

***Projet de partenariat entre  
un Centre récréatif et sportif public et un CLSC***

***Pour une approche de « Mieux-être »  
Concept renouvelé de services préventifs communautaires  
en milieu urbain***

***24 novembre 2003***

***Comité approche « Mieux-être »  
Département de Kinésiologie- U de Mtl.  
École de design industriel – U de Mtl.  
Direction de la Santé Publique – RRSSSMC  
CLSC NDG/MTL-0***

## Table des matières

	<u>PAGES</u>
<b>Sommaire Exécutif</b> .....	3
<b>1. Introduction</b> .....	6
<b>2. Approche intégrée de « Mieux-être »</b> .....	7
<i>2.1 La santé, le bien-être et la qualité de vie de tous : au cœur de notre préoccupation</i>	
<i>2.2 Le loisir un droit universel : spécificité du loisir public</i>	
<i>2.3 Une approche intégrée de « Mieux-être » : un concept qui renouvelle les services préventifs dans notre milieu</i>	
<i>2.4 L'amélioration de la santé et du bien-être des personnes doit guider l'action locale</i>	
<b>3. Le profil social et de santé de la population a changé</b> .....	11
<i>3.1 Problématiques sociales</i>	
<i>3.2 Problématiques santé</i>	
<i>3.3 Les inégalités sociales et l'impact de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation sur la santé</i>	
<b>4. Profil démographique et socio-sanitaire particulier au secteur <i>Benny Farm</i> et ses alentours, et à Notre-Dame-de-Grâce</b> .....	12
<b>5. L'activité physique : avenue de développement social dans la communauté locale...</b>	14
<b>6. Programmation élaborée et réalisée en partenariat entre un <i>Centre sportif et récréatif</i> et le <i>CLSC</i> local : accessible et adapté à tous les résidents de la communauté</b> .....	15
<i>6.1 Rôles et responsabilités de ces partenaires</i>	
<i>6.2 La prévention dans un continuum de services locaux</i>	
<i>6.3 Objectifs d'une programmation intersectorielle pour des clientèles particulières : le défi de l'adaptation des sports et loisirs publics aux attentes et caractéristiques particulières aux résidents de Notre-Dame-de-Grâce</i>	
<i>6.4 Interventions qui permettent de prévenir ou de réduire les problématiques sociales</i>	
<i>6.5 La pratique d'activité physique et les saines habitudes alimentaires comme interventions préventives</i>	
<i>6.6 Une programmation pour tous qui contribue à réduire les inégalités sociales</i>	
<i>6.7 Type de personnel faisant partie de l'équipe interdisciplinaire</i>	
<i>6.8 Expérience locale du CLSC NDG/Mtl-O</i>	
<b>7. La conception des installations dans le cadre d'une démarche d'approche intégrée de « Mieux-être »</b> .....	20
<i>7.1 Un regroupement physique au cœur de sa collectivité</i>	
<i>7.2 Des besoins polyvalents : implications pour le design et l'aménagement physique intérieur</i>	
<b>8. Recherche, évaluation et formation</b> .....	22
<b>9. Financement des activités</b> .....	22
<b>10. Conclusion</b> .....	22
<b>11. Annexes</b>	
A. <i>Plan d'ensemble de redéveloppement de Benny Farm</i>	24
B. <i>La sédentarité et les maladies chroniques : l'inactivité physique et l'impact sur la sédentarité</i>	25
C. <i>Financement : des économies pour le système de santé</i>	27
D. <i>La pratique d'activité physique et les saines habitudes alimentaires comme interventions préventives aux maladies chroniques</i>	29
E. <i>Stratégies prometteuses pour promouvoir l'activité physique</i>	33

## ***Sommaire Exécutif***

### ***Une opportunité rare pour notre communauté ...***

Un nouveau *Centre récréatif et sportif public*, pour lequel la *Ville de Montréal* a récemment annoncé l'acquisition d'un terrain, et le CLSC NDG/Mtl-O seront voisins à *Benny Farm*. Cette simple proximité géographique offre un énorme potentiel de synergie dont la communauté ne pourrait que bénéficier :

- ✓ ces deux organisations partagent une mission de prévention qui accorde une attention particulière à l'accessibilité universelle de leurs services : physique (installations adaptées), géographique, culturelle et économique).
- ✓ Une programmation intégrée pourrait contribuer activement au développement social du quartier et à améliorer la santé de ses résidents, en facilitant leur participation aux activités que ces deux organismes offriront, quelque soit le statut socio-économique et l'état de santé des individus.

La conception d'installations et de programmation d'activités de loisirs et socio-sanitaires peut rendre accessible aux citoyens, particulièrement ceux vivant dans des conditions plus difficiles, un environnement et des infrastructures facilitant l'adoption et le maintien de bonnes habitudes de vie. L'accès aux services existants est difficile pour certains individus ou familles à cause de barrières personnelles, culturelles ou financières. De plus, ces services ne sont pas adaptés à des personnes souffrant déjà d'une maladie chronique, comme le diabète, ou ayant des limitations fonctionnelles, telle la sclérose en plaques, et qui désirent prévenir l'apparition des complications qui y sont associées. Différents contextes sociaux contribuent aussi à la détérioration de la santé et du bien-être: l'abus et la négligence envers les enfants, l'isolement des personnes âgées, les difficultés liées à l'intégration des nouveaux arrivants ou encore à la réinsertion sociale des personnes présentant des troubles de santé mentales... L'approche intégrée de « *Mieux-être* » propose que **tous puissent bénéficier d'installations et d'activités adaptées à leurs besoins.**

### ***Population habitant Benny Farm et ses alentours...***

Environ 21 000 personnes habitent ce secteur de Notre-Dame-de-Grâce. En y ajoutant ceux qui occuperont les quelques 200 logements sociaux prochainement construits à Benny Farm, cette population présente des caractéristiques semblables à celles de certains des quartiers les moins favorisés de Montréal, tels les des *zones d'interventions prioritaires (Montréal-Nord, St-Pierre- dans l'arrondissement Lachine, Côte St-Paul- dans l'arrondissement Sud-Ouest et Saint-Marie- dans l'arrondissement Ville-Marie)* et d'autres, par exemple:

- ✓ *les revenus moyens des particuliers et des ménages de cette partie de NDG sont inférieurs d'environ 10 % à ceux d'un quartier reconnu peu favorisé comme St-Henri (pour une population à peu près équivalente en nombre);*
- ✓ *du point de vue socio-économique, **43%** des ménages consacrent plus de 30% de leur revenu au logement, ce qui est **plus élevé que dans trois des quatre zones d'interventions prioritaires (34%, 37%, 40% et 46%);***
- ✓ *l'isolement social, estimé par le nombre de ménages constitués par une seule personne, est également prédominant à Benny Farm (**46%**). Il est **plus élevé que dans trois des quatre zones d'interventions prioritaires (36%, 37% et 40%).** En particulier, **près de 50%** des personnes âgées vivent seules, alors que dans les zones d'interventions prioritaires le taux s'élève en moyenne à 40%;*
- ✓ *le taux de chômage chez les 15-24 ans s'élève à 20%, ce qui **est plus élevé que dans chacune** des zones d'interventions prioritaires (entre 9 et 16%).*

### **Le profil de santé de la population a changé...**

- ✓ *Diabète, maladies cardio-vasculaires, cancer et maladies pulmonaires obstructives chroniques comptent parmi les 10 principales causes de décès et **peuvent être prévenues** par de meilleures habitudes de vie (activité physique, alimentation). Cependant, les tendances vont dans le sens opposé aux attentes, comme en témoignent la sédentarité, l'excès de poids et le tabagisme...*
- ✓ *Environ **6 600** personnes sont diabétiques à Notre-Dame-de-Grâce. Si les tendances actuelles se poursuivent, au Canada en 2010, le nombre de personnes avec un diabète de type 2 sera plus élevé de 50%.*
- ✓ *Les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès au Canada et l'obésité est le facteur de risque le plus important prédisposant à ces maladies (environ **8 500** personnes obèses à Notre-Dame-de-Grâce).*
- ✓ *Les **inégalités sociales sont reflétées dans les habitudes de vie**, par exemple, la sédentarité est plus élevée chez les personnes à scolarité ou à revenu moins élevé, les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'incapacités physique ou mentale et chez les personnes souffrant de problèmes affectifs...*

### **Une opportunité rare à Notre-Dame-de-Grâce...mais aussi pour Montréal**

La Ville de Montréal reconnaît que le sport et le loisir, sous toutes leurs formes, contribuent à la santé et à une vie équilibrée des personnes par l'activité physique et sociale, la prévention et l'éducation. Chaque arrondissement sera le maître d'œuvre des loisirs de proximité et par le loisir public, il contribuera à l'intégration sociale des plus démunis.

La responsabilité des autorités de santé est de s'adapter et de s'équiper pour combattre les maladies et conditions qui affectent la santé des populations par des interventions plus efficaces. Ainsi, le CLSC vise à promouvoir le bien-être et la santé, à prévenir la maladie et à favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel. Il lutte contre les problèmes socio-sanitaires les plus graves de la population et intervient en premier lieu auprès de la population la plus socialement et économiquement défavorisée de son territoire.

### **L'activité physique : avenue de développement social dans la communauté locale**

Les interventions de soutien social dans la communauté (par ex, des aménagements qui soutiennent la pratique de l'activité physique) sont efficaces pour aider les individus à devenir plus actifs physiquement. En fournissant un espace qui permet de pratiquer ces activités de manière sécuritaire, les municipalités encouragent les personnes, qui aiment ces activités et qui savent comment les pratiquer, à s'y adonner et celles-ci à leur tour donnent un exemple à suivre à d'autres personnes qui n'en ont pas encore fait l'essai.

La réalisation d'un partenariat Centre récréatif et sportif-CLSC ajouterait aux installations sportives conventionnelles déjà présentes à Notre-Dame-de-Grâce, des infrastructures conçues et organisées pour s'adapter aux besoins de tous ceux qui n'y ont pas accès actuellement. Le manque d'accessibilité ou d'adaptabilité est relevé, en particulier pour ceux qui présentement n'ont pas accès aux installations usuelles, soit parce que les activités proposées sont non-adaptées, l'accessibilité à l'édifice et à ses équipements représente un obstacle trop grand ou encore les frais de participation sont trop élevés.

Une programmation réalisée en partenariat contribuerait à :

- ✓ *Assurer l'équité sociale en répondant aux besoins de base de tous et en adoptant des approches sélectives pour les clientèles vulnérables*
- ✓ *Au développement social de la communauté*
- ✓ *Agir sur les déterminants de la santé*
- ✓ *Prévenir et contrôler les maladies chroniques*

***Programmation élaborée et réalisée en partenariat entre un Centre sportif et récréatif avec le CLSC local : accessible et adaptée à tous les résidents locaux***

Pour mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être des membres de la communauté qu'ils desservent, il apparaît nécessaire d'**intégrer certains éléments de la programmation** de ces deux types d'organismes (*CLSC- Centre récréatif et sportif municipal*) en mettant en commun les ressources requises (professionnelles, équipement...) pour atteindre ces objectifs. Les rôles respectifs s'adapteront en fonction des profils de clientèles. Les interventions devront donc être modulées selon les besoins de divers groupes de la population en s'appuyant sur l'expertise propre à chacun des deux organismes:

- ✓ ***Services universels de base pour la population générale ;***
- ✓ ***Services sélectifs plus réguliers pour la population à risque ou vulnérable ;***
- ✓ ***Services intenses et continus pour certaines personnes présentant des problèmes de santé chroniques.***

« Les programmes d'activités de la Ville de Montréal sont axés sur la détente, la santé (prévention, restauration) et la qualité de vie. Cette offre de services est accessible et adaptée à tous les goûts et tous les âges ». <sup>1</sup> Le *Centre récréatif et sportif* dispensera les services de base usuels à la population générale et le CLSC jouera davantage un rôle de soutien et de conseils favorisant l'amélioration et le maintien de la santé.

Pour faciliter la réussite de cette offre de services auprès des deux derniers profils de clientèle, le CLSC (nutritionnistes, infirmières, médecins de famille...) s'impliquera par des interventions socio-sanitaires. Ces clientèles requérant des services plus intenses, la coordination et la concertation cliniques nécessaires à la réalisation de ces interventions deviendront plus importantes. On fera alors appel davantage à l'expertise du CLSC pour réaliser ce volet socio-sanitaire de la programmation. Spécifions ici que par concertation clinique on entend, le conseil et le soutien entre les professionnels (discussions de cas, révision de Plans de services, etc.) permettant d'assurer le monitoring de la qualité des services aux clients, qu'il s'agisse d'interventions individuelles ou de groupe.

Des interventions préventives efficaces miseront sur le changement des habitudes de vie : la pratique d'activité physique est aujourd'hui reconnue tant par les scientifiques que par les diverses instances gouvernementales comme un moyen de prévention et de traitement de plusieurs des affections chroniques retrouvées dans les sociétés occidentales.

Des partenaires tels, la Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, le Département de kinésiologie et l'École de Design Industriel de l'Université de Montréal sont déjà impliqués et souhaitent contribuer par leur expertise à la réussite de ce projet.

***Aller plus loin dans les efforts présentement déployés pour améliorer et maintenir la santé et le bien-être de notre communauté : un modèle dont pourront s'inspirer les autres...***

Avec la relocalisation du CLSC NDG/Mtl-O sur le site, et le développement des infrastructures municipales sportives et récréatives le *Plan de redéveloppement de Benny Farm* offre la possibilité d'innover dans le domaine récréatif et sportif, et d'équiper la communauté d'une infrastructure qui pourra jouer un rôle mieux adapté aux véritables besoins de la communauté au cours des prochaines années. Le modèle de partenariat proposé jouera un rôle intégrateur important dans la communauté, contribuant à son développement social par la réduction des inégalités sociales à Notre-Dame-de-Grâce. Suite à l'évaluation des résultats, ce modèle pourrait être transférable dans d'autres secteurs similaires à Montréal.

---

<sup>1</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p 11*

## **1. Introduction**

Depuis plus de 10 ans, divers groupes d'intérêts locaux ont multiplié les démarches et représentations pour influencer le réaménagement de *Benny Farm*, un terrain de 13 acres situé à Notre-Dame-de-Grâce. Les 312 unités de logements que les vétérans habitaient encore n'étaient pas adaptées pour des personnes en perte d'autonomie : pour maximiser leur potentiel d'indépendance, le *CLSC NDG/Mtl-O* a participé aux travaux de conception de nouvelles unités d'habitation adaptées- universellement accessibles- leur étant destinées, qu'a réalisé la *Société Centrale d'hypothèque et de logement*. La relocalisation de ces vétérans sur *Benny Farm* a été complétée en 2001. À l'automne 2002, un comité de travail, mis sur pied par le promoteur, la *Société Immobilière du Canada*, est finalement parvenu à un consensus pour le réaménagement de l'ensemble du site.

En septembre dernier, le *Plan d'ensemble* pour le réaménagement de Benny Farm a été soumis à la *Ville de Montréal* pour l'adoption d'un règlement de zonage. Le *CLSC* appuie ce *Plan d'ensemble* qui contribue à répondre à la demande de la population du quartier en matière de logements et aussi en termes d'équipements et de services par la relocalisation du *CLSC NDG/Mtl-O* et la construction d'un *Centre récréatif et sportif*.

Le réaménagement de *Benny Farm* avec approximativement 535 habitations, dont 200 unités à vocation sociale abordables, ainsi que les 236 nouvellement construites pour les vétérans, créera un nouveau secteur de Notre-Dame-de-Grâce requérant un accès à des installations récréatives et sportives et à des services socio-sanitaires adaptés aux réalités des gens qui y habiteront. Un certain nombre de ces nouveaux appartements sont destinés à des populations vulnérables (jeunes mères monoparentales, personnes handicapées, âgées...). De plus, le secteur de recensement composé de *Benny Farm* et des rues avoisinantes concentrera plus de 50% des unités à vocation sociale des 17 secteurs de recensement de Notre-Dame-de-Grâce.

Le 23 septembre 2003, la *Ville de Montréal* a annoncé qu'elle entreprendra prochainement les démarches permettant l'acquisition d'un terrain pour la construction d'un *Centre récréatif et sportif*. En conséquence, le *CLSC NDG/Mtl-O* et un tout nouveau *Centre récréatif et sportif* financé par la *Ville de Montréal* deviendraient voisins.<sup>2</sup>,

Cette simple proximité géographique offre un énorme potentiel de synergie dont la communauté ne pourra que bénéficier. Elle rend possible la réalisation d'un projet, qui réalisé en partenariat, permettra de dépasser les objectifs habituellement poursuivis en silos par chacun de ces organismes grâce à la mise en commun de leurs forces. Étant donné que les deux organisations partagent une mission de prévention, leur programmation respective pourra contribuer activement à améliorer la santé et le bien-être des résidents du quartier et faciliter la participation aux activités qu'ils offriront, quelque soit le statut socio-économique et l'état de santé des individus.

Les plans d'aménagement pour le *Centre récréatif et sportif* et le *CLSC* se préciseront au cours des prochains mois. Quels seront la vision et le rôle de ce *Centre récréatif et sportif*? Comment s'inscriront-ils dans la future *Politique Montréalaise du Sport et du Loisir*? Il faut dès maintenant concevoir des espaces sportifs et récréatifs ainsi que des espaces socio-sanitaires sur le site de *Benny Farm* qui soient **accessibles à tous**.

La Ville de Montréal a toujours reconnu que le sport et le loisir contribuent à la santé et à une vie équilibrée des personnes par l'activité physique et sociale, par la prévention et l'éducation. D'ailleurs, elle

---

<sup>2</sup> Annexe A - Plan d'ensemble de redéveloppement de Benny Farm

contribue au mieux-être de ses citoyens par la mise en œuvre de moyens importants (programmation, infrastructures, support financier) pour offrir des services en ce sens. La Ville, par son service des sports et des loisirs, soutient encore actuellement avec son *Avant-projet d'une Politique Montréalaise du sport et du loisir* cette réflexion et le confirme avec les moyens qui y sont évoqués.

La Ville « privilégie une action en réseau avec ses partenaires [qui] se fonde sur la reconnaissance et l'utilisation des compétences propres à chacun [d'eux], par ailleurs autonomes. De plus, elle accorde une attention particulière à la concertation avec..., les institutions du réseau de la santé et des services sociaux... »<sup>3</sup> et « privilégie une approche basée sur la réponse intégrée aux besoins des personnes et sur la continuité des services plutôt que sur le fonctionnement en parallèle »<sup>4</sup>. La prévention de problèmes de santé et sociaux fait partie de la mission de la Direction de la santé publique : son directeur a la responsabilité d'identifier les situations où une action intersectorielle s'impose pour prévenir maladies et problèmes sociaux ayant un impact sur la santé de la population.<sup>5</sup> Le CLSC a entre autre responsabilité, celle d'établir un *Plan d'action local en santé publique*<sup>6</sup> avec les organismes du territoire.

La complémentarité nécessaire du nouveau *Centre récréatif et sportif à Benny Farm* par rapport aux autres activités récréatives locales nécessite que les décideurs consultent la communauté, plus particulièrement les représentants des groupes clientèles et les organismes locaux s'impliquant dans le domaine récréatif. Selon l'*Avant-projet de la Politique Montréalaise du sport et du loisir*, « la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de l'offre de service en loisir reposent sur la participation des collectivités et des personnes ».<sup>7</sup> Ce processus de consultation devrait contribuer à la consolidation des liens entre les différents acteurs locaux dispensant des services préventifs communautaires pour améliorer ou maintenir la santé et le bien-être des résidents de Notre-Dame-de-Grâce.

En rapport avec leurs mandats respectifs, un comité de travail, formé de professionnels de la *Direction de la santé publique Montréal-centre*, du *CLSC NDG/Mtl-O* et de l'*Université de Montréal*<sup>8</sup>, désire contribuer à la réflexion qui s'engage autour de la vision et du rôle de ce *Centre récréatif et sportif* et du partenariat possible avec son voisin, *le CLSC*, en présentant ce concept de « *Mieux-être* » à la communauté locale et aux décideurs pour discussion, réflexion et bonification. Ce modèle n'existe pas ailleurs à Montréal...

## **2. Approche intégrée de « Mieux-être »**

### **2.1 La santé, le bien-être et la qualité de vie pour tous : au cœur de notre préoccupation**

Atteindre un niveau de santé et de bien-être optimal pour tous ses citoyens doit être l'une des premières préoccupations d'une société moderne et aisée comme la nôtre. Maints experts, comités de travail et commissions sur la santé l'ont répété : pour y arriver, la réduction des écarts entre riches et pauvres et la recherche de l'équité sociale doivent être au cœur des actions posées par la collectivité (*Pour un Québec en santé, Décider et Agir*, Conseil de la santé et du Bien-être, 2002).

Pour réaliser ces objectifs, la société québécoise possède divers atouts, dont son système de santé universel qui dispense principalement des services de type « curatif ». Cependant, il a été démontré que les investissements dans le système de soins, au-delà d'un certain seuil (déjà atteint dans les pays occidentaux), n'apportent qu'une contribution minimale à l'amélioration de l'état de santé global de la population.

---

<sup>3</sup> *ibid*, p22

<sup>4</sup> *ibid*, p21

<sup>5</sup> *La prévention en action : Plan d'action montréalais en santé publique 2003-2006*, Direction de santé publique RRSS de Montréal-Centre, 2003, p 11

<sup>6</sup> *ibid*, p 11

<sup>7</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal*, 7 octobre 2003, p20

<sup>8</sup> Louise Béliveau- Dept. de kinésiologie et Tiiu Poldma- École de design industriel, Université de Montréal , Brigitte Côté- Direction de la santé publique- RRSS Mtl-centre, Terry Kaufman, Chantal Langlois et Jim Olwell-CLSC NDG/Mtl-O et autres

Plusieurs autres facteurs influencent l'état de santé de notre société. Parmi les plus connus, les habitudes de vie (alimentation, activité physique, tabagisme...) et les comportements individuels (comportements sexuels, conduite automobile...), auxquels s'ajoutent l'environnement et les milieux de vie (dont la famille et les conditions socio-économiques). Tous sont de puissants déterminants de l'état de santé sur lesquels la société peut agir, si elle en fait le choix.

Plus particulièrement du côté des habitudes de vie, les effets néfastes de la sédentarité sur la santé ont été suffisamment démontrés pour que tous en soient convaincus : le mode de vie sédentaire favorise entre autres le développement de l'obésité, des maladies cardiaques et du diabète. Il est omniprésent dans notre société, à tous les âges, en particulier pour les citoyens ayant un statut socio-économique moins élevé. Associé à une mauvaise alimentation, ces effets se multiplient. Se situant dans une perspective de prévention de tous ces problèmes de santé, une approche intégrée de « *Mieux-être* » pourra être mise en application par un CLSC et un *Centre récréatif et sportif*, de par la proximité de leurs installations et une vision partagée.

La santé et le bien-être de la population requièrent plus que des médecins, des hôpitaux et des prescriptions (Romanow, 2003). Au cours des dernières années, plusieurs secteurs de la société civile ont développé une vision nouvelle de leur domaine d'activité intégrant un principe commun : **améliorer la qualité de vie**. Que ce soit par le « *Développement durable* », les « *Villes et villages en santé* » ou le « *New urbanism* », les environnementalistes, les intervenants municipaux et de santé ou les architectes ont tous une même volonté : améliorer la santé et le bien-être des concitoyens.<sup>9</sup>

Ainsi, la Ville de Montréal « reconnaît l'apport du loisir au développement et au maintien d'une ville caractérisée par la qualité de vie des personnes, des collectivités et un meilleur environnement... », mais aussi que « les défis qui confrontent le sport et le loisir montréalais sont nombreux : [ceux-ci] se présentent sur fond de changement dans l'organisation du temps libre des personnes, de mutations démographiques et sociologiques, de disparités territoriales et économiques [affectant] une large proportion de la population montréalaise. Ainsi, les besoins de conciliation famille/travail, la pauvreté de plusieurs personnes, la disparité des ressources selon les territoires, l'histoire et la culture diversifiées des communautés, l'état de santé et de sédentarité de plusieurs Montréalais et Montréalaises, le vieillissement accéléré de la population et la mosaïque ethnique montréalaise interpellent l'offre publique de service en sport et loisir comme outil de développement de la qualité de vie. »<sup>10</sup>

Pour relever ces défis, certains obstacles importants à la participation de tous les citoyens aux sports et loisirs, particulièrement le manque d'adaptabilité des programmes, d'accessibilité physique aux installations usuelles ou des frais de participation trop élevés doivent être surmontés.

## **2.2 Le loisir, un droit universel : spécificité du loisir public**

« L'article 24 de la Charte universelle des Droits de l'Homme constitue, depuis 1948, la référence majeure et première d'un énoncé contemporain d'une politique du loisir. Il établit hors de tout doute et d'une façon plus que morale le droit de bien vivre ou de mener une existence de la meilleure qualité possible, compte tenu des contraintes et limites inhérentes à la vie des individus et des collectivités. Il vise ce que l'on pourrait appeler une politique du loisir minimum garanti et ce, en lien étroit avec les autres droits fondamentaux de la Charte ». <sup>11</sup>

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande que parmi les stratégies nationales mises de l'avant pour lutter contre les maladies chroniques reliées à l'alimentation et à la sédentarité, l'une d'entre

---

<sup>9</sup> *Active Living Through Community Design*, Chapel Hill, 2001.

<sup>10</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal*, 7 octobre 2003, p 4

<sup>11</sup> *ibid*, p8



elles adresse spécifiquement l'équité et la réduction des écarts en ciblant les besoins des populations et communautés les plus pauvres. Cela présuppose un rôle important à jouer pour les gouvernements.<sup>12</sup>

Selon le Conseil canadien du développement social, l'accès à des ressources communautaires est un facteur important pour les enfants pauvres : moins du quart d'entre eux [participent] à des activités récréatives, comparé à plus de la moitié des enfants qui n'[ont] jamais été pauvres<sup>13</sup>. Les enfants issus de familles à revenu modique [sont] les moins susceptibles de participer à des activités sportives, artistiques et communautaires. Cependant sur le plan communautaire, la présence de bons parcs, terrains et aires de jeu dans le quartier [est] fortement associée à des taux accrus de participation à des sports supervisés et, dans une moindre mesure, à des sports non supervisés et aux arts<sup>14</sup>.

Le principe directeur intitulé *Centration sur les personnes* de l'*Avant-projet d'une Politique Montréalaise de sport et du loisir*, « suppose que tous les citoyens soient servis quelle que soit leur situation. Au nom de la justice sociale, une attention particulière sera portée à ceux qui ont plus de peine à avoir accès aux services de loisir pour des raisons physiques, intellectuelles, économiques, sociales et familiales »<sup>15</sup>. De plus, « le secteur public vise à permettre au sport et au loisir sous toutes ses formes de développer la santé, la qualité de vie, le sentiment d'appartenance, la socialisation, la participation sociale et publique des citoyens et à faciliter l'éducation et l'intégration sociale des plus démunis. Il est une valeur ajoutée au loisir commercial et au loisir privé, et se déploie selon les valeurs des sociétés démocratiques. »<sup>16</sup>

Être actif dans la prise de décisions liées à ses habitudes de vie et à la prévention de problèmes de santé en tant que citoyen « à part égale », est un contexte favorable au développement de la capacité de prise en charge et de l'estime de soi. C'est dans cet esprit qu'une approche intégrée de « *Mieux-être* » est proposée à notre communauté afin de rendre accessible aux citoyens, particulièrement ceux vivant dans des conditions plus difficiles, un environnement et des infrastructures facilitant l'adoption et le maintien de bonnes habitudes de vie.

Ce concept s'applique, qu'il s'agisse d'individus ou de familles pour qui l'accès aux services existants est difficile, à cause de barrières personnelles, culturelles ou financières, ou de personnes souffrant déjà d'une maladie chronique, comme le diabète, ou ayant des limitations fonctionnelles, telle la sclérose en plaques, et qui désirent prévenir l'apparition des complications qui y sont associées. Pour ces dernières en particulier, les possibilités d'exercer la responsabilité de sa propre santé par exemple, par la pratique de l'activité physique dans sa communauté est une option trop souvent inexistante. De ce fait, l'approche intégrée de « *Mieux-être* » propose que **tous puissent bénéficier d'installations et d'activités adaptées à leurs besoins.**

### **2.3 Une approche intégrée de « *Mieux-être* » : un concept qui renouvelle les services préventifs dans notre milieu**

L'approche vise à promouvoir la santé et le bien-être de tous les résidents par des activités socio-sanitaires ainsi que des activités récréatives et sportives offertes en partenariat par le CLSC et le Centre récréatif et sportif. Les missions de ces deux organismes accordent déjà une attention particulière à l'accessibilité universelle de leurs services : physique (installations adaptées), géographique, culturelle et économique. Cette approche intégrée de services et de ressources vise à améliorer les interventions destinées à soutenir l'atteinte d'un niveau de santé et de bien-être optimal pour tous.

---

<sup>12</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 135

<sup>13</sup> *Le progrès des enfants*, Conseil canadien du développement social, Laidlaw Foundation, Santé Canada 2002, p 28

<sup>14</sup> Offord, J., E.L. Lipman, E.K. Duku (1998). *Les sports, les arts et les programmes communautaires : taux et corrélats de participation*. Canada, Développement des ressources humaines.

<sup>15</sup> *ibid*, p20

<sup>16</sup> *ibid*, p9

Elle vise à améliorer non seulement la durée de vie mais aussi, et peut-être de façon plus importante, sa qualité. L'approche « *Mieux-être* » favorise le développement et le maintien de la santé émotionnelle, physique, mentale et sociale des clientèles cibles. Elle est centrée sur les habitudes de vie, dans le cadre de programmes de prévention primaire (prévenir maladies ou problèmes sociaux) et secondaire (une fois que maladies ou problèmes sont là, en prévenir les complications), et sur l'accessibilité. C'est pourquoi, elle doit être développée en fonction des besoins réels et des réalités des clientèles.

#### **2.4 L'amélioration de la santé et du bien-être des personnes doit guider l'action locale**

Tel que décrit dans *l'Avant-projet d'une Politique montréalaise du sport et du loisir*, « l'offre de service publique en sport et en loisir se fonde sur l'identification et la connaissance exacte des besoins des citoyens »<sup>17</sup>. Ainsi pour être efficace, la programmation de ce Centre devra être planifiée en tenant compte du profil socio-sanitaire et démographique des citoyens du territoire à desservir. L'action locale doit miser sur les diverses ressources de ce territoire et sur le potentiel de sa communauté afin de mieux :

- ❖ *Offrir des activités de sports et loisirs à tous les résidents de Notre-Dame-de-Grâce quelque soit leur niveau socio-économique ou leur incapacité, en répondant aux besoins de base de tous.*  
Le *Centre récréatif et sportif* devrait offrir à la population locale les activités sportives et récréatives habituelles, ainsi que des activités adaptées aux besoins d'une clientèle à risque qui n'utilise pas normalement ce type d'infrastructures publiques ou privées ailleurs. Il permettrait à des individus qui n'ont jamais, ou pas depuis très longtemps fait d'activité physique d'approprier et d'intégrer cette pratique pour se sentir suffisamment à l'aise, et poursuivre de façon autonome dans des programmes d'activités plus traditionnelles par la suite.
- ❖ *Assurer l'équité sociale en adoptant des approches sélectives pour les clientèles vulnérables ou marginalisées à cause d'une incapacité*  
Les activités doivent être universellement accessibles. Pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles, une approche intégrée de « mieux-être » et une adaptation des services de loisirs permettront de maximiser l'auto prise en charge et la responsabilisation de la communauté environnante.
- ❖ *Contribuer au développement social de la communauté*  
Encourager la participation active des citoyens par des activités individuelles ou de groupe organisées par des intervenants et des partenaires de la communauté ainsi que par des activités d'entraide menées par la communauté elle-même. Cette approche intégrée de « *Mieux-être* » favorise un engagement vis-à-vis la collectivité en assurant la promotion et la participation au développement local. Elle contribue de la sorte à créer un environnement sain.
- ❖ *Agir sur les déterminants de la santé*  
Développer une « culture locale » qui valorise l'adoption de saines habitudes de vie à tous les âges: la pierre angulaire d'une intervention pour mettre en échec ou retarder les maladies chroniques réside dans la promotion de saines habitudes de vie, telles la pratique régulière de l'activité physique et une saine alimentation, dans les milieux de vie même par « la création d'environnements et de contextes d'activités sécuritaires et accessibles ».<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p19*

<sup>18</sup> *Programme National de Santé Publique 2003-2012, Direction générale de la santé publique du ministère de la santé et des services sociaux, Québec 2003*

❖ *Prévenir et contrôler les maladies chroniques / Maintenir les capacités fonctionnelles*

La programmation s'appuie sur les meilleures pratiques actuelles (*Best practice*) en fonction du profil socio-sanitaire de la population de NDG/MTL-0. Elle vise aussi bien l'amélioration que le maintien de la santé et du bien-être des individus.

### **3. Le profil social et de santé de la population a changé**

Si au début du siècle dernier, diarrhée, néphrite, pneumonie et tuberculose étaient courantes, aujourd'hui on parle plutôt de : maladies coronariennes et cérébro-vasculaires, cancer, obésité et troubles nutritionnels, accidents, SIDA, troubles cognitifs du grand âge, adaptation au stress (« coping »), isolement et exclusion social... Ces problèmes sont influencés par les habitudes de vie, les comportements, l'environnement et les milieux de vie, ainsi que par les conditions socio-économiques: ces déterminants de la santé sont primordiaux.

#### **3.1 Problématiques sociales**

Plusieurs personnes à différents stades de leur vie sont confrontés à différentes situations et contextes sociaux qui contribuent à la détérioration de leur santé physique et mentale tels que, l'abus et la violence physique, la négligence, l'isolement social, l'exclusion de la vieillesse, le chômage et la précarité de l'emploi, les conflits interpersonnels à répétitions qui provoquent des situations d'instabilité, les difficultés inhérentes à l'intégration rencontrées par les nouveaux arrivants ou encore l'insertion sociale des personnes présentant des troubles de santé mentales transitoires ou chroniques (troubles de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant, dépression, schizophrénie, etc...).

Dans son portrait de la santé mentale des adultes montréalais, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre révèle que 11% des Montréalais présentaient l'un ou l'autre des troubles mesurés sur la dernière période d'un an : les troubles anxieux sont les plus fréquents (6%), suivis des troubles affectifs (5%), et de ceux liés à l'usage de drogues ou d'alcool (3%). Sur le cours de la vie, 29% des gens seront atteints de l'un ou l'autre de ces troubles, les troubles affectifs étant les plus fréquents. Cette même enquête dévoile aussi qu'un adulte sur 5 présentent des manifestations de souffrance psychique ».<sup>19</sup>

#### **3.2 Problématiques santé**

Les coûts mondiaux actuels et projetés de l'épidémie de maladies chroniques reliées à l'alimentation et à la sédentarité, dépassent tous les autres coûts reliés à la santé. Le fardeau des maladies chroniques (maladies coronariennes, diabète, obésité, cancer) augmente rapidement partout dans le monde : en 2001, elles étaient responsables d'environ 60% des 56.5 millions de décès et d'environ 46% du fardeau des maladies.<sup>20</sup> En 2020, elles pourraient être responsables de 75% des décès.<sup>21 22</sup> Les risques de maladies chroniques se présentent à tous les âges.<sup>23</sup>

À titre d'exemple, le diabète représente un problème de santé publique et individuel majeur à cause de la sévérité des complications qui lui sont associées. Les coûts directs et indirects annuels engendrés par cette « épidémie » seront énormes. L'obésité et l'inactivité physique (qui pourrait à elle seule être

---

<sup>19</sup> Rapport annuel 2001 sur la santé de la population, DSP-RRSSMC, p21

<sup>20</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 4

<sup>21</sup> *ibid*, p 5

<sup>22</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 137

<sup>23</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 31

responsable de 12 à 25% des cas de diabète) sont les principaux déterminants non-génétiques du diabète<sup>24</sup>.

### **3.3 Les inégalités sociales et l'impact de la sédentarité et d'une mauvaise alimentation sur la santé**

La sédentarité et une mauvaise alimentation comptent parmi les principales causes des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculo-cérébraux, de plusieurs types de cancers, du diabète de type 2, de l'hypertension, l'obésité et l'ostéoporose.<sup>25</sup>

La sédentarité et une mauvaise alimentation, comme plusieurs autres habitudes de vie et indicateurs de santé, épousent un gradient en fonction de la défavorisation sociale et matérielle : elles sont plus élevées chez les personnes à scolarité ou à revenu moins élevé, les personnes souffrant de maladies chroniques ou d'incapacités physique ou mentale et chez les personnes souffrant de problèmes affectifs. Les inégalités sociales sont donc reflétées dans les habitudes de vie. Dans les pays développés, un statut socio-économique faible est associé à un risque plus élevé de maladies cardiovasculaires et de diabète<sup>26</sup>. La suralimentation [menant à l'obésité] et la sous-alimentation [par exemple, due à un faible pouvoir d'achat limitant la qualité nutritionnelle de l'alimentation] exercent une influence néfaste sur le développement de maladies, pire lorsque les deux conditions sont présentes en même temps.<sup>27</sup>

## **4. Profil démographique et socio-sanitaire particulier au secteur *Benny Farm* et ses alentours, et à Notre-Dame-de-Grâce**

Le tissu urbain de Notre-Dame-de-Grâce se caractérise par l'hétérogénéité et la diversité de sa population, et par la concentration des populations vulnérables dans certains secteurs du quartier, plus spécialement aux alentours de *Benny Farm*.

De plus, le *Plan de réaménagement de Benny Farm* prévoit la construction d'approximativement 535 nouvelles habitations, préparant l'arrivée d'au moins 1000 nouveaux résidents. Des groupes spécifiques emménageront dans certaines de ces habitations notamment, des jeunes mères monoparentales, des personnes à mobilité réduite et des personnes âgées en perte d'autonomie.

Sur une population de 69 000 résidents habitant le territoire du *CLSC NDG/MTL-0*, près de 21 000 citoyens habitent aux abords de *Benny Farm*.

Les citoyens vivant actuellement autour de *Benny Farm* se distinguent de leurs voisins de Notre-Dame-de-Grâce et de Montréal par leurs caractéristiques socio-démographiques (Statistique Canada, 2001) :

- La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus y est la plus élevée (17%) en comparaison avec l'ensemble de NDG (15%).
- 35% des familles autour de *Benny Farm* sont monoparentales, ce qui est le cas de seulement 20% des familles de Montréal-Ouest par exemple.
- La population y est également plus multiculturelle (40% d'immigrants, dont 11% d'immigration récente) et 3% des personnes ne parlent ni l'anglais ou le français.

---

<sup>24</sup> Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance, N Engl J Med, vol.344, no 18. May 3, 2001

<sup>25</sup> WHO-EB109/14, nov 2001, p2

<sup>26</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 39

<sup>27</sup> Ibid, p 31

- Au niveau du logement, on note que 77% des citoyens y sont locataires (66% dans le reste de NDG). Un logement sur 5 est vétuste (construit avant 1946) et un logement sur 10 nécessite des réparations majeures.
- Le chômage frappe plus durement ces citoyens, dans tous les groupes d'âge, autant les hommes que les femmes. Ainsi, il est deux fois plus élevé dans le secteur de Benny Farm et les secteurs de recensement situés juste au sud et au nord que dans les secteurs des extrémités est et ouest de NDG.
- On observe une croissance de population (augmentation de 5%) dans le secteur autour de *Benny Farm* entre 1996 et 2001, plus importante que dans le reste de NDG (3%).
- C'est également une population beaucoup plus mobile que sur le reste de l'île, 53% ayant déménagé au cours des cinq dernières années.

En comparant la population qui habite aux alentours de Benny Farm avec celles des *zones d'interventions prioritaires* (*Montréal-Nord, St-Pierre- dans l'arrondissement Lachine, Côte St-Paul- dans l'arrondissement Sud-Ouest et Saint-Marie- dans l'arrondissement Ville-Marie*), on observe que :

- Du point de vue socio-économique, **43%** des ménages consacrent plus de 30% de leur revenu au logement, ce qui est **plus élevé que dans trois des quatre zones d'interventions prioritaires** (34%, 37%, 40% et 46%);
- L'isolement social, estimé par le nombre de ménages constitués par une seule personne, est également prédominant à *Benny Farm* (**46%**). Il est **plus élevé que dans trois des quatre zones d'interventions prioritaires** (36%, 37% et 40%). En particulier, **près de 50%** des personnes âgées vivent seules, alors que dans les *zones d'interventions prioritaires* le taux s'élève en moyenne à 40%;
- **38%** des ménages de *Benny Farm* vivent sous le seuil de faible revenu, contre 23%, 31%, 40% et 48% dans les *zones d'interventions prioritaires*;
- Le taux de chômage chez les 15-24 ans s'élève à 20%, ce qui **est plus élevé que dans tous les zones d'interventions prioritaires** (entre 9 et 16%);
- Les alentours de *Benny Farm* comptent plus de 3000 jeunes, autant que dans le secteur *Des Faubourgs* ;

De façon plus globale, on note pour le territoire de Notre-Dame-de-Grâce / Montréal-Ouest, que:

- Plus de 4500 enfants, âgés entre 0 et 5 ans, y vivent;
- Le taux de signalements d'enfants à la protection de la jeunesse au *Centre Jeunesse Batshaw* est un des 5 plus élevés parmi les territoires de *CLSC* à Montréal ;
- 1395 personnes **âgées de 85 ans** et plus habitent le territoire, soit **15% de plus** que la moyenne dans la Communauté Urbaine de Montréal et **53% de plus** que la moyenne du Québec.

Les maladies chroniques affectent aussi la population de Notre-Dame-de-Grâce :

- en se basant sur la prévalence du diabète dans la région de Montréal (Institut national de santé publique, 2003), il y aurait près de 4 000 personnes diabétiques connues à Notre-Dame-de-Grâce. Selon les estimations actuelles, il y aurait aussi environ 2600 diabétiques dans le quartier qui ne sont pas encore au fait de leur état.
- Au Canada, selon les normes internationales, on estime que 35 % des gens de 20 à 64 ans ont un surplus de poids et que 15 % sont obèses, soit respectivement 17 000 et 7000 personnes à NDG.

Le secteur de *Benny Farm* et ses alentours se caractérisent donc par une forte concentration de populations vulnérables sous plusieurs aspects et dans tous les groupes d'âges. Le nombre important de personnes présentant des problèmes sociaux et des difficultés financières demande un rapprochement des ressources socio-sanitaires et récréatives pour aider à maintenir et à améliorer leur qualité de vie.

## **5. L'Activité physique : avenue de développement social dans la communauté locale**

Les études sont formelles : quelque soit son âge, la pratique de l'activité physique est avant tout un loisir et une question de plaisir. D'ailleurs, les enfants ne font pas de l'activité physique, ils jouent! Et la pratique de l'activité physique est une façon pour les parents de s'amuser et de passer plus de temps avec eux. On sait que le regard de ses parents est primordial pour l'enfant : il est fier de montrer qu'il est maintenant capable de nager « la tête sous l'eau » ou de faire une « largeur » de piscine!

Les jeunes quant à eux, jouent au basket-ball, font de la danse, apprennent à nager... Ils ne font pas de l'activité physique « pour leur santé » : c'est plutôt une occasion de se faire des amis, se développer et se dépasser, parfois en étant accompagnés d'un adulte significatif qui les encourage et les soutient. Le *Conseil canadien du développement social*<sup>28</sup> rapporte que la participation des adolescents à des activités est reliée à la socialisation : dans une étude, les jeunes qui n'avaient rarement ou jamais participé à des sports organisés avaient beaucoup moins tendance à voir leurs amis en dehors de l'école, et ils étaient trois fois plus enclins à dire qu'ils avaient des problèmes dans leurs relations avec ceux-ci.

Le plaisir et le soutien social sont aussi des facteurs déterminants dans le maintien à long terme de l'engagement des adultes à ajouter la pratique régulière d'activité physique à leur mode de vie. Selon le *Center for Disease Control and Prevention*, les interventions de soutien social dans la communauté (par exemple, des aménagements qui soutiennent la pratique de l'activité physique) sont efficaces pour aider les individus à devenir plus actifs physiquement. En fournissant un espace qui permet de pratiquer ces activités de façon sécuritaire, les municipalités encouragent les personnes qui aiment ces activités et savent comment les pratiquer à s'y adonner et celles-ci à leur tour, donnent un exemple à suivre à d'autres personnes qui n'en ont pas encore fait l'essai. Une programmation adaptée à leurs besoins spécifiques est souvent essentielle, notamment pour les adultes sédentaires ou présentant un ou plusieurs facteurs de risque.

Notre-Dame-de-Grâce est déjà pourvu d'infrastructures - institutions et organismes offrant services ou activités - qui jouent un rôle important dans le maintien ou l'amélioration des conditions sociales et de santé de sa population. Cependant, les estimations des autorités de santé publique quant à l'évolution du profil de santé de la population, son vieillissement et le portrait socio-sanitaire actuel du quartier nous

---

<sup>28</sup> Ibid, p. 29.

démontrent que des besoins majeurs restent à combler si l'on souhaite agir en prévention. Un besoin particulier ressort en ce qui concerne l'accès à la pratique de l'activité physique pour tous, et plus particulièrement pour les clientèles vulnérables socialement, handicapées ou dont le profil de santé requiert une intervention mieux encadrée et soutenue. Le manque d'accessibilité ou d'adaptabilité est relevé, en particulier pour ceux qui présentement n'ont pas accès aux installations usuelles soit parce que les activités proposées sont non-adaptées, l'accessibilité aux locaux et à ses équipements représente un obstacle trop grand ou les frais de participation sont trop élevés.

La réalisation d'un partenariat Centre récréatif et sportif- CLSC ajoutera des infrastructures conçues et organisées pour s'adapter aux besoins de tous ceux qui n'ont pas accès actuellement aux installations sportives conventionnelles déjà présentes à Notre-Dame-de-Grâce.

## **6. Programmation élaborée et réalisée en partenariat entre un Centre sportif et récréatif et le CLSC local : accessible et adaptée à tous les résidents de la communauté**

### **6.1 Rôles et responsabilités de ces partenaires**

La Ville de Montréal privilégie que chaque arrondissement soit le maître d'œuvre des loisirs de proximité. Elle « reconnaît que le sport et le loisir sous toutes leurs formes contribuent à la santé et à une vie équilibrée des personnes... »<sup>29</sup>. De plus, elle énonce que la mission du loisir public montréalais est « d'offrir une gamme d'expériences de sports et de loisirs qui sont variés, accessibles, sécuritaires, de qualité, répartis équitablement sur le territoire de la Ville et adaptés aux attentes et caractéristiques des Montréalais et Montréalaises. »<sup>30</sup>

Les institutions de la santé (CLSC, RRSSMC-DSP) ont la responsabilité de gérer le plus efficacement possible les transitions du système de santé au niveau local en tenant compte du rôle central que jouent les habitudes de vie, ainsi que des particularités spécifiques à chacun des quartiers. Pour y parvenir, elles favorisent l'intégration de services par une approche intersectorielle.

Ainsi, tel qu'on le retrouve dans son énoncé de mission, « le CLSC vise à promouvoir le bien-être et la santé, à prévenir la maladie et à favoriser le maintien des personnes dans leur milieu naturel. ... Le CLSC intervient en premier lieu auprès de la population la plus socialement et économiquement défavorisée de son territoire. Il lutte contre les problèmes socio-sanitaires les plus graves de la population ».

La Ville de Montréal « entend favoriser la pratique de l'activité physique dans un contexte de lutte à la sédentarité »<sup>31</sup>. En tant que membre du réseau *Villes et villages en santé*<sup>32</sup>, la Ville de Montréal participe à la promotion et à la prévention en matière de santé. Ses arrondissements seront un partenaire actif, avec les groupes communautaires locaux, du *Plan d'action local* en santé publique que chaque CLSC doit planifier et implanter.

Les services de sports et loisirs publics doivent s'organiser afin de mieux répondre aux nouvelles réalités sociales, particulièrement dans une perspective de lutte aux inégalités. De même, la responsabilité des

---

<sup>29</sup> *ibid*, p5

<sup>30</sup> *ibid*, p15

<sup>31</sup> *ibid*, p42

<sup>32</sup> *Villes et villages en santé* : une philosophie selon laquelle la municipalité s'engage, devant ces citoyens et citoyennes, à devenir une municipalité en santé, en agissant à la fois comme animatrice et comme participante au projet. Elle s'engage à manifester, à l'intérieur de ses propres champs de compétence, une préoccupation constante pour la santé et la qualité de vie dans ses prises de décision et dans le choix de ses actions, ainsi qu'à former un comité multisectoriel ayant pour mandat de développer, proposer et réaliser des projets visant à améliorer la santé ou la qualité de vie dans la communauté.

autorités du réseau de la santé et des services sociaux est d'adapter et d'équiper ses établissements et professionnels pour combattre et prévenir les maladies et conditions qui affectent la santé des populations par des interventions plus efficaces.

## **6.2 La prévention dans un continuum de services locaux**

La continuité de ces mandats complémentaires pourrait, et devrait, être mieux articulée. C'est pourquoi nous croyons qu'il est nécessaire d'**intégrer certains éléments de la programmation** de ces deux types d'organismes (*CLSC- Centre récréatif et sportif municipal*) pour mieux répondre aux besoins de santé et de bien-être des membres de la communauté qu'ils desservent, particulièrement en concevant et en rendant accessible le *CLSC* et le *Centre récréatif et sportif* à ceux qui n'y ont pas accès pour diverses raisons, ainsi qu'en mettant en commun les ressources nécessaires (professionnelles, équipement...) pour atteindre ces objectifs.

Dans les deux *Centres*, un éventail de services et d'activités serait offert pour des personnes présentant un problème de santé chronique tels que diabète, maladies cardiovasculaires, maladies pulmonaires obstructives chroniques, etc... Pour l'aspect social, des activités seraient organisées favorisant par exemple les liens affectifs parents-enfants ainsi que des groupes de soutien pour les aidants s'occupant des personnes avec une déficience intellectuelle. Des activités de groupes soutenues par des activités individuelles lorsque nécessaires, pourront être menées par des intervenants, et des activités d'entraide, réalisées par la communauté elle-même. Le *CLSC*, entre autres, pourra soutenir la mise sur pied de ces groupes pour certaines clientèles vulnérables.

## **6.3 Objectifs d'une programmation intersectorielle pour des clientèles particulières : le défi de l'adaptation des sports et loisirs publics aux attentes et caractéristiques particulières aux résidents de Notre-Dame-de-Grâce**

Les objectifs de prévention primaire et secondaire sont orientés vers l'acquisition de saines habitudes de vie (activité physique, nutrition, ...) ainsi que vers le soutien social (santé mentale, abus et négligence, décrochage scolaire, isolement chez les personnes âgées...). Ils privilégient l'empowerment et l'auto-prise en charge par les individus. La programmation s'appuie sur une rétroaction régulière avec les utilisateurs ainsi que sur l'implication des représentants de la communauté dans la mise à jour de la planification et l'évaluation des activités.

Une programmation intégrée permettrait :

- ✓ D'offrir une gamme plus complète de services, dispensés par des équipes interdisciplinaires, afin de mieux répondre aux besoins des différents groupes prioritaires : familles monoparentales, adolescents, adultes avec problèmes de santé mentale, malades chroniques, personnes de tout âge à risque de perte d'autonomie;
- ✓ De diversifier l'offre de services, et éventuellement de substituer des services préventifs à des services curatifs.

Cette programmation tiendrait compte des différents domaines d'action du *Programme de santé publique* : adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et santé physique, santé mentale, environnement et santé.<sup>33</sup> Sa planification pourrait compter sur la collaboration de spécialistes de la Direction de la santé publique, du Centre de réadaptation Constance-Lethbridge (CRCL) et du milieu universitaire (ex : professeurs du Département de kinésiologie, de l'École de Design industriel, du Département de Nutrition de l'Université de Montréal).

---

<sup>33</sup> *Programme National de Santé Publique 2003-2012*, Direction générale de la santé publique du ministère de la santé et des services sociaux, Québec 2003



#### **6.4 La pratique d'activité physique et les saines habitudes alimentaires comme interventions préventives en santé**

La pratique d'activité physique et une saine alimentation sont aujourd'hui reconnues tant par les scientifiques que par les diverses instances gouvernementales, comme un moyen de prévention et de traitement de plusieurs des affections chroniques retrouvées dans les sociétés occidentales. Le style de vie qui semble le plus favoriser une santé optimale, telle qu'elle se reflète par la longévité et le vieillissement en santé, combine l'activité physique, une alimentation variée et des interactions sociales étendues.<sup>34</sup>

Au-delà du traitement médical approprié pour ceux qui sont déjà atteints, l'approche en santé publique par la prévention primaire est considérée la plus efficace pour l'investissement consenti (cost-effective), mais aussi le mode d'action le plus abordable et durable pour faire face à l'épidémie mondiale de maladies chroniques.<sup>35</sup>

Plusieurs organismes nationaux et internationaux ont rapporté que la pratique de l'activité physique est associée à une diminution de la mortalité précoce et de la mortalité cardio-vasculaire, une plus grande capacité musculo-squelettique (à tout âge : plus d'équilibre, de résistance à l'effort...), une plus grande capacité de régulation du métabolisme des glucides (sucres) et des lipides (gras), un niveau de symptômes de dépression et d'anxiété plus bas.

La nutrition est un déterminant modifiable majeur des maladies chroniques. La recherche démontre de plus en plus que les modifications apportées à l'alimentation ont des effets importants sur la santé tout au long de la vie, de la croissance fœtale au vieillissement. Plus important encore, ces ajustements nutritionnels pourraient non seulement influencer la santé actuelle des individus, mais aussi déterminer si un individu développera ou non plus tard, une maladie chronique comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires et le diabète.

#### **6.5 Interventions qui permettent de prévenir ou de réduire les problématiques sociales**

- « [La Ville] de Montréal reconnaît que le sport et le loisir sous toutes leurs formes contribuent :
- ✓ au développement d'un environnement durable par... l'approche du développement social qui caractérise l'offre publique ;
  - ✓ à la qualité de vie des citoyens et de la collectivité... (appartenance, identité collective, capital social, engagement bénévole et participation sociale et culturelle)
  - ✓ à la prévention des problèmes sociaux parce qu'ils combattent l'isolement social, qu'ils sont un lieu privilégié de convivialité entre les diverses communautés culturelles, qu'ils permettent à plusieurs jeunes de retrouver une vision positive de leur place dans la collectivité et qu'ils soutiennent le sentiment d'appartenance... ».<sup>36</sup>

Les individus à risques ou déjà atteints de l'une de ces problématiques sociales, maladies ou conditions sont souvent dépourvus face une pratique autonome d'activité physique, ne sachant trop comment surmonter les barrières qui empêchent une pratique régulière ou choisir quel type d'activité physique serait préférable pour leur condition spécifique. Pour rejoindre et maintenir le contact avec les personnes du quartier confrontées à ces problèmes sociaux, les services de l'arrondissement devraient se concerter avec d'autres organismes de la communauté, incluant le CLSC, afin de développer des stratégies communes de démarchage.

---

<sup>34</sup> Ibid, p 44

<sup>35</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 5

<sup>36</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p5*

Diverses recherches démontrent la valeur de l'activité physique pour améliorer le bien-être des citoyens. Par exemple, « une activité physique modérée pratiquée régulièrement diminue les symptômes de la dépression légère ou moyenne et les névroses d'anxiété en améliorant l'image de soi, les aptitudes sociales, la santé mentale, peut-être aussi les fonctions cognitives et le bien-être général.»<sup>37</sup>

« Plus on participe à des activités de loisirs, moins on est déprimé.»<sup>38</sup> Par exemple, « chez des malades psychiatriques, un programme de course à pied a été au moins aussi efficace que la psychothérapie pour diminuer le nombre de cas de dépression. Le conditionnement physique s'est également révélé un moyen efficace de traiter le stress. »<sup>39</sup> De même, « un programme de conditionnement physique peut contrôler, chez certaines femmes, l'état dépressif de la ménopause. »<sup>40</sup> De plus, « les loisirs permettent de libérer les tensions, de satisfaire le goût du risque, du défi et de la compétition, et sont un exutoire pour la violence. »<sup>41</sup> Une personne vivant une période dépressive aura besoin du soutien de sa communauté pour participer effectivement à une activité sportive et récréative.

L'activité physique est aussi « l'occasion d'avoir des échanges avec des personnes ayant une origine ethnique différente ».<sup>42</sup> « Les toxicomanes participant à un programme complet de loisirs éducatifs manifestaient des connaissances et des capacités accrues pour ce qui est de la conscience de soi, de la sociabilité et des relations sociales. »<sup>43</sup>

Un environnement qui facilite l'acquisition de saines habitudes de vie, permet la poursuite d'objectifs de prévention de problématiques sociales. Par exemple, des activités récréatives et sportives destinées aux familles vulnérables peuvent favoriser les liens affectifs parents-enfants. Certaines activités offertes par le personnel du CLSC pourraient être organisées au *Centre récréatif et sportif*, telles des activités de stimulation précoce. Une halte-garderie sur place permettrait aussi d'offrir une période de répit aux parents qui voudraient faire de l'activité physique pour le plaisir ou pour perdre du poids après un accouchement... Chez les jeunes, la participation à des programmes d'activité physique peut aider au développement social et de l'image de soi ...

## **6.6 Une programmation pour tous qui contribue à réduire les inégalités sociales**

La programmation reposera sur les rôles complémentaires du CLSC et du *Centre récréatif et sportif*. Les rôles respectifs seront différents en fonction des profils de clientèles. Les interventions devront donc être modulées selon les besoins de divers groupes de la population en s'appuyant sur l'expertise propre à chacun des deux organismes.

L'accessibilité du *Centre récréatif et sportif* à tous, de même que l'adaptation des programmes aux clientèles cibles et le soutien des divers professionnels de la santé, favoriseront la participation de la collectivité. Les stratégies de démarchage incluent dans les programmes d'activités physiques doivent donc prévoir un environnement accueillant et inclure des stratégies de mobilisation. La durée et le contenu de ces programmes doivent s'adapter aux diverses clientèles ciblées.

Cette programmation inclurait des :

- a) **Services de base pour la population générale**
- b) **Services sélectifs plus réguliers pour la population à risque ou vulnérable ;**
- c) **Services intenses et continus pour certaines personnes présentant des problèmes chroniques.**

---

<sup>37</sup> *Catalogue Des Avantages Des Parcs Et Des Loisirs*, Fédération des Parcs et des Loisirs de l'Ontario, 1992

<sup>38</sup> *ibid*, p31

<sup>39</sup> *ibid*, p29

<sup>40</sup> *ibid*, p29

<sup>41</sup> *ibid*, p52

<sup>42</sup> *ibid*, p52

<sup>43</sup> *ibid*, p49

« Les programmes d'activités de la Ville de Montréal sont axés sur la détente, la santé (prévention, restauration) et la qualité de vie. Cette offre de services est accessible et adaptée à tous les goûts et tous les âges ». <sup>44</sup> Le *Centre récréatif et sportif* dispensera les services de base usuels. L'arrondissement possède l'expertise de ce premier type d'offre de services et le CLSC jouera davantage un rôle de soutien et de conseils favorisant l'amélioration et le maintien de la santé.

Pour faciliter la réussite de cette offre de services auprès des deux derniers profils de clientèle, le CLSC (nutritionnistes, infirmières, médecins de famille...) s'impliquera par des interventions socio-sanitaires. Ces clientèles requérant des services plus intenses, la coordination et la concertation cliniques nécessaires à la réalisation de ces interventions deviendront plus importantes. On fera alors appel davantage à l'expertise du CLSC pour réaliser ce volet socio-sanitaire de la programmation. Spécifions ici que par concertation clinique on entend, le conseil et le soutien entre les professionnels (discussions de cas, révision de Plans de services, etc.) permettant d'assurer le monitoring de la qualité des services aux clients, qu'il s'agisse d'interventions individuelles ou de groupe.

Pour répondre aux besoins de santé et de bien-être des clientèles du troisième groupe, les programmes d'activités physiques seront conçus spécifiquement dans des plans de services élaborés par des intervenants appartenant au réseau de la santé concerné. Par exemple, suite à une référence médicale ou d'un établissement tel qu'un Centre de réadaptation, le CLSC sera appelé à organiser des services et des activités qui incluent, dans le plan de service, une composante d'activité physique qui sera dispensée par le personnel du Centre récréatif.

Dans le cadre de ce partenariat, le CLSC recherchera la collaboration de médecins généralistes et spécialistes, ainsi que de ses partenaires institutionnels tel que CRCL, afin d'améliorer l'accès et le suivi aux clientèles présentant des besoins particuliers et d'assurer la continuité dans la dispensation des services dans la communauté.

## **6.7 Type de personnel faisant partie de l'équipe interdisciplinaire**

Les programmes d'activité physique de base auront le même profil d'intervenants que dans les autres centres récréatifs et sportifs municipaux. Les programmes d'activité physique spécifiques aux populations à risques ou vulnérables, ou aux personnes présentant des problèmes de santé chroniques, doivent être préparés et coordonnés par un responsable qualifié, possédant au moins un baccalauréat en kinésiologie ou en éducation physique. Les sections nutrition des programmes d'éducation à la santé ou de certains programmes spécifiques comme le contrôle du poids par exemple, doivent être sous la responsabilité de diététistes-nutritionnistes. De même, du personnel infirmier pourrait contribuer à d'autres volets de l'éducation à la santé. Des inhalothérapeutes pourraient contribuer à la réadaptation respiratoire chez les individus avec maladies pulmonaires obstructives chroniques. Des ergothérapeutes et des physiothérapeutes pourraient contribuer aux programmes pour les personnes âgées avec différentes conditions musculosquelettiques. La contribution des médecins pourrait être très variée : conférences, évaluation médicale pré-participation à des programmes d'exercice pour les clientèles à risque, références de clients aux différents programmes du centre, présence dans l'édifice lors du travail avec certains groupes à risque, implication directe dans certains projets... Selon les programmes, les bénévoles et les organismes communautaires joueront un rôle important de soutien.

## **6.8 Expérience locale du CLSC NDG/Mtl-O**

En 1999, une Clinique du diabète, offrant à la fois des services de counselling individuel et un programme éducatif avec des rencontres de groupe, a été mis sur pied par une nutritionniste et une infirmière du CLSC NDG/Mtl-O. Régulièrement, dans l'évaluation complétée à la fin de cette série de rencontres par les

---

<sup>44</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p 11*

participants, ceux-ci exprimaient l'importance de ce contact hebdomadaire pour les aider à modifier et maintenir de nouvelles habitudes alimentaires ainsi que de nouvelles attitudes en lien avec leur diabète. Ils déploraient la perte de ce soutien une fois le programme terminé et appréhendaient d'être laissés seuls avec leurs efforts sans être capable de maintenir la même motivation. Un groupe d'entraide, l'Association des diabétiques de Notre-Dame-de-Grâce, a été créé en 2000 avec l'aide de ces deux intervenantes.

Les ressources professionnelles en activité physique n'étant pas disponibles au CLSC, à l'hiver 2001, les intervenantes de la Clinique ont fait appel à une stagiaire du Département de kinésiologie de l'Université de Montréal afin d'offrir un programme d'activité physique adapté aux besoins de ses clients et des membres de l'Association des diabétiques de Notre-Dame-de-Grâce. Le Centre communautaire Westhaven a collaboré au projet en prêtant un local où la plupart des activités se sont déroulées (les autres activités se tenant au CLSC) et l'Université a prêté des équipements.

Ce projet avait pour objectifs :

- ✓ de sensibiliser les clients de la Clinique ainsi que les membres de l'Association aux bienfaits de la pratique régulière d'une activité physique, particulièrement sur le contrôle de leur glycémie ;
- ✓ de permettre à des personnes qui ne font pas d'activité physique, d'intégrer un groupe où elles se sentiraient à l'aise ;
- ✓ de favoriser l'adoption de l'activité physique comme habitude de vie.

Après avoir procédé à l'évaluation de la condition physique des participants, la stagiaire a élaboré un programme adapté à leurs capacités: 2 fois par semaine (1h/activité), pendant 8 semaines, un groupe de diabétiques s'est rencontré. Le groupe comptait 9 participantes.

Parmi les commentaires recueillis à la fin du programme, les participantes ont particulièrement apprécié :

- ✓ l'encadrement fourni par une spécialiste qui s'adaptait à leurs problèmes de santé ;
- ✓ la diversité des équipements utilisés laquelle contribuait à maintenir leur motivation ;
- ✓ de se sentir à l'aise dans ce cadre, ce qui n'est pas toujours le cas dans les centres de conditionnement physique habituels. En fait, certaines nous ont dit « qu'elles attendaient d'avoir perdu du poids avant d'aller s'y inscrire... » ;
- ✓ le centre communautaire qu'elles préféraient au CLSC : plus fonctionnel, plus d'espace et « ça ressemblait plus à un vrai centre de conditionnement physique » ;

Elles ont exprimé le souhait que ce type de programme soit offert de façon permanente dans la communauté, à un coût qui leur permettrait d'y participer.

## **7. La conception des installations dans le cadre d'une démarche d'approche intégrée de « Mieux-être »**

### **7.1 Un regroupement physique au cœur de sa collectivité**

Dans son *Avant-projet d'une Politique montréalaise du sport et du loisir*, la Ville de Montréal « s'engage à resserrer et renouveler les efforts de concertation avec les partenaires gouvernementaux. De plus, elle s'engage à assurer l'accessibilité universelle des nouveaux espaces et des équipements municipaux et à concevoir les environnements pour qu'ils soient accessibles de la même façon et au plus grand nombre d'utilisateurs». <sup>45</sup> Dans l'arrondissement de Notre-Dame-de-Grâce, le projet de réaménagement de Benny Farm prévoit de regrouper des infrastructures physiques (CLSC et Centre sportif et récréatif) sur un site unique, favorisant ainsi la collaboration et l'intégration de certains de leurs services.

---

<sup>45</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p37*

La démarche de conception devrait être guidée par quelques principes et particularités du milieu : infrastructure résidentielle mixte, convivialité du milieu de vie, vocation centrale pour la vie communautaire du quartier, participation de la communauté dans le projet... « La qualité des aménagements s'exprime selon les critères d'apparence et de capacité d'attraction, d'entretien et de fonctionnalité par rapport aux usages prévus. ... la vétusté et l'adaptabilité aux usages sont autant d'indicateurs qui tantôt dépendent de l'expertise externe, tantôt se configurent en fonction des attentes et de la perception de la collectivité ou des exigences objectives de pratique de telle ou telle activité. »<sup>46</sup>

La conception d'infrastructures adaptées et d'installations polyvalentes permettant diverses formes d'interventions complémentaires (interventions préventives individuelles ou de groupe, *Centre d'information* sur la santé et les ressources favorisant l'autosoins...) est indispensable à l'atteinte d'un objectif de santé et de bien-être pour tous.

## **7.2 Des besoins polyvalents : implications pour le design et l'aménagement physique intérieur**

Si les activités proposées doivent s'adapter à la réalité des clientèles ciblées, les structures doivent elles, être adaptées pour soutenir ces activités, entre autres par l'aménagement des espaces. Les environnements physiques devront soutenir la réalisation des activités socio-sanitaires, récréatives et sportives pour promouvoir le mieux-être de tous les résidents de Notre-Dame-de-Grâce. Les installations devront comprendre des espaces qui supportent d'une façon efficace et convenable, l'atteinte des objectifs pour améliorer la santé et le bien-être.

Le design implique des interventions non seulement dans la planification initiale, mais aussi en complémentarité avec le développement des activités physiques et de santé envisagées. Dans le cadre d'un projet de *Centre récréatif et sportif* qui vise une accessibilité universelle, le design intérieur des espaces pourrait prendre en considération plusieurs éléments qui contribueront à améliorer et à structurer les activités visées dans ses programmes. Il pourra accorder une attention particulière aux besoins des différents groupes ciblés : pré-natal, enfants 0-5, 6-12, adolescents, adultes, personnes âgées, à mobilité réduite... Cet aspect est très important à souligner, chaque groupe d'âge ayant ses propres besoins, et chacun devra être étudié pour savoir mettre en valeur l'espace pour intégrer le plus possible les différentes attentes, incluant les aspects de santé, sociaux, sportifs et récréatifs parmi les besoins d'accès universel.

Différentes installations seront requises pour permettre la réalisation des objectifs de prévention ciblées dans la programmation. Voici quelques exemples d'activités qui pourraient se dérouler dans ce *Centre récréatif et sportif* :

- ✓ Activités physiques en gymnase ou en piscine : programme d'exercices physiques adapté (activités individuelles et de groupe) pour diabétiques, personnes à mobilité réduite, femmes enceintes (par exemple, intégré aux rencontres prénatales du CLSC)...
- ✓ Activités de cuisine pour les personnes seules
- ✓ Activités ciblées de prévention des chutes pour personnes âgées
- ✓ Activités physiques pères/fils, parents/enfants, activités intergénérationnelles
- ✓ Activités de stimulation pour les jeunes enfants (0-4 ans)
- ✓ Activités de réadaptation et d'adaptation
- ✓ Activités d'éducation aux saines habitudes de vie pour différents groupes
- ✓ Activités de répit : Halte-garderie

Les éléments du design doivent inclure des considérations pour des interrelations entre les espaces d'activités avec les espaces de support. La qualité de ces espaces doit être pensée en termes de couleurs,

---

<sup>46</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p17*

lumière, ventilation, acoustique, équipements et mobilier appropriés pour chacune des activités envisagées.

## **8. Recherche, évaluation et formation**

Ce type d'approche intégrée de « mieux-être » fait partie des interventions intersectorielles qui ont un potentiel d'améliorer ou de contribuer à maintenir la santé et le bien-être des Montréalais. Pour s'assurer que l'application de la programmation établie est une réussite, il faut évaluer les résultats des interventions auprès des divers groupes rejoints. Des partenariats sont déjà en cours, notamment la Direction de la Santé Publique et certains milieux universitaires participent actuellement à la conception de ce projet. Leur implication sera nécessaire jusqu'à la réalisation complète du projet : planification de la programmation, élaboration de canevas de recherche. D'autres experts seront aussi sollicités. Le CRCL a déjà exprimé son intérêt à jouer un rôle actif au niveau de la programmation pour les personnes ayant des limitations fonctionnelles et est ouvert à fournir des services conseils au besoin. De façon complémentaire, ce type de travail interdisciplinaire créera un lieu de stage qui intéressera plusieurs départements dans chacune des quatre universités de Montréal.

## **9. Financement des activités**

Le CLSC NDG/MTL-0 et le Centre récréatif et sportif financeraient leurs activités régulières à partir de leurs budgets opérationnels. En ce qui concerne le sport et le loisir, la tarification comme « source alternative aux subventions municipales a atteint ses limites dans la mesure où l'accessibilité (aux loisirs) est une valeur déclarée. »<sup>47</sup> Alors, un financement additionnel sera requis et devrait être demandé aux Gouvernements et Fondations qui s'intéressent à des approches novatrices dans ce domaine d'intervention et certaines ont déjà manifestées de l'intérêt.

## **10. Conclusion**

La Ville de Montréal, via ses arrondissements locaux, est responsable de l'offre de services des sports et loisirs publics en priorité à ses citoyens les plus démunis. Elle compte élaborer « une stratégie qui vise l'amélioration de la concertation par ses services de sports et de loisirs, notamment avec... le réseau de la santé et des services sociaux. Cette stratégie assurera la complémentarité et la continuité de services aux segments de populations communs, optimisera l'utilisation des ressources publiques (personnel, locaux, équipements, etc.) »<sup>48</sup>. « La maîtrise d'œuvre doit être confiée au niveau le plus près des citoyens, c'est-à-dire à sa communauté locale »<sup>49</sup>. Cette initiative est très prometteuse et contribuera à faire de notre arrondissement, un « arrondissement en santé ». Suite à l'évaluation des résultats, ce modèle pourrait être transférable dans d'autres secteurs similaires à Montréal.

Avec la relocalisation du CLSC NDG/Mtl-O sur le site et la construction de nouvelles infrastructures municipales sportives et récréatives, le plan de redéveloppement de *Benny Farm* fournit l'occasion à l'arrondissement d'innover dans ce domaine et d'équiper la communauté d'une infrastructure publique avec des services de loisirs et socio-sanitaires locaux, accessibles et adaptés aux divers besoins des résidents de Notre-Dame-de-Grâce, pour les prochaines années.

Il est urgent de mettre en place des actions de santé publique destinées à prévenir les conséquences négatives des mauvaises habitudes alimentaires et de la sédentarité sur la santé<sup>50</sup>. L'environnement dans lequel les individus les plus à risque grandissent doit être modifié. Il s'agit d'une approche plus

---

<sup>47</sup> *Avant-projet- Politique Montréalaise du sport et du loisir : soutenir l'art de vivre à Montréal, 7 octobre 2003, p40*

<sup>48</sup> *ibid, p33*

<sup>49</sup> *ibid, p6*

<sup>50</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 134*

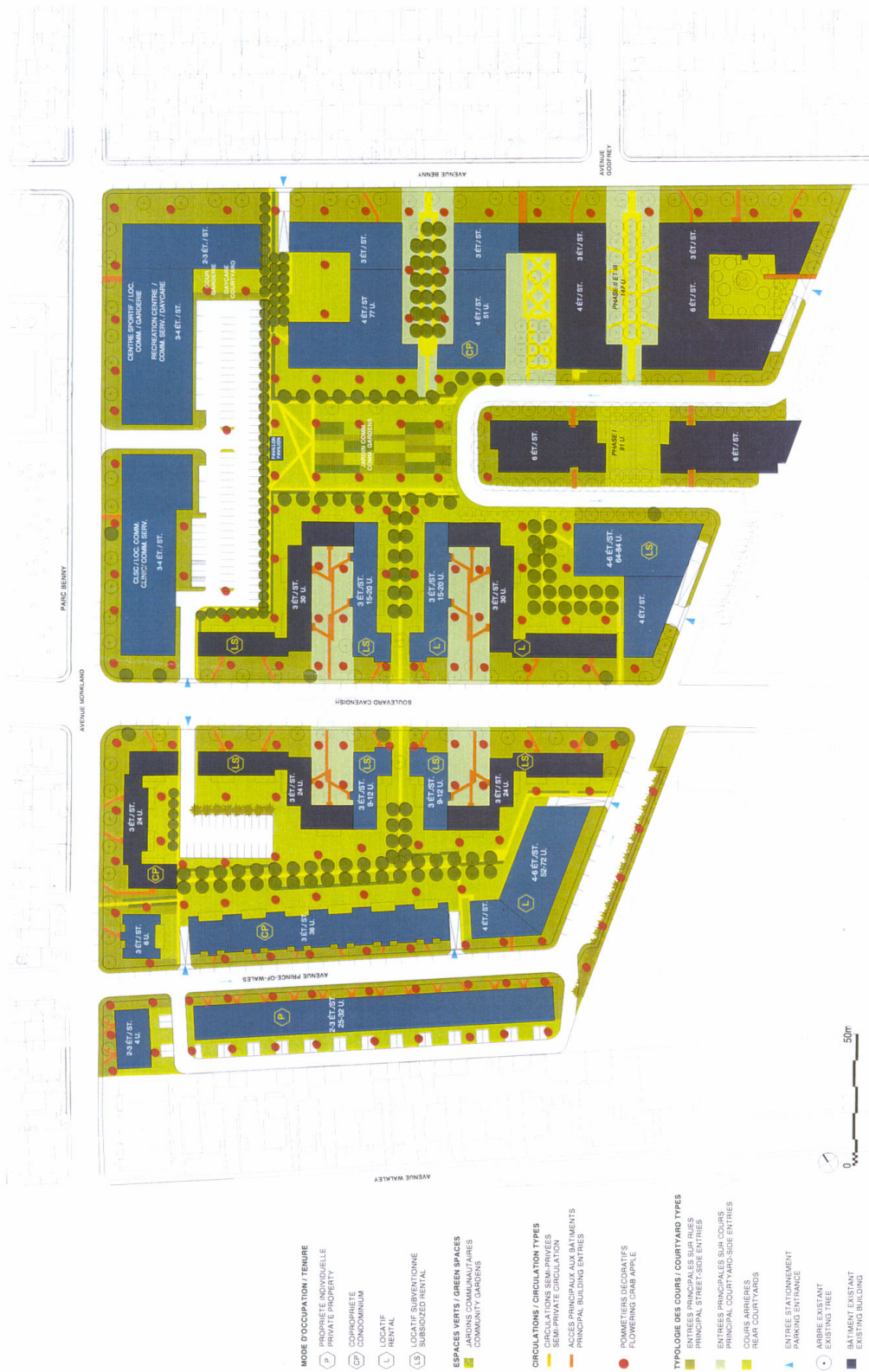
ciblée et possiblement plus coûteuse, mais aussi de celle offrant le potentiel d'un retour coût-bénéfice même si c'est à long terme.<sup>51</sup>

Nous partageons une vision de la santé et du bien-être qui donne à la prévention toute la place qu'elle doit occuper. Cette vision d'un environnement inclusif permettant de répondre aux différents besoins des résidents de Notre-Dame-de-Grâce, nous est présentée. Il faut en profiter.

---

<sup>51</sup> *ibid*, p 46

Annexe A





## **Annexe B :**

### ***La sédentarité et les maladies chroniques : l'impact de l'inactivité physique...***

Il a été estimé que l'inactivité serait la troisième plus importante cause de décès aux États-Unis, en plus de contribuer à la seconde, soit l'obésité. Cette situation est inquiétante considérant que tant au Canada qu'aux États-Unis, une grande partie de la population n'est pas suffisamment active.

En 1998 au Québec, si l'on exclut l'activité physique associée au travail et aux activités domestiques, près d'une personne sur deux (46.5% des personnes de 15 ans et plus) n'atteignait pas le volume recommandé d'activité physique de loisirs ou de déplacement permettant un bénéfice pour la santé (Nolin et al., 2002). De plus, la proportion des moins actifs ("très peu ou pas actifs") est passée de 17,4% à 21,3% entre 1993 et 1998, un phénomène associé à une diminution de la marche comme moyen de déplacement. Le taux de sédentarité est aussi plus élevé chez les personnes âgées et chez certains groupes de différentes origines ethno-culturelles.

Les déterminants d'une pratique régulière d'activité physique sont autant individuels (âge, sexe, scolarité, revenu...) qu'éco-environnementaux (environnement physique et social, incluant par exemple le support familial, l'influence des professionnels de la santé, l'accessibilité des ressources et le coût des programmes). Une grande partie de la population québécoise de 15 ans et plus rapporte une intention ferme de pratiquer des activités physiques de manière régulière, alors que ceux qui affirment n'en avoir aucune intention ne représentent que 4 %. Dans ce contexte, les facteurs environnementaux prennent donc une grande importance.

### ***Maladies chroniques et autres conditions sur lesquelles la sédentarité et de mauvaises habitudes alimentaires ont un impact ...***

- ✓ **Diabète** : il est estimé qu'environ 2 millions de canadiens ont reçu un diagnostic de diabète à l'heure actuelle et que ce nombre atteindra 3 millions d'ici 2010. Si cette évolution persiste au niveau mondial, l'Organisation mondiale de la santé prévoit que 300 000 millions d'individus dans le monde seront atteints d'ici l'an 2025. Parmi les facteurs de risque du diabète de type 2 on retrouve l'âge, la sédentarité, l'alimentation, l'obésité et la génétique. Ainsi, la littérature scientifique fait ressortir une association significative entre la sédentarité et le diabète.
- ✓ **Obésité** : bien que le problème soit encore légèrement moins criant qu'aux États-Unis, les taux d'obésité sont en croissance. Il est particulièrement important de noter à ce sujet l'augmentation de la prévalence chez les enfants. Dans *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois* (1999)<sup>52</sup>, l'obésité était le seul facteur associé à l'hypertension artérielle et l'hyperlipémie chez ce groupe. En effet, l'obésité est un facteur de risque de plusieurs affections chroniques, telles le diabète et les maladies cardiovasculaires. Cependant, même en conservant un surplus de poids, les individus actifs voient leur risque de maladie coronarienne ou d'hypertension diminuer et leur sensibilité à l'insuline augmenter. La sédentarité et de mauvaises habitudes alimentaires comptent parmi les principales causes de l'obésité.
- ✓ **Maladies cardiovasculaires** : Les maladies cardiovasculaires sont responsables d'environ 30 % des décès à l'heure actuelle au Canada.
- ✓ **Cancer** : Le cancer est la deuxième cause de décès dans le monde. L'OMS évalue qu'environ 30% des cancers dans les pays industrialisés sont dus à l'alimentation, ce qui la place au deuxième rang des causes qui en théorie peuvent prévenir le cancer, après le tabac.

---

<sup>52</sup> *Enquête sociale et de santé des enfants québécois, 1999*

- ✓ **Maladies pulmonaires obstructives chroniques** : les maladies pulmonaires obstructives chroniques représentent la quatrième cause de décès aux Etats-Unis.
- ✓ **Grossesse** : les facteurs prédisposant au développement des maladies chroniques se manifestent dès la croissance intrautérine.
- ✓ **Conditions associées au vieillissement** (ostéoporose, risque de chute, fragilité, malnutrition, etc...) : avec le vieillissement de la population, les coûts associés à ces problèmes vont augmenter.
- ✓ **Individus avec une incapacité** (physique, psychique, intellectuelle ou sociale)
- ✓ **Conditions rhumatologiques** (fibromyalgie, arthrite rhumatoïde)
- ✓ Etc...

## **Annexe C : Financement : des économies pour le système de santé**

### **INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE**

#### **Rencontres avec les comités de rédaction — mars 1999**

#### **« L'activité physique : des avantages pour la santé et des économies pour le système de soins de la santé »**

L'activité physique est l'un des moyens les plus faciles et les moins coûteux d'améliorer la santé physique et mentale de la population. La promotion de l'activité physique est un investissement qui améliore le bien-être des Canadiens tout en réduisant le coût des soins de santé et qui pourrait rapporter un très important bénéfice. D'après *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, le coût direct total (médicaments, médecins, hôpitaux, recherche) de la maladie s'élevait, en 1993, à 44 milliards de dollars sur les 70 milliards du coût total des soins de santé au Canada. En outre, le coût indirect, comme le temps perdu en raison de limitations à court et à long terme, et la perte de valeur actuelle des futures pertes de productivité dues à la mortalité prématurée et à la maladie serait, estime-t-on, de 129 milliards de dollars au Canada, soit près de 21 p. 100 du PIB. Une réduction de 10 p. 100 supplémentaires du nombre de Canadiens inactifs permettrait de réaliser des économies de l'ordre de 5 milliards de dollars.

#### **Les maladies cardiovasculaires**

Les maladies cardiovasculaires sont la première cause de décès prématuré au Canada (79 000 personnes par année). Elles coûtent directement plus de 7,3 milliards de dollars au système de santé et, indirectement, 12,4 milliards. En 1995, les maladies cardiovasculaires ont été responsables de la perte de 294 000 années de vie potentielle au Canada. Des activités physiques régulières réduisent le risque d'hypertension, d'accidents cérébrovasculaires et d'insuffisance coronarienne (de plus de 50 p. 100 pour cette dernière). En ce qui concerne les seules cardiopathies ischémiques, dont le traitement coûte 2,3 milliards de dollars par année au système de santé, chaque augmentation d'un point de pourcentage du nombre de personnes actives (p. ex. de 24,1 à 25,1 p. 100) réduirait le coût annuel des traitements de 10,3 millions de dollars.

#### **Le cancer**

Le fardeau économique du cancer au Canada (coût direct et indirect) est de 13,1 milliards de dollars. L'activité physique peut réduire le risque de cancer du côlon de près de 50 p. 100. Le cancer colorectal a causé 5 900 décès en 1997 et provoqué l'apparition de 16 400 cas supplémentaires. Le coût du traitement du cancer du côlon est de 255 millions de dollars par année. Chaque augmentation d'un point de pourcentage du nombre de personnes actives sur le plan physique réduit ce coût de 407 000 \$.

#### **Le diabète**

Onze pour cent des Canadiens de plus de 65 ans souffrent du diabète, qui est la cause de 5 000 décès par année. Les coûts directs et indirects de cette maladie se sont chiffrés à 1 milliard de dollars en 1993. L'activité physique peut réduire de 50 p. 100 le risque d'être atteint du diabète non-insulino-dépendant. Le diabète est un facteur de complication des maladies cardiaques et des accidents cérébrovasculaires.

#### **L'ostéoporose**

Vingt-cinq pour cent des femmes de plus de 50 ans et 50 p. 100 de celles qui ont plus de 70 ans sont atteintes d'ostéoporose. Chez les femmes de plus de 45 ans, 7 fractures sur 10 sont imputables à cette maladie. Le risque d'ostéoporose diminue si l'on pratique des activités physiques pendant l'enfance et l'adolescence.

#### **L'arthrite**

L'arthrite touche 4 millions de Canadiens et est la principale cause de handicap chez plus de 600 000 d'entre eux. Les maladies squeletto-musculaires, dont l'arthrite, coûtent indirectement 15,3 milliards de dollars à l'économie canadienne chaque année, à quoi il faut ajouter 2,5 milliards de frais de santé.

L'activité physique régulière améliore le fonctionnement et soulage les symptômes chez les gens atteints d'arthrose et de polyarthrite rhumatoïde. Dans bien des cas, elle supprime le besoin de médicaments.

### **L'obésité**

L'activité physique améliore la composition corporelle et réduit le poids en accélérant la perte de tissus adipeux, les personnes actives risquant moins de faire de l'embonpoint. L'obésité augmente le risque d'insuffisance coronarienne, d'arthrose et de divers cancers. Elle augmente également le risque de lésions lombaires, qui représentent un coût significatif pour l'industrie. Plus de la moitié des Canadiens ont un excédent de poids, ce qui représenterait un risque pour la santé des deux tiers de ces personnes. L'obésité chez les enfants et les jeunes s'est accrue de 50 p. 100 entre 1981 et 1988 seulement. [L'obésité serait la seconde cause de décès aux États-Unis. On y a évalué que 6.8% des coûts totaux des soins de santé étaient dus aux coûts directs reliés à l'obésité auxquels s'ajouteraient un autre 2.3% uniquement dus à la sédentarité. Cependant, les coûts indirects reliés à l'obésité (jours de travail perdus, visites médicales, rentes d'invalidités et décès prématurés) sont de loin plus importants que les coûts directs. Les coûts intangibles telle qu'une qualité de vie diminuée sont aussi énormes.<sup>53</sup>]

### **Les troubles mentaux**

Les troubles mentaux coûtent plus de 5 milliards de dollars par année au système de santé. En 1994-1995, les hôpitaux canadiens ont enregistré 210 000 admissions pour états mentaux, ce qui représente 16 millions de jours d'hospitalisation. L'activité physique peut contribuer à l'amélioration de la santé mentale et même à la prévention de certains troubles mentaux en améliorant la confiance en soi, l'estime de soi et autres variables psychologiques.

Il est clair que l'activité physique réduit les symptômes d'anxiété et de dépression, qu'elle est un antidote éprouvé contre le stress et qu'elle a une influence positive sur l'humeur.

### **Références clés**

Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie. (1998). Conformité aux lignes directrices. **Progrès en prévention**, Bulletin n° 31. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Craig, C.L. (1994). **Physical Activity and the Renewal of the Health Care System**. Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Fondation des maladies du coeur du Canada. (1997). **Les maladies du coeur et les accidents cérébrovasculaires au Canada**. Ottawa : Fondation des maladies du coeur du Canada.

The Conference Board of Canada. (1996). **Physical Activity and the Cost of Treating Illness** (Série de rapports techniques de l'Institut). Ottawa : Institut canadien de la recherche sur la condition physique et le mode de vie.

Institut national du cancer du Canada. (1998). **Statistiques canadiennes sur le cancer, 1998**. Toronto : Institut national du cancer du Canada.

Santé Canada. (1997). **Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993**. Ottawa : Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada.

Le Sous-comité sur l'étude du sport au Canada de la Chambre des communes. (1998). **Le sport au Canada : C'est l'affaire de tous et de toutes — leadership, partenariat et imputabilité.** »

---

<sup>53</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 61

## **Annexe D :**

### ***La pratique d'activité physique et les saines habitudes alimentaires comme interventions préventives aux maladies chroniques***

L'activité physique et la nutrition utilisent les mêmes processus métaboliques et interagissent de différentes façons, influençant les risques ou le développement de plusieurs maladies chroniques. Ce sont des habitudes de vie qui peuvent être en partie, influencés par les mêmes programmes et politiques.<sup>54</sup>

L'impact le plus grand et immédiat des interventions préventives, concerne les facteurs de risques reliés aux maladies chroniques au cours de la vie adulte et chez les personnes âgées. Les comportements associés à ces facteurs de risques peuvent être modifiés chez ces groupes et les bénéfices retirés observés en 3 à 5 ans. Avec le vieillissement de la population, les nombreuses économies potentielles sont énormes et réalisables.<sup>55</sup> Pour y arriver, il est essentiel que les communautés favorisent la création d'environnements sains dans toutes leurs interventions destinées à promouvoir la santé. Une somme importante de données de recherche fait ressortir l'importance d'utiliser une approche de prévention et de contrôle des maladies chroniques tout au long de la vie.<sup>56</sup>

Les mauvaises habitudes de vie n'apparaissent pas seulement à l'âge adulte. Au cours de l'enfance et de l'adolescence, elles amènent le développement précoce de l'obésité, des dyslipidémies, de l'hypertension, de l'intolérance au glucose et des maladies qui leurs sont associées.<sup>57</sup> La phase adulte est particulièrement importante, étant à la fois la période au cours de laquelle la plupart des maladies chroniques se manifestent et un moment critique pour intervenir de manière préventive afin de réduire les facteurs de risques et d'intensifier le traitement efficace.<sup>58</sup> Trois éléments critiques sont liés aux maladies chroniques au cours du troisième âge : (i) la plupart des maladies chroniques se seront manifestées, (ii) il y a un bénéfice irréfutable pour les personnes et les populations vieillissantes à changer les facteurs de risques et à adopter des comportements favorisant la santé tels que, l'activité physique et une saine alimentation, (iii) le besoin de maximiser la santé en évitant ou retardant les incapacités qu'il est possible de prévenir.<sup>59</sup>

### ***Interventions qui permettent de prévenir ou de réduire les problèmes de santé***

Récemment, plusieurs études ont démontrées que des modifications du style de vie, en particulier l'alimentation, étaient principalement responsables de la réduction des décès par maladies cardiovasculaires ou de l'apparition du diabète chez les individus à risques. De même, « le maintien d'un poids santé et d'un niveau adéquat d'activité physique tout au long de la vie constituent les moyens les plus efficaces pour prévenir le diabète et plusieurs autres maladies chroniques. »<sup>60</sup>

Des études cliniques et populationnelles ont démontré le potentiel de la prévention : certaines études évaluent que jusqu'à 80% des cas de maladies coronariennes et 90% des diabètes de type 2 pourraient être prévenus en modifiant les facteurs de risques liés aux habitudes de vie. Environ un tiers des cancers pourraient être prévenus par une meilleure alimentation, le maintien d'un poids santé et l'activité physique tout au long de la vie. Des études réalisées aux Etats-Unis, en Chine et en Finlande ont démontré que près de 60% des diabètes de type 2 chez les individus à risque, pouvaient être prévenus par des changements modestes apportés à l'alimentation et à la pratique de l'activité physique. Dans une

---

<sup>54</sup> Annexe E : Exemples d'interventions préventives efficaces intégrant l'activité physique

<sup>55</sup> *ibid*, p 45

<sup>56</sup> *ibid*, p42

<sup>57</sup> *ibid*, p 31

<sup>58</sup> *ibid*, p 38

<sup>59</sup> *ibid*, 39

<sup>60</sup> EB109/14, nov 2001- WHO.p2

étude réalisée aux États-Unis, l'impact de ces mesures a été deux fois plus important que celui du traitement pharmacologique. Les changements dans les taux de maladies coronariennes et de diabète peuvent s'observer en quelques années.<sup>61</sup>

« Les stratégies à utiliser doivent être globales et adresser tous les risques majeurs reliés à la nutrition et à l'activité physique pour l'ensemble des maladies chroniques, ainsi que d'autres risques tel le tabagisme, à partir d'une perspective multisectorielle.»

### ***Exemples d'interventions préventives efficaces intégrant l'activité physique et une saine alimentation***

#### ✓ ***Diabète***

L'activité physique et une meilleure alimentation favorisant l'atteinte et le maintien d'un poids santé sont des pierres angulaires de la prévention et du traitement du diabète de type 2. Parmi les effets bénéfiques rapportés tant en prévention primaire que secondaire, notons une amélioration de la sensibilité à l'insuline, du contrôle glycémique, du profil lipidique, de la composition corporelle, de la pression artérielle et de la qualité de vie. Il devient donc essentiel de développer des stratégies efficaces dans la prévention et le traitement de l'insulino-résistance, dont des programmes facilitant l'accès à l'activité physique ainsi que l'adoption et le maintien de saines habitudes alimentaires permettant l'atteinte d'un poids santé pour les clientèles à risque.

Les caractéristiques d'un programme d'exercices aérobies pour les diabétiques sont : une intensité de faible à modérée, de 15 à 60 minutes par séance avec une fréquence de 3 à 7 fois par semaine. Il n'y a pas de consensus sur la prescription optimale pour maximiser les effets bénéfiques. Certains recommandent aussi la pratique régulière d'exercices de musculation afin d'augmenter la force et l'endurance musculaire, composantes importantes de la capacité fonctionnelle. Il est cependant assuré que pour faire adhérer les gens à un programme d'activité physique donné, des éléments facilitant doivent être considérés, tels l'accessibilité aux ressources et les préférences quant aux types d'activités.

Les interventions nutritionnelles qui ont fait partie des programmes de prévention primaire et secondaire réussis, ont misé sur plusieurs approches à la fois : des rencontres éducatives hebdomadaires favorisant la prise en charge et l'auto-contrôle (allant de 7 à 16 rencontres individuelles) et des rencontres de suivi ou de maintien aux 2 ou 3 mois (individuelles et de groupe) pendant quelques années (3 à 5 ans au moment de la fin des études).

Un exemple intéressant de programme ayant obtenu des résultats tangibles est le « Diabète Prevention Program », des États-Unis. Ce projet a été mené en parallèle dans 27 centres auprès de 3234 participants de 25 à 85 ans, dont 45% provenaient de groupes minoritaires chez qui le diabète est prépondérant. Cette intervention, visant un changement des habitudes de vie en lien avec l'alimentation et l'activité physique, a fonctionné chez les hommes et les femmes des différents groupes d'âge. Elle a par exemple réduit le développement du diabète 58% chez les participants de 60 ans et plus. Il est à noter que chez le second groupe de l'étude, traité principalement avec un hypoglycémiant oral, le résultat n'a été que de 31%. L'intervention, d'une durée totale de 3 ans, était basée sur un contact fréquent et individuel avec les participants (une série de 16 séances éducatives structurées avec une nutritionniste au cours des 24 premières semaines, traitant de l'auto-contrôle du poids, des modifications alimentaires, de l'auto-contrôle de l'apport énergétique et en gras, et de la pratique de l'activité physique et par la suite au moins un contact en personne tous les deux mois), l'offre de deux séances d'activité physique supervisées par semaine (dans un centre sportif ou communautaire local, à l'extérieur, etc...) et un plan de maintien des changements de comportements flexible, incluant des approches individuelles et de groupe.

---

<sup>61</sup> *ibid*, p2

✓ **Maladies cardiovasculaires**

Un programme d'activité physique tenant compte de la condition physique, du client, de ses objectifs et de ses besoins peut être préparé. Les programmes incluent généralement des activités d'aérobic, de musculation et de flexibilité, en plus d'une section sur l'éducation aux bonnes habitudes de vie (incluant nutrition, programme de cessation du tabagisme, psychologue...). Le counselling est aussi utilisé pour motiver le client et favoriser la prise en charge du programme. Selon les cas, ce programme peut être remis au client qui l'exécute de façon autonome, il peut comprendre des activités de groupe auxquelles le client peut s'inscrire, ou il peut comprendre des séances d'activités supervisées pour un laps de temps plus ou moins long.

Chez les personnes souffrant de problèmes coronariens, l'activité physique permet de réduire le risque de complications, d'améliorer la capacité fonctionnelle ainsi que la qualité de vie. La pratique d'activité physique est une composante essentielle dans un programme de prévention primaire et secondaire de la maladie cardiovasculaire. De plus la pratique d'activité physique peut influencer d'autres facteurs de risque, tels l'hyperlipidémie, l'hypertension, le diabète et l'excès de poids. Aux États-Unis, où l'on parle plutôt de 40 %, il a été estimé qu'environ 12 % des décès pourraient être prévenus par la pratique d'activité physique d'intensité modérée. La sédentarité est donc un facteur de risque reconnu de la maladie cardiovasculaire.

Par ailleurs, en Karélie du Nord (Finlande), où un programme de prévention primaire a permis la réduction de 73% du taux de décès par maladies coronariennes chez les 35-64 ans sur une période de 25 ans, il a été conclu que plus de la moitié de ce déclin pouvait être attribué aux changements dans l'alimentation de la population<sup>62</sup>. La contribution des traitements pharmacologiques et chirurgicaux à cette réduction était minime.<sup>63</sup>

✓ **Obésité**

L'activité physique et les modifications des comportements alimentaires sont au cœur des méthodes efficaces pour la perte et le maintien du poids corporel. La dépense énergétique associée à l'activité physique est particulièrement importante au contrôle du poids.

Un des principaux problèmes rencontrés ici, consiste à amener les gens à la pratique d'activité physique et au maintien de ce comportement. Les personnes avec un surplus de poids sont souvent hésitantes à se rendre dans un centre sportif traditionnel ou à s'inscrire dans une activité non-adaptée.

✓ **Cancer**

On estime qu'à eux deux, le poids et la sédentarité sont responsables d'environ 1/5 à 1/3 de plusieurs des cancers les plus courants, en particulier les cancers du sein (en postménopause), du côlon, de l'endomètre, du rein et de l'œsophage.<sup>64</sup>

✓ **Maladies pulmonaires obstructives chroniques**

Les individus souffrant de maladies pulmonaires obstructives chroniques ont souvent un niveau d'activité physique réduit, associé à une faible capacité musculaire. Un programme de réadaptation respiratoire et d'exercices physiques fait maintenant partie du traitement recommandé pour ces personnes, chez qui il peut diminuer la dyspnée et améliorer la qualité de

---

<sup>62</sup> WHO-EB109/14, nov 2001, p2

<sup>63</sup> *ibid*, p2

<sup>64</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p 95

vie. Un suivi, comprenant une adaptation individuelle du programme et une fréquence plus rapprochée que dans les centres sportifs traditionnels, est cependant nécessaire.

✓ **Conditions associées au vieillissement**

« Aucun élément ne favorise davantage la satisfaction de la vie et l'intégration sociale des adultes du troisième âge que la participation à des activités de loisirs. Par exemple, des activités qui permettent d'acquérir des techniques, développeront le sentiment de sa compétence et de sa valeur ainsi qu'une meilleure expression de soi. »<sup>65</sup>

Des activités physiques adaptées pourraient réduire les faiblesses musculaires et la douleur dans le cas de l'ostéoarthrite et de l'arthrite rhumatoïde. Pour ce qui est des personnes âgées frêles, il a été démontré qu'une augmentation de la force, de la capacité d'aérobic, de marche, de flexibilité et de l'équilibre pouvaient être obtenues par un programme d'activité physique. De plus, divers programmes de mise en forme adaptés aux personnes âgées frêles visent une diminution des chutes chez celles-ci, condition qui amène de nombreuses hospitalisations dans ce groupe d'âge.

« Il semble que les personnes âgées présentant un risque de maladies cardiovasculaires plus élevé, ils bénéficieront davantage d'une modification de leurs facteurs de risques, [par exemple l'alimentation]. Des études récentes ont démontrées que chez des femmes âgées, la consommation de 5-10 portions/jour de légumes et de fruits réduisait de 30% le risque de maladies athérosclérotiques comparé à celles qui n'en consommaient que 2-5 portions/jour »<sup>66</sup>. Des interventions nutritionnelles adaptées contribueront au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie tout au long du vieillissement.

---

<sup>65</sup> *Catalogue Des Avantages Des Parcs Et Des Loisirs*, Fédération des Parcs et des Loisirs de l'Ontario, 1992, p31

<sup>66</sup> *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, report of a joint WHO/FAO Expert Consultation, WHO 2003, p40



## **Annexe E**

### ***Stratégies prometteuses pour promouvoir l'activité physique...***

Kino-Québec publiera cette année une synthèse des stratégies prometteuses pour promouvoir l'activité physique chez les québécois (sous presse, 2003). On y rapporte que les approches ayant le plus de chance de réussir doivent combiner des interventions de type individuel et populationnel. Les interventions individuelles s'étendent généralement sur plusieurs séances et sont souvent l'initiative de professionnels de la santé. Les activités de type populationnel quant à elles, sont souvent dispensées en milieu communautaire en utilisant des ressources dans les milieux de vie et à l'initiative de leaders communautaires naturels, parfois avec l'appui de ressources professionnelles. Ces activités peuvent viser à mettre des personnes en réseau (ex : système de pairs), à instaurer un changement environnemental (ex : accessibilité aux installations sportives) ou communautaire (ex : négocier un tarif avantageux pour les services...).

Chez l'adulte de tous les âges, les interventions les plus efficaces pour augmenter la pratique d'activité physique posséderaient les caractéristiques suivantes : utilisation de principes de modifications de comportement, activités supervisées, administration en groupe et dans la communauté et encouragement des activités physiques de loisir non supervisées. Chez les personnes âgées de 60 ans et plus, les interventions qui auraient le plus d'effet seraient celles qui contiendraient les éléments suivants : le comportement « activité physique » seul est visé ; une composante d'auto-évaluation est incluse et les interventions sont réalisées dans un centre, en groupe, avec des activités d'intensité modérée, ainsi que beaucoup de contacts entre les intervenants et les participants. Ces interventions ciblent à la fois les personnes ainsi que l'adaptation de leur milieu de vie (environnement social et physique).