'unité. Ainsi, il faudrait repenser les activités de loisirs, qu'il vaudrait mieux personnaliser. Toutefois, la pénurie de personnel freine cet élan. Il faut néanmoins trouver des moyens d'offrir des moments agréables à la clientèle adulte en perte d'autonomie et créer un milieu de vie dans lequel on tient compte des centres d'intérêt des personnes.

En soins de longue durée, les besoins sont sans fin. Il en va de même des obstacles, qui peuvent toutefois devenir des défis stimulants si l'on a pour objectif le bien-être des patients. L'environnement physique devrait être spécialement

conçu pour répondre à leurs besoins et leur garantir sécurité et bien-être. Dans un monde idéal, le personnel serait en nombre suffisant pour offrir à tous les résidents des soins au moment approprié et pour assurer une présence dans un milieu de vie optimal.

1. Entretiens réalisés en juillet 2012 auprès de quatre membres du personnel du CSSS Cavendish. Les centres d'hébergement Henri-Bradet, Father-Dowd, St-Andrew et St-Margaret offrent de 70 à 134 lits.
2. Connus sous le nom de programme 68, les PHPE (Programme d'hébergement pour évaluation) sont des lits d'évaluation/orientation permettant de déterminer le type d'hébergement requis.



Agir sur les environnements afin d'accroître l'autonomie des personnes âgées

Isabelle Daneau M. Sc.

Ergothérapeute – CLSC René-Cassin

CSSS Cavendish – CAU

isabelle.daneau.cvd@ssss.gouv.qc.ca

La perte d'autonomie liée au vieillissement est bien connue dans la société actuelle, compte tenu du vieillissement important de la population et de tous les défis qu'il pose au système de santé. Cette perte d'autonomie chez de nombreuses personnes âgées peut être liée à différentes causes. La plupart du temps, elle est attribuée à des étapes considérées normales du vieillissement ou à des maladies pouvant générer des incapacités physiques et cognitives. Dans ce contexte et face à la volonté de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées le plus longtemps possible, l'environnement de la personne apparaît comme un incontournable.

Dans le langage ergothérapique, la perte d'autonomie se traduit par



© iStockphoto

une diminution du rendement occupationnel, c'est-à-dire « la capacité d'une personne de choisir, d'organiser et de s'adonner à des occupa-

tions significatives qui lui procurent de la satisfaction. Ces occupations lui permettent de prendre soin d'elle, de se divertir et de contri- ➤



buer à l'édifice social et économique de la communauté¹». Le rendement occupationnel est dynamique, car il découle des interactions en constante mouvance entre les capacités de la personne elle-même, les occupations qu'elle désire accomplir et les environnements dans lesquels elle gravite. Dans ces circonstances, le rendement occupationnel de l'individu peut varier s'il y a modification de l'un de ces éléments.

L'environnement est un élément très important du rendement puisqu'il a un pouvoir à double tranchant, soit celui de nuire à l'accomplissement des occupations, ou au contraire, de le favoriser. Lorsqu'il y a décalage entre les capacités d'une personne et son environnement, l'atteinte des objectifs occupationnels est le plus souvent mise en danger¹. Cependant, afin de rétablir un équilibre, l'environnement est un élément qui est souvent plus facile à modifier que les capacités de la personne ou ses besoins occupationnels. Malheureusement, pour certains individus, la modification de l'environnement ne suffit pas, ou ne suffit plus, à pallier les incapacités. Une transition vers un milieu de vie substitut, tels un centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), une ressource intermédiaire (RI) ou une ressource de type familiale (RTF), est alors nécessaire au maintien du rendement occupationnel et de la sécurité de la personne². Ces environnements sont cependant bien différents de ce que l'individu connaît et désire le plus souvent. Il est

donc de première importance que ces endroits tentent de se rapprocher d'un milieu de vie naturel en répondant aux besoins, aux habitudes, aux valeurs et aux goûts des individus hébergés et de leur famille². Ces types de milieu de vie devraient s'adapter à la réalité des individus en constante transformation.

La majorité des modèles ergothérapeutiques du rendement occupationnel incluent l'environnement comme l'un des éléments clés³. Les quatre dimensions de l'environnement

retenues sont le physique, le social, l'institutionnel et le culturel. Ces dimensions comprennent des éléments différents qui interviennent sur le rendement occupationnel et qui peuvent être modifiés à divers degrés¹. L'environnement physique se compose de tout ce qui est matériel. Il s'agit tant de l'environnement naturel que des éléments construits par l'être humain. Lorsqu'il est question d'incapacités physiques, et même cognitives, les environnements physiques dans lesquels évolue l'individu présentent généralement des barrières ou des manquements^{1,4,5}. Un aîné ayant des troubles de mobilité et ne parvenant plus à utiliser les escaliers pour sortir de sa mai-

son en est un exemple éloquent. La communauté elle-même présente d'innombrables barrières physiques à l'accessibilité des personnes atteintes d'incapacités. Dans un monde idéal, les milieux de vie seraient construits selon le principe d'accessibilité universelle permettant à toute personne, peu importe son âge et ses capacités, d'y accéder^{4,5}. L'adaptation physique des domiciles et des lieux publics est l'une des mesures possibles pour favoriser le rendement occupationnel des individus, mais d'autres éléments physiques essentiels

Dans un monde idéal, les milieux de vie seraient construits selon le principe d'accessibilité universelle permettant à toute personne, peu importe son âge et ses capacités, d'y accéder.

à l'adaptation sont les aides techniques dont peuvent disposer les individus pour faciliter leurs occupations ou les rendre plus sécuritaires. L'utilisation d'une barre d'appui pour sécuriser un transfert vers la douche, l'utilisation d'un fauteuil roulant pour les déplacements ou l'utilisation d'une minuterie pour rappeler à une personne de prendre ses médicaments en sont tous des exemples concrets.

L'environnement social, quant à lui, se compose de toutes les personnes qui gravitent autour de l'individu et des relations qu'il entretient avec ses proches, ses amis ou des professionnels. L'étendue et la qua- ➤

lité de ce réseau peuvent être très variables. Pour certains, ce réseau est restreint et pour d'autres, il est bien développé. Comme pour toutes les autres composantes de l'environnement, la dimension sociale peut représenter tant une barrière qu'un facilitateur du rendement occupationnel. Pour plusieurs aînés, l'entourage et les professionnels de la santé ont une part énorme à jouer sur leur capacité de vieillir à domicile notamment en leur offrant des services. Il n'y a qu'à penser à un enfant qui fait les courses pour sa mère ou qui l'accompagne à ses rendez-vous. Un réseau social pauvre ou de mauvaise qualité, comprenant par exemple des relations conflictuelles, n'a pas un impact aussi positif sur le rendement occupationnel et peut même lui nuire.

L'environnement institutionnel se compose de tout ce qui relève de la politique, des lois, des programmes sociaux, des comités de gestion, des directions, etc.¹ Bien que plus éloignée du rendement occupationnel quotidien de l'individu, cette composante de l'environnement est d'une très grande importance dans l'actualisation des objectifs sociétaux autant à domicile qu'en centre d'hébergement. Il n'y a qu'à penser à la pénurie de personnel dans les établissements de soins dont l'impact négatif sur la qualité de vie des aînés fait souvent les manchettes médiatiques.

Enfin, l'environnement culturel dans lequel gravite l'individu peut aussi affecter le rendement occupationnel.

Il s'agit de tous les « aspects ethniques, raciaux, cérémonieux et routiniers basés sur le système de valeurs de groupes particuliers¹ ». Un exemple positif d'un élément culturel sur le rendement occupationnel est l'importance de la famille comme valeur au sein d'une communauté qui pousse les enfants à s'occuper de leurs parents âgés, et même de les accueillir à domicile. Les éléments culturels de l'environnement, conjointement aux valeurs intrinsèques de chaque individu, viendront également faciliter ou nuire à l'adaptation du milieu de vie ou à la transition d'un milieu à l'autre.

EN GUISE DE CONCLUSION

L'idéal du maintien des personnes âgées en perte d'autonomie à domicile est possible dans une certaine mesure lorsque des adaptations de l'environnement des individus sont entreprises pour améliorer ou maintenir leur rendement occupationnel. Cependant, il peut toujours venir un moment où le déséquilibre est trop important et une transition d'un milieu de vie naturel à un milieu de vie substitut soit nécessaire. Peu importe le milieu, l'objectif des interventions devrait viser l'accomplissement du rendement occupationnel des individus en exploitant leurs capacités. Les interventions sur l'environnement tant physique, social, institutionnel que culturel sont des clés importantes pour y parvenir.



© iStockphoto

1. Association canadienne des ergothérapeutes (2002). *Promouvoir l'occupation : Une perspective de l'ergothérapie* (éd. rév.), Ottawa, CAOT Publications ACE.
2. Ministère de la santé et des services sociaux (2003). *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD : Orientations ministérielles*, [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2003/03-830-01.pdf>.
3. Cole, M. B., et R. Tufano (2008). *Applied theories in occupational therapy: A practical approach*, Thorofare, NJ, SLACK.
4. Letts, L., Rigby, P., et Stewart, D. (2003). *Using environments to enable occupational performance*, Thorofare, NJ, SLACK.
5. Bonder, B. R., et V. Dal Bello-Haas (2009). *Functional performance in older adults*, Philadelphia, FA Davis Company.



Choisir un milieu de vie pour un proche atteint de démence

Conception d'un outil clinique pour favoriser la prise de décision des proches aidants

Mélanie Couture Ph. D.

Chercheure au CREGÉS
CSSS Cavendish – CAU
melanie.couture.cvd@sss.gouv.qc.ca

Francine Ducharme Ph. D.

Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières
Université de Montréal
Chercheure au CRIUGM
francine.ducharme@umontreal.ca

L'outil présenté dans ce texte a été développé dans le cadre de mon post-doctorat, sous la supervision de Francine Ducharme. Le développement d'une aide à la décision vient du constat de plusieurs études effectuées auprès des proches aidants de personnes atteintes de démence qui démontraient la nécessité de mieux soutenir les proches en lien avec le choix du milieu de vie de leur parent.

UN CHOIX DIFFICILE

Des efforts de promotion du soutien à domicile ont été déployés au cours des dix dernières années dans le système de santé québécois pour permettre aux personnes âgées de demeurer le plus longtemps possible chez elles. La Politique de soutien à domicile *Chez soi: le premier choix*¹, présentée en 2003 par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), tout comme la nouvelle politique *Viellir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*², présentée en mai 2012

et parrainée par le ministère de la Famille et des Aînés (MFA), en collaboration avec le MSSS, illustrent les efforts gouvernementaux en ce sens. Néanmoins, pour certaines personnes âgées, la relocalisation est envisagée lorsque les efforts de la famille et les soins à domicile formels ne répondent plus à leurs besoins.

En ce qui concerne les personnes atteintes de démence, ce sont les proches, tout particulièrement leurs enfants, qui entreprennent les démarches de relocalisation. La prise de décision pour ce qui est

de l'hébergement d'un proche est une situation qualifiée de «difficile» et «crève-cœur» par les proches aidants⁴. La planification du changement de milieu de vie est souvent effectuée rapidement et dans des situations de crise familiale, ce qui rend le processus décisionnel encore plus pénible⁵. La question de l'hébergement est même souvent évitée par les familles, ce qui empêche d'amorcer la réflexion avant que le besoin ne soit criant.

Des proches aidants rapportent que les professionnels de la santé peuvent les soutenir dans cette ➤

prise de décision en les aidant notamment à :

- évaluer le besoin de changer le parent de milieu de vie;
- naviguer dans le système de santé;
- prendre soin de la dynamique familiale⁶.

Toutefois, certains proches aidants qui ont dû se résoudre à transférer leur parent en hébergement signalent que le processus décisionnel est bien souvent axé sur la seule expertise des intervenants et qu'ils ne se sentent pas suffisamment informés⁵. Une meilleure compréhension des besoins et des perceptions des proches aidants permettrait une intervention proactive et une prise de décision plus éclairée quant au choix du milieu de vie de leur parent âgé.

UN OUTIL POUR FAVORISER UNE PRISE DE DÉCISION ÉCLAIRÉE

Au Québec, ce sont les gestionnaires de cas (travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes) qui ont comme rôle de gérer l'accès, la coordination et le suivi des services dans plusieurs Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Lors de l'institutionnalisation, ces professionnels de la santé deviennent les intermédiaires dans la relation complexe entre la personne âgée, la famille et le système de santé³. Lorsqu'une demande formelle d'hébergement est reçue, le

gestionnaire de cas remplit avec la famille un formulaire uniformisé. Notons toutefois qu'avant la formulation officielle d'une demande d'hébergement, il n'existe pas dans les CSSS de démarche ou de protocole qui appuierait la réflexion des proches aidants relativement au choix d'un milieu de vie pour leur proche atteint de démence.

Les guides d'aide à la décision sont des outils cliniques qui visent à soutenir les personnes en structurant le processus décisionnel. Ce type d'outil est particulièrement utile pour faciliter les décisions fondées sur les valeurs et les préférences

partenariat s'élabore entre le proche aidant et les professionnels de la santé au moment de la prise de décision.

C'est dans cette perspective qu'un guide d'aide à la décision a été conçu pour faciliter le dialogue à propos du changement éventuel de milieu de vie de la personne atteinte de démence⁸. Ce guide s'intéresse à toutes les modalités du changement de milieu de vie, comme les déménagements en milieu de soins de longue durée, en ressources intermédiaires, en unité spécialisée, en résidence privée ou même chez un autre proche aidant.

Ce guide offre aux acteurs impliqués l'occasion d'exprimer leur vision de la situation et permet de redonner du pouvoir à l'aidant qui doit prendre une importante décision à l'égard de son parent qui n'est plus en mesure de le faire par lui-même.

individuelles et pour susciter le dialogue entre les personnes et les professionnels de la santé⁷. Au moyen de cette approche, les gestionnaires de cas peuvent aborder plus tôt avec les proches aidants la possibilité de changer de milieu de vie la personne atteinte de démence. Un partenariat s'établirait entre les aidants et les gestionnaires de cas, ce qui permettrait à chacun d'exprimer sa vision de la situation et à l'aidant de se sentir apte à prendre une décision éclairée pour son parent. Compte tenu des troubles cognitifs des personnes âgées atteintes de démence, le

Afin d'offrir un outil adapté à la situation des proches aidants, la version préliminaire de ce guide repose sur une analyse systématique des recherches qualitatives traitant du processus décisionnel des proches aidants en lien avec l'hébergement d'un parent atteint de démence. Cette analyse a permis de cibler :

- les principales préoccupations des proches aidants au cours du processus décisionnel;
- les facteurs contextuels qui inhibent ou facilitent le processus décisionnel.



© iStockphoto

L'analyse de ce qui a été rédigé sur le sujet démontre que les principales préoccupations des proches aidants au cours du processus décisionnel sont l'évaluation du présent milieu de vie et l'évaluation des milieux de vie envisagés. Le proche aidant évalue intuitivement la capacité ou l'incapacité du présent milieu de vie à répondre aux besoins de la personne âgée. Plus précisément, il tient compte de l'état cognitif et physique de son parent atteint de

démence, de ses propres capacités physiques et psychologiques ainsi que de l'aide formelle et informelle disponible. Les proches aidants analysent également la capacité du milieu de vie envisagé à répondre aux besoins de la personne âgée. En ce qui concerne le choix d'un nouveau domicile pour leur parent, les proches aidants évaluent principalement la qualité des soins, la proximité géographique et les coûts. Le facteur contextuel le plus

important dans la prise de décision est l'acceptabilité du changement de milieu de vie pour les différentes personnes impliquées. Le proche aidant doit conjuguer à la fois sa propre perception de la situation et celle de son entourage (la personne atteinte, les amis, la famille et les professionnels de la santé) pour choisir le meilleur milieu de vie pour son parent atteint de démence.

Suivant les résultats de l'analyse des articles rédigés sur ce sujet, ➤

le guide d'aide à la décision a été conçu dans le but de permettre aux gestionnaires de cas d'explorer, à l'aide de questions ouvertes, la perception du proche aidant relativement à :

- son évaluation du présent milieu de vie et des milieux de vie envisagés;
- son acceptabilité, ainsi que celle des personnes de l'entourage, du changement de milieu de vie de son parent;
- ses besoins d'information et de soutien liés à la prise de décision.

L'utilisation de questions ouvertes (plutôt que des choix de réponses) procure aux proches aidants un sentiment de contrôle sur le déroulement de la rencontre et ils énoncent plus aisément les aspects importants de leur expérience personnelle. Les gestionnaires de cas peuvent ainsi déterminer, avec l'aide du proche aidant, les besoins les plus criants. Ce guide a été conçu pour être utilisé dans le cadre d'une rencontre d'une durée d'environ une heure entre le gestionnaire de cas et l'aidant. On peut offrir des rencontres additionnelles si nécessaire.

LES PROCHAINES ÉTAPES

La version préliminaire du guide d'aide à la décision a été validée auprès de gestionnaires de cas et de proches aidants ayant déjà pris part au processus de prise de décision et

l'outil a ensuite été raffiné. Au cours de l'automne 2012, les CSSS de la Montagne et Cavendish mettront à l'essai la version validée et améliorée du guide d'aide à la décision auprès de 10 dyades aidant-gestionnaire de cas désirant aborder plus en profondeur le processus décisionnel lié au choix d'un milieu de vie pour une personne atteinte de démence. Étant donné que pour certains proches aidants, le choix d'un milieu de vie pour leur parent est un sujet sensible, les proches aidants recrutés pour cette étape de mise à l'essai du guide auront déjà exprimé le désir de discuter d'un changement de milieu de vie pour leur parent.

À la suite de la mise à l'essai, des versions francophone et anglophone de l'outil seront disponibles pour les professionnels de la santé souhaitant approfondir cette réflexion avec les proches aidants. Le guide d'aide à la décision a été conçu spécifiquement pour aider les proches aidants de personnes atteintes de démence. D'autres études seront nécessaires pour adapter ce guide à d'autres contextes et à d'autres clientèles.

Le processus décisionnel lié au changement du milieu de vie d'un parent âgé atteint de démence est parsemé d'incertitudes pour les proches aidants et il convient de bien les soutenir dans ce moment délicat. Ce guide offre aux acteurs impliqués l'occasion d'exprimer leur vision de la situation et permet de redonner du pouvoir à l'aidant

qui doit prendre une importante décision à l'égard de son parent qui n'est plus en mesure de le faire par lui-même. Les professionnels de la santé pourront utiliser l'information recueillie liée aux besoins exprimés par les proches aidants pour élaborer de nouvelles pistes d'intervention visant à mieux les soutenir lors de ce processus décisionnel laborieux.

1. Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (2003). « Chez soi le premier choix : la politique de soutien à domicile ». [En ligne], <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documenta-tion/2002/02-704-01.pdf>.
2. Gouvernement du Québec. Ministère de la Famille et des Aînés et Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). « Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec », [En ligne], <http://www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/politique-vieillir-et-vivre-ensemble.pdf>.
3. Belleau, H. (2007). « L'hébergement institutionnel d'un parent âgé ayant des pertes cognitives », *Canadian Journal on Aging*, 26(4), 329-342.
4. Hagen, B. (2001). « Nursing home placement. Factors affecting caregivers' decisions to place family members with dementia », *Journal of Gerontological Nursing*, 27(2), 44-53.
5. Nolan, M. et C. Dellasega (2000). « I really feel I've let him down»: Supporting family carers during long-term care placement for elders », *Journal of Advanced Nursing*, 31(4), 759-767.
6. Couture, M., F. Ducharme et J. Lamontagne (2012a). « The role of healthcare professionals in the decision-making process of family caregivers regarding placement of a cognitively impaired elderly relative », *Home Health Care Management and Practice*, DOI: 1084822312442675.
7. O'Connor, A. M., H. A. Llewellyn-Thomaset et A. B. Flood (2004). « Modifying unwarranted variations in health care: Shared decision making using patient decision aids », *Health Affairs*, [En ligne], <http://content.healthaffairs.org/content/early/2004/10/07/hlthaff.var.63.full.pdf+html?sid=7c01317f-3167-4dab-ae64-b0e8d87fc660>.
8. Couture, M. et F. Ducharme (2012b). « Choosing a living environment for a relative with dementia: Developing a decision-aid for family carers based on a systematic review of qualitative studies », *Proceedings of the 27th International Conference of Alzheimer's Disease International, Italie, Medimond Editore*.



L'influence des facteurs personnels et environnementaux sur les habitudes de marche des aînés montréalais

Sophie Laforest Ph. D.

Directrice scientifique et chercheure au CREGÉS
Professeure, département de kinésiologie,
Université de Montréal
sophie.laforest@umontreal.ca

Collaboratrices à la recherche : Lucie Richard, Ph. D., Université de Montréal, Céline Gosselin, M. Sc., Direction de santé publique de Montréal, Lise Gauvin, Ph. D., Université de Montréal, Kareen Nour, Ph. D., Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Josiane Desroches M. Sc., Université de Sherbrooke.

Les facteurs environnementaux influencent les habitudes de marche chez les aînés en région urbaine. C'est ce qui ressort d'une étude conduite en 2005 qui tentait de mettre en lumière les liens entre l'environnement bâti (bâtiments, parcs, routes, réseau de transport en commun) et les habitudes de marche chez les personnes âgées en milieu urbain, en considérant les facteurs personnels. Ainsi, la proximité des services double les chances des personnes âgées de marcher quotidiennement tandis qu'un environnement convivial et propice à la marche quadruple leurs

chances de marcher régulièrement. Un environnement sécuritaire triple quant à lui la probabilité de s'adonner à cette activité. Enfin, l'esthétique et la variété des destinations font augmenter de près de deux fois la probabilité de marcher.

Au cours de l'étude, 282 personnes âgées ont été recrutées par l'intermédiaire d'organismes communautaires de Montréal. Un intervieweur a fait remplir un questionnaire aux participants afin de documenter leurs habitudes de marche, les variables sociodémographiques, les variables liées à la santé ►



© iStockphoto



© iStockphoto

(âge, sexe, éducation, conditions de logement, état de santé, santé mentale), ainsi que les caractéristiques du quartier (distance perçue des services, variété des destinations, accessibilité des ressources, convivialité de l'espace piétonnier, installations prévues pour la marche, esthétique, accès à une station de métro ou à un arrêt d'autobus à moins de cinq minutes de marche et sécurité). Différentes analyses ont été réalisées pour mieux comprendre la diversité des réponses des participants. Afin d'explorer la relation existant entre les variables environnementales et les habitudes de marche, des analyses de régression ont été menées. Il s'agissait de repérer, parmi les variables, celles qui étaient

le plus fortement associées à la pratique de la marche, après avoir contrôlé les variables personnelles susceptibles de biaiser ou de modifier les résultats. Une marge d'erreur acceptable en cas de mauvaise association notable ($p < .05$) a été estimée à 5 %.

Dans le cadre de l'étude, nous avons adopté une mesure subjective de perception des facteurs de l'environnement, combinée à une mesure autorapportée de marche (fréquence hebdomadaire). En effet, nous croyons que la perception qu'une personne a de son environnement de quartier est un bon indicateur. Une variété de facteurs de quartier ont été étudiés :

- distance des services;
- variétés des destinations;
- accessibilité perçue à huit ressources clés;
- convivialité de l'environnement piétonnier;
- installations prévues pour la marche;
- esthétique de l'environnement;
- accès à une station de métro ou à un arrêt d'autobus à moins de cinq minutes de marche;
- sentiment de sécurité.





Fait à noter: quand ces variables présentant un aménagement moins diversifié³.

Selon Statistique Canada, la prévalence de la sédentarité, qui croît avec l'âge, atteignait en 2005 une proportion de 56 % chez les hommes et de 64 % chez les femmes âgés de 65 ans et plus.

comportant des caractéristiques personnelles, ces dernières ne sont jamais associées à la pratique de la marche. En d'autres termes, seules les variables environnementales se sont révélées des facteurs incitatifs à la pratique de la marche chez les personnes âgées interviewées dans le cadre de l'étude.

LE LIEN ENTRE L'ENVIRONNEMENT ET LA PRATIQUE DE LA MARCHÉ

Des études réalisées auprès de la population générale ont permis d'observer une association bénéfique entre la marche régulière et les indicateurs de présence de certains facteurs liés à l'environnement qui favorisent l'accessibilité². Par exemple, Saelens et ses collègues notent que les collectivités à grande densité de population, reliées entre elles, ou dont l'aménagement du territoire est diversifié affichent des taux plus élevés de pratique de la marche ou du vélo à des fins utilitaires que les collectivités de faible densité, mal reliées, et

Bien que ces résultats soient intéressants, très peu d'entre eux ont été colligés parmi la population âgée. Pourtant, nous savons que l'influence de l'environnement bâti sur l'activité physique varie selon les groupes d'âge⁴ et que les personnes âgées passent plus de temps dans leur quartier que les adultes d'âge moyen. De plus, à mesure que les gens vieillissent, ils perdent accès à un mode de transport privé. D'autres moyens de déplacement s'y substituent alors, tels le transport en commun et la marche⁵. Pour ces raisons, il est essentiel de comprendre la relation entre les caractéristiques d'un environnement bâti et les habitudes de marche.

DES QUARTIERS FAVORABLES AUX PIÉTONS

Certains quartiers possèdent un potentiel piétonnier (connectivité, usage du sol, trottoirs boisés, etc.), un environnement sécuritaire (voies de sûreté entre les piétons et les véhicules motorisés, pas-

sages pour piétons sécuritaires, rues bien éclairées, etc.), une esthétique (propreté, espaces verts, etc.) ou une variété de destinations. La présence de ces facteurs est un facilitateur et leur absence, un obstacle à la pratique de l'activité physique⁶. Il se dégage une unanimité dans les études antérieures relativement à l'impact de certaines caractéristiques d'un quartier sur la pratique de la marche. Par exemple, toutes reconnaissent le lien entre le potentiel piétonnier d'un quartier et la pratique d'activités physiques dans la population⁷. Il en va de même pour les facteurs suivants: variété des destinations, sécurité et accès aux installations sportives et de loisirs⁴. Toutefois, un consensus n'est pas établi en ce qui concerne l'accès à un chemin piétonnier. Le nombre limité de publications sur chaque facteur, la diversité des municipalités où se sont déroulées les études et les disparités entre les populations étudiées permettent difficilement de généraliser les résultats et nécessitent des recherches plus poussées.

LES PERSONNES ÂGÉES ET LA PRATIQUE DE LA MARCHÉ

Vaincre l'inactivité physique des personnes âgées présente un défi de taille. Selon Statistique Canada, la prévalence de la sédentarité, qui croît avec l'âge, atteignait en 2005 une proportion de 56% chez les hommes et de 64% chez les femmes âgés de ➤

65 ans et plus¹. Pourtant, un mode de vie sédentaire augmente les facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires. De fait, la marche est un élément essentiel à la santé des personnes âgées, contribuant à préserver ou à accroître leur autonomie, et à augmenter leur espérance de vie⁸.

CONCLUSION ET PISTES DE RÉFLEXION

Parmi les personnes interviewées dans le cadre de l'étude, 40 % ne pratiquaient pas la marche tous les jours. Favoriser la pratique de la marche est d'une importance capitale pour peu que l'on s'attarde à l'état de santé et au bien-être des personnes âgées⁹. Ainsi, il est primordial d'élaborer des stratégies de promotion de la marche auprès des aînés, d'autant qu'ils apprécieraient cette activité à leur portée. Également, la présence de plusieurs facteurs de quartier mentionnés dans cet article est nécessaire pour favoriser le développement des habitudes de marche chez les aînés en milieu urbain. C'est pourquoi les planificateurs communautaires, les fournisseurs de soins de santé et les personnes âgées auraient avantage à s'inspirer d'études^{3,10,11} comme la nôtre. Nous souhaitons également que les municipalités et les diverses instances gouvernementales susceptibles de financer des travaux d'aménagement urbain portent une attention particulière à ces observations.

1. Statistique Canada. (2005). *Canadian Community Health Survey (CCHS), Cycle 3.1*. Retrieved august, 14, 2010, from <http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm>
2. Owen, N., N. Humpel, E. Leslie, A. Bauman et J. F. Sallis (2004). «Understanding environmental influences on walking - Review and research agenda», [Review], *American Journal of Preventive Medicine*, 27(1), 67-76.
3. Saelens, B. E., Sallis, J. F., Black, J. B., & Chen, D. (2003). «Neighborhood-based differences in physical activity: An environment scale evaluation», *American Journal of Public Health*, 93(9), 1552-1558.
4. Shigematsu, R., J. F. Sallis, T. L. Conway, B. E. Saelens, L. D. Frank, K. L. Cain et al. (2009). «Age Differences in the Relation of Perceived Neighborhood Environment to Walking», *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(2), 314-321
5. Richard, L., L. Gauvin, C. Gosselin et S. Laforest (2009). «Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in Montreal, Quebec», *Health Promotion International*, 24(1), 46-57
6. Glass, T. A. a. J. L. B. (2003). «Neighborhoods, aging, and functional limitations. Neighborhoods and health», dans I. Kawachi et L. F. Berkman, *Neighborhoods and Health*, New York, Oxford University Press, 303-334.
7. Ewing, R., T. Schmid, R. Killingsworth, A. Zlot et S. Raudenbush (2003). «Relationship between urban sprawl and physical activity, obesity, and morbidity», *American Journal of Health Promotion*, 18(1), 47-57.
8. Landi, F. et al. (2008). «Walking one hour or more per day prevented mortality among older persons: Results from iSIRENTE study». *Preventive Medicine*, 47(4), 422-426.
9. Walsh, J. M., A. R. Pressman, J. A. Cauley et W. S. Browner (2001). «Predictors of physical activity in community-dwelling elderly white women», *Journal of General Internal Medicine*, 16(11), 721-727.
10. Berke, E. M., L. M. Gottlieb, et al. (2007). «Protective association between neighborhood walkability and depression in older men», *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(4), 526-533.
11. Williams, C. H. (2007). *The Built Environment and Physical Activity: What Is the Relationship?*, Princeton, New Jersey, Robert Wood Johnson Foundation.



AIDE ABUS AINÉS

Service professionnel
Partout au Québec

Pour les aînés,
la population
et les intervenants

7 jours sur 7
de 8h à 20h

1-888-489-2287
514-489-2287

www.aideabusaines.ca



Des enjeux du vieillissement

vus à travers les lunettes de l'urbanisme et de la géographie

Anne-Marie Séguin Ph. D.

Professeure-chercheure
Institut national de la recherche
scientifique (INRS), Centre Urbanisation
Culture Société
Membre: Laboratoire d'analyse des
politiques sociales et des territoires
(LAPoSTe)
anne-marie.seguin@ucs.inrs.ca

Paula Negron-Poblete Ph. D.

Professeure-chercheure
Institut d'urbanisme
Université de Montréal
Membre: Observatoire de la mobilité
durable et LAPoSTe
p.negron-poblete@umontreal.ca

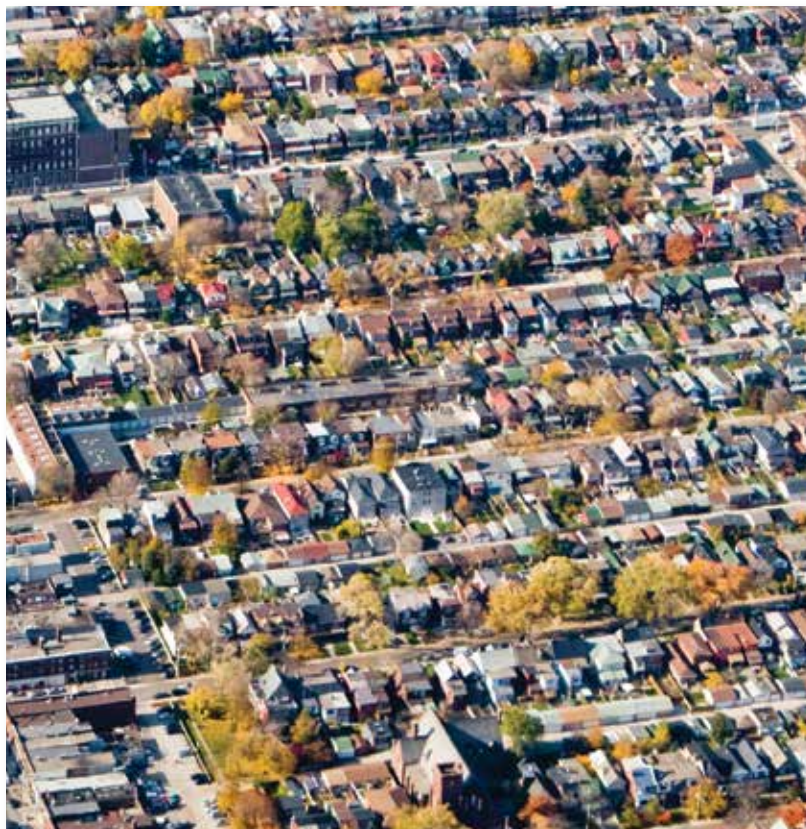
Philippe Apparicio Ph. D.

Professeur-chercheur
INRS, Centre Urbanisation
Culture Société
Membre: LAPoSTe
philippe.apparicio@ucs.inrs.ca

Pourquoi importe-t-il d'examiner les territoires sous leurs différentes coutures quand on s'intéresse au vieillissement? D'abord, le Québec connaîtra un vieillissement rapide de sa population, et surtout de sa population très âgée, dans les trois prochaines décennies. Cette transformation atteindra tous les territoires, mais dans des proportions et à des rythmes différents. ➤

Le vieillissement de la population interpelle de nombreuses disciplines des sciences de la santé et des sciences sociales. Chez les premières, on pense immédiatement à la médecine familiale, à la gériatrie, aux sciences infirmières; chez les secondes, on évoque le travail social, la sociologie ou encore la psychologie.

Mais en quoi des sciences qui s'intéressent à l'espace, à l'aménagement et au territoire peuvent-elles apporter une connaissance pertinente sur le thème du vieillissement?



© iStockphoto

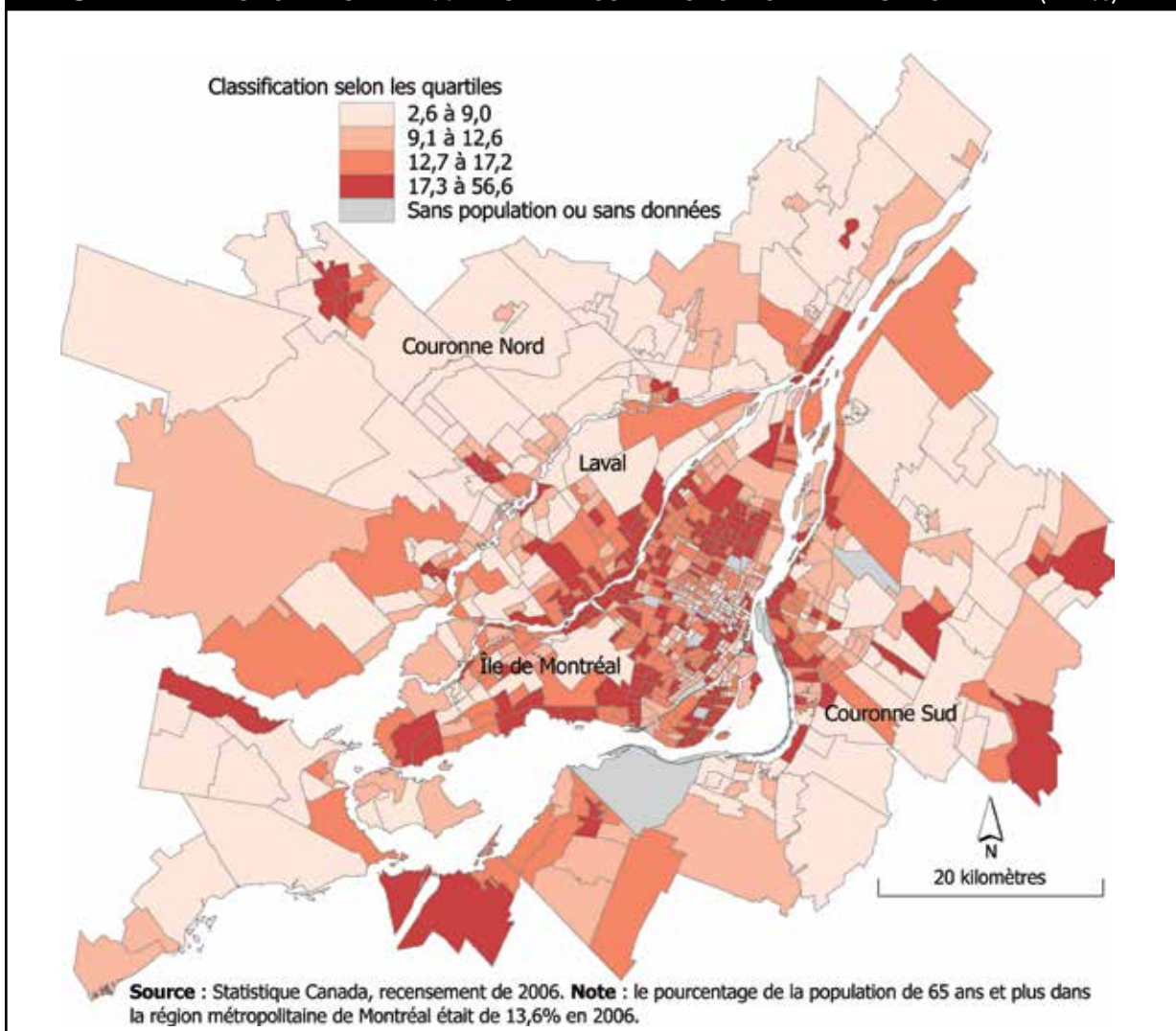
La seconde raison qui motive cet intérêt pour les territoires réside dans les orientations politiques du gouvernement du Québec qui se sont concrétisées récemment dans la politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*, rendue publique en mai 2012. Cette dernière fait du maintien des aînés dans la communauté et dans leur logement le plus longtemps possible, un élément

central. Si l'on veut éviter que cette orientation se fasse au détriment des aînés, les milieux résidentiels doivent et devront être accueillants pour eux¹, même lorsque leur état de santé les rend moins mobiles.

Nous présentons brièvement deux exemples d'études afin d'illustrer en quoi la géographie et l'urbanisme peuvent contribuer à éclairer les décideurs afin d'adapter les territoires aux besoins d'une société

qui vieillit. La première étude s'intéresse à la répartition de la population âgée à l'intérieur de la grande région de Montréal, qui renferme à elle seule près de 48 % des aînés québécois, et la seconde, à l'accessibilité aux commerces et aux services dans un territoire de la banlieue montréalaise. ➤

CARTE 1 - POPULATION DE 65 ANS ET PLUS PAR SECTEUR DE RECENSEMENT (EN %)





LA GÉOGRAPHIE CHANGEANTE DE LA POPULATION ÂGÉE À MONTRÉAL

La première recherche² répond à la question suivante : les aînés sont-ils dispersés assez uniformément sur le territoire de la région montréalaise ou, au contraire, sont-ils concentrés dans certains quartiers? Mieux connaître la répartition des personnes âgées de 65 ans et plus dans l'espace et son évolution depuis 25 ans pourrait contribuer à planifier de façon optimale la localisation des services publics destinés aux aînés (cliniques médicales, centres pour aînés, équipements de loisirs spécialisés, etc.) et ainsi mieux répondre à leurs besoins.

L'un des résultats les plus intéressants de l'étude a été de démontrer que cette répartition évolue au fil du temps, ce qui pose un défi pour la planification du territoire et des services. Elle nous apprend d'abord que, dans les années 1980, les aînés étaient plutôt concentrés dans les quartiers situés au centre de l'ancienne ville de Montréal, telle que définie avant les fusions de 2002, et dans des villes comme Outremont, Côte Saint-Luc ou Verdun. Ils étaient présents en proportions beaucoup plus modestes en dehors du centre de l'île de Montréal, avec quelques exceptions toutefois, comme Sainte-Anne-de-Bellevue. Ce modèle de concentration des aînés dans les quartiers du centre était aussi fréquemment observé dans d'autres

métropoles des États-Unis et du Canada. Comment l'expliquer? Plusieurs facteurs ont été évoqués : les aînés vieillissaient là où ils avaient vécu avant d'atteindre l'âge de 65 ans ou encore la pauvreté fréquemment observée chez les aînés, au début des années 1980, les confinait dans les quartiers pauvres, là où de petits logements bon marché étaient disponibles, donc dans les vieux quartiers près du centre-ville.

l'espace des aînés sur une période de 25 ans (1981 à 2006)? Le «vieillesse sur place» reste un facteur décisif : de nombreux adultes qui ont vécu dans une banlieue rapprochée y demeurent après avoir franchi le cap des 65 ans. Par ailleurs, les revenus des personnes âgées se sont améliorés globalement bien que la pauvreté reste présente chez les aînés, plus particulièrement chez les femmes vivant seules. Leur revenu de retraite étant plus élevé que

Ces changements de la répartition dans l'espace des aînés nous enseignent qu'il faut planifier des équipements publics et privés de sorte qu'ils puissent, dans le futur, servir à des populations d'autres âges, la recherche ayant montré l'existence d'un cycle de transformation dans de nombreux quartiers ou villes de la région montréalaise.

En 2006, on observe un modèle de répartition sensiblement différent (voir carte 1). De nombreux quartiers anciens du centre de Montréal ont rajeuni, comme le Plateau-Mont-Royal où les aînés y sont proportionnellement beaucoup moins présents. C'est maintenant au sein de quartiers montréalais plus jeunes comme des secteurs d'Ahuntsic ou de Mercier ou encore dans des banlieues rapprochées de Montréal (la portion sud de Laval, certains secteurs de Longueuil) qu'on les trouve concentrés alors que les banlieues plus lointaines affichent toujours de faibles proportions d'aînés. Comment expliquer ces changements de la répartition dans

celui des générations précédentes de retraités, les aînés peuvent ainsi continuer à habiter leur maison s'ils le désirent. De plus, l'offre de logement dans les municipalités de la proche banlieue s'est diversifiée : les logements en location et en copropriété y sont maintenant beaucoup plus nombreux, parfois même dans des immeubles réservés aux aînés. Ainsi, lorsque, pour diverses raisons, les aînés souhaitent quitter leur résidence unifamiliale, ils peuvent trouver à se loger dans le même secteur. D'autres peuvent venir s'y installer en provenance d'autres territoires. Jusqu'où ira la dispersion des aînés à l'intérieur de la région montréalaise? ➤

Atteindra-t-elle les municipalités de banlieues plus éloignées comme Vaudreuil ou Blainville? On ne peut pour le moment répondre avec certitude à cette question.

Ces changements de la répartition dans l'espace des aînés nous enseignent qu'il faut planifier des équipements publics et privés de sorte qu'ils puissent, dans le futur, servir à des populations d'autres âges, la recherche ayant montré l'existence d'un cycle de transformation dans de nombreux quartiers ou villes de la région montréalaise. Ainsi, un quartier neuf peut être habité par des jeunes familles qui deviennent des familles avec de

«grands» enfants. Lorsque les enfants quittent le foyer familial, laissant sur place leurs parents vieillissants, ces derniers finissent par quitter le quartier. Un nouveau cycle reprend avec l'arrivée de jeunes familles qui viennent les remplacer. Bien sûr, tous les habitants d'un quartier ne suivent pas ce parcours, mais plusieurs d'entre eux le font, du moins jusqu'à maintenant.

Les chercheurs de l'équipe ont observé le vieillissement des banlieues rapprochées, qui sont des milieux résidentiels planifiés pour les jeunes familles. Ils se sont demandé si le cadre résidentiel offert répond aux besoins des aînés

et plus particulièrement d'aînés ne possédant pas d'automobile. Une première recherche exploratoire a été menée dans l'arrondissement du Vieux-Longueuil.

L'ACCESSIBILITÉ À PIED AUX COMMERCES ET AUX SERVICES DANS UNE MUNICIPALITÉ DE LA BANLIEUE RAPPROCHÉE DE MONTRÉAL

La deuxième recherche³ visait à évaluer les conditions d'accessibilité à pied aux commerces et aux services courants dans l'arrondissement du Vieux-Longueuil, ➤



image 1



image 2



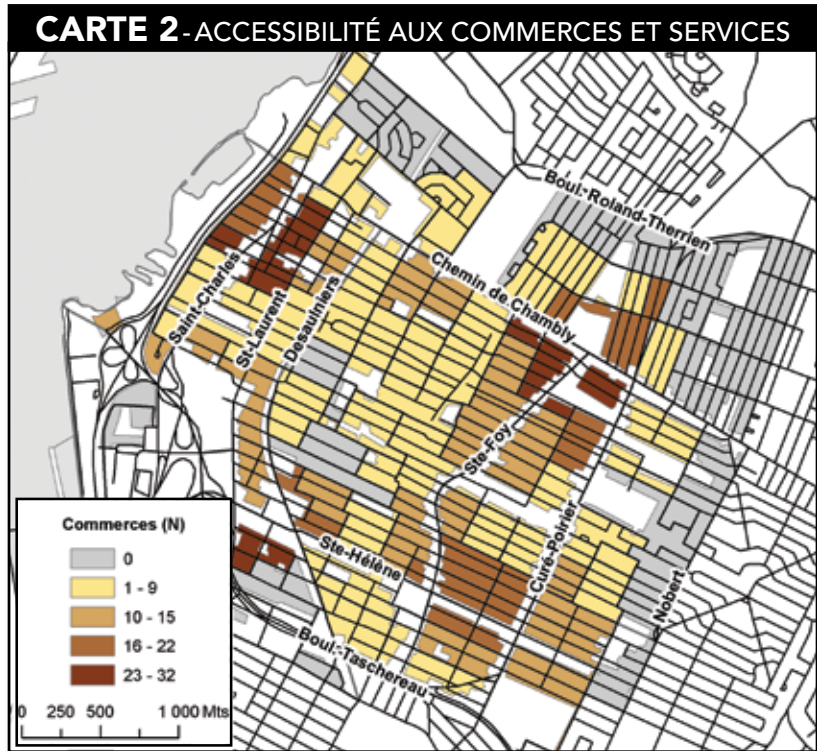
image 3



image 4

une des plus anciennes banlieues de la métropole montréalaise. Les résultats montrent que les conditions d'accessibilité à pied sont très inégales au sein du territoire à l'étude, particulièrement si l'on tient compte de la diversité des commerces et des services dans l'analyse de l'accessibilité. Les secteurs qui ont les meilleurs niveaux d'accessibilité à pied sont ceux qui se trouvent à proximité des grands axes, à la périphérie du territoire étudié. En 2006, les personnes de 65 ans et plus se concentraient surtout à proximité de la rue Saint-Charles, dans la périphérie nord-ouest du territoire, secteur bien pourvu en commerces et en services. En revanche, le vieillissement sur place risque d'entraîner d'importantes concentrations d'âinés dans plusieurs autres secteurs, notamment au centre de l'arrondissement, dans des zones où l'accessibilité à pied aux commerces et aux services est très faible et où l'offre alimentaire est peu diversifiée, car elle est souvent limitée à des dépanneurs.

La recherche a aussi montré que les niveaux d'accessibilité à pied aux commerces et aux services dans les différents secteurs du territoire sont fortement tributaires de la période à laquelle ceux-ci ont été développés (carte 2). Les secteurs situés le long de la rue Saint-Charles – rue principale de l'ancien noyau villageois – ont une très bonne accessibilité à pied (entre 23 et 32 commerces dans un rayon de 500 mètres). Les îlots de rues de petite taille et les parcelles étroites ont favorisé une



forte densité et une mixité commerciales. De plus, l'aménagement de la rue (larges trottoirs, aménagement paysager, bancs, etc.) fait de la rue Saint-Charles une rue très favorable à la marche (image 1).

Les secteurs à proximité de l'intersection du chemin de Chambly et du boulevard Sainte-Foy présentent une accessibilité à pied qualifiée de moyenne (entre 16 et 22 commerces à 500 mètres). Cet espace hybride intègre à la fois des commerces sur rue et un des premiers centres commerciaux de banlieue (Place Jacques-Cartier). Les secteurs à proximité d'autres artères majeures (Saint-Laurent et Curé-Poirier, par exemple) disposent aussi d'une bonne accessibilité à pied. Toutefois, ces secteurs ont été développés après la Deuxième Guerre,

dans un contexte d'usage plus généralisé de l'automobile. Ici, les commerces ont souvent un vaste stationnement à l'avant (ex.: Place Longueuil, image 2), que le piéton est obligé de traverser pour accéder au commerce, rendant l'accès à pied peu sécuritaire. De plus, la forte densité de la circulation observée sur ces axes rend leur traversée à pied difficile, notamment pour les âinés dont la mobilité est limitée.

Dans la partie centrale du territoire étudié, les maisons unifamiliales et les duplex à deux étages dominent le paysage. Cette faible densité d'habitation rend difficile le développement d'activités commerciales. Quelques commerces et services se sont implantés à proximité des intersections et le long des axes les plus passants (ex.: le boulevard ➤

Ste-Foy, image 3), mais l'offre demeure limitée et peu variée, car il s'agit surtout d'activités commerciales d'appoint (dépanneur, casse-croûte). À cela s'ajoute un réseau de rues mal connectées entre elles, ce qui diminue énormément l'accessibilité à pied. C'est notamment le cas des secteurs qui constituent la partie centrale du territoire, où l'on retrouve moins de dix commerces et services sur 500 mètres.

L'étude a donc démontré que loin de constituer des espaces homogènes, les premières banlieues offrent des niveaux d'accessibilité à pied très variés. Les formes commerciales plus anciennes sont davantage adaptées aux besoins et aux capacités de mobilité des aînés, tandis que d'autres, plus récentes, aménagées pour favoriser l'accès en automobile, rendent la mobilité à pied pour les aînés très difficile, voire dangereuse. Toutefois, certains secteurs, quoique mal desservis en commerces, demeurent très agréables pour la marche récréative, notamment en raison de la végétation et du faible niveau de circulation (image 4). Compte tenu du «vieillessement sur place», de plus en plus d'aînés souhaiteront vieillir dans ces milieux peu denses où ils auront vécu une partie de leur vie, mais où l'accessibilité n'a pas été pensée en fonction de déplacements à pied. Il importe donc de commencer à modifier ces territoires dès maintenant. Il faut

notamment revoir les modalités d'aménagement urbain (règlements de lotissement et de construction, plan de zonage, etc.) afin de densifier ces milieux et permettre une plus grande mixité des usages du sol (résidentiel, commercial, institutionnel). Des interventions dans l'espace public devront aussi être réalisées le long des axes à fort débit de circulation automobile, qui concentrent une grande partie de l'offre commerciale disponible, afin de les rendre plus sécuritaires pour les aînés. Compte tenu de la faible densité qui prévaut dans ces milieux et qui diminue l'accessibilité à pied, il faudra aussi réfléchir à de nouvelles modalités d'accès en transport en commun, comme des navettes, en tenant compte des besoins et des capacités de mobilité des aînés.

Les mesures d'accessibilité aux commerces et aux services peuvent aussi servir à éclairer les choix de localisation d'ensembles résidentiels réservés aux aînés afin qu'ils aient une bonne accessibilité. Leurs résidents, s'ils le désirent, pourront se déplacer à pied et conserver ainsi leur autonomie résidentielle et se garder en forme.

CONCLUSION

Au Québec, les chercheurs en géographie et en urbanisme qui s'intéressent au vieillissement sont encore peu nombreux. Beaucoup reste à faire pour cibler les principales lacunes des milieux résiden-

tiels et surtout pour connaître les besoins des aînés, en leur donnant la parole et en reconnaissant leur diversité. En effet, qui mieux que les personnes âgées elles-mêmes pour cerner leurs besoins, les obstacles et les lacunes de l'environnement qu'elles rencontrent au quotidien? Les aînés devraient aussi être étroitement associés à la recherche de solutions. Voilà un des défis que se donne l'équipe VIES – Vieillessements, exclusions sociales et solidarités en voulant associer les aînés à sa démarche de recherche et en faisant porter certaines de ces recherches sur les milieux de vie.



© Stockphoto

1. Scott Ball, M. (2012). *Livable Communities for Aging Populations. Urban Design for Longevity*, Hoboken, New Jersey, John Wiley and Sons.
2. Séguin, A.-M., P. Apparicio et P. Negron-Poblete (2012). « La répartition changeante des personnes âgées dans les agglomérations montréalaise et québécoise de 1986 à 2006 : un défi pour la création d'environnements résidentiels de qualité pour les aînés », dans P. Negron-Poblete et A.-M. Séguin, *Vieillessement et aménagement, un regard à différentes échelles*, Québec, PUQ.
3. Negron-Poblete, P., A.-M. Séguin et P. Apparicio (2012). « L'accessibilité à pied pour les résidents âgés du Vieux-Longueuil, des problèmes à l'horizon », dans P. Negron-Poblete et A.-M. Séguin, *Vieillessement et aménagement, un regard à différentes échelles*, Québec, PUQ.



Pour un meilleur accès aux fruits et aux légumes frais

Emily Bell

Étudiante à la maîtrise au département de nutrition humaine
Université McGill
emily.bell2@mail.mcgill.ca

Les initiatives communautaires en nutrition peuvent être un moyen efficace de sensibiliser la population à l'importance d'une alimentation saine en offrant un meilleur accès aux aliments. Une de ces initiatives, le programme *Bonne boîte, bonne bouffe*, est un club d'achat d'aliments qui offre aux résidents locaux des produits frais, sains et abordables. Il vise à encourager la consommation de fruits et de légumes, car ce groupe alimentaire fournit les nombreux nutriments nécessaires à une bonne santé et aide à réduire le risque de maladie¹. Les recherches démontrent ainsi que la consommation d'une quantité appréciable de fruits et de légumes diminue le risque de maladies chroniques telles que les maladies du cœur, les accidents cardiovasculaires, le diabète de type 2, l'hypertension et certains cancers^{2,3}.

Même si le programme *Bonne boîte, bonne bouffe* a d'abord été mis sur pied, en 2003, pour les familles et les personnes à faible revenu, le



© iStockphoto

CLSC René-Cassin a décidé, en réalisant un projet pilote d'une durée de 10 semaines à Côte Saint-Luc, de cibler les personnes âgées isolées. Côte Saint-Luc connaît en effet un vieillissement accéléré de sa population : 30,2 % de la population est âgée de 65 ans et plus, et de ce nombre, 7,1 % ont plus de 85 ans⁴. En outre, 42,3% des personnes âgées de 65 ans et plus vivent seules et 3770 personnes dans la communauté sont veuves. Cet important segment démographique doit donc faire l'objet d'une attention constante car les personnes ayant perdu leur conjoint récemment, qui ne peuvent quitter

leur domicile ou qui n'ont pas de soutien familial, peuvent vivre de la solitude.

On observe fréquemment une alimentation inadéquate chez les personnes âgées en raison de changements fonctionnels, physiologiques ou sociaux liés à l'âge^{5,6}. Ces facteurs sont directement associés à un régime alimentaire inadéquat^{7,8}. Un programme qui offre des aliments de qualité à ce groupe démographique est par conséquent essentiel. Le programme *Bonne boîte, bonne bouffe*, en s'ancrant dans la communauté des personnes âgées à risque, vise ➤

donc à fournir à ces résidents des produits nutritifs et abordables en vue d'améliorer leur état de santé tout en faisant la promotion de l'agriculture locale et de l'implication communautaire.

PORTÉE DU PROJET

Dans le cadre de ce projet pilote d'une durée de 10 semaines (du 5 juin au 7 août 2012), nous avons recruté 13 participants, tous âgés de plus de 65 ans. Le programme *Bonne boîte, bonne bouffe* implanté au CLSC René-Cassin est organisé par la banque alimentaire Moisson Montréal. Il a débuté dans le quartier Notre-Dame-de-Grâce en 2003^{9,10}. En septembre 2007, ce projet communautaire a connu une expansion grâce à un programme régional qui a étendu sa portée à l'ensemble de la ville de Montréal⁹. *Bonne boîte, bonne bouffe* livre aujourd'hui environ 1000 boîtes alimentaires par mois dans plus de 70 endroits dans la ville. Les livraisons se font aux deux semaines et les participants

récoltes et du prix des produits de saison. Une lettre d'information est jointe à la boîte. On peut y lire des renseignements sur la nutrition et les produits, des recettes et des conseils culinaires.

La Ville de Côte Saint-Luc a permis l'utilisation du centre communautaire et aquatique comme point de chute des boîtes alimentaires. Toutefois, les personnes âgées ne pouvant quitter leur domicile ont la possibilité de faire livrer chez eux la boîte par un bénévole. Grâce à cette initiative, des aînés isolés reçoivent donc à la fois des produits frais et une visite amicale.

ÉVALUATION DU PROJET

Le groupe recruté est composé de douze femmes et d'un homme : onze personnes sont retraitées, deux travaillent à temps plein, six des participants vivent seuls et sept en couple. Un questionnaire prélimi-

jugent qu'ils n'en consomment pas suffisamment et une personne n'est pas sûre. Malgré le fait que le Guide alimentaire canadien recommande aux personnes de ce groupe d'âge de consommer entre sept et neuf portions de fruits et légumes quotidiennement¹¹, cinq participants consomment entre zéro et trois portions, sept participants entre quatre et six portions et seulement une personne en consomme entre sept et neuf portions. Les participants évoquent plusieurs raisons pour justifier les déficits dans leur consommation : le manque d'appétit, la paresse, le problème de la mobilité réduite et la préférence d'autres denrées alimentaires. La plupart des participants disent se ravitailler au supermarché IGA situé à proximité, ce qui est commode, bien que, détail intéressant, la plupart jugent les prix très élevés. Cela démontre que, outre les prix élevés, le développement d'incapacités conditionne de façon importante les habitudes de ravitaillement.

Bonne boîte, bonne bouffe livre aujourd'hui environ 1000 boîtes alimentaires par mois dans plus de 70 endroits dans la ville.

peuvent choisir une boîte de petit, moyen ou grand format au prix de 7, 10 ou 16 dollars, ce qui représente des économies de 20 % à 50% par rapport au prix de vente au détail des aliments¹⁰. Le contenu des boîtes varie en fonction des

naire constitué d'une quinzaine de questions a été envoyé aux participants avant la première livraison. Selon les données recueillies, huit des participants affirment consommer suffisamment de fruits et de légumes chaque jour, quatre

À la suite de la première livraison, quatre participants ont décidé d'abandonner le programme. L'une des personnes a mentionné que, même s'il s'agissait d'une bonne idée, elle n'aimait pas tous les légumes contenus dans la boîte et qu'elle avait déjà chez elle certains des aliments proposés. Une autre personne a également relevé qu'il s'agissait d'une bonne initiative, mais que la boîte fournie ne satisfaisait pas ses préférences pour les fruits et ➤



©iStockphoto

contenait des légumes moins appréciés. Deux autres questionnaires seront acheminés aux participants au cours du projet pilote: un questionnaire mi-projet permettra d'évaluer la réussite du programme en termes de logistique et d'intérêt et un questionnaire final analysera les changements constatés par les participants dans leur consommation de fruits et de légumes.

AILLEURS AU CANADA

Les résultats de la mise en œuvre d'autres initiatives de *Bonne boîte, bonne bouffe* révèlent que ce programme accroit effectivement l'intérêt pour la consommation de fruits et de légumes. À Barrie, en Ontario, 70% des participants ont noté une augmentation de leur consommation de fruits et de légumes après s'être joints au programme¹². De même, à Saskatoon, en Saskatchewan, 84% des participants, ainsi que leurs enfants, affirment avoir augmenté leur consommation de fruits et de légumes¹³. Une des raisons évoquée était une meilleure accessibilité aux produits frais, comme l'ont souligné 81% des participants de Barrie¹². Ces résultats justifient amplement l'initiative du CLSC René-Cassin à l'intention des personnes âgées isolées de Côte Saint-Luc.

QUELQUES LIMITES

En dépit de bénéfices significatifs, des difficultés relatives à la mise en œuvre du programme sont inévitables. Par exemple, des évalua-

tions préalables ont montré que des participants ont souvent de la difficulté à consommer tous les aliments avant qu'ils ne soient gâtés, alors que d'autres oublient de commander ou d'aller chercher leur boîte, ou bien éprouvent de la difficulté à accéder au lieu de livraison^{13,14}. Un autre problème réside dans le fait que les participants ne sont pas en mesure de sélectionner les produits⁹.

Comme le projet pilote de Côte St-Luc vise les personnes âgées isolées au moyen d'un service de livraison supplémentaire, on espère que les obstacles liés à l'accès seront ainsi éliminés. Cependant, certains des obstacles mentionnés dans les études préalables se sont déjà révélés présents dans ce projet pilote: deux des participants ayant abandonné le programme après la première livraison ont souligné l'impossibilité de consommer l'ensemble du contenu du panier, alors que certains participants qui n'aiment pas certains aliments préféreraient sélectionner eux-mêmes les produits du panier.

LES AVENUES POSSIBLES

Même si la mise en place du projet pilote est réussie, des améliorations peuvent y être apportées. On pourrait étendre le projet à tous les résidents de Côte Saint-Luc qui désireraient y participer. Il serait aussi souhaitable d'avoir des bénévoles qui prépareraient les fruits et les légumes avant la livraison.

Il ne fait aucun doute qu'une fois ces quelques obstacles surmontés, l'amélioration de la qualité de l'alimentation et de la santé, tout comme le fait d'encourager l'agriculture locale, auront certainement un impact positif sur la qualité de vie des personnes de la communauté.

1. Organisation mondiale de la santé (2003). *Promoting Fruit and Vegetable Consumption around the World*, Genève, OMS.
2. Garden-Robinson, J. (2011). *What Color Is Your Food?*, North Dakota State University Extension Service.
3. Schafer, E., D. Nelson et C. Burton (2000). *The Health Value of Fruits and Vegetables*, Iowa State University Extension.
4. Statistique Canada (2006). *Recensement 2006, Profil des communautés, Côte Saint-Luc*.
5. A.D.A.M. (2011). *Malnutrition*. A.D.A.M. Medical Encyclopedia.
6. Whitney, E. et S. Rolfes (2008). « *Life Cycle Nutrition: Adulthood and the Later Years* », *Understanding Nutrition*, 11e édition, Belmont, CA, Thomson / Wadsworth.
7. Deeming, C. (2010). « *Food and Nutrition Security at Risk in Later Life: Evidence from the United Kingdom Expenditure & Food Survey* », *Journal of Social Policy*, 40, 471-492.
8. Krondl, M., P. Coleman et D. Lau (2008). « *Helping Older Adults Meet Nutritional Challenges* », *Journal of Nutrition for the Elderly*, 27(3), 205-220.
9. Biberstein, R., et M.-J. Daalderop (2008). *The Good Food Box: A Manual*, 2e éd., Toronto, FoodShare Toronto.
10. Moisson Montréal (2009). *Bonne boîte bonne bouffe, programme régional*.
11. Santé Canada (2011). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, Ottawa, [En ligne]*, <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/food-guide-aliment/index-fra.php>.
12. Stenekes, S. (2008). « *Evaluation of the Barrie Good Food Box: A Program of the Barrie Community Health Centre* », York University.
13. Brownlee, M., et A. Cammer (2004). *Assessing the Good Food Box*, Community-University Institute for Social Research, University of Saskatoon.
14. Ciccarielli, L. (1997). *Reducing Food Insecurity in Kingston: An Evaluation of the Good Food Box Program*, mémoire de maîtrise, Bibliothèque et Archives Canada.

« Partager le transport en commun »

Un atelier intergénérationnel en effervescence

Agathe Lorthios-Guilledroit

Étudiante à la maîtrise en santé communautaire, Université de Montréal
 agathe.lorthios-guilledroit@umontreal.ca

Manon Parisien M. Sc.

Ergothérapeute et agente de planification en promotion de la santé, équipe Promotion, prévention, santé et vieillissement
 CSSS Cavendish – CAU
 manon.parisien.cvd@ssss.gouv.qc.ca

Kareen Nour Ph. D.

Chercheure en évaluation de programmes
 Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
 k.nour@rrsss16.gouv.qc.ca

Stéphanie Dupont B. Sc. Soc.

Organisatrice communautaire, CSSS Cavendish – CAU
 stephanie.dupont.cvd@ssss.gouv.qc.ca

À Montréal, près de 38 % des aînés utilisent le service de transport en commun¹. Son utilisation soulève toutefois plusieurs défis pour la mobilité communautaire des aînés. En effet, l'utilisation du transport en commun exige la réalisation d'une série de tâches qui pourraient s'avérer difficiles pour les aînés ayant certaines contraintes fonctionnelles². Plusieurs aînés ont également signalé des difficultés liées à la cohabitation avec des jeunes dans les transports urbains. Par exemple, certains aînés vivent de l'insécurité en présence de jeunes près des stations de métro^{1,3} tandis que d'autres déplorent que ceux-ci ne leur cèdent pas leur siège⁴. ➤



© iStockphoto

Les aînés du territoire de Montréal-Ouest ont souligné l'importance d'avoir un système de transport en commun favorable aux besoins des aînés, notamment en faisant la promotion d'une cohabitation inter-générationnelle respectueuse et sécuritaire⁵. C'est donc le désir de sensibiliser les adolescents aux réalités des aînés qui utilisent le transport en commun qui a motivé le développement du projet *Seniors on the Move*.

LA COURTOISIE L'AFFAIRE DE TOUS !

En 2012, le Conseil des aînés de Notre-Dame-de-Grâce, en partenariat avec le CSSS Cavendish – CAU, a élaboré un atelier de sensibilisation aux besoins des aînés qui utilisent les transports en commun. Ce court atelier a été conçu pour être animé par des bénévoles aînés auprès d'adolescents du secondaire. Il vise notamment à sensibiliser les adolescents à la courtoisie à bord des transports en commun en vue d'améliorer le sentiment de sécurité et de confort des aînés et, ainsi, faciliter leur mobilité.

PLEINS FEUX SUR CETTE DÉMARCHE NOVATRICE

Les étapes entreprises pour l'élaboration de cet atelier s'inscrivent dans le cadre de la démarche intégrée de co-construction⁶ utilisée par l'équipe Promotion, prévention, santé et vieillissement du CSSS Cavendish – CAU pour développer des interven-

tions en promotion de la santé. Cette démarche comporte six principales étapes et les quatre premières ont été réalisées dans le cadre de ce projet.

ÉTAPE 1 : DÉFINITION DU PROJET

Nous avons réalisé une recension des écrits dont l'objectif consistait à remettre en contexte la cible principale du projet, soit la courtoisie des jeunes, dans un cadre plus large qui tient compte des

des passagers a aussi été mentionné⁴.

ÉTAPE 2: ÉLABORATION DU CADRE LOGIQUE ET DES OUTILS D'ANIMATION

Cette étape consistait d'abord à repérer les pratiques prometteuses en matière d'intervention. Nous avons ainsi recensé les pratiques d'excellence et les outils disponibles concernant la sensibilisation au civisme et au respect des autres

Il vise notamment à sensibiliser les adolescents à la courtoisie à bord des transports en commun en vue d'améliorer le sentiment de sécurité et de confort des aînés et, ainsi, faciliter leur mobilité.

facteurs limitant ou facilitant l'utilisation des transports en commun par les aînés. Les bases de données Medline, Sociological Abstracts, Social Services Abstract, ERIC et Google Scholar ont été interrogées. Au moyen de 14 articles pertinents retenus, nous avons pu identifier certaines barrières à l'utilisation du transport en commun chez les aînés liées pour la plupart à la qualité jugée déficiente des services offerts : le manque d'information, la faible fréquence du service, la conduite brusque de certains chauffeurs ou l'environnement physique comme la distance de marche à parcourir pour accéder à un arrêt et la présence de marches à l'entrée des autobus^{2,3}. Dans une moindre mesure, le manque de courtoisie

chez les adolescents. En plus de chercher dans les bases de données, la recension a aussi porté sur la littérature grise, ce qui a permis de relever des interventions intéressantes rapportées sur des sites Web d'entreprises de transport en commun. Celles-ci comprennent notamment la campagne de sensibilisation « On aime ça ! » de la Société des transports de Montréal⁷ et la campagne « Permis mobile »⁸ développée en Belgique, visant toutes les deux à encourager les comportements propices à la convivialité dans le transport public.

La théorie du comportement planifié⁹ a ensuite été retenue comme base au cadre logique de l'atelier. Cette théorie de changement de ➤

comportement est largement utilisée en promotion de la santé. Elle explique que l'intention d'adopter un comportement (être courtois envers les aînés) est influencée par des attitudes liées à un comportement (être courtois envers les aînés est désirable/indésirable), des normes subjectives (mes proches trouvent qu'être courtois envers les aînés est important/peu important) et par le contrôle comportemental perçu (il me semble facile/difficile d'être courtois envers les aînés). Ainsi, on observera que plus l'attitude et les normes subjectives sont favorables au comportement à adopter et plus le contrôle comportemental perçu est élevé, plus l'individu sera enclin à adopter ce comportement.

Par la suite, l'élaboration du modèle logique a permis de présenter schématiquement les liens entre la théorie du comportement planifié et les composantes de l'atelier (buts, objectifs, activités, outils, stratégies). Il a aussi permis aux partenaires impliqués de s'entendre sur le contenu et les activités à réaliser.

Les partenaires du projet incluaient des adolescents et des aînés. D'une part, sept adolescents de la troisième à la cinquième année du secondaire issus de différentes écoles de Montréal ont participé à une séance de remue-méninge. Ils ont été questionnés sur la problématique et le format d'atelier jugé le plus approprié pour aborder la sensibilisation aux besoins des aînés et à la courtoisie de leurs pairs à l'égard des aînés.

D'autre part, six aînés, membres d'un organisme communautaire, ont participé à une séance de discussion afin de partager leur opinion sur le format et le contenu de l'atelier. À la lumière de ces consultations, de la recension, du modèle théorique retenu et du cadre logique construit, nous avons réalisé une première version du guide d'animation de l'atelier.

ÉTAPE 3 : VALIDATION DES OUTILS D'ANIMATION

Les outils élaborés et un bref questionnaire ont été soumis à un comité de validation afin qu'il émette des recommandations quant à la pertinence et la faisabilité des divers éléments de l'intervention. Une experte en transfert de connaissances, une experte sur la mobilité des aînés, deux aînées, une adolescente, une professionnelle en milieu scolaire, une organisatrice communautaire, une chercheuse en promotion de la santé et une ergothérapeute ont donc relu la première version du guide d'animation de l'atelier. La principale recommandation du comité

visait la restructuration du guide afin de mieux faire ressortir la pertinence du thème de la courtoisie chez les adolescents. Une autre recommandation suggérait une augmentation du temps alloué pour chaque activité. Ces recommandations ont mené à l'ajustement des outils d'intervention.

ÉTAPE 4 : MISE À L'ESSAI DE L'ATELIER

La mise à l'essai nous a permis de tester l'atelier dans trois classes de première et de deuxième année du secondaire, provenant de deux écoles différentes. Cette expérimentation visait à rendre compte de la faisabilité pragmatique des activités de l'atelier et à vérifier la réponse des adolescents. Au total, 63 adolescents ont participé à ces ateliers et toutes les activités ont été expérimentées. La majorité des adolescents les ont trouvées intéressantes (47 sur 63) et ont affirmé que l'atelier les avait incités à adopter des comportements courtois (52 sur 63). Parmi les points à améliorer mentionnés: inclure plus d'activités et avoir plus de ➤



temps pour les réaliser. La mise à l'essai a donc permis de conclure que les activités et l'atelier étaient bien faisables. L'ensemble des rétroactions ont été prises en considération pour rédiger la version finale du guide d'animation.

QUELQUES RETOMBÉES

La démarche de co-construction qui a mené à l'élaboration de l'atelier *Seniors on the Move* présente certains avantages, mais aussi certaines limites. Tout d'abord, ces étapes mènent à une intervention réalisable et réaliste, démontrée par la mise à l'essai. De plus, collaborer avec les parties prenantes (adolescents, aînés) facilite le partage des pratiques et des connaissances liées au projet. Ce processus de collaboration requiert toutefois beaucoup de temps, qu'il faut prévoir.

À l'étape d'élaboration des outils d'animation, la recension des écrits a permis de constater qu'il existe peu d'interventions documentées ayant trait à la courtoisie dans les transports en commun. Compte tenu de l'absence d'initiatives comparables, le choix des stratégies et des activités de l'atelier a donc reposé davantage sur l'expertise des partenaires.

Quant à l'atelier lui-même, il a l'avantage marqué d'être animé par des bénévoles aînés. La stratégie fondée sur les agents multiplicateurs est congruente avec la visée d'autonomisation des aînés chère à la promotion de la santé.

De plus, cela permet à cette intervention d'être accessible à faible coût. Par contre, une des limites est que l'atelier ne vise qu'un seul facteur lié à la mobilité des aînés en transport en commun (la courtoisie). L'idéal serait d'intégrer l'atelier à l'intérieur d'une intervention davantage écologique et multifactorielle qui permettrait d'optimiser le potentiel de production des changements observables quant à la problématique visée.

Grâce à ses outils d'animation et d'implantation en distribution libre, l'atelier *Seniors on the Move* peut aisément être reproduit. La traduction française est d'ailleurs en cours. Il est souhaitable que cette intervention suscite d'autres collaborations entre des organismes pour aînés et des écoles secondaires. Bien que les effets de cet atelier sur les attitudes et les comportements des jeunes dans les transports en commun n'aient pu être évalués, on peut espérer que cette sensibilisation aux besoins des aînés et à la courtoisie ait des retombées généralisables dans l'ensemble des sphères sociales des jeunes et mène à une meilleure cohabitation intergénérationnelle pour le bien-être de tous.

Pour en savoir plus sur l'atelier *Seniors on the Move*, nous vous invitons à communiquer avec le **Conseil des aînés et des aînées de NDG** au **514-487-1311** ou à consulter le site Internet à l'adresse suivante : <http://www.ndgsc.ca>.

REMERCIEMENTS

Les auteures remercient Sheri McLeod et Freeda Khan pour leur soutien au développement du projet. Merci également à toutes les personnes ayant collaboré au projet ainsi qu'aux aînés et aux adolescents qui ont participé à l'élaboration et à la mise à l'essai de l'atelier. Le projet a été financé par le programme fédéral Nouveaux Horizons pour les aînés.

1. *Table de concertation des aînés de l'île de Montréal* (2009). *Les moyens de transport et la mobilité des aînés montréalais: intervenir face au vieillissement de la population, Montréal, Table de concertation des aînés de l'île de Montréal.*
2. Broome, K., K. McKenna, J. Fleming, et L. Worrall (2009). «Bus use and older people: A literature review applying the Person-Environment-Occupation model in macro practice», *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 16(1), 3-12, DOI : 10.1080/11038120802326222.
3. Coughlin, J. (2001). *Transportation and Older Persons: Perceptions and Preferences*, Washington DC, AARP Public Policy Institute.
4. Somenahalli, S.V.C., et M.A.P. Taylor (2010). «Ageing and transport mobility issues: A case study for Adelaide», article présenté à la 12e Conférence internationale sur la mobilité et le transport des personnes âgées ou à mobilité réduite (COMOTRED), Hong Kong.
5. Dupont, S., et M. Landerville (2010). «Les aînés et le transport», présentation faite à l'Assemblée générale de la Table de concertation des aînés de Montréal, Montréal.
6. Parisien, M., K. Nour et S. Larest (2011). «Développer des aînés : une démarche intégrée de co-construction», présentation faite dans le cadre des Journées de la prévention de l'Institut national pour la prévention et l'éducation à la santé, Paris.
7. Société de transport de Montréal (2010). *Adopter de bons comportements en transport collectif, on aime ça !*, [En ligne], <http://www.stm.info/info/comm-10/co101115b.htm>.
8. Groupe Transport en Commun. [s.d.]. *Permis mobile: campagne de sensibilisation à la mobilité durable*, [En ligne], <http://www.permismobile.be/> (Consulté le 17 avril 2012).
9. Ajzen, I. (1991). «The Theory of Planned Behavior», *Organizational behavior and human decision processes*, 50, 179-211.

Municipalité amie des aînés

Un projet rassembleur pour améliorer la qualité de vie des aînés

Marie-Josée Dupuis


Étudiante à la maîtrise en urbanisme à l'Institut d'urbanisme de Montréal
Chargée de projet MADA et adjointe aux projets Transport et mobilité
Table de concertation des aînés de l'île de Montréal (TCAÎM)
concertation@tcaim.org

Le 1^{er} mars 2011, la Ville de Montréal annonçait son adhésion à la démarche Municipalité amie des aînés (MADA) sur son territoire afin d'améliorer les conditions de vie des aînés de la métropole. Le plan d'action, dévoilé le 1^{er} octobre 2012 lors de la Journée internationale des personnes âgées, propose différentes actions en termes d'aménagement urbain, d'habitation, de sécurité du milieu de vie, de participation citoyenne, de communications, etc. Retour sur une démarche qui suscite bien des attentes !

LES ORIGINES DU PROGRAMME PROVINCIAL

L'origine du projet Villes-amies des aînés (VADA) est une idée du directeur du programme *Vieillir en*

santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Alex Kalache. Le principe fondateur consiste à favoriser le vieillissement actif dans le milieu de vie des aînés par l'adaptation des politiques, des structures et des services municipaux¹.

Selon l'OMS, «vieillir en restant actif» est le processus qui aide à optimiser les possibilités non seulement de participation, mais aussi de bonne santé et de sécurité afin d'accroître la qualité de vie pendant la vieillesse². 



©iStockphoto

En 2005, dans le cadre du 18^e Congrès mondial de gérontologie et de gériatrie, à Rio de Janeiro, au Brésil, M. Kalache a présenté l'idée de son programme. De nombreux délégués internationaux démontrent l'intérêt d'implanter le concept dans leur pays. Une vaste recherche est alors entamée par de nombreux collaborateurs internationaux, sollicitant la participation de 33 villes à travers le monde, dont Sherbrooke au Québec, et qui, le 1^{er} octobre 2007, mène à la parution du Guide mondial des villes-amies des aînés³.

Au cours de l'année 2007, alors que se tient au Québec une consultation publique sur les conditions de vie des aînés, la ministre responsable des Aînés, Marguerite Blais, découvre le projet issu de l'OMS lors de la présentation des chercheuses Suzanne Garon et Marie Beaulieu de l'Université de Sherbrooke⁴. Dès l'année suivante, le ministère de la Famille et des Aînés apporte son soutien pour la mise sur pied d'un projet d'expérimentation sur cinq ans dans six municipalités et dans une municipa-

l'Université de Sherbrooke. Depuis, l'engouement est si fort que près de 200 municipalités québécoises ont adhéré à la démarche en sept étapes de VADA, devenue depuis Municipalités amies des Aînés (MADA) au Québec.

Les 7 étapes de la démarche Municipalité amie des aînés (MADA):

- Obtenir l'accord des élus;
- Mettre sur pied un comité de pilotage;
- Réaliser un diagnostic de milieu;
- Rédiger un plan d'action;
- Mettre en œuvre les actions;
- Évaluer la démarche et les actions de façon continue;
- Élaborer un plan de communication.

L'arrivée de la démarche MADA au Québec a été accueillie avec enthousiasme par la Table de

île de Montréal, les deux organismes ont uni leurs forces pour sensibiliser les élus montréalais et le milieu associatif à ce projet rassembleur. À titre d'exemple, une rencontre avec les tables locales des aînés sur le thème MADA fut organisée en décembre 2009. On envoya des lettres de sensibilisation aux 19 arrondissements et aux 15 villes reconstituées et des représentants d'arrondissements furent rencontrés au cours de l'année 2010. Lorsque la volonté de la Ville de Montréal de souscrire effectivement à la démarche MADA a été confirmée le 1^{er} mars 2011, la TCAÎM a réitéré son désir d'être l'un des principaux interlocuteurs pour assurer la liaison entre les instances et la mobilisation du milieu associatif aîné local et régional.

UNE DÉMARCHÉ DISTINCTE POUR LA MÉTROPOLE DU QUÉBEC

La démarche MADA est un projet collectif impliquant les divers paliers municipaux, où le milieu associatif des aînés et les aînés eux-mêmes doivent être mobilisés et consultés pour que les actions soient représentatives des besoins réels. En raison de certaines particularités, notamment la densité de population et la structure politique, la démarche MADA a été adaptée aux spécificités montréalaises au moyen de négociations entre le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) et la Ville de Montréal. Il est important de rappeler que sur le territoire ➤

Pour la TCAÎM, l'engagement de Montréal dans MADA a été favorablement accueilli et notre rôle de mobilisation et de liaison entre les instances municipales de la Ville et le milieu associatif nous place en tant qu'acteur incontournable pour la concrétisation de cette démarche intégrée.

lité régionale de comté (MRC) avec la collaboration du Centre de recherche sur le vieillissement de

concertation des aînés de l'île de Montréal (TCAÎM). En s'associant dès 2009 au Réseau FADOQ, région

TABLEAU 1

QUELQUES THÈMES DISCUTÉS LORS DES FORUMS	MENTIONS FRÉQUENTES
<p>Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lorsque vous devez circuler à pied, en vélo ou en quadriporteur?</p>	<p>La cohabitation avec les automobilistes aux intersections et aux passages pour piétons.</p> <p>L'état des trottoirs, des rues, des espaces publics; l'entretien et les obstacles sur les trottoirs, les pistes cyclables, les rues et le mobilier urbain.</p>
<p>Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez lorsque vous devez circuler en transport en commun?</p>	<p>La navette Or n'est pas disponible partout, les trajets ne correspondent pas nécessairement aux habitudes de déplacement des aînés.</p> <p>Le sentiment d'insécurité (la peur d'être agressé ou de tomber), l'équilibre dans les autobus, le service entre les deux arrêts n'est pas toujours offert par les chauffeurs.</p>
<p>Pourquoi aimez-vous votre quartier ?</p>	<p>La présence de services de proximité : commerces, restaurants, bibliothèques, piscines, épiceries.</p>

de la Ville de Montréal on retrouvait, en 2006, 246 045 personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui représente 25 % des aînés du Québec⁵.

À la suite de discussions avec le MFA, il fut convenu que la ville-centre serait responsable de réaliser les sept étapes de la démarche tandis que les arrondissements participeraient en déléguant l' élu responsable des dossiers aînés pour participer au comité des élus de la Ville de Montréal. En plus de ce comité, la ville-centre a formé un comité de pilotage composé de 26 représentants des différentes directions municipales, un comité des partenaires regroupant des acteurs du milieu associatif œuvrant auprès des aînés (dont

la TCAÎM fait partie) et une table de concertation et de communication en développement social rassemblant les chefs de division en développement social des 19 arrondissements⁶. Cette structure organisationnelle permet d'informer les divers paliers municipaux et les acteurs-clés de la démarche, des objectifs et de la vision de la ville-centre.

En février 2012, à la suite de discussions entre la Ville et le comité des partenaires, il fut décidé de tenir des forums de consultation sur les besoins des aînés dans quatre pôles stratégiques de la métropole plutôt qu'un seul au centre-ville. En proposant de décentraliser les points de consultation, le comité des

partenaires souhaitait faciliter la participation des aînés et des intervenants locaux. Ces forums ont permis de réunir 272 personnes parmi lesquelles des élus (5%), des employés municipaux (20%), des aînés (26%) et des représentants du milieu associatif aînés (49%)⁷. Réunis en différents ateliers, les groupes de discussion ont pu établir les enjeux prioritaires sur le plan de l'aménagement du milieu de vie et d'habitation, de déplacements urbains, de sécurité et de communication ainsi qu'en matière de culture, de sports, de loisirs et de développement social (tableau 1).

Tout au long du printemps, le Carrefour action municipale et

famille (CAMF) et la Ville de Montréal ont analysé les besoins exprimés lors de ces forums afin de déterminer les actions à mettre de l'avant pour adapter les politiques, les structures et les services montréalais. Un projet de plan d'action a été rendu public à la fin du mois de mai 2012 et les citoyens ont été invités à réagir au document lors de deux assemblées consultatives tenues à la mi-juin 2012. Dans le cadre de

la rédaction finale du plan d'action MADA, lancé le 1^{er} octobre dernier, la Ville de Montréal et le CAMF ont considéré les commentaires et les recommandations émis à l'occasion de ces consultations.

MUNICIPALITÉ AMIE DES AÎNÉS, UNE DÉMARCHÉ PORTEUSE

La TCAÎM est impliquée depuis plusieurs années à faire connaître

aux élus et au milieu associatif aîné la démarche MADA, car celle-ci fait directement écho à la mission, aux principes et aux valeurs de l'organisme. En effet, la TCAÎM offre un lieu de concertation aux organismes aînés de l'île de Montréal en vue d'améliorer la qualité de vie des citoyens âgés tout en développant une solidarité avec tous les groupes d'âge. Il est donc essentiel que les instances municipales consultent les aînés et les organismes locaux ➤



présents sur leur territoire afin de connaître leurs besoins et pour qu'elles puissent, par la suite, poser les gestes appropriés permettant d'améliorer la qualité de l'environnement des aînés.

Les aînés d'aujourd'hui ne représentent pas un groupe homogène mais reflètent plutôt une multitude de réalités. Vieillir est différent que l'on soit un homme ou une femme, que l'on vieillisse en bonne santé ou avec des limitations fonctionnelles. En ce sens, la TCAÎM salue les principes intégrateurs définis par la Ville pour guider les actions telles que l'accessibilité universelle, le partenariat et la concertation, les acquis pour bâtir sur ce qui existe⁶. Municipalité amie des aînés est une démarche porteuse dont les effets devraient être ressentis à court, à moyen et à long terme et bénéficier à l'ensemble des générations – en autant que les actions soient représentatives des besoins locaux. C'est donc l'occasion idéale pour réaliser le virage inclusif et intergénérationnel qui s'impose.

Le rôle de liaison et de mobilisation de la TCAÎM dans la démarche passe avant tout par la diffusion d'information entre les instances municipales et le milieu associatif. Quelques outils de communication visant à transmettre une information éclairée sur le déroulement de la démarche ont ainsi été créés. Une page Web consacrée à MADA sur le blogue de l'organisme a été mis en ligne dès la mi-février, quelques

billets du blogue ont été rédigés à ce sujet et le bulletin *Ensemble pour une île amie des aînés* a été lancé conjointement avec le réseau FADOQ, région île de Montréal, à la fin du mois de mai. La TCAÎM véhicule au moyen de ces outils des exemples de réalisations et de projets envisagés sur le territoire montréalais, qui s'inscrivent dans l'esprit de MADA afin de rallier un maximum d'acteurs autour de ce projet rassembleur.

DES DÉFIS À RELEVER

Le 1^{er} octobre 2012, au moment du lancement du plan d'action, la Ville de Montréal a obtenu la certification Municipalité amie des aînés. Plusieurs défis devront cependant être relevés dans l'avenir, notamment l'attribution d'un financement adéquat du gouvernement provincial pour concrétiser les actions proposées. En effet, à l'heure actuelle, aucune subvention n'a été confirmée. Un autre défi réside dans le fait que les arrondissements ne sont pas contraints d'adhérer à la démarche alors que les besoins exprimés tout au long des premières étapes de la démarche sont plutôt associés à l'échelle locale. Une fois de plus, la question du financement devient cruciale pour la réalisation d'un portrait du territoire, d'un plan d'action et des actions en soi. Pour la TCAÎM, l'engagement de Montréal dans MADA a été favorablement accueilli et notre rôle de mobilisation et de liaison entre les instances municipales de la Ville et le milieu

associatif nous place en tant qu'acteur incontournable pour la concrétisation de cette démarche intégrée. En ce sens, nous comptons sur la Ville de Montréal pour nous assurer une place au sein du comité de suivi afin de continuer à soutenir les besoins prioritaires des aînés montréalais et de veiller à ce que les conditions soient réunies pour bien vieillir dans la métropole.



© TCAÎM

1. Plouffe, L. A. (2011). « Villes amies des aînés : de ses origines à son déploiement international », *Vie et vieillissement*, 9, 1, 14-18.
2. Gouvernement du Québec (2009). *Favoriser le vieillissement actif au Québec*, Montréal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec.
3. Organisation mondiale de la santé (2007). *Guide mondial des villes-amies des aînés*, Genève, Éditions de l'OMS.
4. Villes amies des aînés du Québec (2012). *Démarche MADA, site Municipalités et villes amies des aînés*, [En ligne], <http://www.vadiquebec.ca/guidemada/demarche-mada> (Consulté le 21 juin 2012).
5. Ville de Montréal (2011). « Portrait de la population de 65 ans et plus », *Montréal en statistiques*, site Web de la Ville de Montréal, [En ligne], http://www.ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67857578&_dad=portal&_schema=PORTAL (Consulté le 29 juin 2012).
6. Ville de Montréal (2012a). « Municipalité amie des aînés », *Développement social et diversité*, [En ligne], http://www.ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=8258,90487572&_dad=portal&_schema=PORTAL (Consulté le 29 juin 2012).
7. Ville de Montréal (2012b). *Rapport final des forums*, document interne, Montréal.

Vivre chez soi

Dialogue entre Patrick Durivage, intervenant social au CLSC René-Cassin, et Madame Benarrosh, résidente de Côte Saint-Luc et cliente des services à domicile du CSSS Cavendish-CAU.



©Carole Étie

P.D. : Mme Benarrosh, merci beaucoup pour l'entretien d'aujourd'hui pour Pluriâges.

Mme B. : Avec plaisir.

P.D. : Alors, vous vivez ici depuis longtemps ?

Mme B. : Que je suis dans cet appartement ? Depuis les années 1980, depuis à peu près 25-26 ans.

P.D. : Vous habitiez ici avec vos enfants auparavant ?

Mme B. : Non. Ce sont mes enfants qui m'ont acheté ce condo. D'abord, j'ai été veuve très jeune et j'avais rien du tout, rien. Mon mari m'avait laissé une maison, c'est tout. J'ai vendu la maison et c'est comme ça que j'ai fait un commerce de chaussures, à Meknès, au Maroc. J'ai travaillé et quand on est venu ici, on n'avait rien, on a tout laissé là-bas. Je suis venue au Canada avec mes enfants. On n'avait rien et puis après on a loué.

J'ai habité dans une maison avec mes enfants. Puis, l'aîné s'est marié, puis le deuxième s'est marié, tout le monde est parti. Je suis restée seule dans une grosse maison. ➤

C'était trop. Alors ils m'ont donné le choix. J'ai visité Côte Saint-Luc et ça m'a plu. J'ai cherché pendant un an! Et j'ai trouvé cet appartement. Il leur a plu. Ils l'ont acheté pour moi, ça a été le cadeau de ma vie. Ils m'ont acheté ce condo, il y a 25 ans.

P.D. : Qu'appréciez-vous le plus ici de votre domicile ?

Mme B. : Vous voyez? C'est magnifique. Il est bien centré. L'immeuble est tranquille. Chacun respecte l'autre. Aucune altercation. Rien. On parle à tout le monde, tout le monde vous aime. Voilà, j'aime ça, le bon voisinage.

P.D. : Aimerez-vous y apporter des changements? Une cuisine plus adaptée? Avec des comptoirs plus bas, avoir une place pour une chaise pour s'asseoir et cuisiner.

Mme B. : À mon âge, on n'aime pas trop le changement. Le plafond me donne des problèmes, alors quand il y a un courant d'air... enfin, c'est vieux! C'est un immeuble qui a au moins 35-40 ans. Un des premiers condos à Côte Saint-Luc.

P.D. : Depuis quand recevez-vous des services du CLSC ?

Mme B. : Depuis plus ou moins 10 ans. Après mon premier accident vasculaire cérébral. Ça fait 12 ans !

P.D. : Quels services recevez-vous du CLSC?

Mme B. : Une dame vient une fois par semaine pour me donner un bain et la femme de ménage qui vient m'aider de temps en temps et aussi, elle me fait la cuisine. Je n'ai pas besoin de beaucoup de choses. Les courses le samedi pour mes enfants et pour le restant de la semaine.

Je suis suivie par Dre M, elle est merveilleuse. Je l'adore cette fille, elle est parfaite! D'ailleurs, ma fille Penny l'a aussi comme médecin.

J'ai aussi les services de l'intervenant social, vous, depuis longtemps! Mes enfants parlent de vous avec le plus grand respect! On ne peut que vous respecter, vous aimer, sincèrement!

P.D. : Racontez-moi un souvenir que vous avez eu ou que vous avez vécu avec les intervenants du CLSC.

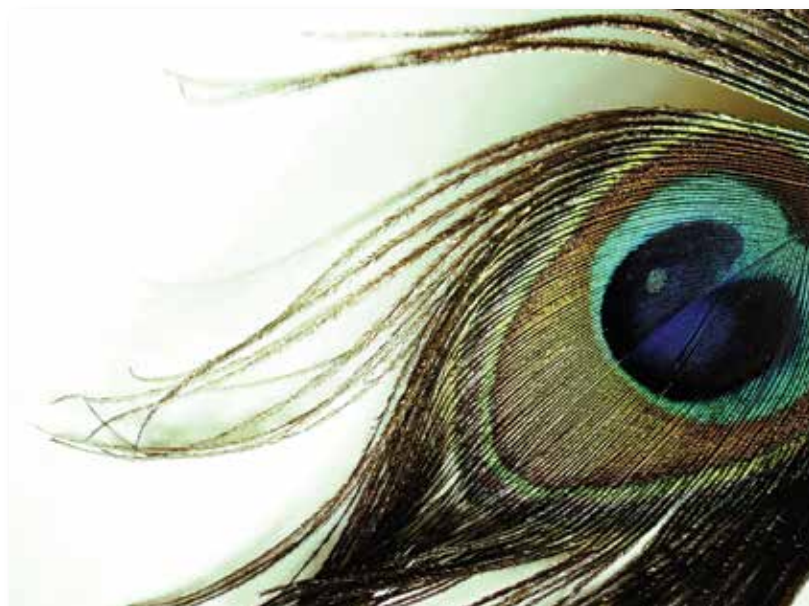
Mme B. : Le jour où vous avez convoqué tous mes enfants. Ils sont venus, vous étiez avec Dre M et c'était une

journée merveilleuse parce que mes enfants vous ont rencontré, vous ont beaucoup apprécié... et moi j'étais fière de vous présenter mes enfants !

C'était une rencontre familiale pour discuter de mes besoins à domicile. Est-ce que je voulais rester chez moi ou aller dans une résidence. On a en discuté et puis j'ai dit : « Je préfère rester à domicile avec des services. » Et je suis ravie des services que j'ai à domicile. Je suis satisfaite. Maintenant, ils m'ont référé un peu plus de services parce que je dépend de beaucoup de choses. Mais faut pas exagérer, parce qu'il y a des situations pires que la mienne, des personnes plus malades.

P.D. : Alors Mme Benarrosh, merci beaucoup pour votre temps.

Mme B. : Je vous en prie, ça m'a fait plaisir.



©iStockphoto



RÉSERVEZ CETTE DATE DÈS AUJOURD'HUI!

**COLLOQUE SEXUALITÉ ET VIEILLISSEMENT :
RÉALITÉS, ENJEUX ET DÉFIS**

Organisé par le **CREGÉS**
26 avril 2013
Hyatt Regency à Montréal

Programme disponible bientôt!



CONSULTER EN LIGNE
 les rapports de recherche
 publiés par les chercheurs du **CREGÉS**
www.creges.ca



L'outil PARBAS : Application de l'échelle psycho gériatrique de dépistage des comportements à risque dans les plans d'intervention individuels	vendredi 26 octobre 2012	Samia Moussalam-Issid Santé mentale et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 19-20-21	80 \$ Dîner inclus
Musclez vos méninges ! Promouvoir la vitalité intellectuelle des aînés	mercredi 21 novembre 2012	Manon Parisien Prévention et promotion Santé et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
L'outil « AIDE-Proches »	mercredi 28 novembre 2012	Nancy Guberman Chercheure associée, CREGÉS Centre de soutien aux aidants naturels	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Counseling de courte durée auprès des proches aidants	jeudi 24 janvier 2013	Marjorie Silverman Centre de soutien aux aidants naturels CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 19-20-21	80 \$ Dîner inclus
Introduction to palliative care Training offered in English Formation offerte en anglais	jeudi 21 février 2013	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salles 19-20-21	40 \$ Dîner non inclus
Musclez vos méninges ! Promouvoir la vitalité intellectuelle des aînés	mercredi 13 mars 2013	Manon Parisien Prévention et promotion Santé et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
Jog your mind! Promoting the intellectual vitality of seniors Training offered in English Formation offerte en anglais	vendredi 22 mars 2013	Norma Gilbert Prévention et promotion Santé et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus
L'outil PARBAS : Application de l'échelle psycho gériatrique de dépistage des comportements à risque dans les plans d'intervention individuels	vendredi 19 avril 2013	Alan Regenstreif Santé mentale et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Caregiving in the Palliative Stage: A Training for Multidisciplinary Professionals Training offered in English Formation offerte en anglais	vendredi 26 avril 2013	Zelda Freitas Soins palliatifs à domicile Pam Orzeck Centre de soutien aux aidants	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Les soins palliatifs et l'aide au proche : une formation pour professionnels multidisciplinaire	vendredi 3 mai 2013	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Problèmes de santé mentale et personnes âgées	mercredi 15 mai 2013	Alan Regenstreif Santé mentale et vieillissement CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
L'intervention en contexte de violence conjugale faite aux femmes aînées	mercredi 29 mai 2013	Sylvie Bouchard Abus envers les aînés CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	80 \$ Dîner inclus
Introduction aux soins palliatifs à domicile	mardi 4 juin 2013	Patrick Durivage Soins palliatifs à domicile CSSS Cavendish	CSSS Cavendish Site CLSC René-Cassin 5800, boul. Cavendish 6 ^e étage, salle 31	40 \$ Dîner non inclus

Les inscriptions aux formations peuvent se faire en ligne en cliquant sur ce lien :
<http://www.creges.ca/site/fr/partage-des-savoirs/formations/inscription-aux-formationen>
 par téléphone : 514-484-7878 poste: 1603
 ou par courriel: creges.cvd@ssss.gouv.qc.ca

INTERVENIR

auprès des personnes âgées
en soins palliatifs

Guide de pratique sur le soutien psychosocial
à domicile

sous la direction de Patrick Durivage,
Marijo Hébert et Kareen Nour

Première édition



Centre de recherche et d'expertise
en gérontologie sociale

Commandez
votre guide!

www.creges.ca

