

VIEILLIR ACTIF ET EN SANTÉ

Portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes

***Mieux les connaître
afin d'adapter des pistes
d'action à leurs besoins***

Produit en collaboration avec :

Office régional d'habitation du Lac-des-Deux-Montagnes

Organismes à but non lucratif d'habitation :

Domaine Chénier

Manoir Grand Moulin

La Placidienne

CISSS des Laurentides - Octobre 2016



ÉDITION

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse suivante :
www.santelaurentides.gouv.qc.ca.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2016

Bibliothèque et Archives Canada, 2016

ISBN : 978-2-550-77066-4 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-77067-1 (version PDF)

Toute reproduction ou communication en tout ou en partie de ce document, sous quelque forme ou que quelque procédé que ce soit, est permise pourvu que la source soit précisée et que ce soit à des fins strictement non commerciales.

Lors de l'utilisation du document, on ne peut en modifier le contenu, par addition, suppression ou autrement, sans porter atteinte aux droits du Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

Pour citer ce document :

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides. (2016). Portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes : mieux les connaître afin d'adapter des pistes d'action à leurs besoins. Saint-Jérôme : Centre intégré de santé et de service sociaux des Laurentides.

Coauteures

- Hélène Bélanger-Bonneau, médecin-conseil
- Carole Guérard, organisatrice communautaire

Avec la précieuse collaboration de :

- Lorraine Corbeil, intervenante sociocommunautaire
- Nathalie Lacas, intervenante sociocommunautaire

Nous tenons à souligner que ce rapport, quoique produit par le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, n'aurait pu voir le jour sans l'étroite participation du milieu de l'habitation et, plus particulièrement, de deux intervenantes sociocommunautaires, mesdames Corbeil et Lacas, qui ont été partie prenante de la démarche qui a mené à cette publication.

Comité de travail

Hélène Bélanger-Bonneau	Médecin-conseil, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides (CISSS), Direction de santé publique
Anne Chamberland	Chargée de projet, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) jusqu'au 20 mars 2015
Lorraine Corbeil	Intervenante sociocommunautaire, soutien communautaire au logement social
Mireille Gagné	Directrice adjointe – programme médecine générale et spécialisée
Carole Guérard	Organisatrice communautaire, CISSS des Laurentides, installations du Lac-des-Deux-Montagnes
Nathalie Lacas	Intervenante sociocommunautaire, soutien communautaire au logement social

Lecteur externe

François Lapointe	Agent de planification, de programmation et de recherche, Centre intégré de santé et de services sociaux CISSS des Laurentides, Direction de santé publique
-------------------	---

Note au lecteur : Le projet de portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation, débuté en 2013, s'est poursuivi au-delà du 31 mars 2015. Les établissements d'avant la réorganisation du réseau sont identifiés comme tel dans le document (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Centre de santé et de services sociaux [CSSS] du Lac-des-Deux-Montagnes, aujourd'hui regroupés sous le Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides).

Un mot sur le choix de la photo de la page couverture

« Les locataires de nos HLM et OBNL d'habitation vivent souvent isolés et ne sortent pas beaucoup de leur appartement.

La photo choisie pour la page couverture représente donc ce que nous aimerions tous voir. Elle motivera peut-être les gens à sortir un peu plus et à être plus actifs. »

*– Serge Laurin, président du comité consultatif
des résidents de l'Office régional d'habitation
du Lac-des-Deux-Montagnes*



REMERCIEMENTS

Nous désirons formuler des remerciements aux personnes qui ont apporté leur important soutien tout au long de ce projet et qui ont contribué grandement à la pleine réalisation de ce dernier :

- **Madame France Dumont**, anciennement directrice générale adjointe programmes de santé physique générale et spécialisée, de l'enseignement et de la recherche du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides et auparavant directrice générale adjointe du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Lac-des-Deux-Montagnes porteuse, entre autres, des dossiers pour la responsabilité populationnelle et la démarche *Vieillir actif et en santé*;
- **Madame Mireille Gagné**, directrice adjointe programme médecine générale et spécialisée, anciennement directrice de la clientèle personne en perte d'autonomie au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et responsable de la démarche *Vieillir actif et en santé*;
- **Madame Anne Chamberland**, chargée de projet à l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences, pour son soutien continu au projet;
- **Monsieur Salomon Tchameni Ngamo**, Institut national de santé publique, pour la mise en ligne du questionnaire et la participation à l'analyse des données;
- **Madame Monique Ross**, directrice générale de l'Office régional d'habitation (ORH) du Lac-des-Deux-Montagnes, pour son soutien au projet;
- **Mesdames Diane Delisle, Claire Guindon et Denis Séguin**, respectivement directrices et directeur d'organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation au moment du projet, pour leur soutien;
- **Monsieur Michael Leduc**, directeur général, et **madame Virginie Munger**, kinésiologue, Réseau FADOQ – région des Laurentides, pour leur implication dans la démarche *Vieillir actif et en santé*;
- **Monsieur François Lapointe**, agent de planification, de programmation et de recherche, Direction de santé publique du CISSS, pour la révision du texte et les précieux conseils méthodologiques;
- **Madame Hélène Hardy**, agente administrative à la Direction de santé publique;
- **Monsieur Jonathan Roussel**, documentaliste à la Direction de l'enseignement et de la recherche;
- **Madame Jacqueline Le Poidevin**, agente d'information au Service des communications internes du CISSS, pour la révision des textes;
- **Et tous les locataires consultés.**

TABLE DES MATIÈRES

Préface	1
Résumé	3
Éléments facilitants de la démarche	3
1 - Introduction.....	4
2 - Méthodologie et définitions	5
3 - Résultats	6
3.1 - Analyse des besoins des aînés en HLM et en OBNL d'habitation du territoire de la MRC de Deux-Montagnes	6
3.2 - Résultats d'analyse et perspectives	7
3.2.1 - Alimentation.....	7
3.2.2 - Activités physiques, loisirs et implication sociale	10
3.2.3 - État ou problèmes de santé et utilisation des services.....	12
3.2.4 - Soutien reçu	20
3.2.5 - PRISMA-7.....	23
4 - Discussion	25
5 - Conclusion.....	28
Bibliographie.....	29
Annexe A : Définition d'HLM et d'OBNL d'habitation.....	32
Annexe B : Liste des immeubles.....	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Thèmes du questionnaire.....	5
Tableau 2 Distribution des répondants selon les groupes d'âge.....	7
Tableau 3 Actions à prioriser en lien avec l'alimentation.....	9
Tableau 4 Actions à prioriser en lien avec l'activité physique	11
Tableau 5 Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec l'activité physique.....	15
Tableau 6 Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec les facteurs liés à l'environnement	16
Tableau 7 Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec la médication et l'utilisation des services médicaux	19
Tableau 8 Actions à prioriser en lien avec l'absence de soutien social	22

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AVD	Activités de la vie domestique
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux (1 ^{er} avril 2015)
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSMI	Commission scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Îles
CSSS	Centre de santé et de services sociaux (jusqu'au 31 mars 2015)
DCPA	Direction de la clientèle en perte d'autonomie
DSP	Direction de santé publique
GMF	Groupe de médecine de famille
HLM	Habitation à loyer modique
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (Institut national de santé publique)
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OBNL d'habitation	Organisme à but non lucratif d'habitation
ORH	Office régional d'habitation du Lac-des-Deux-Montagnes (regroupe tous les HLM du territoire)
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PRISMA-7	Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie
RÉSEAU FADOQ	Réseau de la Fédération de l'âge d'or du Québec (région des Laurentides)
RÉVA	Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés
RLS	Réseau local de services
SAD	Soins à domicile
SAPA	Direction du programme soutien à l'autonomie des personnes âgées
VAES	Démarche <i>Vieillir actif et en santé</i>

L'état de santé d'une population est tributaire d'un ensemble de facteurs individuels et collectifs qui interagissent dans un contexte démographique, économique et social particulier. Les Laurentides à cet égard font face à un défi démographique sans précédent avec le vieillissement de sa population. Avec l'âge survient des conditions qui affectent la santé ou le bien-être global. La diminution des capacités fonctionnelles peut confiner les personnes, exercer une pression sur les proches aidants et sur les services.

Néanmoins, la majorité des personnes âgées veulent être actives et veulent demeurer à la maison de façon autonome. Se pose alors la question : comment pouvons-nous être en soutien à cette volonté de demeurer actif et autonome? Pour ce faire, il faut être à l'écoute des besoins si nous voulons comprendre et si nous voulons disposer de solutions adaptées. La notion de vieillissement actif s'applique à l'ensemble des personnes âgées, peu importe leur condition physique. En demeurant actives, ces dernières peuvent continuer à contribuer à la vie communautaire en plus d'améliorer leur qualité de vie et d'allonger leur espérance de vie en bonne santé.

Le CISSS des Laurentides s'inscrit dans cette volonté d'autodétermination. Il souscrit à une meilleure insertion sociale et communautaire des personnes et au maintien d'une vie active. Il préconise l'amélioration de la santé et le bien-être de sa population par une offre de services qu'il veut accessible, simple d'utilisation et le plus adaptée possible.

La démarche « Vieillir actif et en santé » qui est développée sur le territoire du Lac-des-Deux-Montagnes s'inscrit dans cette perspective. C'est, d'abord et avant tout, 345 locataires vivant en HLM et en OBNL d'habitation qui se sont prêtés à un exercice qui visait à faire le portrait de leurs perceptions et de leurs besoins sur plusieurs aspects de leur vie. C'est aussi un ensemble de collaborateurs qui, à travers cette étude, ont démontré toute l'importance du partenariat et du travail de proximité. La réalisation de ces actions pour les aînés fait déjà une communauté plus inclusive et plus respectueuse.

Ainsi, plusieurs acteurs de secteurs différents sont impliqués dans le maintien et l'amélioration de l'état de santé de la population. Cette initiative met en lumière, après analyse, toute l'importance d'agir en amont sur les déterminants de la santé et elle souligne aussi toute la pertinence d'un continuum de services agissant de façon concertée dans une perspective intégrée. La santé est conditionnée par plusieurs déterminants et, en ce sens, elle est l'affaire de tous. Ainsi, nous permettrons aux personnes âgées de demeurer actives et en santé.

Bonne lecture.

Le président-directeur général adjoint,

A blue ink signature, likely of Daniel Corbeil, written in a cursive style.

Daniel Corbeil

RÉSUMÉ

Ce projet de portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes s'inscrit dans la démarche de *Vieillir actif et en santé*. Elle vise à maintenir une qualité de vie, le plus longtemps possible, des personnes âgées à domicile dans un continuum d'interventions intégrées.

Ce document présente les résultats d'une démarche exploratoire réalisée auprès de 345 locataires d'habitations à loyer modique (HLM) et d'organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes. Le questionnaire utilisé visait à explorer des éléments de la vie quotidienne de ces locataires, plus particulièrement les aspects liés à l'alimentation, à l'activité physique, à leur niveau d'implication sociale, à leur état ou aux problèmes de santé vécus ainsi que les services connus et utilisés par ces derniers. Ce portrait permettra d'ajuster et de bonifier l'offre de services ainsi que les activités offertes à ces locataires.

ÉLÉMENTS FACILITANTS DE LA DÉMARCHE

Plusieurs enjeux et leviers permettent d'expliquer l'intérêt de ce projet. Ces éléments sont discutés au chapitre 4 en page 25.

- L'importance du partenariat;
- La proximité et les liens de confiance établis avec les intervenantes sociocommunautaires;
- Les influences mutuelles des projets;
- L'impact sur une partie du continuum de services;
- L'engagement des directions et des partenaires;
- La pérennité de la démarche et du projet.

1 - INTRODUCTION

Depuis bientôt huit ans, une entente de coopération entre deux principaux partenaires du domaine de la santé et des services sociaux (anciennement le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes) et de celui de l'habitation (présentement l'ORH et les OBNL) a permis d'établir le soutien communautaire au sein de dix-sept immeubles d'HLM et d'OBNL d'habitation du territoire de la MRC de Deux-Montagnes. Grâce à ce partenariat, plusieurs acteurs dont les intervenantes sociocommunautaires, les intervenants et les gestionnaires du CISSS des Laurentides, installations du Lac-des-Deux-Montagnes, de l'ORH d'habitation et des OBNL d'habitation ont pu partager certaines préoccupations de la clientèle vieillissante en HLM et en OBNL d'habitation ainsi que constater la nécessité d'agir ensemble.

Dès 2013, un comité, formé des acteurs cités ci-dessus, est constitué afin de mieux connaître les besoins des locataires âgés et de réfléchir à l'amélioration des services et à l'accompagnement offert à cette clientèle. Par la suite, le comité adhère à une démarche plus large de *Vieillir actif et en santé* (VAES) (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008) qui permet au comité de concrétiser le projet d'identification des besoins des locataires et de réfléchir aux préoccupations d'une communauté à bien répondre aux besoins identifiés. Cette démarche visait à maintenir une qualité de vie, le plus longtemps possible, des personnes âgées à domicile dans un continuum d'interventions intégrées¹. Elle permettait d'actualiser la stratégie de responsabilité populationnelle et de réaliser plusieurs projets issus de la communauté. En janvier 2014, le comité s'est enrichi de la présence de la Santé publique et du soutien de l'IPCDC pour leur expertise spécifique.

Le comité a choisi d'identifier les besoins et les perceptions des locataires âgés à l'aide d'un questionnaire. Ce dernier visait à explorer des éléments de leur vie quotidienne.

Ce rapport présente les résultats d'une démarche exploratoire^{2 et 3} réalisée auprès de 345 locataires d'habitation à loyer modique (HLM) ou d'organismes à but non lucratif (OBNL) d'habitation sur le territoire de la Municipalité régionale de comté (MRC) de Deux-Montagnes⁴. Ce portrait permettra d'ajuster et de bonifier l'offre de services ainsi que les activités offertes à ces locataires, à partir des informations recueillies auprès de ces derniers.

Le rapport est organisé selon les sections suivantes :

- Une courte section sur la méthodologie, suivie de la section des résultats avec constats, commentaires et actions à prioriser;
- Une discussion et une conclusion permettant d'élargir la réflexion et d'ouvrir sur des perspectives plus globales.

Bonne lecture.

¹ Tiré du document de la présentation au conseil d'administration du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes, le 30 mars 2015.

² Ibid.

³ Ce sondage n'est pas une enquête de santé.

⁴ Voir l'annexe B pour la liste des habitations.

2 - MÉTHODOLOGIE ET DÉFINITIONS

Un questionnaire constitué de choix de réponses multiples et de questions ouvertes a été utilisé pour recueillir les besoins et les perceptions des locataires, en prenant en compte les facteurs qui influencent la santé de ces personnes ou des facteurs qui y sont associés⁵.

Le questionnaire⁶ visait à explorer des éléments de la vie quotidienne des résidents de HLM et d'OBNL d'habitation⁷. Les aspects recherchés étaient liés à l'alimentation, à l'activité physique, à leur niveau d'implication sociale, à leur état ou aux problèmes de santé vécus ainsi que les services connus et utilisés par ces derniers. L'expérience et l'expertise des intervenantes sociocommunitaires ainsi que les consultations réalisées auprès de plusieurs partenaires ont permis d'établir les différents thèmes. Ils sont résumés au tableau n° 1, ci-dessous.

Le questionnaire a été construit en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il a été prétesté auprès d'une vingtaine d'aînés. Les entrevues par questionnaire ont été effectuées par les deux intervenantes sociocommunitaires qui travaillent dans les différents immeubles d'habitation. Elles se sont déroulées du 1^{er} avril au 6 juin 2014. L'outil utilisé pour la saisie des données est l'iPad. Cette façon de procéder comporte des avantages, soit la possibilité de mieux expliquer les questions aux répondants, mais elle a également l'inconvénient d'augmenter le risque de désirabilité sociale⁸ (Giezendanner, 2012). La connaissance des milieux par les intervenantes sociocommunitaires et leurs observations ont été mises à contribution pour compléter les réponses des résidents.

Tableau n° 1 : Thèmes du questionnaire

- 1) L'alimentation
- 2) Les activités physiques et l'implication sociale
- 3) L'état ou les problèmes de santé et les services utilisés
- 4) Le soutien
- 5) Le PRISMA-7

⁵ Ces facteurs qui influencent l'état de santé ou qui y sont associés sont les déterminants de la santé. Ils sont représentés schématiquement dans le *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d'une réflexion commune*, MSSS, mars 2012.

⁶ La lettre de sollicitation des locataires au projet ainsi que le questionnaire sont disponibles sur demande.

⁷ Voir les définitions de HLM et d'OBNL d'habitation à l'annexe A.

⁸ Désirabilité sociale : « l'interviewé a tendance à s'idéaliser [...] et souhaite projeter une image positive [...] Il tend naturellement à répondre conformément à ce qui est valorisé par la société, à ce qu'il considère la norme sociale. »

3 - RÉSULTATS

3.1 - Analyse des besoins des aînés en HLM et en OBNL d'habitation du territoire de la MRC de Deux-Montagnes

Mise en contexte

Cette section présente les caractéristiques des répondants ainsi que leurs perceptions sur les thèmes identifiés précédemment. Pour chacun de ces thèmes, il y aura présentation des constats majeurs, des commentaires s'il y a lieu, ainsi que les pistes d'intervention envisagées et des actions à prioriser.

La présence des intervenantes sociocommunautaires dans les installations d'HLM et d'OBNL d'habitation depuis environ huit ans a permis, au fil du temps, l'établissement d'une relation de confiance avec les résidents. Cette situation a facilité la distribution des questionnaires et la participation des locataires. L'utilisation de l'outil iPad a également facilité la participation, car les résidents avaient la perception que les renseignements donnés étaient traités de façon anonyme même si, dans les faits, la confidentialité des réponses avait été assurée par les intervenantes sociocommunautaires. De plus, la connaissance du milieu par les intervenantes sociocommunautaires a permis de compléter et de nuancer, à l'occasion, les renseignements obtenus par les questionnaires. Plus spécifiquement, pour chacune des dimensions explorées, une interprétation des résultats a été produite avec l'ajout de connaissances expérientielles des intervenantes sociocommunautaires. Cela a permis de dégager des pistes d'action « collées » à la réalité de ces locataires.

Caractéristiques des répondants

- Échantillon : 52 % (345 locataires)⁹ de la clientèle totale (617 locataires) des HLM (ORH) et des OBNL d'habitation a été sollicitée pour répondre au questionnaire;
- Taux de réponse au questionnaire des personnes sollicitées : 95 % (321 répondants);
- Taux de refus : près de 7 % (24 répondants). Ces personnes ont signifié un refus de compléter le questionnaire pour diverses raisons, surtout liées au manque d'intérêt;
- Distribution des répondants selon le sexe : les trois quarts sont des femmes et l'autre quart des hommes;
- Mode de vie : la majorité habite seule (78 %) et au même endroit depuis cinq ans. Ces habitations sont considérées des milieux de vie plutôt qu'un lieu transitoire de vie;
- Distribution des répondants selon les groupes d'âge et par ordre d'importance : plus de la moitié a 75 ans et plus. La répartition selon les groupes d'âge se retrouve au tableau n° 2.

⁹ Lorsque les auteurs désirent faire ressortir l'importance d'un élément, le pourcentage est suivi d'un nombre entre parenthèses. Afin d'alléger la lecture du texte, le nombre ne se retrouve pas systématiquement à chacun des pourcentages.

Tableau n° 2 : Distribution¹⁰ des répondants selon les groupes d'âge par ordre décroissant d'importance

75-84 ans	65-74 ans	85 ans et +	50-64 ans
41 % des répondants	34 % des répondants	14 % des répondants	11 % des répondants

Commentaires et observations

- La démarche exploratoire a permis d'obtenir un très bon taux de participation et peu de refus;
- Le pourcentage plus élevé de femmes représente la clientèle habituelle des HLM et des OBNL d'habitation du territoire;
- Les personnes qui habitent en HLM ou en OBNL d'habitation demeurent longtemps au même endroit et c'est ce qui nous fait dire que le domicile est davantage considéré comme un milieu de vie qu'un milieu transitoire;
- La moitié des locataires a plus de 75 ans. Ces derniers sont considérés autonomes, mais leur âge élevé représente un facteur de risque de vulnérabilité¹¹ plus grand;
- Une récente étude de la Société d'habitation du Québec (SHQ) sur la santé des résidents d'habitations à loyer modique (HLM) a permis d'établir un portrait de santé de ces résidents comparativement aux catégories de locataires du privé et de propriétaires. Les thèmes abordés étaient l'état de santé et de bien-être, les habitudes de vie, les comportements préventifs, les services de santé et le réseau d'appartenance. L'analyse des indicateurs montre globalement des résultats inférieurs pour les résidents de HLM comparativement aux deux autres catégories. Cette étude apporte un complément d'observations et de renseignements au portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation sur le territoire de la MRC de Deux-Montagnes. L'ensemble des résultats de l'étude de la SHQ et de l'étude actuelle nous amène à considérer ces résidents vivant en situation de vulnérabilité¹².

3.2 - Résultats d'analyse et perspectives

3.2.1 – Alimentation

Constats majeurs

- Les répondants ont indiqué majoritairement avoir une bonne ou très bonne alimentation;
- Ils ont répondu ne pas vivre d'obstacles et 67 % d'entre eux n'ont aucun intérêt à participer à des activités liées à l'alimentation;

¹⁰ La distribution des répondants se compare à celle de l'ensemble des résidents.

¹¹ Définition de population vulnérable (ou en situation de vulnérabilité) : il s'agit d'une population qui présente le plus de risque de se trouver désavantagé dans un contexte donné.

L'ouvrage de Châtel et Roy (2008) apporte une réflexion sur les conditions de la vulnérabilité, de ses modalités passées et présentes, des défis qu'elle pose dans une société (dite) globalisée, multi-, poly- ou pluriculturelle...

¹² Ibid.

- Les répondants indiquent que leur manque d'intérêt est associé au peu d'appétit et à des problèmes de santé.

Commentaires et observations

Entre les perceptions des répondants et les observations des intervenantes socio-communautaires, il existe un écart qui pourrait être tributaire de différents facteurs. Mentionnons une culture alimentaire ancrée dans les anciennes habitudes chez les répondants et une certaine méconnaissance d'une bonne alimentation. Un autre élément pourrait être lié à la désirabilité sociale, par le désir de bien paraître lors des entrevues ainsi que la crainte d'être jugé moins autonome et de perdre son logement. L'autonomie est une condition requise pour habiter en HLM et en OBNL d'habitation selon leur perception¹³. Les observations des intervenantes sociocommunautaires ont permis de constater, très souvent, des « frigos » presque vides, un choix de nourriture peu varié et une perte d'appétit importante liée à la solitude. Pas moins d'un tiers des personnes âgées, particulièrement celles âgées de 75 ans et plus, présentent un risque nutritionnel dû à différents facteurs physiques, psychologiques ou environnementaux dont la perte d'appétit. La dénutrition peut survenir rapidement lorsqu'une personne ne mange pas assez. Peut s'en suivre, une fonte de la masse musculaire allant jusqu'à un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité aux infections (Extenso, 2015).

L'accès à des repas préparés varie d'une installation à une autre selon la disponibilité sur place d'un traiteur ou d'un service alimentaire. Là où les services de repas sont offerts, une meilleure alimentation et une régularité dans la prise des repas chez les aînés ont été observées.

Pistes d'intervention envisagées

Les intervenantes sociocommunautaires indiquent que, malgré un écart entre les perceptions des répondants et leurs observations, il serait souhaitable de soutenir cette thématique sur l'alimentation afin d'améliorer l'alimentation des locataires.

Actuellement, il existe des activités de sensibilisation et d'information sur l'alimentation, incluant la distribution de documentation. Afin d'augmenter l'impact, il est envisagé de développer des activités qui stimuleraient davantage l'intérêt des répondants à bien s'alimenter et qui pourraient briser leur isolement lors de la préparation de repas. Ces activités pourraient faciliter des choix alimentaires sains et contourner l'obstacle de l'intérêt plutôt mitigé de cuisiner seul ses repas. Des projets types sont identifiés : repas communautaires, concours de petits plats préparés rapidement avec des aliments sains (par exemple soupes, repas rapides, etc.), le tout dans un contexte de partage en s'inspirant du modèle de vie familiale. De plus, il sera exploré, auprès d'un organisme communautaire du milieu, la possibilité de produire des plats afin de les distribuer aux locataires qui n'ont plus les capacités de cuisiner. L'objectif vise à favoriser une dynamique d'entraide adaptée aux réalités des différentes installations.

¹³ Un des critères d'admissibilité en HLM pour les personnes âgées de 60 ans et plus est le suivant : Le demandeur est autonome par rapport à ses besoins essentiels ou à ceux de son ménage ou a fourni une preuve qu'il reçoit une aide garantie à cette fin.

L'Office régional d'habitation explorera la possibilité de développer, dans plusieurs immeubles, un approvisionnement alimentaire. Citons, à titre d'exemple, le Domaine Chénier ou le Manoir Grand-Moulin qui offrent la possibilité d'obtenir des repas sur place.

Les éléments de l'action priorisée pour les repas à domicile sont décrits au tableau n° 3.

Tableau n° 3 : Actions à prioriser en lien avec l'alimentation

Cible : repas à domicile

Objectifs :

- Rendre disponible dans l'ensemble des HLM et des OBNL d'habitation des services de repas préparés, et ce, en fonction des besoins des locataires et de leurs conditions socioéconomiques (repas du midi, du soir, etc.);
- Créer des occasions de socialisation lors des repas, tout en informant les aînés sur une saine alimentation et les services offerts.

Partenaires pressentis :

A - Pour fournir des repas préparés chauds et congelés :

Centre d'action bénévole Les Artisans de l'Aide, Meals on Wheels, Dépanneur Maggy (Domaine Chénier), Table de Mirabel, Centre de formation continue de la CSSMI, les traiteurs et résidences privées;

B - Pour assurer la distribution des repas :

Les municipalités, les bénévoles des clubs de l'âge d'or, les supermarchés pour la livraison de repas.

Moyens :

- Établir une entente avec des partenaires pour la préparation et la distribution de repas;
- Explorer la faisabilité d'établir des liens avec les bénévoles habitant les immeubles et qui seraient responsables dans leur immeuble de la distribution de repas;
- Organiser des activités de promotion de l'offre alimentaire au sein des HLM et des OBNL d'habitation;
- Organiser des dîners communautaires sous la thématique d'une saine alimentation.

Prochaines actions :

- Valider l'intérêt des partenaires en lien avec les objectifs;
- Créer un comité de partenaires;
- Convenir avec les partenaires concernés d'un plan d'action collectif avec indicateurs de suivi.

À garder à l'esprit dans la perspective d'un plan d'action :

- Vérifier l'intérêt des locataires sur l'offre de repas (intérêt, fréquence, coût, accessibilité sur l'ensemble du territoire, choix de plats équilibrés, etc.);
- Aider les locataires dans leur planification de repas pour la semaine entière;
- S'assurer de l'équité des coûts pour l'ensemble du territoire;
- Explorer les opportunités en ce sens.

3.2.2 - Activités physiques, loisirs et implication sociale

Constats majeurs

- 60 % des personnes se disent actives. De ce nombre, celles qui sont actives sur le plan sportif le sont plus par des activités individuelles que de groupe. Les autres parlent d'activités culturelles et de loisirs en groupe;
- 40 % des personnes qui se disent inactives le sont majoritairement pour des raisons de santé;
- En lien avec le bénévolat, les 40 % qui disent ne pas en faire mentionnent les problèmes de santé comme raison principale de leur abstention.

Commentaires et observations

Les données d'enquête indiquent qu'environ 70 % des personnes âgées de la région des Laurentides ont déclaré ne pas être suffisamment actifs (Statistique Canada, 2009-2010). Dans le présent sondage, 40 % des répondants indiquent être inactifs pour des raisons de santé. L'effet de désirabilité sociale pourrait peut-être expliquer, en partie, ce plus faible pourcentage de résidents inactifs comparativement aux données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). L'activité physique est un élément important pour améliorer la santé des aînés. Malgré la limitation et les problèmes de santé, un niveau d'activité physique adapté permet d'améliorer les conditions physiques et de santé et de limiter la sédentarité. D'ailleurs, plusieurs des maladies mentionnées par les répondants sont généralement liées aux mauvaises habitudes de vie (alimentation, sédentarité, tabac, alcool, etc.).

Action à prioriser

Dans la démarche *Vieillir actif et en santé*, le projet *Bouger, c'est le Bonheur* vise à augmenter le nombre d'aînés qui pratique l'activité physique et à offrir une plus grande accessibilité au programme *Viactive*, à proximité du milieu de vie des personnes âgées¹⁴. Les objectifs de ce projet rejoignent ceux de *Bouger, c'est le Bonheur* et l'action à prioriser s'inscrit dans cette perspective.

¹⁴ *Bouger, c'est le Bonheur*, de la démarche *Vieillir actif et en santé* (VAES) – Plan d'action 2014-2016.

Tableau n° 4 : Actions à prioriser en lien avec l'activité physique

Cible : *Bouger, c'est le Bonheur*

Contexte :

Utilisation du projet *Bouger, c'est le Bonheur* pour atteindre les objectifs de cette action.

Objectifs :

- Maintenir ou augmenter la pratique régulière d'activités physiques des personnes âgées de 65 ans et plus (HLM et OBLNL d'habitation, résidences privées, population en général) afin qu'elles maintiennent leur état de santé physique et psychologique en vue de prévenir les problèmes liés au vieillissement et à la sédentarité.

Partenaires pressentis :

- Le Réseau FADOQ – région des Laurentides, la Direction de santé publique du CISSS des Laurentides par la kinésiologue et l'organisatrice communautaire (au besoin) des installations du Lac-des-Deux-Montagnes et les deux intervenantes sociocommunautaires du soutien communautaire en HLM et en OBNL d'habitation.

Moyens :

- Déployer différents programmes, dont Viactive, sur l'ensemble du territoire de la MRC de Deux-Montagnes.

Prochaines actions :

- Définir un plan d'action avec des indicateurs de suivi;
- Implanter le programme Viactive dans huit milieux, et ce, sur l'ensemble du territoire. Les milieux ruraux et semi-ruraux seront privilégiés compte tenu de l'absence de ressources ou d'activités à proximité dans ces milieux;
- Recruter des animateurs bénévoles afin de former des groupes de 4 à 15 personnes ou plus;
- Recruter les participants dans les milieux choisis;
- Adapter le programme à des activités debout ou sur une chaise;
- Développer des séances d'information pour les périodes moins actives de l'année;
- Explorer différentes avenues pour s'assurer de la pérennité du projet au sein des comités de loisirs de municipalités intéressées.

3.2.3 - État ou problèmes de santé et utilisation des services

État ou problèmes de santé

Constats majeurs

- 86 % des participants déclarent avoir des problèmes de santé;
- Les problèmes ou maladies déclarés par les participants sont :
 - 1) Arthrite, arthrose, rhumatisme/ostéoporose (69 %);
 - 2) Hypertension artérielle (57 %);
 - 3) Maladies cardiaques (33 %);
 - 4) Diabète (25 %);
 - 5) Maladies pulmonaires (25 %);
 - 6) Autres (17 %) ¹⁵;
- 23 % des participants ont déclaré avoir fait une chute dans les derniers six mois (N : 70 personnes);
- Les chutes déclarées sont souvent reliées à des facteurs nommés par ordre d'importance par les répondants :
 - 1) Facteurs liés à la personne (santé physique et psychologique, négation du vieillissement, équilibre extérieur et intérieur);
 - 2) Facteurs liés à l'environnement (glace, bicyclette, intérieur du domicile, animaux, escabeau, etc.);
 - 3) Facteurs liés aux comportements (médication) ¹⁶;
- 97 % ont déclaré une prise de médicaments (N : 271 personnes).

Commentaires et observations sur les problèmes de santé

Maladies chroniques

Les maladies chroniques sont les principales causes de morbidité et de mortalité. Pour le territoire du Réseau local de services (RLS) de Deux-Montagnes – Mirabel-Sud, les cancers et les maladies cardiaques et respiratoires représentent environ 70 % des causes de décès¹⁷. Pour la région des Laurentides, plus de 80 % des personnes âgées de 65 ans ou plus souffrent d'un problème de santé chronique, une proportion similaire à celle de l'ensemble du Québec (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013).

Environ 86 % des répondants au sondage ont déclaré souffrir d'un problème de maladies chroniques. Ce pourcentage suit la même tendance que celle de la région des Laurentides. Les

¹⁵ Ce qui ressort de la catégorie « Autres » par ordre décroissant : problèmes locomoteurs, dépression, bipolarité, problème de glande thyroïde, problèmes cognitifs, problèmes de surdité, fibromyalgie, anémie et apnée du sommeil.

¹⁶ Les intervenantes ont observé, en plus de la médication prescrite, l'utilisation de drogues illicites chez quelques locataires, en plus de l'alcool.

¹⁷ Données compilées par la Direction de santé publique des Laurentides à partir des *Fichiers des décès* du MSSS.

maladies chroniques se développent tout au long de la vie, influencées par les comportements, le mode de vie et les facteurs environnementaux. Les maladies deviennent plus apparentes avec l'âge (Ramage-Morin, Shields et Martel, 2010).

Les habitudes de vie, les comportements favorables à la santé et les facteurs psychosociaux ont un effet sur l'état de santé global des personnes âgées. Parmi les facteurs modifiables pouvant prévenir le développement de problèmes de santé chroniques ou en limiter la gravité, on note dans la littérature, entre autres, le non-usage du tabac, l'activité physique, le régime alimentaire, le sommeil, la santé buccodentaire, le niveau de stress et la participation sociale¹⁸.

Chutes

Chaque année, 30 % des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile font une chute (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004), ce qui pourrait représenter, pour le territoire de la MRC de Deux-Montagnes, un nombre estimé à environ 4 600 personnes âgées pour l'année 2016¹⁹. Les chutes occupent le premier rang des causes de mortalité non liées à une maladie (aiguë, chronique ou dégénérative) (Statistique Canada, 2006). Les fractures aux membres inférieurs sont la cause des deux tiers de ces décès (Institut de la statistique du Québec, 2001). Le stress et la douleur sont les conséquences les plus immédiates des chutes. Si la personne ne peut pas se relever et être secourue rapidement, l'immobilité peut entraîner des conséquences importantes telles des plaies, de la déshydratation, de l'hypothermie, de l'insuffisance rénale et des pneumonies. (Gagnon, 2015). Même si la majorité des chutes n'entraîne pas de blessure, environ 10 % de celles-ci occasionnent des blessures sérieuses, fractures, luxations ou traumatismes cérébraux (Sattin et al., 1990). Les fractures de hanche constituent une des conséquences les plus sérieuses des chutes. La survenue d'une chute peut provoquer une perte de confiance en soi et une limitation des activités pouvant conduire à un déclin de la santé et du fonctionnement et contribuer à des chutes futures entraînant des conséquences plus sérieuses (Campbel, Borrie et Spears, 1989; Dargent-Molina et Bréart, 1995; Cumming, Salked, Thomas et Szonyi, 2000).

Lors du sondage, environ une personne sur quatre a déclaré avoir fait une chute dans les derniers six mois. Selon les données, les chutes constituent la principale cause d'hospitalisation pour traumatisme chez les aînés. Les taux d'hospitalisation spécifiques à une lésion traumatique causée par une chute augmentent avec l'âge, surtout à partir de 65 ans. Tant au niveau de la région qu'au niveau du RLS de Deux-Montagnes – Mirabel-Sud, les taux d'hospitalisation spécifiques à une lésion traumatique causée par une chute sont supérieurs à ceux du Québec (Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides, 2015). La chute résulte souvent d'une interaction complexe entre des facteurs de risque liés aux caractéristiques de l'individu (appelés facteurs intrinsèques), à ses comportements ainsi qu'à son environnement. Mentionnons les exemples définissant chacun des trois types de facteurs : 1 - ceux liés à la personne (troubles de l'équilibre et de la marche, pathologies chroniques et aiguës); 2 - les

¹⁸ Données compilées par la Direction de santé publique à partir des *Fichiers des décès* du MSSS.

¹⁹ Données estimées par la Direction de santé publique des Laurentides à partir des données de l'ISQ, *Perspectives 2011-2036 par MRC, groupe d'âge et âge moyen* (nov. 2014).

facteurs liés aux comportements (prise de médicaments, risques liés aux activités quotidiennes, peur de faire une chute, sédentarité, dénutrition chronique, consommation d'alcool et de drogues); 3 - les facteurs liés à l'environnement (dangers du domicile et de l'environnement extérieur) (Gagnon, 2015).

Au regard des réponses au questionnaire, ce sont surtout les facteurs liés à la personne qui ont été rapportés (principalement des problèmes d'équilibre, d'inattention et des problèmes de santé identifiés de nature cardiaque et musculosquelettique). Les facteurs liés à l'environnement, surtout extérieur (glace) et intérieur (tapis, obstacles, animaux, bain), sont mentionnés. La troisième catégorie de facteurs, ceux liés aux comportements, ne ressort pas; une seule mention de chute liée à la prise de médicaments, alors que 97 % des répondants ont déclaré en prendre.

Médicaments et chutes

Une augmentation du risque de chute a été démontrée avec une augmentation du nombre total de médicaments (Robbin et al., 1989; Soriano, DeCherrie et Thomas, 2007). Il est important de noter une prise très élevée de médicaments chez les répondants au questionnaire (97 % disent consommer au moins un médicament). Selon l'enquête québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2013), chez les personnes de 65 ans et plus, neuf personnes sur dix consomment des médicaments prescrits au moment de l'enquête (Institut de la statistique du Québec, 2013), ce qui semble indiquer que nos répondants ne sont pas différents de la population des personnes âgées du Québec et confirme l'importance de la consommation de médicaments chez les répondants. Selon la littérature, environ une personne sur cinq a indiqué oublier de prendre ses médicaments tel que prescrit. Comme cité précédemment, la présence de nombreuses maladies chroniques augmente avec l'âge, ce qui peut contribuer à l'augmentation du nombre de médicaments utilisés par les personnes âgées. Selon la littérature (Institut canadien d'information sur la santé, 2010), l'attention devrait être portée davantage sur l'adéquation des médicaments plutôt que sur le nombre comme tel. Le traitement à l'aide de plusieurs médicaments est nécessaire pour gérer efficacement les maladies chroniques. Toutefois, il est primordial de ne pas perdre de vue les risques potentiels (exemple : effets indésirables, interactions médicamenteuses et interactions médicaments-maladie) liés à leur utilisation.

Actions à prioriser

Selon le sondage, une personne sur quatre est tombée dans les derniers six mois, ce qui nous indique un risque de chute important. Plusieurs questions sont à explorer...

Leur milieu de vie est-il sécuritaire? Doit-on évaluer l'environnement physique des locataires afin de prévenir la survenue de chutes?

Dans cette perspective, trois volets ont été priorisés pour prévenir les chutes :

- 1) Maintenir et/ou améliorer la santé des personnes âgées par la pratique de l'activité physique (tableau n° 5);
- 2) Corriger certains aspects liés à l'environnement externe de la personne (tableau n° 6);
Aborder la problématique de la prise de médicaments et l'utilisation des services

Tableau n° 5 : Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec l'activité physique

Cible : activité physique

Contexte :

Le vieillissement de la population amène la présence de maladies chroniques. L'activité physique est un facteur important pour maintenir et/ou améliorer la santé des personnes et prévenir la survenue de chutes. Faire de l'exercice fait partie des facteurs sur lesquels les personnes possèdent une certaine emprise. Il serait intéressant de travailler à rendre celles-ci plus actives, tout en adaptant l'activité physique à leur rythme et selon leurs capacités.

Objectifs :

- Sensibiliser les aînés à l'importance de l'activité physique pour maintenir leur santé et les solliciter à participer au programme Viactive (déjà présenté antérieurement au point 3.2.2).

Partenaires pressentis :

- Le Réseau FADOQ – région des Laurentides et les intervenantes sociocommunautaires.

Moyens :

- Sensibiliser les locataires à l'activité physique lors de rencontres avec les intervenantes sociocommunautaires; remettre des documents, expliquer l'utilisation d'outils, diffuser de l'information par les moyens les plus appropriés (actuellement, le journal Le Rassembleur dans les HLM).

Prochaines actions :

- Promouvoir le programme Viactive dans les différentes installations HLM et OBNL d'habitation comme une suite au programme PIED²⁰.

²⁰ Le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) vise à prévenir les chutes et les fractures chez les aînés autonomes qui vivent dans la communauté et qui sont préoccupés par les chutes ou leur équilibre.

Tableau n° 6 : Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec les facteurs liés à l'environnement

Cibles : sécurité des lieux et programme préventif

Contexte :

Environ une personne sur trois âgée de 65 ans et plus fait une chute annuellement. En ce qui a trait au sondage, environ un répondant sur quatre a fait une chute dans les derniers six mois. Les facteurs liés à l'environnement (externe et interne du domicile) ont été identifiés par les locataires et les actions à prioriser s'inscrivent dans cette perspective. Les actions visant plusieurs cibles sont susceptibles de favoriser un plus grand impact chez les aînés, principalement lorsque ces personnes se sont exprimées et identifiées quant aux problèmes lors du sondage.

Objectifs :

- Outiller les aînés afin qu'ils puissent rendre l'intérieur de leurs logements plus sécuritaires;
- Sensibiliser et impliquer les directions d'immeubles concernées (ORH et OBNL d'habitation) à l'entretien des lieux, principalement l'extérieur des habitations lors de la saison froide;
- Sensibiliser les municipalités à l'entretien de la voie publique à la périphérie des immeubles où habitent les personnes âgées (HLM et OBNL d'habitation), particulièrement durant la saison froide;
- Rendre accessible le programme PIED à toutes les installations HLM et OBNL d'habitation;
- Faciliter le passage des groupes du programme PIED vers le programme *Viactive* et revoir les modalités d'accessibilité au programme PIED.

Partenaires pressentis :

- Sécurité des lieux : les intervenantes sociocommunautaires, l'ORH et les OBNL d'habitation et leur personnel d'entretien ainsi que les municipalités concernées;
- Programme préventif : les intervenantes sociocommunautaires, les professionnels et professionnelles du Centre de jour, des soins à domicile du CISSS et des organismes communautaires concernés, avec la collaboration des professionnels de la santé publique des Laurentides.

Moyens :

- Sécurité des lieux : soumettre, à la direction du comité de suivi du soutien communautaire au logement social, les préoccupations en matière de problème de sécurité et de chutes des locataires dans leurs immeubles afin de réfléchir aux solutions à implanter;
- Programme préventif : créer des capsules d'information, de sensibilisation et des aide-mémoire;
- Déployer le programme PIED et *Viactive* à plus de groupes annuellement dans les différentes installations HLM et OBNL d'habitation.

Prochaines actions :

- Réfléchir sur le déploiement actuel du programme PIED, ses limites et les liens à créer avec *Viactive*;
- Adapter les outils existants du programme PIED visant la prévention des chutes;
- Diffuser plus largement ces outils adaptés aux locataires d'HLM et d'OBNL d'habitation;
- Rencontrer les administrateurs d'habitation lors d'un comité de suivi afin d'évaluer les risques de chutes extérieures dues aux mauvaises conditions climatiques.

Utilisation des services

Constats majeurs

- Un nombre assez élevé de répondants se rendent directement à l'hôpital pour des symptômes reliés aux maladies chroniques et particulièrement à cause de la survenue d'une chute;
- Un grand écart est observé entre la connaissance des services gouvernementaux, communautaires et des ressources privées et la sollicitation²¹ de ceux-ci par les répondants :
 - les services gouvernementaux, sollicités par les répondants à 71 %;
 - les services d'économie sociale et ceux d'organismes communautaires, sollicités par 13 % des répondants;
 - les services privés, sollicités par 10 % des répondants. Leur non-utilisation pourrait s'expliquer par un coût élevé;
- La grande majorité des répondants a un médecin de famille, mais environ 8 %, soit 25 répondants, sont sans médecin de famille. Ces personnes seraient inscrites sur une liste d'attente. Pour le territoire, la durée d'inscription varie de moins de 3 mois (22 %) à 1 à 2 ans (33 %) et 2 ans et plus (39 %);
- Parmi les services reçus par le CLSC, les mieux connus des répondants sont, par ordre décroissant :
 - 1) La vaccination (86 %);
 - 2) Les services professionnels ou matériels reliés aux soins à domicile :
 - Services médicaux et infirmiers (20 %);
 - Prêt d'équipements médicaux (16 %);
 - Services d'inhalothérapie, d'ergothérapie et de physiothérapie (14 %);
 - Services d'auxiliaires familiales (12 %);
- Le meilleur moyen pour joindre ces personnes :
 - Une démarche téléphonique est privilégiée et, en second lieu, une visite à domicile dans leur milieu de vie. Il faut retenir l'importance de personnaliser la démarche;
- Dans la situation où il y aurait un besoin de services, 95 % des répondants ont indiqué qu'ils accepteraient de recevoir les services du CLSC. Aucun renseignement n'est disponible sur les motifs de refus de 5 % des répondants.

Commentaires et observations

Utilisation des services

Plusieurs chercheurs ont examiné la question des déterminants de l'utilisation des services de santé. Les études récentes ont montré que l'utilisation des soins de santé par les personnes âgées est davantage associée à la maladie. En d'autres termes, le déterminant le plus important de la fréquence à laquelle les personnes âgées consultent un médecin et prennent des

²¹ Sollicitation est prise dans le sens d'utilisation ou non d'un type de service.

médicaments était le nombre de problèmes de santé chroniques dont elles souffraient et non le niveau de scolarité ou celui du revenu (Rotermann, 2005).

Selon l'Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement (EQLAV) (Institut de la statistique du Québec, 2013), plus de neuf personnes de 65 ans et plus sur dix ont un médecin de famille. Au Québec, des 6 % de personnes âgées de 65 ans et plus n'ayant pas de médecin de famille, 3,5 % désireraient être suivies par un médecin (Institut de la statistique du Québec, 2013). La grande majorité des répondants au questionnaire indique avoir un médecin de famille et environ 8 % de ceux-ci n'en n'avaient pas.

Au Québec, le tiers des personnes de 65 ans et plus a utilisé au moins un service hospitalier, soit une consultation à l'urgence, une hospitalisation ou une chirurgie d'un jour, au cours d'une période de douze mois (Institut de la statistique du Québec, 2013). La part des personnes âgées ayant utilisé au moins un des services hospitaliers est plus importante chez celles déclarant une incapacité ou encore au moins un problème de santé de longue durée. Chez les personnes âgées visées par cette enquête, parmi celles qui ont utilisé au moins un des services hospitaliers, plus d'une sur dix a reçu des services à domicile du CLSC, à la suite du dernier service hospitalier obtenu.

Dans l'ensemble, au Québec, la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus ayant des besoins non comblés pour divers soins de santé ou services sociaux et documentés par l'enquête québécoise (Institut de la statistique du Québec, 2013) varie de 1 à 2,6 % pour la période 2010-2011. Les trois principaux besoins identifiés sont les tests de laboratoire ou les examens radiologiques, les soins de la vue et les services de réadaptation. Selon les répondants au questionnaire, les services connus et reçus du CLSC concernent la vaccination et les services professionnels ou matériels des soins à domicile.

Les résultats du questionnaire indiquent une variation dans l'utilisation des différents services par les répondants, allant d'une grande utilisation des services gouvernementaux à une utilisation moindre des services offerts par les organismes communautaires et à une non-utilisation des services privés à cause des coûts. Nous observons une utilisation qui semble sous-optimale de l'ensemble des services qui sont utilisés plus souvent dans des situations d'urgence plutôt que dans une perspective préventive. Deux groupes sont identifiés, les répondants ayant déjà utilisé les services et ceux qui ne les ont pas utilisés. L'information sur les services est à considérer pour ces deux groupes.

Tableau n° 7 : Actions de prévention des chutes à prioriser en lien avec la médication et l'utilisation des services médicaux

Cibles : médication et utilisation des services médicaux

Contexte :

Les médicaments sont nécessaires pour traiter différentes conditions médicales, mais ils représentent des facteurs de risque de chute et de risque potentiel d'effets secondaires et d'interactions médicamenteuses. Compte tenu d'une importante utilisation de la médication chez les locataires, une piste d'intervention s'inscrit dans cette perspective.

Objectifs :

- Sensibiliser les aînés à l'importance d'une prise adéquate de leurs médicaments avec l'aide de professionnels de la santé;
- Développer une trousse médicale d'urgence afin de préparer les aînés à une meilleure utilisation des services médicaux;
- Valider la faisabilité d'utiliser la trousse médicale d'urgence au moment opportun;
- Outiller les aînés à d'autres options que l'utilisation de l'urgence de l'hôpital, en fournissant la liste des cliniques offrant des services médicaux sans rendez-vous.

Partenaires pressentis :

- Les intervenantes sociocommunautaires, les pharmaciens, les professionnels des soins à domicile du CLSC et les médecins de famille.

Moyens :

- Rendre accessible les renseignements sur le sujet d'une bonne utilisation des médicaments dans les immeubles où les intervenantes sociocommunautaires travaillent;
- Organiser différentes activités dont la planification de conférences sur le sujet (exemple : santé et médication), en fonction des besoins identifiés par les locataires;
- Rendre disponible la liste des cliniques médicales à jour;
- Rendre disponible une trousse médicale d'urgence incluant, entre autres, les éléments suivants : liste de médicaments, carte d'assurance maladie, personne à joindre en cas d'urgence et liste des cliniques médicales sans rendez-vous.

Prochaines actions :

- Solliciter des professionnels de la santé (médecins et pharmaciens) à donner des conférences sur plusieurs sujets reliés à la santé et à la prise adéquate de médicaments après un court sondage auprès des locataires sur leurs besoins d'information;
- Suggérer aux locataires de revoir périodiquement leur médecin ou leur pharmacien en lien avec leur médication;
- Suggérer aux locataires, lors de leur visite chez le médecin ou le pharmacien, de se faire expliquer la médication qui leur est prescrite;
- Rechercher ou explorer d'autres options à l'utilisation de l'urgence et de l'ambulance : donner de l'information sur les cliniques médicales et sur le processus de prise de rendez-vous pour chacune des cliniques et des GMF ainsi que sur l'utilisation d'Info-Santé (811);
- S'assurer que chaque personne qui n'a pas de médecin de famille soit mise sur la « Liste de patients orphelins » et mettre à jour la liste à une fréquence déterminée, par exemple annuellement. Une vérification de la présence d'un médecin de famille pourrait être réalisée de manière systématique auprès de chaque nouvel arrivant par les intervenantes sociocommunautaires;
- Vérifier la possibilité de rencontrer les locataires lors des périodes difficiles identifiées par le sondage (dépression saisonnière : automne-hiver).

3.2.4 - Soutien reçu

Constats majeurs

- Environ 85 % des répondants ont indiqué recevoir un « bon soutien » de leur famille, de leurs proches ou de leurs amis, les 15 % restant étant sans réseau ou soutenus par des voisins ou des intervenants.
- 12 % des résidents ont mentionné avoir des besoins non comblés, listés ci-dessous par ordre d'importance :
 - 1) Besoins médicaux : transport médical lorsque requis, accès à un médecin, laboratoire, prises de sang à domicile;
 - 2) Besoins liés aux AVD : adaptation de domicile (rampe d'accès), évacuation des lieux (Service des incendies), repas, ménage, transport;
 - 3) Besoins psychosociaux non professionnels : visite amicale, appel de soutien en situation de crise ou pour besoin particulier;
 - 4) Besoins financiers : aide alimentaire, achat de matériel médical;
- Identification d'une période difficile : 42 % ont répondu « oui ». De ces 42 %, 80 % d'entre eux parlent d'une baisse d'énergie ou de dépression saisonnière.

Commentaires et observations

Le soutien social consiste en des ressources émotionnelles, fonctionnelles ou informationnelles dispensées par des non-professionnels (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013). Il s'agit d'un déterminant important de l'état de santé physique et mentale. L'appartenance à un réseau de relations et de soutien mutuel a un effet protecteur sur la santé ayant des effets démontrés sur la mortalité prématurée (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013). De façon générale, le soutien social est plus faible chez les personnes ayant des niveaux peu élevés de revenu ou de scolarité. Avoir un faible sentiment d'appartenance à la communauté, un nombre limité de parents ou d'amis proches et le fait de vivre seul sont en relation avec un faible niveau de soutien social (Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2013).

Dans la majorité des situations, les répondants au sondage semblent avoir un bon soutien social de la part de leur entourage, à l'exception d'une vingtaine de personnes pour lesquelles le réseau social semble fragile. Ces dernières pourraient faire l'objet d'une attention particulière et d'un suivi à fréquence déterminée par les intervenantes sociocommunitaires.

Les besoins « non comblés » identifiés par les locataires sont de différents ordres : médicaux, psychosociaux et financiers. Toutefois, la question de santé mentale semble un sujet difficile à aborder avec les répondants. Selon les intervenantes sociocommunitaires, « Les locataires en parlent aisément (des problèmes de dépression ou de santé mentale) si on regarde avec eux leur liste de médicaments ». Lors du sondage, à la question sur la dépression, ils répondent « non », mais, à la seconde question sur la présence d'une ou de plusieurs périodes difficiles au

cours de l'année, la réponse est affirmative. De plus, les périodes identifiées par les répondants comme étant plus difficiles à vivre pourraient permettre une animation, par les intervenantes sociocommunautaires, caractérisée par la création d'activités qui mobiliseraient de façon plus importante les personnes âgées.

Actions à prioriser

Pour les personnes qui n'ont pas ou peu de réseau social, leur plus grande vulnérabilité, ou leur risque de le devenir, amène la préoccupation de mieux les identifier afin d'assurer un suivi auprès d'elles par les intervenantes sociocommunautaires.

Une connaissance des personnes ayant peu de réseau social ainsi qu'un suivi régulier sont des éléments importants que l'ensemble des partenaires impliqués avec ces personnes doivent partager, en tenant compte des règles de confidentialité. Par partenaires impliqués, nous incluons les intervenantes sociocommunautaires, les professionnels des soins à domicile, les gestionnaires de cas et les intervenants des organismes communautaires.

Tableau n° 8 : Action à prioriser en lien avec l'absence de soutien social

Cible : repérage précoce des locataires sans réseau social

Objectifs

- Repérer et évaluer les personnes âgées vivant en HLM et en OBNL d'habitation à risque de subir une détérioration de leur état de santé et une perte d'autonomie;
- Référer au besoin les locataires sans réseau social, en identifiant les ressources appropriées (citons, en exemple : Les Petits Frères de Saint-Eustache – La grande famille des personnes âgées seules²², 4 Korners²³).

Partenaires pressentis :

- Les intervenantes sociocommunautaires du soutien communautaire en HLM et en OBNL d'habitation, le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides et ses directions concernées.

Moyens :

- Visiter tous les nouveaux arrivants aux immeubles HLM et OBNL d'habitation et développer un outil « première rencontre »;
- Distribuer et présenter une « trousse de bienvenue » contenant, entre autres, la liste de la majorité des ressources du territoire et mettre cette liste à jour annuellement;
- Poursuivre les visites à domicile de façon régulière chez les personnes qui sont sans réseau social;
- Développer, conjointement avec les partenaires du comité de travail, un protocole afin de repérer précocement les locataires sans réseau social, incluant la visite à domicile systématique;
- S'assurer des suivis par les pairs et référer au SAD si nécessaire ou vers d'autres ressources du milieu.

Prochaines actions :

- Former un comité de travail, composé d'un chef de programme SAD et des intervenantes sociocommunautaires, pour explorer la meilleure façon d'assumer les suivis;
- Définir un plan d'action en comité dont l'objectif visera le repérage des personnes vulnérables;
- Identifier les manques de services et les différentes ressources existantes;
- Développer des indicateurs de suivi avec le plan d'action.

²² Les Petits Frères de Saint-Eustache – La grande famille des personnes âgées seules : la mission des Petits Frères est d'accueillir et d'accompagner les personnes seules du grand âge afin de contrer leur isolement, en créant autour d'elles une famille engagée et fidèle jusqu'à la fin de leur vie. Source : <http://www.petitsfreres.ca>.

²³ Chez 4 Korners, les intervenants travaillent à offrir à la population d'expression anglaise de la région des Laurentides une variété de programmes et de services. Source <http://www.4kornerscenter.org/fr/>.

3.2.5 - PRISMA-7²⁴

Dans le cadre du sondage, un outil de repérage, soit le PRISMA-7, a été intégré dans la dernière section du questionnaire. Cet outil souvent utilisé à l'urgence de l'hôpital permet d'identifier les personnes en perte d'autonomie modérée à grave qui ne sont pas connues du réseau de la santé et des services sociaux.

Le questionnaire PRISMA-7, par quelques questions ciblées, permet de documenter et de chiffrer la possibilité de se retrouver devant une personne âgée en perte d'autonomie. Pour le questionnaire PRISMA-7, deux scores seuils sont possibles. Dans le projet actuel, le seuil critique de « 3 oui et plus » a été retenu, basé sur le choix seuil du gestionnaire et des cliniciens des soins à domicile. L'outil permet de faire un premier triage des cas qui devraient être évalués en priorité par le SAD. L'état de santé pourrait se détériorer rapidement si une intervention n'est pas engagée ou, au minimum, une évaluation de l'autonomie n'est pas réalisée.

Constats majeurs

Les résultats indiquent un faible pourcentage de répondants (11 %) à risque de perte d'autonomie. Ces répondants ont été évalués par les professionnels du CSSS à l'été 2014.

Des vingt-neuf références, huit locataires étaient connus du SAD et sept d'entre eux recevaient déjà des services. Pour les 21 références de personnes non connues, 18 n'étaient pas admissibles selon les critères du PRISMA-7, car ces personnes avaient été évaluées suffisamment autonomes dans les AVQ²⁵ et les AVD²⁶. Ces personnes pouvaient être référées au guichet du SAD. Des trois personnes restantes, l'une a été orientée vers la Coopérative de Solidarité Bon Ménage des Basses-Laurentides, pour la deuxième personne, il y a eu envoi de dépliants sur les ressources disponibles et la dernière a été dirigée vers le programme RÉVA.

Commentaires et observations

Dans cette partie du questionnaire, les locataires qui ont répondu positivement à plus de trois « oui », étaient soit connus des soins à domicile ou ne répondaient pas aux critères de perte d'autonomie des soins à domicile.

Ce que nous sommes à même d'observer, et selon la direction qui en est responsable, c'est que l'outil PRISMA-7 n'est pas un outil de repérage pour des personnes qui sont au début des manifestations de perte d'autonomie. L'outil s'avérerait plus utile pour des personnes qui présentent un potentiel de risque plus grand. Toutefois, il faut considérer que la situation des personnes âgées peut évoluer rapidement et qu'un système de repérage précoce est utile pour une référence éventuelle vers le guichet d'accès des soins à domicile.

²⁴ Le questionnaire PRISMA-7 a été développé par Réjean Hébert, Michel Raïche et Marie-France Dubois dans le cadre du Programme de recherche sur l'intégration des services pour le maintien de l'autonomie (PRISMA).

²⁵ AVQ signifie activités de la vie quotidienne.

²⁶ AVD signifie activités de la vie domestique.

Action à prioriser

Ce qui est important de retenir à cette étape-ci, c'est que le repérage précoce est nécessaire. Il nous permet d'agir plus rapidement dans la trajectoire de perte des capacités des individus. Toutefois l'outil PRISMA-7 n'est ni approprié ni utile pour cette clientèle.

Les collaborations déjà établies entre les intervenantes sociocommunautaires et le guichet d'accès des soins à domicile sont à maintenir pour assurer des références pour les cas les plus lourds. Néanmoins, l'action à privilégier serait d'explorer un outil de repérage mieux adapté à la condition des locataires en HLM et en OBNL d'habitation.

4 - DISCUSSION

Dans cette section, nous revenons sur l'interprétation de quelques résultats, mais également sur les enjeux et défis liés à ce projet.

Dès 2013, un comité constitué de plusieurs partenaires, des intervenantes sociocommunautaires, du CSSS, de l'ORH et des OBNL d'habitation échangeaient sur des préoccupations de la clientèle en perte d'autonomie des HLM et des OBNL d'habitation du territoire de la MRC de Deux-Montagnes. Mieux connaître les besoins des locataires âgés afin de pouvoir ajuster l'offre de services est l'élément important qui ressortait des réflexions. L'opportunité pour le comité de se joindre à la démarche *Vieillir actif et en santé* a permis de concrétiser le projet de sondage auprès des locataires dans une vision plus globale.

L'objectif de ce projet s'inscrit dans celui poursuivi par la démarche de *Vieillir actif et en santé*, soit de « Maintenir une qualité de vie le plus longtemps possible des personnes âgées à domicile dans un continuum d'interventions intégrées ». Le portrait établi de la clientèle des HLM et des OBNL d'habitation permettra les ajustements nécessaires de l'offre de services des intervenantes sociocommunautaires.

Enjeux et leviers permettant d'expliquer l'intérêt de ce projet

- L'importance du partenariat

Un des enjeux est celui de l'harmonisation et de la complémentarité des compétences et des expertises lors de la réalisation du projet. Des intervenants et des professionnels de différents horizons ont eu à travailler ensemble avec des locataires pour la réalisation du projet : rédaction d'un questionnaire, choix des thématiques, informatisation du questionnaire, entrevues, saisie et traitement des données, ainsi qu'analyse, rédaction et diffusion du rapport. Ce travail de collaboration sur un objet précis a permis d'obtenir des résultats à « valeur ajoutée » au-delà du projet lui-même. Cette démarche de co-construction est un élément clé de cette réussite (Bourque, 2008).

- **La proximité et les liens de confiance établis avec les intervenantes sociocommunautaires**

En ce qui a trait au projet, un taux élevé de participation des locataires au sondage a été obtenu grâce à la connaissance du milieu, à la proximité des locataires et au climat de confiance établi avec les intervenantes sociocommunautaires. Le sondage a permis de joindre une clientèle féminine, très âgée, vivant majoritairement seule, en situation de vulnérabilité à cause de problèmes médicaux et sociaux. Cette connaissance des milieux de vie par les intervenantes sociocommunautaires a permis de bonifier l'analyse des données et les pistes d'action à prioriser. Aux données quantitatives se sont ajouté des données qualitatives qui ont permis de compléter et de nuancer certains résultats. Par ailleurs, il faut mentionner des biais possibles en fonction des connaissances des répondants et de leur compréhension des questions, mais également en fonction d'un biais naturel de donner une bonne image de soi.

- **Les influences mutuelles des projets**

Un autre enjeu est la capacité d'un projet d'influencer et de faire évoluer d'autres projets, à titre d'exemple, le questionnement et les adaptations possibles du programme PIED afin de mieux répondre à la clientèle des HLM et des OBNL d'habitation. La transition du programme PIED à *Viactive* est une avenue à explorer. Le repérage précoce des locataires âgés est également un élément qui pourrait alimenter une autre réflexion. Toutefois, l'outil PRISMA n'étant pas un outil approprié dans le contexte de repérage effectué au domicile des personnes, d'autres outils seraient à explorer dont celui qui était utilisé par le Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés (RÉVA)²⁷. Ce dernier permet de mieux évaluer les besoins et d'orienter les personnes vers les diverses ressources.

- **L'impact sur une partie du continuum de services**

La mise en réseau de différents intervenants pour la réalisation d'un projet a permis de faciliter l'échange de renseignements sur les locataires. À titre d'exemple, lors du transfert d'un locataire à l'urgence, les intervenantes sociocommunautaires transmettent des renseignements sur l'état de la personne au personnel de l'urgence. Une préoccupation exprimée par les intervenantes sociocommunautaires est l'accès aux renseignements sur l'état et le suivi des personnes qui reçoivent leur congé de l'hôpital. Ce projet pourrait permettre une meilleure collaboration entre les professionnels de l'urgence, des soins à domicile et les HLM et OBNL d'habitation.

²⁷ Le Réseau d'éclaireurs et de veilleurs pour les aînés, connu sous le nom de RÉVA, était un projet du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes qui visait à mobiliser toute la communauté afin de favoriser l'autonomie de ses aînés.

- **L'engagement des directions et des partenaires**

L'engagement et le soutien du conseil d'administration et de la direction du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes se sont avérés des conditions essentielles pour la réalisation des différents projets de la démarche *Vieillir actif et en santé* (VAES) dont le présent projet de portrait des aînés en HLM et en OBNL d'habitation. Les directeurs ont su porter et partager une vision des projets avec l'ensemble du personnel et la communauté en utilisant l'approche de la responsabilité populationnelle pour la santé comme trame de fond de la démarche VAES. Cet engagement s'est manifesté tout au long du projet par les directeurs.

Il nous apparaît important d'inscrire toute démarche ou projet dans la dimension temporelle. Bâtir collaboration et partenariat, et apprendre à travailler ensemble dans un climat de confiance prend du temps. S'accorder le temps nécessaire permet d'obtenir des résultats ayant plus d'impact lorsque nous travaillons ensemble.

5 - CONCLUSION

L'enjeu de la pérennité de la démarche VAES et du projet reste entier. Pour le projet, des partenaires se sont engagés et mobilisés pour la réalisation du portrait. Des pistes d'action à prioriser ont été retenues et une volonté de toutes les parties prenantes a été exprimée de poursuivre l'actualisation des pistes d'action.

La direction générale du CISSS poursuit les objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population par une offre de services que l'on veut accessible, simple d'utilisation et adaptée aux besoins de la population. De plus, les services doivent favoriser une meilleure insertion sociale et communautaire des usagers et le maintien d'une vie active. Le projet s'inscrit dans cette perspective. Des engagements de la direction et l'allocation de ressources nécessaires devront être considérés pour la continuité du projet.

BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, Direction de santé publique. (2013). *Portrait de santé de la population de la région des Laurentides : de la connaissance à l'action*. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2339495>
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux-sociaux (Anesm). (2016). *Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile*. Repéré à <http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip.php?article1010>
- À qui la pointe? (2013). *HLM, OBNL et SHDM : du pareil au même*. Repéré à <http://www.aquilapointe.com/2013/07/03/hlm-obnl-et-shdm-du-pareil-au-meme/>
- Blanchet, C. et Hamel, D. (2016). *Croyances, intentions et obstacles chez les aînés québécois pour améliorer leur santé* (Collection Vieillesse et santé). Institut national de santé publique du Québec. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/publications/2145>
- Bourque, D. (2008). *Concertation et partenariat : entre levier et piège du développement des communautés* (Collection Initiatives). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cardinal, L., Langlois, M. C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspectives pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillesseSante.pdf
- Campbel, A. J., Borrie, M. J. et Spears, G. F. (1989). Risk factors for falls in a community-based prospective study of people 70 years and older. *Journal of Gerontology*, 44(4), M112-117.
- Centre d'expertise en santé de Sherbrooke. (2010). *Guide d'utilisation du questionnaire PRISMA-7 pour le repérage des personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave*. Repéré à http://www.expertisesante.com/modules/AxialRealisation/img_repository/files/documents/Guide%20utilisation%20du%20PRISMA-7%20%20CESS_v2.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, Direction de santé publique. (2015). *Fiche regard santé, analyses descriptives par indicateur de santé : taux d'hospitalisation spécifique à une lésion traumatique causée par une chute*. Repéré à http://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Sante_publique/SPER/Fiches_Regard_Sante/Fiche_RS_Hospitalisation_lesion_traumatique_chute.pdf
- Châtel, V. et Roy, S., (2008). *Penser la vulnérabilité : visages de la fragilisation du social*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Cumming, R. G., Salked, S., Thomas, M. et Szonyi, G. (2000). Prospective study of the impact of fear of falling on activities of daily living, SF-36 scores, and nursing home admission. *Journal of Gerontology: Biological sciences and medical sciences*, 55(5), M229-M305. Repéré à <http://biomedgerontology.oxfordjournals.org/content/55/5/M299.full.pdf>

- Dargent-Molina, P. et Bréart, G. (1995). Epidemiology of falls and fall-related injuries in the aged. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 43(1), 72-83.
- Extenso. (2015). *Aînés : pour les petits appétits*. Repéré à <http://www.extenso.org/article/pour-les-petits-appetits/>
- Gagnon, Catherine. (2015). *Les chutes chez les aînés : conséquence ou symptôme d'un problème sous-jacent?* Repéré à http://www.aqdr.org/wp-content/uploads/presentation-colloque_catherine-gagnon_protege.pdf
- Giezendanner, F. D. (2012). *Enquêtes : principaux biais dans la formulation des questions*. Repéré à <http://icp.ge.ch/sem/cms-spip/spip.php?article1765>
- Gouvernement du Québec. (2016). Services Québec – citoyens. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/FR/Portail/Citoyens/Pages/accueil.aspx?entete>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2010). *De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé*. Repéré à <https://www.cihi.ca/fr>
- Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques de santé. (2011). Profil et évolution du soutien social dans la population québécoise – Série enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Zoom santé*, 29(octobre 2011), 1-16. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201110.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Évolution des traumatismes au Québec de 1991 à 1999*. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/051_evolution_trauma_91-99.pdf
- Institut de la statistique du Québec. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes de 65 ans et plus, volume 3*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/services/incapacites/limitations-maladies-chroniques-utilisation-65-et-plus.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique. (2004). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : cadre de référence*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2004/04-232-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. (2011). *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-228-04W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications. (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2011/11-202-06.pdf>
- Ramage-Morin, P. L., Shields, M. et Martel, L. (2010). Facteurs favorables à la santé et bon état de santé chez les Canadiens du milieu à la fin de la vie. *Rapports sur la santé*, 21(3). Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010003/article/11289-fra.pdf>

- Robbins, A. S., Rubenstein, L. Z., Josephson, K. R., Schulman, B. L., Osterweil, D. et Fine, G. (1989). Predictors of falls among elderly people. Results of two population-based studies. *Archives of internal medicine*, 149(7), 1628-1633.
- Rotermann, M. (2005). Utilisation des services de santé par les personnes âgées. *Rapports sur la santé*, 16(supplément), 35-50. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2005004/article/9498-fra.pdf>
- Sattin, R. W., Lambert-Huber, D. A., DeVito, C. A., Rodriguez, J. G., Ros, A., Bacchelli, S., ... Waxweiler, R. J. (1990). The incidence of fall injury events among the elderly in a defined population. *American journal of Epidemiology*, 131(6), 1028-1037.
- Société d'habitation du Québec. (2015). *La santé des résidents de HLM : analyse comparative de la santé de la population à faible revenu selon le mode d'occupation*. Repéré à <http://habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/publications/0000023943.pdf>
- Soriano, T. A., DeCherrie, L. V. et Thomas, D. C. (2007). Falls in the community-dwelling older adult: A review for primary-care providers. *Clinical interventions in aging*, 2(4), 545-554. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2686332/pdf/cia-2-545.pdf>
- Statistique Canada. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-519-x/89-519-x2006001-fra.htm>
- Statistique Canada. (2009-2010). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : composante annuelle*. Repéré à http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/3226_D7_T9_V8-fra.htm

Annexe A : Définition d'HLM et d'OBNL d'habitation

HLM et OBNL d'habitation

Le logement social et communautaire inclut, entre autres, les habitations à loyer modique (HLM) et logements gérés par un organisme à but non lucratif (OBNL). Le programme Habitations à loyer modique (HLM) s'adresse à des ménages à faible revenu, sélectionnés en fonction de leur condition socioéconomique. Il leur permet de payer un loyer correspondant à 25 % de leur revenu.

Consulté sur l'internet le 17 novembre 2015 : www4.gouv.qc.ca/.../Pages/programme-habitations-loyer-modique.aspx

Les OBNL d'habitation sont formés de logements qui appartiennent à un organisme privé ne visant pas le profit. La taille des projets OBNL peut varier de quelques unités à un bâtiment complet. Le but d'un OBNL est d'offrir du logement abordable et sécuritaire à des personnes à faible revenu.

Consulté sur internet : aquilapointe.com/2013/07/03/hlm-obnl-et-shdm-du-pareil-au-meme-17-novembre-2015

Annexe B : Liste des immeubles

(au moment de la cueillette des données)

- HLM Le Châtelain (30 logements)
- HLM Le Riverain (51 logements)
- Édifice Antoine-Charbonneau (30 logements)
- HLM Les Cascades (70 logements)
- HLM de Saint-Joseph-du-Lac I et II (24 logements)
- HLM de Pointe-Calumet (15 logements)
- HLM de Sainte-Marthe-sur-le-Lac (27 logements)
- HLM d'Oka (15 logements)
- Manoir Grand-Moulin (phase 1 : 37 logements)
- Manoir Grand-Moulin (phase 2 : 62 logements)
- Domaine Chénier (189 logements)
- La Placidienne (20 logements)

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides**

Québec

