

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE

PAR MÉLANIE RICARD

EXPLORATION DES ENJEUX DU RENDEMENT OCCUPATIONNEL DES PERSONNES
ÂGÉES AVEC UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE EN MAURICIE : LA
PERCEPTION DES INTERVENANTS

DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

J'aimerais tout d'abord remercier la grande générosité des intervenants ayant accepté de participer à mon projet de recherche. Vous m'avez offerts des outils précieux pour la réalisation de mon étude par votre ouverture, votre expérience et votre dévouement envers une clientèle vulnérable.

Je tiens également à remercier ma directrice de maîtrise, Madame Ginette Aubin, pour son écoute, sa disponibilité lors de la réalisation du processus de recherche et spécialement ses précieux conseils qui m'ont permis de finaliser ce projet.

Je souhaite également remercier mes perles, Valérie et Ariane, avec vos rires et votre présence vous avez été mon carburant. Un merci tout spécial à mon amoureux qui est arrivé lors du dernier sprint de l'écriture de l'essai et qui m'a offert un vent de fraîcheur et un second souffle par son support, son écoute et son amour. Je tiens aussi à remercier ma mère qui m'a soutenue durant l'entièreté de mes études empreintes de changements de programmes, de hauts et de bas et qui a toujours été présente pour m'écouter et me réconforter avec ses bons mots. Papa, bien que j'aie souhaité de tout mon cœur t'avoir à mes côtés à la ligne d'arrivée de mes études, saches que du haut de ton nuage : j'ai réussi.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	viii
RÉSUMÉ	ix
1 INTRODUCTION	1
2 PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Problématiques de santé mentale chez les aînés	3
2.2 Problématique en santé mentale (PSM)	4
2.3 Le rendement occupationnel au quotidien d'une PAPSM	5
2.3.1 Facilitateurs au rendement occupationnel	5
2.3.2 Obstacles au rendement occupationnel	6
2.4 Conséquences des PSM à long terme	8
2.5 Pertinence de l'étude	8
3 QUESTION ET OBJECTIFS	9
4 CADRE CONCEPTUEL	10
5 MÉTHODE	14
5.1 Devis de recherche	14
5.2 Participants	14
La section suivante présente les méthodes d'échantillonnage utilisées et les critères d'inclusion des participants	14
5.2.1 Méthodes d'échantillonnage	14
5.2.2 Recrutement et critères d'inclusion	14
5.3 Collecte de données	15
5.3.1 Méthode de collecte de données	15
5.3.2 Procédure de collecte de données	15
5.4 Analyse des données	16
5.5 Dimension éthique	16

6 RÉSULTATS.....	17
6.1 Description des participants	17
6.2 Description du rendement occupationnel des PAPSM	18
6.2.1 Variation du RO selon les personnes et dans le temps	20
6.2.2 Rendement occupationnel caractérisé par une autonomie	20
6.2.3 Rendement occupationnel problématique.....	20
6.3 Description des enjeux du rendement occupationnel des PAPSM	22
6.3.1 Facilitateurs au RO	23
6.3.2 Obstacles au RO.....	25
6.4 Solutions pour favoriser le RO	31
La prochaine section abordera les solutions possibles suggérées par les participants, pour favoriser le RO des PAPSM tel que l'accompagnement pour les tâches quotidiennes et les solutions en ce qui concerne l'environnement physique.....	31
6.4.1 Accompagnement pour les tâches quotidiennes	31
6.4.2 Solutions de l'environnement physique.....	32
7 DISCUSSION ET ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS	33
7.1 Rendement occupationnel	33
7.2 Enjeux au rendement occupationnel	34
7.3 Solutions ergothérapiques pouvant optimiser le RO des PAPSM	36
7.3.1 Interventions pour la dimension personnelle	38
7.3.2 Interventions pour la dimension contextuelle	38
7.4 Forces et limites de l'étude.....	39
7.5 Implication pour la pratique en ergothérapie	39
8 CONCLUSION	41
RÉFÉRENCES	42
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	46
ANNEXE B FORMULAIRE DESCRIPTIF	47
ANNEXE C LETTRE D'INFORMATION	49
ANNEXE D FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	52
ANNEXE E GUIDE D'ENTREVUE.....	53
ANNEXE F TABLEAU 4.....	55

ANNEXE G TABLEAU 5.....	56
-------------------------	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. <i>Services offerts en Mauricie</i>	13
Tableau 2. <i>Descriptif des participants</i>	24
Tableau 3. <i>Perspective des intervenants sur le rendement occupationnel des PAPSM</i>	26
Tableau 4. <i>Perspective des intervenants sur les facilitateurs et obstacles à la dimension personnelle des PAPSM</i>	30
Tableau 5. <i>Perspective des intervenants sur les facilitateurs et obstacles à la dimension contextuelle des PAPSM</i>	31

LISTE DES FIGURES

Figure 1. <i>Ecology of Human Performance</i>	19
Figure 2. <i>Illustration d'un rendement problématique</i>	20

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AVC	Accident vasculaire cérébral
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
EHP	Ecology of Human Performance
PA	Personne âgée
PAPSM	Personne âgée avec une problématique de santé mentale
PSM	Problématique en santé mentale
RO	Rendement occupationnel

RÉSUMÉ

Introduction : L'entrée dans le troisième âge représente une période de vie où les aînés peuvent être préoccupés par plusieurs sujets dont le début de la retraite, la perte d'êtres chers et le changement de milieu de vie (Association des médecins psychiatres du Québec, [AMPQ], 2014). Cette période de pertes et d'évènements de vie nouveaux peut mener à l'apparition d'une détresse psychologique chez les aînés. La présence de problématiques en santé mentale (PSM) comporte de multiples conséquences au quotidien dont la réduction de la participation à des activités de la vie de tous les jours (Larivière et coll., 2002). **Objectifs :** La présente étude vise donc à documenter, en se basant sur le Modèle de l'Ecology of Human Performance (EHP), le quotidien des personnes âgées avec un vécu de problématique en santé mentale (PAPSM) et les enjeux entourant leur rendement occupationnel (RO). Pour ce faire, les objectifs suivants seront répondus dans cet essai, soit de décrire la perception des intervenants du RO des PAPSM, des obstacles et des facilitateurs à leur RO et des solutions pour répondre aux besoins de ces personnes en termes de RO. **Méthode :** Un devis de type qualitatif descriptif a été utilisé pour la réalisation de la présente étude. Les données ont été recueillies par des entrevues individuelles auprès des acteurs engagés auprès de la clientèle cible. **Analyse :** Une analyse de contenu a été réalisée afin d'en faire émerger les thèmes saillants à l'aide de codification du verbatim selon le modèle mixte. **Résultats :** Les intervenants interrogés ont relevé que les PAPSM présentent un RO variable bien qu'une tendance soit observée pour le faible engagement dans les activités de la vie quotidienne, les activités signifiantes ainsi qu'un besoin d'aide pour la réalisation de ces activités. Plusieurs facilitateurs aux plans personnels (la présence d'intérêts, les incapacités physiques, les habiletés cognitives préservées) et contextuels (l'accompagnement, l'utilisation de services, la sécurité de l'environnement et la diminution des symptômes de la maladie mentale avec l'âge) favorisent le rendement occupationnel des PAPSM. Cela dit, la présence d'obstacles au plan personnel (par exemple la faible connaissance des intérêts et le manque d'opportunité, les limitations physiques, les pauvres habiletés sociales et le refus de demande d'aide) et au plan contextuel (par exemple l'isolement, la priorisation de la santé physique, la faible disponibilité des services et des bénévoles, le faible statut socio-économique, le vieillissement prématué, les multi-problématiques de santé et le vécu de nombreuses pertes) influencent négativement le rendement occupationnel des PAPSM. **Discussion :** Dans le but de favoriser la reprise occupationnelle des PAPSM, il conviendrait donc de miser sur les capacités résiduelles des aînés en les aidant à développer des intérêts et de miser sur une approche de type compensatoire par l'accompagnement dans des activités signifiantes, la mise sur pied de programme de prévention adapté aux PAPSM et l'action d'encadrer l'entourage. **Conclusion :** L'accompagnement de ces personnes pour différentes activités selon leurs besoins représente la solution à privilégier pour mettre de l'avant les forces de la PAPSM et les amener à être davantage engagées au quotidien.

Mots clé : Personnes âgées, santé mentale, rendement occupationnel, perception des intervenants

ABSTRACT

Introduction: Old age represents a period of life whereas elders can be concerned by multiple subjects, like the beginning of retirement, the loss of loved one and the change of living environment (Association des médecins psychiatres du Québec, [AMPQ], 2014). This period of losses and new events of life can lead the emergence of psychological distress among elders. The presence of mental health problems (MHP) can lead to several consequences daily such as a reduction of participation in activities of daily life (Larivière et al., 2002). **Objectives:** This study is intended to document daily life of elders with mental health problems (EMHP) and issues related to occupational performance (OP), based on the Ecology of Human Performance Model. To do so, this essay aims at answering the following objective: to describe the stakeholders' perception of OP of EMHP, the barriers and facilitators of OP, and solutions in order to answer to the needs relative to OP of these persons. **Methods:** Information will be obtained by individual interviews with stakeholders working with these target customers. **Analysis:** A content analysis was carried out to bring out prominent themes. **Results:** Participants have identified that EMHP have a variable OP, and a tendency to poor engagement in activities of everyday life and meaningful activities was observed, as well as and a need for help to accomplish these activities. Several facilitators in the personal (presence of interest, physical incapacity, residual cognitive potential) and contextual dimensions (accompaniment, service use, security of the environment and improvement of mental health with aging) promote the OP of EMHP. Personal barriers (lack of knowledge of interest and opportunity, physical limitations, poor social skills, absence of seeking help, the poor verbalisation of need and comprehension difficulty) and contextual barriers (isolation, prioritization of physical health service, low availability of services and volunteers, institutional limitations ageism, low socioeconomic status, premature aging, several health problems and multiple losses) negatively influence the OP of EMHP. **Discussion:** To promote occupational recovery of EMHP, focussing on the actual capacities of elders, help for the development and identification of their interests, as well as compensatory approaches, such as accompaniment in meaningful activities, prevention program adapted to EMHP and support to entourage should be used. **Conclusion:** This is why accompaniment represents the preferred solution to highlight the strength of EMHP and bring them to be more engaged in activities of everyday life.

Key Word: elders, mental health, occupational performance stakeholder perception.

1 INTRODUCTION

L'entrée dans le troisième âge représente une période de vie où les aînés peuvent être préoccupés par plusieurs sujets dont la transition vers la retraite, la perte d'êtres chers, le changement de milieu de vie (Association des médecins psychiatres du Québec, [AMPQ], 2014), les problèmes médicaux, les incapacités physiques, la perte de rôles sociaux importants ainsi que le vécu de déficits de rendement occupationnel (RO) (Larivière, Gélinas, Mazer, Tallant et Paquette, 2002). Cette période de pertes et d'évènements de vie nouveaux peut mener à l'apparition d'une détresse psychologique chez les aînés et contribue à rendre l'adaptation à l'ensemble des changements liés au vieillissement plus difficile (Couture, Larivière et Lefrançois, 2005). Une étude démontre qu'avec le vieillissement de la génération de baby-boomers, une augmentation du pourcentage d'individus aux prises avec une problématique en santé mentale (PSM) sera observée (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). En effet, la catégorie des personnes âgées avec une problématique en santé mentale (PAPSM) comprend les personnes présentant un diagnostic établi (Larivière et coll., 2002) et celles présentant des symptômes psychologiques suite à la survenue de nouveaux défis, mais n'ayant pas de diagnostic (Couture et coll, 2005).

Ceci étant dit, la citation suivante, issue du *rapport Harnois* (1987), portant sur l'élaboration d'une politique sur la santé mentale au Québec, « Je suis une personne pas une maladie » représente un des grands principes guidant les intervenants qui œuvrent auprès des individus avec des vulnérabilités en santé mentale, tels que ceux oeuvrant à l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ), 2008). Cette vision, démontrant la valeur de l'approche centrée sur la personne, représentera donc la toile de fond du présent essai qui vise à documenter le rendement occupationnel

La présence de PSM comporte de multiples conséquences au quotidien dont la réduction de la participation à des activités de la vie de tous les jours (Larivière et coll., 2002). Cette perte occupationnelle représente un des objectifs d'intervention auprès des personnes âgées par les ergothérapeutes (Association canadienne des ergothérapeutes, 2008) experts en habilitation de l'occupation (Townsend et Polatajko, 2013). En plus de ternir ce rôle, les

ergothérapeutes ont le devoir de plaidoyer pour les personnes âgées vulnérables afin de leur permettre d'avoir des opportunités occupationnelles et de promouvoir leur santé et leur bien-être à travers les occupations (Wright-St Clair, 2012). Toutefois, le sentiment d'isolement vécu par ces personnes âgées, le refus de demander de l'aide (Van Citters et Bartels, 2004) et un pauvre réseau social (Dallaire, McCubbin, Provost, Clarpentier et Clément, 2010) peuvent rendre difficile l'approche des clients vulnérables et la mise en place d'interventions ergothérapeutiques en vue de faciliter la reprise occupationnelle.

Le texte qui suit présentera donc la problématique entourant cette population âgée vulnérable et atteinte de PSM, la question de recherche et les objectifs guidant l'étude, la présentation du cadre conceptuel de l'Ecology of Human Performance (EHP) de Dunn, Brown et McGuigan (1994), la méthodologie de recherche, les résultats obtenus de la présente étude, la discussion ainsi que la conclusion de la recherche.

2 PROBLÉMATIQUE

La section suivante abordera la problématique sous-jacente à l'étude, c'est-à-dire la description des problématiques en santé mentale chez les personnes âgées, une recension des écrits portant sur les problématiques liées à leur RO, les facteurs favorisant et faisant obstacle à un RO optimal ainsi que les conséquences liées à la persistance des PSM chez les aînés.

2.1 Problématiques de santé mentale chez les aînés

Le DSM-V définit le concept de trouble de santé mentale comme un syndrome comportemental ou psychologique caractérisé par une détresse ou incapacité significative dans plus d'un domaine de fonctionnement qui reflète un dysfonctionnement psychobiologique sous-jacent au fonctionnement mental (American Psychiatric Association, 2013). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), certains déterminants permettent d'évaluer la santé mentale d'un individu tels que la maîtrise des pensées, des émotions, des comportements avec soi et autrui (Organisation mondiale de la Santé, 2013). Lorsque ces indicateurs sont affectés, un diagnostic de santé mentale peut être posé. Parmi la population des aînés aux États-Unis, 20 % se retrouve actuellement aux prises avec une problématique de santé mentale, avec une prévalence plus importante pour les diagnostics de dépression et d'anxiété (Van Citters et Bartels, 2004). Plus précisément au Québec, 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentent des incapacités liées à un diagnostic en santé mentale (Lefebvre, 2003).

Selon le lieu de résidence, la prévalence des PSM chez les aînés semble variée (Mechakra-Tahiri, 2009). En effet, une étude menée au Québec mentionne que les personnes âgées demeurant en milieu rural présentent un taux de dépression plus élevé que les aînés demeurant dans la région métropolitaine de Montréal (Mechakra-Tahiri). En effet, la région rurale comporte des limites comme le fait de devoir parcourir de longues distances afin d'avoir accès aux services de santé ainsi qu'à des opportunités d'interaction et d'engagement social. De plus, les raisons motivant le choix initial de résider dans une région rurale, telles que l'opportunité de pratiquer l'agriculture ainsi que le sentiment d'appartenance reliée au village, s'estompent et laissent place à la solitude suite à l'exode rural des proches (Mechakra-Tahiri). Toutefois, Sévigny et Vézina (2007) concluent plutôt que les gens en milieu rural développent

plus de mécanismes d’entraide que les individus en milieu urbain en raison de la plus faible offre de services. Ce mécanisme d’entraide est également observé dans la région de la Mauricie. En effet, cette région, présentant une population parmi les plus vieillissantes de la province, comporte une grande portion de résidents plus enclins à prodiguer des soins aux personnes âgées (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2014).

2.2 Problématique en santé mentale (PSM)

Afin d’obtenir un diagnostic en santé mentale, l’individu doit présenter un certain nombre de critères diagnostiques, où la présence de détresse psychologique est une variable commune à l’ensemble des troubles (Stein et coll., 2010). À ce sujet, plusieurs études se sont penchées sur le vécu de détresse psychologique chez les aînés. Parmi celles-ci, une étude canadienne a souligné que 27 à 48 % des personnes âgées vivant à domicile présentent des symptômes de détresse psychologique (Préville, Hébert, Bravo et Boyer, 2002). Plus précisément au Québec, 11 % de la population générale montre des indices élevés de détresse psychologique (Lefebvre, 2003). Toutefois Lefebvre rapporte que l’expérience de détresse est sous-déclaré par les aînés, ce qui limite l’appréciation réelle de l’ampleur du phénomène. Le faible niveau de consultation de services en santé mentale par les aînés (Cummings et Kropf, 2009) pourrait contribuer au fait qu’il y a peu de diagnostics établis chez ceux-ci. Le vécu de détresse peut s’observer de diverses façons, soit par la présence de facteurs dépressifs, la somatisation, le vécu d’anxiété et de colère et les problèmes cognitifs (Préville, Boyer, Potvin, Perreault et Légaré, 1992). Cela dit, dans un souci d’opérationnalisation de données et d’inclusion de l’ensemble des personnes âgées vulnérables, le concept de problématique en santé mentale sera utilisé dans le présent essai et il englobera autant la présence d’un diagnostic établi en santé mentale que l’absence de diagnostic. Nonobstant la présence ou l’absence d’un diagnostic établi, la personne âgée qui présente une problématique de santé mentale peut subir une baisse de son rendement occupationnel : ceci illustre la nécessité d’inclure les personnes avec et sans diagnostic dans cette étude.

Concernant les problématiques de santé mentale (PSM) en Mauricie, les indicateurs disponibles ne démontrent pas une prévalence plus élevée de PSM en Mauricie (4,9%) qu’ailleurs au Québec (4,2%), et ce, malgré le taux de suicide plus élevé auprès de la population

générale(20 cas pour 100 000 personnes) que la moyenne provinciale (15 cas pour 100 000 personnes) (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2014).

2.3 Le rendement occupationnel au quotidien d'une PAPSM

Le rendement occupationnel (RO) est défini comme le processus et le résultat de l'interaction d'une personne avec son contexte pour s'engager dans une tâche (Dunn, Brown et McGuigan, 1994). Au quotidien, les PAPSM présentent des difficultés occupationnelles telles que la difficulté à réaliser des activités de la vie quotidienne (AVQ) (telles qu'assurer son hygiène personnelle) (Conçalves, Coelho et Byrne, 2014), à réaliser des activités de la vie domestique (AVD) (telles que la gestion financière) (Cummings et Cassie, 2008) ainsi que des difficultés à réaliser des activités de loisirs impliquant la socialisation. L'isolement et la pratique de loisirs passifs (comme regarder la télévision) sont donc fréquemment observés auprès de cette population (Futeran et Draper, 2012). Ceci étant dit, très peu d'études documentent le rendement occupationnel des aînés et spécialement les PAPSM. Toutefois, diverses études ont documentées les facteurs entrant en jeu afin de faciliter ou de nuire à la réalisation d'activités quotidiennes.

2.3.1 Facilitateurs au rendement occupationnel

Quelques auteurs relèvent que le soutien social représente un facteur déterminant à un meilleur RO. Le soutien social est surtout d'ordre informel, par l'entourage de la PAPSM (parents, enfants, amis) qui s'assure de l'encadrement et des soins. Auprès des aînés, ce soutien informel est généralement limité à moins de deux personnes (Lefebvre, 2012) et les personnes âgées de 65 ans et plus sont celles qui reçoivent le moins de soutien social informationnel et émotionnel. Dans le cas d'une faible présence de l'entourage, le soutien social formel entre en ligne de compte et est assuré par les ressources en santé ainsi que les ressources communautaires (Lefebvre, 2003).

Parmi les acteurs du système de santé offrant de l'aide au PAPSM, le médecin de famille représente l'intervenant principal (Conçalves et coll., 2014) auprès de cette clientèle. Toutefois, bien que ce professionnel soit nécessaire pour la médication et la gestion des troubles de santé)

mentale légers, ce dernier est peu outillé pour répondre aux besoins des aînés présentant des troubles plus lourds (Fleury, Farand, Aubé et Imboua, 2012). Le psychiatre ainsi que le psychologue sont donc les intervenants à consulter dans ce cas, puisqu'ils sont plus spécialisés dans ce domaine (Conçalves et coll.). De plus, les services de santé mentale de première ligne ainsi que les visites à domicile par les professionnels de la santé représentent des stratégies aidantes pour les aînés (Choi, Kunik et Wilson, 2013).

2.3.1.1 *Facilitateurs au RO en Mauricie*

La région de la Mauricie et du Centre du Québec représente une des régions les plus vieillissantes de la province de Québec et divers services sont offerts à cette population (Lamontagne, Labbé et Guilbeault, 2013). Par exemple, dans la région de Trois-Rivières, les services les plus connus sont offerts par le Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières (CSSSTR) et le Centre d'action bénévole et visent à compenser certaines limites de RO au quotidien (Lamontagne, Labbé et Guilbeault, 2013). Le tableau 1 suivant illustre des exemples de services offerts dans cette région avec leur fréquence d'utilisation Lamontagne, Labbé et Guilbeault, 2013).

Tableau 1 Services offerts aux aînés en Mauricie

Organisation	Services	Nombre de bénéficiaires
Centre de santé et des services sociaux de Trois-Rivières	Guichet unique / accueil populationnel	Non disponible
	Centre de jour	230
	Allocation répit	1012
	Soutien à domicile	6734
Centre d'action bénévole du Rivage	Assistance à la personne	Non disponible
	Visite d'amitié	35
	Anima-zoo	20
	Popotte roulante	320
Ménagez-vous	Accompagnement transport	250
	Aide domestique	593

2.3.2 **Obstacles au rendement occupationnel**

Divers facteurs d'ordre personnel ou contextuel, sont associés à un faible RO chez les PAPSM. En ce qui concerne la personne, la présence de pauvres habiletés sociales, la difficulté à la résolution de problèmes, et les faibles capacités d'adaptation (Dallaire et coll., 2010) sont d'abord relevées comme étant nuisibles au RO. De plus, Dallaire et coll. ajoutent à ces vulnérabilités cognitives, des vulnérabilités psychosociales pour certaines personnes, telles

qu'une passivité acquise en lien avec des antécédents d'institutionnalisation. Cette présence de passivité s'observe par une faible réalisation d'activités au quotidien. Ces auteurs avancent également un vécu de double stigmatisation, en lien d'une part avec le vieillissement et d'autre part avec la présence d'une problématique en santé mentale. Cette stigmatisation peut donc contribuer à un isolement chez la PAPSM et une réduction du désir de s'engager dans des activités, particulièrement la réalisation d'activités de groupes organisées avec d'autres individus présentant une problématique en santé mentale (Green et coll., 2003). Stewart, Jameson et Curtin, (2015) mentionnent que la portée du phénomène de stigmatisation est d'autant plus importante dans le milieu rural tant au point de vue de l'autostigmatisation que la stigmatisation publique, en raison du des valeurs et des attitudes vis-à-vis la maladie mentale de certaines personnes âgées.

En ce qui concerne le contexte, la précarité de l'environnement physique, par le vécu de pauvreté (Dallaire et coll., 2010) contribue à minimiser les opportunités de RO au quotidien chez les aînés avec PSM. Aussi, l'isolement ainsi que le vécu de problématiques liées au transport représentent des obstacles au RO chez l'aîné (Van Citters et al. 2004). Ces derniers facteurs limitent l'utilisation de services essentiels en santé mentale où il est observé que seulement la moitié des aînés avec une PSM utilise ces services (Van Citters et coll.). À ce sujet, certains auteurs avancent comme hypothèses que certaines personnes âgées avec des problèmes de santé mentale (PAPSM) recherchent peu d'aide psychologique puisqu'elles privilégient l'autogestion, qu'elles présentent une crainte de demander de l'aide, que des doutes en lien avec l'efficacité des services sont présents (Conçalves et coll., 2014) et qu'une somatisation des symptômes de détresse psychologique peut se produire (Sivis, McCrae et Demir, 2005; Dallaire et coll.). D'autres avancent que les PSM sont vus négativement aux yeux de la population (Segal, Coolidge, Mincic et O'Riley, 2005). Ce constat s'illustre par le fait que certaines personnes atteintes d'un PSM portent une stigmatisation et ressentent de la honte en lien avec leur condition (Segal et coll.). Ce ressenti peut être lourd de conséquences dans le cas où les individus refusent de l'aide pour gérer leur PSM, puisque des conséquences peuvent s'ensuivre, tel qu'une diminution de la qualité de vie (Cummings et coll., 2008) la malnutrition, la diminution de la santé physique ainsi que les idées suicidaires (Sivis et coll.). Dans la région de la Mauricie, il est possible de constater qu'un faible pourcentage des personnes âgées consulte les services

communautaires (voir tableau 1), considérant que la population des aînés (plus de 65 ans) s'élève à 46 746 personnes dans cette région.

Ainsi, comme mentionné précédemment, la littérature rapporte principalement les obstacles et les facilitateurs au rendement occupationnel des aînés sans toutefois documenter le rendement au quotidien. De plus, les études sur le rendement ont principalement été réalisées à l'extérieur du Québec. Ce faisant, les contextes gouvernementaux, institutionnels et les valeurs véhiculées par les diverses sociétés peuvent teinter les résultats rapportés. Conséquemment, une étude québécoise sur le sujet et réalisée dans une région présentant un bassin de population plus vulnérable, tel qu'en Mauricie s'avère intéressante.

2.4 Conséquences des PSM à long terme

Dans le cas d'une perdurance des PSM et de l'évitement ou l'absence des ressources d'aide, diverses conséquences peuvent se produire. Celles-ci peuvent être liées à la condition physique de la PA comme l'apparition de malnutrition et le non-traitement des pathologies physiques (Sivis, McCrae et Demir, 2005; Dallaire et coll., 2010). Les conséquences peuvent aussi être liées à la condition psychosociale de la PA par le vécu d'idéations suicidaires (Sivis et coll.), la diminution de la qualité de la vie, le vécu de solitude et d'exclusion sociale (Futeran et Draper, 2012). Finalement, une institutionnalisation prématuée peut s'observer chez les PAPSM (Dallaire et coll.).

2.5 Pertinence de l'étude

À la lumière de ces constats, la littérature révèle peu d'informations concernant le RO ainsi que les facilitateurs et obstacles entourant le RO des PAPSM. Aussi, très peu d'études québécoises ont étudié le RO des PAPSM. Ainsi, considérant que cette population reçoit généralement moins d'attention dans les offres de services en santé et dans la communauté (Conçalves et coll., 2014), l'étude du rendement des PAPSM présente conséquemment une pertinence sociale. Plus encore, considérant que la vulnérabilité des PAPSM en Mauricie est exacerbée par le fait que plus du tiers de ceux-ci demeure seul (31,1%) (Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2014), il devient donc pertinent de documenter leurs besoins.

De plus, le contexte actuel de soins, souhaitant offrir des services de santé qui soutiennent des valeurs d'autonomisation, est toutefois limité par des restrictions institutionnelles réalisées par les gouvernements (coupure, suivi limité). Ce faisant, une précision des besoins et des enjeux au RO pourra faciliter la réflexion quant aux priorités et stratégies à mettre en place dans ce contexte actuel. Finalement, il est du devoir des ergothérapeutes de plaider pour cette population dont la vulnérabilité est liée entre autre à la double stigmatisation associée d'une part au vieillissement et d'autre part à la santé mentale, telle que soulignée dans l'étude de Dallaire et coll. (2010). La connaissance de certains obstacles au rendement occupationnel soutiendra la plaidoirie des ergothérapeutes pour ces personnes.

Suite à l'état actuel des connaissances sur le sujet, des consensus entre chercheurs émergent. Il est relevé que la société actuelle se trouve à l'aube d'une croissance de la population âgée avec un PSM et qu'une problématique d'isolement et de faible rendement occupationnel de cette population est observée. Ceci étant dit, une exploration des enjeux reliés à ce faible RO des PAPSM dans la région de la Mauricie s'impose afin de pouvoir enrichir la réflexion quant aux pistes de solutions à cette situation.

3 QUESTION ET OBJECTIFS

Consécutivement à ces constats, la question suivante, guidera la présente recherche : « Quelle est la perception des intervenants qui oeuvrent auprès des aînés ayant une problématique de santé mentale du rendement occupationnel des personnes âgées avec une problématique en santé mentale en Mauricie ». Cette question sera opérationnalisée par les objectifs suivants soit de décrire la perception des intervenants dans la région de la Mauricie a) du RO des PAPSM, b) des obstacles au RO, c) des facilitateurs RO et d) des solutions pour répondre aux besoins de ces personnes en termes de RO. La perception des intervenants sera utilisée pour répondre à ces questions étant donné leur expérience de travail auprès de ces personnes et leur connaissance en ce qui concerne le RO des PAPSM et des enjeux à ce rendement, leur connaissance de l'environnement de ces personnes et du fonctionnement des institutions et organismes qui offrent de services à ces personnes.

4 CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre de l'étude, plusieurs facteurs ont été abordés, tels que les habiletés de la personne et l'environnement social, avec une attention spéciale à l'interaction entre ceux-ci. L'ensemble de ces facteurs représente les dimensions clés du modèle de l'Ecology of Human Performance (EHP), un modèle à la fois simple et interdisciplinaire schématisé à la Figure 1 suivante (Dunn, Brown et McGuigan, 1994). Ce modèle, comportant quatre dimensions, lorsqu'appliqué aux aînés, permet de mieux comprendre le rendement occupationnel d'une personne âgée dans la réalisation de ses tâches quotidiennes, de par l'interaction entre les dimensions de la personne et du contexte. Considérant l'importance de chacune de ces dimensions, celles-ci seront donc brièvement définies.

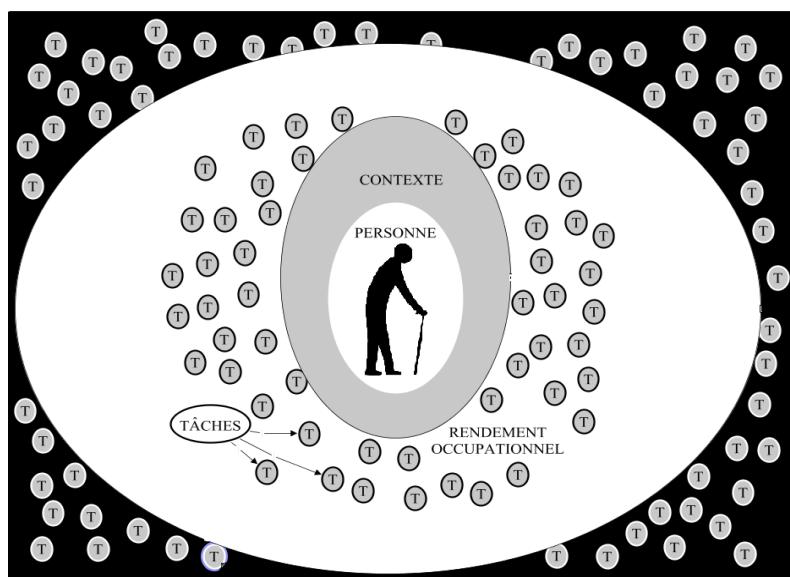


Figure 1. Ecology of Human Performance

Adaptée de Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607

Tout d'abord, la personne est définie comme un individu possédant une configuration unique d'habiletés et d'expériences passées. Ce faisant, chaque personne est unique et complexe de par la variété des facteurs personnels, c'est-à-dire les valeurs, les intérêts individuels ainsi que trois types d'habiletés : les habiletés sensori-motrices, cognitives et psychosociales.

Ensuite, le contexte est défini comme étant les facteurs agissant à l'extérieur de la personne. Le contexte se divise en deux composantes : la dimension temporelle et environnementale. La dimension temporelle représente les aspects relatifs au temps et sont reliés aux attentes de l'environnement pour chaque période de vie. Cette dimension englobe l'âge chronologique (tranche d'âge associée à une attente telle que l'âge de 18 ans correspond à l'âge pour voter), développemental (catégories d'âge : enfance, adolescence, âge adulte, personne âgée), le cycle de la vie (phases importantes de la vie telles que le fait de devenir parent) ainsi que l'état de santé (continuum d'incapacité telle qu'une typologie aiguë, chronique, terminale). La composante environnementale se rapporte aux aspects du contexte physique, social et culturel. Le contexte physique correspond à l'ensemble des éléments non humain entourant l'individu (terrain, bâtiment, objets, outils). Le contexte social correspond aux disponibilités et aux attentes des personnes importantes entourant l'individu (inclue également les groupes sociaux plus larges et leur influence sur les normes, routines et attentes en lien avec les rôles). Finalement, le contexte culturel représente les coutumes, croyances, habitudes et attentes de la société à l'intérieur de laquelle l'individu fait partie (inclue les aspects politiques comme les lois qui donnent accès aux ressources, les opportunités d'éducation, d'employabilité et de support économique).

Par la suite, la tâche est définie comme étant la réalisation d'un ensemble de comportements menant à un objectif. Dans son environnement, chaque personne a la possibilité d'effectuer une multitude de tâches variées. Des regroupements de tâches mènent à l'accomplissement de divers rôles (tel que le rôle de grands-parents, parents, cuisinière) et chacune des tâches a un sens pour la personne.

Finalement, le rendement occupationnel est défini comme le processus et le résultat de l'interaction d'une personne et son contexte pour réaliser une tâche. Le champ du rendement est déterminé par cette interaction, c'est-à-dire en considérant les habiletés personnelles, l'expérience vécue et le contexte dans lequel la personne accomplit ses activités. Ce rendement est illustré dans le modèle par un « champ de rendement », tel qu'illustré à la Figure 2. Lorsqu'une personne possède plusieurs habiletés personnelles ainsi que des opportunités liées au contexte et correspondant à ses habiletés et autres facteurs personnels, le rendement

occupationnel est optimal et est caractérisé par une autonomie. Dans le cas contraire, où des faiblesses sont relevées au niveau personnel et contextuel, le champ du rendement est plus pauvre et ce dernier peut être qualifié de problématique lorsqu'il y a une modification, une absence ou une perte du rendement de certaines tâches. Ce faisant, le modèle considère le résultat observable ainsi que le processus associé à la réalisation d'une tâche, c'est-à-dire le vécu intérieur de la personne ainsi que le processus d'interaction entre la personne et son contexte menant au résultat.

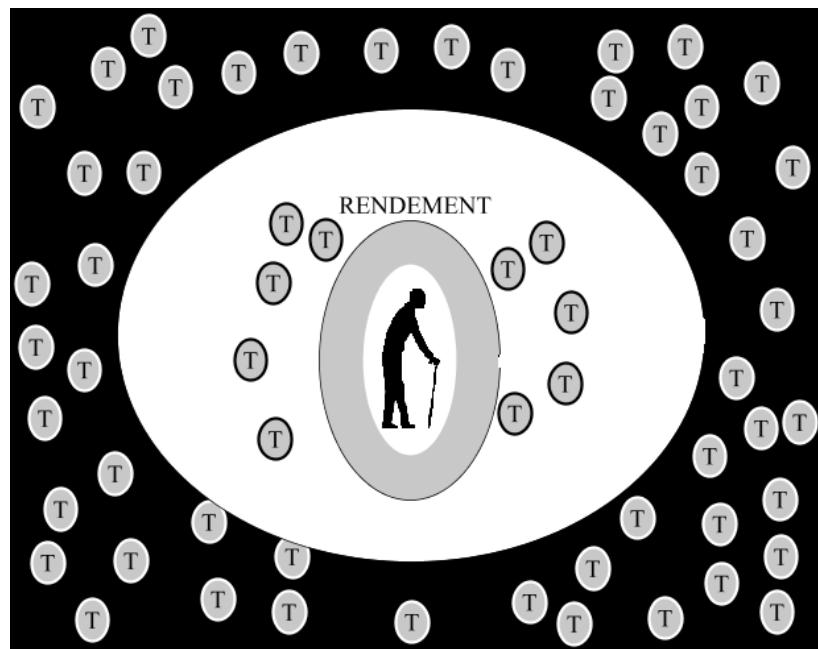


Figure 2. Illustration d'un rendement problématique

Adaptée de Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607

Par conséquent, ce modèle permet d'aborder divers thèmes abordés dans la présente étude soit la description des activités réalisées quotidiennement par les personnes dans leur contexte (tâches et contexte), le rendement à la réalisation d'activités (dimension du rendement occupationnel) ainsi que l'identification des facilitateurs et obstacles à la réalisation des activités au quotidien (dimensions de la personne et du contexte). Ce modèle est d'autant plus intéressant de par l'importance donnée au contexte dans l'analyse de la situation de la clientèle cible (PAPSM) ainsi que dans les stratégies d'interventions qu'il propose. En effet, les personnes

âgées sont confrontées à vivre des changements et de nombreuses pertes (Lapierre et coll.. 2012), tels que le décès de proches et le changement de milieu de vie. Ce faisant, l'analyse d'une situation ne peut être complète que si la personne est considérée comme étant indissociable de son contexte (Dunn, Brown et Yougstrom, 2003). Aussi, ce modèle suggère des stratégies d'intervention, reliés à la personne ou à son contexte. En ce qui concerne la personne, les interventions visant à « restaurer » vise à utiliser les forces de l'individu pour favoriser l'amélioration des habiletés déficitaires. En ce qui concerne le contexte, la stratégie visant à « modifier ou adapter » vise à modifier la tâche ou le contexte par des stratégies compensatoires afin de favorise la réalisation de l'activité. Ensuite, la stratégie « altérer » vise à placer l'individu dans un contexte optimal à ses habiletés afin de favoriser le rendement occupationnel tandis que la stratégie « prévenir » vise à anticiper les difficultés pouvant être vécues dans un contexte et le modifier. Finalement, la dernière stratégie « créer », vise à créer des outils pour faciliter l'accomplissement de la tâche par la personne (Dunn, Brown et Yougstrom, 2003).

Finalement, la simplicité des concepts du modèle permet de faciliter la communication avec l'ensemble des intervenants, par l'utilisation d'un langage commun. En effet, le terme occupation, utilisé spécifiquement en ergothérapie, n'est pas utilisé dans le modèle. Le terme « tâche » et le terme « activité » sont plutôt choisis et utilisés puisqu'ils visent à faciliter la communication interdisciplinaire (Dunn, Brown et Yougstrom, 2003), ce qui est pertinent dans une recherche dont la méthodologie comporte des participants issus de diverses professions.

5 MÉTHODE

Cette section vise à décrire la méthodologie de la présente étude incluant le devis de recherche, les critères de recrutement des participants, la méthode de collecte de données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques.

5.1 Devis de recherche

Un devis de type descriptif qualitatif sera utilisé pour la réalisation de la présente étude. En effet, une description du rendement occupationnel des PAPSM de la Mauricie, c'est-à-dire l'accomplissement des tâches quotidiennes ainsi que les enjeux entourant leur rendement occupationnel sera réalisée à l'aide de l'opinion d'experts agissant auprès de cette clientèle.

5.2 Participants

La section suivante présente les méthodes d'échantillonnage utilisées et les critères d'inclusion des participants.

5.2.1 Méthodes d'échantillonnage

La méthode de recrutement ou d'échantillonnage par réseau a été choisie afin de recruter les participants. Les coordonnées des participants potentiels ont été fournies par les membres de l'équipe de recherche suivants : Ginette Aubin, erg., Ph.D., ou Marie-Josée St-Pierre, Ph.D candidate, erg., les connaissant au préalable. La modalité de contact privilégiée fut le téléphone ou le courrier électronique. Par la suite, dans le cas d'une impossibilité à participer à l'étude, les participants avaient l'opportunité de recommander un collègue pouvant être intéressé et disponible à participer à la recherche. Ce faisant, un total de cinq participants ont donc été sollicités afin de participer à l'étude dans le but de représenter les différents milieux recevant des demandes et offrant des services aux PAPSM. Quatre d'entre eux ont répondu à l'appel en acceptant de réaliser une brève entrevue sur le sujet d'étude.

5.2.2 Recrutement et critères d'inclusion

Les participants recommandés et interpellés ont été recrutés selon les critères d'inclusion suivants :

- Être un professionnel œuvrant dans un des milieux suivants : organismes communautaires, milieux hospitaliers, services de soutien ou de soins à domicile auprès des aînés PSM
- Être en contact régulier auprès des PAPSM dans le cadre de leur travail
- Avoir une expérience auprès de cette clientèle d'au moins 6 mois

5.3 Collecte de données

La prochaine section vise à présenter la méthode et la procédure de collecte de données.

5.3.1 Méthode de collecte de données

Les données ont été recueillies par la réalisation d'une entrevue individuelle auprès des acteurs engagés auprès de la clientèle cible. Parmi les trois entrevues accomplies, une d'entre elles a été réalisée en présence de deux intervenants pour des raisons de champ d'expertise complémentaire. Les intervenants sollicités ont été soumis à une entrevue semi-structurée d'une durée d'environ 1h selon la disponibilité des participants. Pour ce faire, une grille d'entrevue a permis d'orienter le sujet de la discussion selon des thèmes prédéfinis tout en laissant une ouverture à l'inclusion de nouveaux thèmes émis par le participant. Dans le but d'éviter d'influencer les réponses des participants, les questions d'entrevue ont été posées de façon ouverte et neutre. L'entrevue a été réalisée une seule fois dans le milieu de travail du participant ou à leur domicile selon leur préférence.

5.3.2 Procédure de collecte de données

Suite à l'obtention du consentement à la participation à l'étude, un rendez-vous en personne a été fixé au cours duquel un feuillet explicatif de la recherche a été remis. Les participants ont donc eu à en prendre connaissance et à témoigner leur consentement à la participation par la signature du formulaire de consentement. Lorsque les entrevues se déroulaient sur les heures de travail, il a été vérifié auprès des participants si l'obtention de l'accord de l'employeur était nécessaire. Toutefois, étant donné le statut d'emploi autonome de ces participants, aucune requête auprès de l'employeur ne fut nécessaire pour les entrevues réalisées durant les heures de travail.

5.4 Analyse des données

L'analyse de donnée a été réalisée de manière qualitative. Les données recueillies par enregistrement audio ont été transcrites en verbatim par l'étudiante-chercheure. Une analyse de contenu a ensuite réalisé pour chaque entrevue afin d'en faire émerger des thèmes principaux. Une codification du verbatim a été effectuée selon le modèle mixte (L'Écuyer, 1990), soit à partir des thèmes identifiés a priori selon le modèle de l'EHP tout en laissant émerger de nouveaux thèmes qui pourraient provenir des entrevues. Les analyses se sont échelonnées au cours de la collecte de données, menées selon un processus de comparaison constante entre les données obtenues et leur interprétation.

5.5 Dimension éthique

Avant la réalisation de la recherche, une demande de certification éthique a été soumise au comité éthique de recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières. La demande a été acceptée le 21 mai 2015 et le certificat d'approbation portant le numéro CER-15-212-07.20 se trouve en Annexe A.

Les données audio ont été consignées sur un disque dur entreposé sous clé dans le local de recherche en ergothérapie à l'UQTR. Les verbatims ont été transcrits dans un document Word scellé avec un mot de passe et consigné dans un support USB conservé sous clé à l'UQTR. Les personnes ayant accès aux documents étaient l'étudiante responsable de ce projet ainsi que la directrice de maîtrise de l'essai. L'ensemble des données recueillies sera conservé sur une période de 5 ans et sera ensuite supprimé du disque dur après cette période.

Lors de la rédaction du verbatim, les informations nominatives ont été omises. Le document a toutefois été intitulé par le poste occupé du participant ainsi que son milieu de travail (communautaire, service social à domicile et service de santé à domicile).

Dans le cas d'une recherche secondaire supplémentaire, les données seront accessibles sous forme de verbatims anonymisés avec catégorisation du milieu de travail du participant (services communautaires, services de santé à domicile, services de santé en institution) pouvant être réutilisé pour une étude ultérieure, par exemple effectuée dans une autre région.

6 RÉSULTATS

La section des résultats présentera les caractéristiques des quatre participants ayant pris part à l'étude ainsi que les résultats obtenus lors des entrevues réalisées. Le point de vue de ces intervenants, offrant des services aux PAPSM, a été recueilli à l'aide de trois entrevues, dont deux étaient individuelles et une incluait deux participants. Il est à noter que pour la présentation des résultats, les deux participants de l'entrevue conjointe seront présentés comme un seul individu.

6.1 Description des participants

Le Tableau 2 suivant présente les informations descriptives de chacun des participants. Dans le but de préserver l'anonymat des participants, la mention de la profession des participants a été omise du tableau.

Tableau 2 Description des caractéristiques des participants

	P1	P2	P2	P3
Années d'expérience	44	12	7	11
Milieu de pratique	Services de santé à domicile et en institution	Service communautaire	Service communautaire	Service de santé à domicile
Région desservie	Shawinigan (territoire CSSS de l'Énergie)	MRC de Maskinongé	MRC de Maskinongé	Trois-Rivières
Fréquence de cotoiement des PAPSM	Quelquefois par semaine	Quelquefois par semaine	Quelquefois par semaine	Quotidiennement

Les participants à l'étude pratiquaient à l'intérieur de trois MRC différentes de la région administrative de la Mauricie. Les régions sont : Trois-Rivières, Shawinigan ainsi que Maskinongé. Les participants P2 ont donc une perspective davantage « rurale » avec la MRC de Maskinongé tandis que P1 et P3 présentent une perspective urbaine avec les villes respectives de Shawinigan et de Trois-Rivières. Cette hétérogénéité entre les trois régions est également présente pour le milieu de pratique où les services rendus étaient des services de santé et

communautaire. P1 et P3 œuvrent davantage à domicile tandis que P2 travaillent dans un organisme où les personnes viennent sur place et offrent un service visant à permettre aux individus de réaliser des activités à l'extérieur de leur domicile. Les années d'expérience auprès de la clientèle varient entre 7 et 44 d'années où les intervenants côtoient principalement « quelquefois par semaine » la clientèle de PAPSM.

6.2 Description du rendement occupationnel des PAPSM

Pour la classification des informations tirées des entrevues, le modèle de l'EHP a été utilisé. Ce faisant, les informations recueillies en ce qui concerne le rendement occupationnel, la dimension personnelle et la dimension contextuelle seront présentées respectivement dans les tableaux 3, 4 et 5 suivants. Le tableau 3 illustre la perspective de chacun des intervenants du rendement occupationnel des PAPSM. Les thèmes rapportés sont la variation du rendement occupationnel selon les personnes et dans le temps, le rendement occupationnel caractérisé par une autonomie et le rendement occupationnel problématique, et ce pour chacun des intervenants. Par la suite, chacun de ces thèmes seront respectivement approfondis.

Tableau 3 Perspective des intervenants sur le rendement occupationnel des PAPSM

Participants			
	1 (P1)	2 (P2)	3 (P3)
Variation du rendement	<ul style="list-style-type: none"> <i>-L'autonomie est différente pour chacun</i> -Certains avaient un fonctionnement optimal dans le passé (ex : occupation d'emploi, vie familiale) 		<ul style="list-style-type: none"> - Certains avaient un fonctionnement optimal dans le passé (ex : occupation d'emploi, vie familiale)
Rendement caractérisé par une autonomie +	<ul style="list-style-type: none"> -Opportunités de discussions en résidence par la présence de résidents et du personnel -Réalisation des soins d'hygiène <u>avec aide d'un préposé</u> 	<ul style="list-style-type: none"> <i>-Participation aux activités de leur organisation (plateaux de travail, sortie)</i> <i>-Autonomie plus élevée dans la ville de Louisville que dans les villages environnants</i> -Réalisation des courses et rendez-vous médicaux <u>avec accompagnement des aidants ou d'organismes communautaires</u> -Réalisation de tâches ménagères sans aide <i>-Facilité du déplacement</i> 	<ul style="list-style-type: none"> -Réalisation de loisirs tels que la radio, prière, visite d'amitié, bingo -Épicerie, gestion des finances <u>avec accompagnement des aidants ou d'organismes communautaires</u>
Rendement problématique -	<ul style="list-style-type: none"> -Faible engagement et loisirs passifs (télévision, messe à la télévision) <u>-Absence de loisirs significatifs</u> -Arrêt des activités significatives associées à une perte de rendement (arrêt de peinture suite à un AVC) <u>-Auto-négligence (pauvre alimentation)</u> <u>-Peu de sorties (épicerie, loisirs), peu de déplacement</u> -S'isole dans la résidence (évite les contacts avec les autres et les activités dans les aires communes) 	<ul style="list-style-type: none"> <u>-Absence d'implication dans les activités autres que celles proposées par leur association</u> -Rigidité dans les habitudes -Subvient aux besoins d'un animal de compagnie plutôt qu'aux leurs 	<ul style="list-style-type: none"> -Passivité et <u>inactivité</u> <u>-Auto-négligence</u> -Consommation alcool - Passivité suite à la désinstitutionnalisation <i>-Déplacement complexe</i>

* Caractère gras : perspective partagée par 2 intervenants *Caractère gras et souligné : perspective partagée par tous *Italique : Divergence d'opinions

Caractère sans particularité : mentionné par une seule personne

6.2.1 Variation du RO selon les personnes et dans le temps

Le niveau de RO varie d'une part d'un individu à l'autre et d'autre part le rendement varie dans le temps pour un même individu. Il est mentionné d'emblée par P1 que le fonctionnement des PAPSM est propre à chacun :

Y'en a [...] tu dis mais comment qui fait pour être encore en vie après tout ce qui a traversé les cancers, les opérations pis tout ça L'AUTRE [...] y lève le bras pis y'est essoufflé, alors cette hétérogénéité de la personne âgée elle est vraie aussi pour les activités

De plus, il est relevé par deux intervenants que la clientèle de PAPSM est constituée d'individus ayant eu une problématique de santé mentale durant l'entièreté de leur vie, mais aussi d'individus ayant eu une période de fonctionnement optimale dans le passé avec survenue d'une PSM à un âge plus avancé : « t'es un peu fragile [...] au départ t'as quelques petits problèmes mais ça s'accumule, problèmes de santé par-dessus [...] pas d'amis, pas de réseau, un laisser-aller, négligence de leurs propres affaires » (P3).

6.2.2 Rendement occupationnel caractérisé par une autonomie

Certaines PAPSM présentent un RO caractérisé par une autonomie par le fait qu'elles réalisent des activités diverses seules ou avec de l'aide, telle que les soins personnels, les rendez-vous médicaux, les courses et la gestion des finances. À ces activités de la vie quotidienne s'ajoute la pratique d'activités de loisirs, rapportée par P2 :

Ça va aller en plateau de travail, ça va aller faire des commissions, ça va aller chez le médecin [...] si y'ont des loisirs y vont les faire AVEC leur organisation, [...] y vont aller aux pommes, [...] y vont aller au cinéma peut-être une fois par année [...] y vont aller magasiner peut-être une fois ou deux par année [...] t'sais y vont organiser un autobus pour eux autres [...] mais de là à se mêler à la société (...) PAS TANT.

6.2.3 Rendement occupationnel problématique

En ce qui concerne le rendement problématique, des difficultés sont notées au point de vue du faible engagement et de l'inactivité, de l'auto-négligence personnelle et de la variation de l'autonomie et des sorties dans la communauté selon les régions.

Faible engagement et inactivité

Tout d'abord, l'ensemble des intervenants rapporte une tendance au faible engagement dans les loisirs et une prépondérance pour l'inactivité. Cette inactivité est illustrée ainsi par le P1 : « ils nous regardent passer sont apathiques, comme des animaux en captivité [...] y'ont pas à se soucier de la nourriture le *gardien du zoo* les nourrit [...] y sont un peu comme ça apathiques y font rien y regardent passer ». Lorsque la pratique de loisir est présente, celle-ci est associée à un faible engagement et à un choix de loisir de type passif tel que l'écoute de la télévision. P1 rapporte que « la télévision est quand même un loisir qui les occupe quand même beaucoup [...] jusqu'à un certain point y'en a que tu vois qui sont DEVANT la télévision mais ils ne la regardent pas ». Pour les loisirs significatifs pratiqués dans le passé, il est observé par P1 qu'un arrêt de ceux-ci peut se produire, par exemple suite à une atteinte physique: « un moment donné on l'a amené à sortir ses toiles ses tubes tout ça mais y'a recommencé mais à cause de ses ACV y'a abandonné il se trouvait pas assez de de motricité fine [...] sans se dévaloriser y'arrivait au constat que y'était pas capable».

Auto-négligence personnelle

Ensuite, au point de vue des activités de la vie quotidienne, deux des intervenants mentionnent l'observation d'autonégligence personnelle chez certaines des personnes qu'elles rencontrent, c'est-à-dire négliger ses propres soins personnels et la salubrité de son environnement (par exemple l'hygiène, l'alimentation, ménage). P3 rapporte qu'une PAPSM « avait les ongles longs de même qui s'est pas lavé depuis des années une plaie de lit de dos grande de même » tandis qu'une autre « mangeait pu [...] sa santé était en train de décliner parce qu'elle mangeait pas pis a s'occupait pas bien d'elle ». Finalement au point de vue des activités de la vie domestique, il est possible d'observer une faible réalisation de tâches ménagères chez certaines personnes, contribuant à rendre les milieux de vie insalubres : « est là depuis 46 ans [...] est dans sa chambre pis y'a pas eu de ménage qui s'est fait là depuis c'te temps-là » (P3). Aussi, la possession d'animaux peut contribuer à rendre les milieux de vie insalubre et amener des PAPSM à prioriser les besoins de l'animal au détriment des leurs.

Autonomie et sorties dans la communauté variant selon la région

Ceci étant dit, des points de vue contradictoires sont observés en ce qui concerne le niveau d'autonomie selon la localisation géographique ainsi que le niveau de participation à des activités à l'extérieur du domicile. Tout d'abord, P2 mentionne que la localisation géographique a un impact sur l'autonomie dans la réalisation des activités quotidienne des gens de la ville de Louiseville : « en milieu urbain (Ville de Louiseville) [...] Beaucoup plus autonome [...] point de vue transport beaucoup plus capable de se rendre à une place ». Cependant, ce lien, entre la résidence en ville et l'autonomie quotidienne accrue, n'est pas relevée sur le territoire de Shawinigan par P1 :

J'en vois en ville qui se débrouille drôlement selon les circonstances pis t'en a aussi dans le milieu rural qui d'habitude dans le milieu rural tu dois être assez autonome [...] et ils se débrouillent pas du tout c'est : du cas par cas.

Ensuite, P2 mentionne que les PAPSM pratiquent plusieurs activités à l'extérieur du domicile par la fréquentation d'une organisation communautaire tandis que P1 mentionne que les PAPSM sortent très peu de leur domicile : « très peu ça sort [...] non ils sortent pas ».

6.3 Description des enjeux du rendement occupationnel des PAPSM

Les divers types de rendement occupationnels abordés ci-haut représentent le résultat de l'interaction des facteurs personnels et contextuels à la PAPSM, où ces derniers peuvent être facilitateurs ou représenter des obstacles. La présente section abordera donc les facilitateurs et obstacles au RO, relevés par les intervenants, en ce qui concerne chacune des dimensions personnelles et contextuelles.

Pour plus d'information sur l'ensemble des facteurs relevés, les Tableaux 4 et 5 en annexe F illustrent l'entièreté des perspectives nommées par les intervenants au sujet de la description des dimensions (D), des facilitateurs (+) ainsi que des obstacles au rendement occupationnel des PAPSM selon les dimensions du modèle de l'EHP. Le tableau 4 illustre les thèmes se rapportant à la personne tandis que le tableau 5 se concentre sur son contexte. Pour le tableau 5, il est à noter que la catégorie « institution » a fait l'objet d'ajout au modèle EHP, étant donné les forces

et limites rapportées par rapport à la structure des institutions ou des caractéristiques personnelles des intervenants.

6.3.1 Facilitateurs au RO

Plusieurs facteurs peuvent contribuer à favoriser le RO des PAPSM. Ceux-ci peuvent être d'ordre personnel, par la présence de capacité propre à l'individu ou être d'ordre contextuel, par la présence d'une aide extérieure, provenant de l'environnement de la personne.

6.3.1.1 *Facilitateurs personnels au RO*

En ce qui concerne la dimension personnelle, la présence d'intérêts pour des loisirs, les incapacités physiques au plan de l'hygiène, ainsi que les habiletés cognitives préservées facilitent le rendement occupationnel des PAPSM.

Présence des intérêts pour des loisirs

Les PAPSM ont le désir de réaliser des activités de loisirs ou des activités sociales accompagnées: « y'avais de l'intérêt là à faire des nouvelles activités puis [...] c'était accompagné [...] seul y'était pas capable » (P1). De plus, P1 ajoute à ce sujet qu'il est important d'adopter une approche personnalisée auprès de ces individus puisque les intérêts sont propres à chacun : « faut le questionner FAUT SAVOIR C'QUI VEUT pis c'qui aimeraient [...] Leur amener des choses qui ont eu du sens pour eux autres ». Pour certains une plus grande signification est accordée aux loisirs traditionnels de leur époque.

Incapacités physiques au plan de l'hygiène

Ensuite, il est étonnamment relevé par P1 que des problèmes d'hygiène représentent un facteur facilitant puisqu'ils justifient la mise en place de services. Selon lui, il faut :

Les sortir de leur [...] isolement pis des fois carrément on force un peu la note pour qu'y aient des soins d'hygiène mais l'idée c'est pas ça c'est qui ait une présence à tous les jours [...] qui soient pas 2-3 jours de temps sans : comme si y'étaient sur une autre planète (P1)

Habiletés cognitives préservées

Le maintien des habiletés cognitives est également considéré par les intervenants comme des leviers à la réalisation d'activités quotidiennes et ce, en dépit des effets secondaires à la

médication, à l'environnement peu stimulant et à la réduction des habiletés cognitives due au vieillissement normal. Afin de favoriser la réalisation des activités quotidiennes, la capacité à planifier, à verbaliser les besoins à autrui, à initier et à poursuivre une démarche représentent des variables aidant la PAPSM dans son RO. Ces facteurs permettent donc à la PAPSM d'être impliquée dans des activités et avoir un rendement occupationnel optimal. P2 mentionne à ce sujet que les PAPSM peuvent faire des démarches seuls pour la réalisation d'une activité routinière : « Sont capables de me dire je veux aller chez la coiffeuse [...] à toutes les vendredis y vont téléphoner ».

6.3.1.2 Facilitateur contextuel au RO

Au point de vue du contexte, l'accompagnement et l'appartenance, l'utilisation de services, l'approche des intervenants, la sécurité de l'environnement et la diminution des symptômes de la maladie mentale avec l'âge permettent de faciliter le fonctionnement des PAPSM.

Accompagnement et appartenance

L'accompagnement, c'est-à-dire le fait de fournir une assistance humaine selon les besoins de la PAPSM, représente le facteur principal émis par l'ensemble des intervenants, favorisant le rendement occupationnel des PAPSM. En effet, il est ramené par P1 que : « t'as des entourages qui sont facilitateurs [...] qui sont encourageants qui accompagnent ». Plus spécifiquement, l'accompagnement par le fait d'être accompagné par une personne significative ou de faire partie d'un groupe, tend à favoriser un sentiment d'engagement: « y sont plus avec leur organisation parce qu'y sentent plus un sentiment d'appartenance pis y participent plus à ça » (P2).

Utilisation de services

L'utilisation de services a été relevée par les participants comme un facteur soutenant le rendement. Les services peuvent être communautaires comme la « popote volante », la « COOP » mais aussi de santé comme les services de « psychiatrie ».

Approche des intervenants

L'approche utilisée par les intervenants permet maximiser les effets positifs de l'utilisation de services. Ce faisant, les intervenants engagés, défendant les droits des PAPSM, adoptant une approche positive, travaillant en équipe interdisciplinaire ainsi qu'en collaboration avec les proches aidants ont été relevés par les participants comme des conditions aidant au rendement occupationnel des aînés.

Environnement sécuritaire

Un environnement plus encadrant et répondant aux besoins de la PAPSM, obtenu suite à un changement de milieu de vie vers une résidence offrant de plus grandes opportunités occupationnelles est rapportée comme un facteur favorisant le rendement occupationnel de l'aîné : « tous les jours il va à la collation parce qu'en même temps il rencontre les autres pis après ça sur l'heure du midi il se berce un peu il placote avec la femme qui fait le manger »(P1). Aussi, pour les PAPSM avec des limitations sur le plan des habiletés motrices, l'utilisation d'aides techniques favorise les déplacements et amène un sentiment de sécurité.

Diminution des symptômes de la maladie mentale

Pour les facteurs temporels, il est relevé que les symptômes de la maladie tendent à s'atténuer avec l'augmentation en âge : « je trouve qu'en vieillissant la maladie mentale [...]chez plusieurs [...]s'estompe [...]se refroidit » (P1).

6.3.2 Obstacles au RO

Bien que des facteurs de protection favorisent le RO des PAPSM, divers facteurs peuvent contribuer à faire obstacle à leur RO. Ceux-ci peuvent être d'ordre personnel, par la présence de facteurs personnels nuisibles à l'individu ou être d'ordre contextuel, par un manque de support de l'environnement.

6.3.2.1 Obstacles personnels au RO

Au point de vue de la dimension de la personne, divers facteurs tels que la faible connaissance de ses intérêts et le manque d'opportunités, les limitations physiques, les pauvres habiletés sociales, la tendance à déléguer les décisions, le refus de demander de l'aide, la

difficulté à verbaliser des besoins et les difficultés de compréhension font obstacle au rendement occupationnel des PAPSM.

Faible connaissance des intérêts et manque d'opportunités

Parmi les obstacles les plus fréquemment rapportés, la difficulté à identifier les intérêts personnels représente un facteur influençant l'engagement dans des activités au quotidien: « ces personnes-là n'ont pas vraiment de loisirs p'is des sources d'intérêt ». (P1) et «sont pas capables d'identifier c'qu'y veulent » (P2). Aussi, en résidence, les loisirs ne sont pas ciblés selon des intérêts individuels : « le bingo ça touche pas beaucoup la population des personnes très âgées avec santé mentale [...] Le bingo pis le jeu de poches [...] ça les intéresse pas [...] pis c'est la base des activités dans les institutions » (P1). De plus, il est relevé par l'ensemble des participants que ces personnes présentent souvent des demandes pour des activités de courte durée, requérant peu d'engagement et orientées vers la consommation où, par exemple, une : « dame [...] voulait juste aller au dépanneur [...] aller s'acheter une CANNETTE DE LIQUEUR au dépanneur a va être heureuse [...]c'est sa sortie » (P2). Cela dit, une analyse de ces types d'intérêts réalisée sommairement pourrait induire une conclusion erronée que les PAPSM présente une simplicité des intérêts. Toutefois, en considérant les facteurs contextuels, il est possible que ces personnes aient appris à se contenter de peu puisqu'elles sont entourées de peu d'opportunités dans leur environnement.

Limitations physiques

Au point de vue des habiletés physiques, les atteintes induites par des facteurs tels que l'avancement en âge, les séquelles de la maladie ou les limitations secondaires à la médication limitent la capacité à réaliser des activités. En effet, P1 mentionne qu'une PAPSM ne pouvait plus se rendre à des activités extérieures en raison des séquelles d'un ACV:« Gros t'sais avec l'embonpoint malhabile deux ACV [...] à cause de ses deux AVC y'avais pas assez de mobilité pour se rendre là » et ne pouvait plus réaliser son loisir significatif de peinture : « [...] y'a abandonné il se trouvait pas assez de de motricité fine».

Pauvres habiletés sociales

Au point de vue des habiletés sociales, l'obstacle principalement relevé est le manque d'habiletés sociales. Par exemple, des PAPSM présentent des difficultés à commencer et entretenir une conversation avec autrui : « y'a pas d'initiative [...] pour entamer une conversation [...] pour [...] un échange qui se maintient donc tu vas [...] faire des remarques sur son environnement/ sa chambre il va embarquer mais [...] quand t'arrêtes [...] y'arrête d'embarquer » (P1).

Tendance à déléguer les décisions

Aussi, au point de vue de l'interaction avec les aidants, les PAPSM présentent une confiance aveugle envers eux : « y font confiance à ceux qui peuvent autour pis ceux qui sont là des fois le savent et en profite ». Cette confiance amène une tendance à déléguer les décisions systématiquement aux aidants pour réduire le sentiment d'anxiété lié à la gestion de certaines de leurs responsabilités : « à répond même pu au téléphone e : quand qu'elle répond, elle dit appelez ma fille tout simplement à prend pu AUCUNE décision pour elle [...] c'est pour couper l'anxiété y réfèrent ça dans les mains des enfants » (P2). Ce faisant, cette situation contribue à réduire le RO des PAPSM puisque les opportunités de tâches à investir sont déléguées aux proches.

Refus de demander de l'aide

Le refus de demander de l'aide de la part des PAPSM représente aux yeux de tous les intervenants un obstacle important au rendement occupationnel quotidien. En effet, les motifs de ce refus peuvent varier, par exemple les hommes peuvent souhaiter conserver leur fierté tandis que les femmes peuvent avoir peur de déranger. P2 rapporte à ce sujet :

La peur : de déranger les gens [...] dans leurs alentours ça on le vit beaucoup [...] Y'ont jamais rien demandé à personne [...] la femme elle [...] C'est la peur de déranger [...] les enfants [...] le voisin [...] pis regarde l'homme c'qu'on voit aussi [...] le regard de l'autre est important .

Aussi, les PAPSM, peuvent également véhiculer des idées préconçues en ce qui concerne les services de santé et éviter la recherche d'aide en raison d'un séjour à l'hôpital psychiatrique dans le passé : « dans ce temps-là c'était l'exclusion, c'était l'internement [...] ça dû contribuer beaucoup pour e : faire en sorte qui sont pas à l'aise pour retourner » (P1).

Difficultés à verbaliser des besoins

Aussi, les PAPSM verbalisent peu leurs besoins à leur entourage en raison par exemple, de l'impact de la maladie sur le fonctionnement cognitif ou de l'absence de réseau social ou de son manque de disponibilité. P1 parle de cette situation ainsi : « Il les verbalisait pas non, parce qu'il était comme submergé par [...] ce qu'il vivait, ce qu'il ressentait ou il se sentait pas capable ou il se sentait pas d'oreilles ».

Difficultés de compréhension

Ensuite, les PAPSM peuvent avoir des difficultés de compréhension amenant des conséquences sur leur quotidien : « elle m'a appelée pour me dire qu'elle a prié toute la journée pour les médecins [...] parce [...] qu'y étaient pour changer la loi pour les médecins [...] elle c'est pas ça qu'elle comprenait [...] elle a l'a compris que les médecins étaient en danger » (P3).

6.3.2.2 Obstacles contextuels au RO

Par rapport au contexte, l'isolement, la surprotection de l'entourage, la priorisation de la santé physique, la faible disponibilité de services et de bénévoles en santé mentale, les limites institutionnelles, l'âgisme, le faible statut socio-économique, le vieillissement prématué, les multiples problématiques de santé et le vécu de nombreuses pertes influencent négativement le rendement occupationnel des PAPSM.

Isolement

L'isolement a été rapporté par les intervenants comme un deuxième facteur décisif du faible rendement occupationnel chez les aînés : « la personne âgée en santé mentale je la trouve démunie je la trouve laissé pour compte » (P1). En effet, cette condition de solitude peut être consécutive à diverses situations telles que des conflits familiaux suite auxquels les PAPSM « ont rompu les liens avec leur famille »(P3) ou une auto-exclusion où elles se sentent « pas capables d'avoir un comportement compatible avec un comportement normal [...] t'est tellement loin de ce qu'on attend de toi que tu t'exclus toi-même ou tu te fais exclure » (P1). Ce faisant, ces PAPSM n'étant « pas stimulés »(P3), « sont maintenus dans leur vulnérabilité » (P3) ainsi que dans leurs difficultés de rendement occupationnel. Cela dit, la présence d'un entourage n'est

pas gage de rendement occupationnel caractérisé par une autonomie. En effet, dans certains cas, cet entourage peut être temporairement indisponible en raison de problématiques personnelles ou d'épuisement.

Surprotection de l'entourage

Dans d'autres cas, l'entourage peut brimer la liberté de la PAPSM : « les enfants protègent [...] surprotègent les parents » et les parents « réfèrent [...] dans les mains des enfants ça veut dire qu'y ont un entourage mais ça veut dire qu'y prennent pu [...]aucune décision pour eux » (P2). L'entourage inquiet peut donc contribuer à empêcher la PAPSM de réaliser des tâches en les initiant lui-même, par désir de surprotection. Ainsi, la PAPSM peut voir son RO restreint par la réduction d'opportunités à la réalisation de tâches.

Priorisation de la santé physique

Les intervenants des milieux de santé et communautaires démontrent une tendance à prioriser la santé physique en dépit de la santé mentale. En effet, il est relevé par l'ensemble des intervenants que la négligence des symptômes psychologiques de détresse est un phénomène connu. À ce sujet, il est relevé par le P1 que: « dès que y'a commencé à avoir des gros problèmes de santé physique la santé mentale (...) en sont sortie ». Ce faisant, la santé mentale est ainsi laissée de côté : « au niveau mental la détresse psychologique n'est jamais considérée [...] comme une urgence » (P3).

Faible disponibilité de services et de bénévoles en santé mentale

Pour la disponibilité des services, il est constaté que l'offre de services en santé mentale ne s'est pas développée suffisamment suite à la désinstitutionnalisation : « quand qu'y ont faite la désins les services ont pas nécessairement suivi » (P3). En effet, les clients ayant vécu l'institutionnalisation ont perdu de nombreux services lors de leur réinsertion en société. De plus, en raison des multiples demandes de services en santé mentale, la disponibilité des intervenants est limitée les amenant à réaliser de courtes interventions ponctuelles. La rareté des ressources humaines est également notée au niveau des bénévoles disponibles pour accompagner spécifiquement les PAPSM au quotidien par l'entremise d'organismes communautaires : « des p'tits frères des pauvres qui la prennent un peu en main là mais des fois elle file pas [...] c'est ça

qui est difficile parce que c'est des gens [...] qui deviennent mal à l'aise avec eux autres fait' que y s'éloignent [...] trouver des bénévoles des aidants c'est pas facile » (P3).

Limites institutionnelles

Aussi, les normes institutionnelles dans le milieu de la santé régissent les interventions de façon à ce qu'un seul besoin soit répondu à la fois : « on intervient pour un besoin pis on ferme (P3) ». De plus, les intervenants en milieu de santé et communautaire sont limités à intervenir auprès de clientèles précises. Par exemple, P3 rapporte que : « ça prend un diagnostic de l'axe 1 [...] pour avoir des services » du système de santé. Une sélection similaire est rapportée également par P2 qui mentionne que certaines PAPSM peuvent se voir refuser des services si elles présentent une combinaison de diagnostics en santé mentale.

Âgisme

De plus, les intervenants peuvent avoir une attitude empreinte d'âgisme et ne pas intervenir dans certaines situations où une intervention serait requise. P3 mentionne avoir entendu des intervenants dire « c'est pas grave est vielle [...] t'sais à 92 ans là moi aussi j'aurais envie de mourir, C'EST ÇA QUI DISENT!(P3) ».

Faible statut socio-économique

Concernant le statut socio-économique, une grande majorité des PAPSM ont vécu de l'aide sociale toute leur vie et ont un faible revenu. Ce faisant, les PAPSM sont donc limitées dans la réalisation de loisirs ayant un coût, dans leur choix de lieu de résidence ainsi que dans leur contexte de vie. En effet, plusieurs PAPSM résident seule afin de conserver leur montant d'allocation fourni par le gouvernement : « à partir du moment où qu'y déclarent qui sont en couple y [...] vont retirer quasiment 250 piastres de moins par mois d'après moi. » (P2).

Vieillissement prématué

Concernant l'état général de la personne, il est relevé par les intervenants que les personnes avec une PSM semblent physiquement plus âgées que leur âge : « à la limite du pu fonctionnel, pis elle a juste 54 là! [...] c'est sûr que dans 5 ans je vais l'avoir [...] dans mon case

load [...] est vieille, tu le vois, elle a l'air d'avoir au moins 10 ans de plus [...] elle a eu une vie difficile elle s'est maganée ».

Multiples problématiques de santé

Un autre facteur est la multiplicité des problématiques de santé. La multi-problématique peut également consister en un diagnostic de maladie mentale combiné à une problématique de consommation d'alcool : « on en a de ça des gens qui se sont traités avec de l'alcool toute leur vie pour l'anxiété ». Cette multi-problématique est rapportée par l'ensemble des intervenants comme un facteur nuisible au rendement. Cette condition engendre des conséquences telles que le refus du milieu de la santé ou communautaire d'offrir des services à ces personnes.

Nombreuses pertes

Ensuite, en ce qui concerne le parcours de vie, ces PAPSM peuvent également vivre de nombreuses pertes dans plusieurs domaines de leur vie telles que l'histoire de cas suivante:

A travaillé 35 ans aux archives à l'hôpital [...] elle a vécu des deuils après sa retraite au début de sa retraite pis ça je le vois très souvent, elle a vécu des deuils probablement qu'elle a fait une dépression majeure majeure majeure, a l'a perdu son chum qu'elle aimait comme une folle pis de qu'elle était dépendante pis a s'est jamais relevé [...] est resté là.

6.4 Solutions pour favoriser le RO

La prochaine section abordera les solutions possibles suggérées par les participants, pour favoriser le RO des PAPSM tel que l'accompagnement pour les tâches quotidiennes et les solutions en ce qui concerne l'environnement physique.

6.4.1 Accompagnement pour les tâches quotidiennes

Ceci étant dit, lorsque les participants ont été interrogés en regard des solutions pouvant optimiser le rendement occupationnel des aînés, ceux-ci ont répondu à l'unanimité que l'accompagnement au quotidien, par l'offre d'aide humaine adaptée aux habiletés et besoins de la personne pour compléter ou supporter une tâche difficile, par exemple, et l'implication de l'entourage dans l'accomplissement des tâches quotidiennes constituaient des variables significativement aidantes au RO : « ces gens-là vulnérables y'ont pas de [...] moyens de défense [...] pire que les autres [...] y'a pas d'autres chose que ça ça prend de

l'accompagnement ». En regard de cet accompagnement, P3 suggère de mobiliser les groupes communautaires d'aînés afin de faciliter le recrutement de bénévoles pour l'accompagnement : « moi je voulais mobiliser l'âge d'or toute sorte de [...] groupes [...] déjà fait [...] impliquer tout le monde qui [...] prennent un (aîné) [...] ça coûte rien là la solution que je dis là ». Toujours en ce qui concerne l'accompagnement, P1 suggère d' : « être très souple [...] il faut être très : imaginatif très créatif [...] très centré sur la personne pis très centré sur son histoire antérieure ».

6.4.2 Solutions de l'environnement physique

De plus, des solutions environnementales sont suggérées par P2 afin de faciliter les déplacements extérieurs des aînés avec une mobilité réduite telles que le « transport gratuit », « les trottoirs [...] de la même hauteur [...] les rues [...] éclairées, [...] des bancs à tous les tant de pieds ». Ce faisant, la sécurité de l'environnement extérieur pourrait encourager la PAPSM à réaliser des activités à l'extérieur de son domicile.

7 DISCUSSION ET ANALYSE CRITIQUE DES RÉSULTATS

L'objectif de la présente étude était de décrire la perception des intervenants en rapport avec le rendement occupationnel des personnes âgées avec une problématique en santé mentale, des obstacles et des facilitateurs à ce RO ainsi que des solutions pour répondre aux besoins de ces personnes. Pour ce faire, trois entrevues semi-dirigées d'environ une heure ont été réalisées auprès de quatre intervenants afin d'obtenir leur opinion sur le sujet. Ceux-ci offrent des services de soutien à domicile dans le milieu de la santé ou des services communautaires à l'extérieur du domicile des gens. Les régions de pratique des participants se situaient sur le territoire de la Mauricie et étaient variés puisque deux était des petits centres urbains et une autre était davantage en milieu rural. Les entrevues réalisées auprès des intervenants ont permis l'émergence de thèmes communs et d'autres distincts, en raison des professions, des différents services et des régions géographiques. La majorité des thèmes relevés par les intervenants ont également été identifiés dans la littérature.

7.1 Rendement occupationnel

En ce qui concerne le rendement dans les activités quotidiennes des PAPSM, des opinions partagées ont été émises par les participants. En effet, pour certains, plusieurs PAPSM étaient faiblement engagées dans la majorité des AVQ, telles que les loisirs actifs et les soins personnels. Ces constats sont en cohérence avec l'étude de Futeran et Draper (2012), rapportant que les PAPSM tendent à avoir davantage des loisirs de type passif, ainsi qu'avec l'étude de Conçalves et coll. (2014), mentionnant que les PAPSM présentent souvent des difficultés à prendre soin d'elles-mêmes. D'autres intervenants notent plutôt chez certaines PAPSM en milieu rural une participation active à certaines activités, dont celles organisées par des organismes communautaires pour lesquelles un sentiment d'appartenance est présent. Ceci étant dit, cette variation du rendement occupationnel pourrait être expliquée par le fait que les intervenants de la région « rurale » proviennent d'organismes communautaires offrant des services à des personnes qui participent davantage à des activités dans la communauté, qui présentent de meilleures habiletés d'interaction, d'initiative et de mobilité affectant donc positivement le RO. Il est également possible que les PAPSM résidant en région puissent avoir développé un sentiment d'appartenance élevé pour les activités offertes par un organisme communautaire, les amenant donc à y participer. À ce sujet, une étude réalisée en milieu rural démontre que certaines

personnes âgées avec un trouble mental ont fait le choix de demeurer en milieu rural en raison du sentiment d'appartenance à leur village (Mechakra-Tahiri, 2009), ce qui concorde avec les présents résultats. Toutefois, il est mentionné par les intervenants qu'un RO caractérisé par une autonomie observé à l'intérieur des organismes ne correspond pas nécessairement à un RO caractérisé par une autonomie dans les autres activités de la vie quotidienne à domicile par exemple. Aussi les intervenants ont relevé à l'unanimité qu'une aide extérieure est souvent nécessaire pour la réalisation d'AVQ ainsi que d'AVD. Ce constat est en accord avec l'étude de Cummings et Kropf (2009) qui conclue que plusieurs PAPSM ont besoin d'accompagnement afin de faciliter leur participation aux activités demandant des contacts sociaux, aux AVD, et à la réalisation d'AVQ. Cela dit, bien que le sentiment d'appartenance représente un facteur facilitant au contexte rural, il demeure que l'autonomie relève du cas par cas et est déterminée par l'interaction entre les habiletés de l'individu et de son contexte.

7.2 Enjeux au rendement occupationnel

Les difficultés observées par les intervenants, à la réalisation d'activités de la vie quotidienne, peuvent s'expliquer d'abord par la présence de difficultés personnelles conséquemment à la présence de PSM et par l'interaction avec leur environnement. En effet, certains individus présentent des limites cognitives ou psychosociales les amenant à avoir de la difficulté à cerner leurs intérêts et à résoudre des problèmes (difficulté à la compréhension, à la verbalisation des besoins, à la prise de décision) tels que soulignés également par Thompson et coll. (1999). Conséquemment, l'initiation et le maintien d'activités peuvent s'avérer difficiles lorsqu'accomplis seuls. De plus, il est relevé que les intérêts occupationnels des PAPSM relèvent de demandes simples en apparence, par la courte durée de l'activité, le faible niveau d'engagement requis et le type d'activité orientée vers la consommation. Ce faisant, bien que ces intérêts nécessitant peu d'investissement puissent paraître comme un avantage pour les aidants puisque facile à répondre, cette attitude peut toutefois amener l'entourage à répondre aux demandes des PAPSM sans se questionner sur le motif de l'intérêt. En effet, la réalisation de cette réflexion permettrait de comprendre la source d'intérêt des PAPSM, pouvant s'orienter vers le besoin de réminiscence, de fréquentation d'un endroit extérieur au domicile ou de côtoyer des gens et ainsi mener à proposer des activités diversifiées afin d'y répondre à ces besoins. De plus des limites physiques induites par des facteurs telles que l'avancement en âge ou les effets

secondaires de la médication peuvent complexifier ou affecter négativement la réalisation des déplacements ou d'une activité de loisir. Aussi, les limites en ce qui concerne les habiletés sociales peuvent affecter les relations sociales. En effet, les difficultés liées au contrôle les émotions et l'attachement difficile à l'autre peuvent représenter des variables rendant exigeant le maintien des relations avec l'entourage. Conséquemment la réalisation d'activités avec d'autres personnes et l'aide offerte par celles-ci s'en trouve affecté négativement. Aussi, il est souligné par les participants et par Dallaire et coll. (2010) que le faible statut socio-économique caractérise le quotidien des PAPSM. Conséquemment, considérant que ces personnes ont présenté durant leur cheminement de vie des limites personnelles rendant difficile le maintien d'un emploi, le faible statut économique représente une caractéristique fréquente des PAPSM. Ce faisant, plusieurs activités payantes ne peuvent être réalisées en raison des coûts qui leurs sont associés et du manque de revenu de ces personnes.

Les difficultés au RO quotidien sont exacerbées par la présence d'obstacles contextuels. Tout d'abord, le vécu d'isolement chez la PAPSM est souvent le résultat de l'absence de soutien de la part de l'entourage et est considéré par Dallaire et coll. (2010) comme étant une des conséquences de la présence d'un trouble mental grave chez les aînés. En effet, avec les années, certaines PAPSM ont pu s'isoler des autres afin d'éviter le sentiment négatif associé à la stigmatisation ou encore d'être rejeté des proches pour cette raison. Il est également possible que les faibles habiletés sociales aient contribué à cet isolement, en raison du manque d'habiletés nécessaires à maintenir les relations sociales (par exemple, la PAPSM peut préférer être seule plutôt que de vivre des difficultés en lien avec l'adhérence aux normes sociales comme la politesse, l'entretien d'une conversation). Ce faisant, la personne âgée a pu choisir délibérément l'isolement pour éviter d'être confronté à des malaises sociaux, ce qui l'empêche par le fait même de bénéficier de l'aide et du soutien de l'entourage au besoin. À ce facteur s'ajoute le manque de services, qui peut parfois être dû à la négligence de certains intervenants en ce qui concerne les interventions pour la vulnérabilité psychologique de cette clientèle. Le manque de disponibilité des services ainsi que les limites institutionnelles, comme le manque de coordination de services et de services à long terme sont également relevés par les participants ainsi que par Bartels et coll. (2003). La faible offre de services peut également résulter de la présence d'une attitude empreinte d'âgisme chez certains intervenants, telle que soulignée par

l'étude de Burroughs et coll. (2006), soulignant le constat que la détresse psychologique des aînés est considérée par la population comme étant normale avec le vieillissement. Aussi, l'établissement de critères d'inclusion et d'exclusion inadaptés à des services limite considérablement l'accès aux services. En effet, le refus des organisations d'offrir des services aux individus présentant des problématiques multiples, par la combinaison de diagnostics psychiatriques et physiques, nuit à l'aide offerte par les organismes, les services de santé et communautaires.

Cela dit, malgré la présence d'un PSM, certaines PA parviennent à obtenir un rendement occupationnel optimal. Parmi les autres facteurs personnels relevés comme étant facilitateurs, le désir de se mettre en action, la capacité à réaliser des démarches et maintenir des habitudes représentent des facilitateurs selon la perspective de l'ensemble des intervenants. Selon les participants, l'accompagnement représente un facteur clé pour y parvenir. Ce constat est également relevé dans la littérature par Cummings et Kropf (2009) dans leur étude du support formel et informel de PAPSM. L'étude de Mechakra-Tahiri (2009), menée auprès des aînés québécois et étudiant le rôle des aidants sur la dépression, mentionne que le réseau de proches, tel que le conjoint et les enfants, agit comme un substitut à l'utilisation de services et réduit la fréquence de consultation dans les services de santé, particulièrement chez les hommes. D'autres facteurs tels que l'utilisation de services est relevée par les intervenants comme un facteur facilitant le RO des PAPSM. Cela dit, la littérature révèle que les services sont parfois limités à la consultation du médecin et que certains services communautaires sont faiblement employés (Cummings et Kropf) lorsque ceux-ci sont peu adaptés à cette clientèle spécifique (Conçalves et coll, 20014). Un travail d'adaptation des services gagnerait à être mis en place afin d'en faciliter l'utilisation par les personnes âgées.

7.3 Solutions ergothérapiques pouvant optimiser le RO des PAPSM

Afin de favoriser le RO des PAPSM, il conviendrait donc d'utiliser les forces et capacités des aînés et de miser sur divers modes d'intervention proposés selon le modèle EHP. L'accompagnement représente une solution commune émise par les intervenants et pouvant compenser pour une majorité des obstacles contextuels et personnels. À ce sujet, le programme d' « Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire » (APIC), (Therriault,

Lefebvre, Guindon, Levert et Briand, 2013) mis sur pied par des professeurs en ergothérapie à l'UQTR, est un exemple de programme qui pourrait être utilisé afin de compenser le pauvre réseau social des PAPSM et le manque de services pour cette clientèle. Ce programme gratuit vise à ce que des PAPSM et ayant des difficultés d'intégration sociale soient supportées par un accompagnateur citoyen dans leurs démarches d'intégration communautaire. Ce programme d'accompagnement a déjà été implanté auprès des personnes ayant un TCC sévère et vivant dans la communauté (Lefebvre, Levert, Le Dorze, Croteau, Gélinas, Therriault et Samuelson, 2013) et a démontré une efficacité à la favorisation d'une mise en action par l'exploration des intérêts ainsi que l'exploration des forces et limites autant personnelles qu'environnementales. Dans le cadre du projet auprès des aînés avec PSM, ce programme pourrait permettre à la PAPSM de prendre connaissance des endroits offrant des activités répondant à ses besoins et adaptés à sa condition physique, de se construire un réseau social et de support et de commencer ou reprendre des activités significatives. Pour recruter des accompagnateurs dans un contexte de manque de bénévoles, la suggestion de P3 pourrait être utilisée en recrutant des bénévoles dans les organismes de personnes âgées retraitées. De plus, afin d'assurer le maintien du RO des PAPSM souhaitant réaliser diverses activités de loisirs dans des organismes extérieurs, comme la Fadoq et les petits frères de Trois-Rivières, il serait pertinent de créer un partenariat entre les accompagnateurs et les bénévoles des milieux fréquentés par les aînés. Par exemple, un membre de la Fadoq pourrait être désigné comme bénévole-ressource de l'organisation envers qui la PAPSM pourrait se référer en cas de besoin. De plus, ces bénévoles-ressources pourraient recevoir de l'information générale afin de les sensibiliser aux besoins des PAPSM et pourront agir en tant que mentor, en veillant à accueillir la PAPSM et l'encadrer au besoin.

Au niveau des organismes de santé, des centres de jour pour les PAPSM pourraient également être mis sur pied en plus des centres de jour pour les personnes présentant des troubles de santé physique et des troubles cognitifs. Ce nouveau groupe permettrait de favoriser le sentiment d'appartenance chez les membres et ainsi favoriser la rétention de la participation. Afin de prévenir la survenue de PSM, un groupe valorisant le vieillissement en santé pourrait également être mis sur pied pour les personnes âgées vivant de l'isolement sans PSM.

7.3.1 Interventions pour la dimension personnelle

Pour favoriser le développement des habiletés personnelles de la PAPSM ou compenser ses limites personnelles, les solutions suivantes pourraient être utilisées. Tout d'abord, l'Inventaire des intérêts pourrait être utilisé par l'ergothérapeute dans un contexte de service à domicile afin d'offrir des suggestions d'intérêts à la PAPSM et ainsi favoriser éventuellement sa mise en action. Ensuite, pour les PAPSM avec restrictions physiques, des aides techniques pourraient être recommandées afin de faciliter les déplacements et la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Aussi, pour favoriser le fonctionnement physique et cognitif, le travail interdisciplinaire, suite à la recommandation au médecin, pourrait permettre d'assurer un suivi de la médication de minimiser les effets secondaires de cette médication. Finalement, lors de la rencontre d'un aidant avec la PAPSM, l'adaptation du langage et l'utilisation de renforcement pourraient représenter des outils intéressants afin de dépasser les difficultés de compréhension, le vécu d'anxiété, et les difficultés de fonctionnement social. En effet, ces outils représentent des exemples d'adaptation de l'approche auprès de la PAPSM afin de faciliter la communication, de permettre à la PAPSM de gagner en confiance et d'apprendre à se connaître pour initier davantage d'activités seule.

7.3.2 Interventions pour la dimension contextuelle

Pour favoriser le support contextuel des PAPSM, des stratégies visant à « adapter » et « prévenir » les limites de l'environnement pourraient être mises en place.

Environnement social

Afin de remédier à l'isolement de la PAPSM, l'encadrement de l'entourage lorsque présent, pourrait être réalisé puisque celui-ci peut se sentir épuisé de l'état de la PAPSM et peu outillés en matière de stratégies d'aide. Pour ce faire, l'écoute des défis vécus, l'éducation en lien avec l'état de la PAPSM ainsi que la recommandation de services de répit pourrait prévenir l'épuisement et faciliter la pérennité du maintien de l'aide. Par la suite, en ce qui concerne la présence d'âgisme chez certains intervenants, les ergothérapeutes doivent être des agents de changement en déconstruisant les préjugés envers cette clientèle vulnérable lors des réunions interdisciplinaires. Ils peuvent également réaliser des conférences-midi afin d'aborder la notion d'âgisme ainsi que traiter du sentiment de détresse vécu par les aînés.

Pour rejoindre les PAPSM ne demandant pas d'aide, le programme Prévention-Intervention-Éducation (PIE) pourrait être utilisé (Nour, Brown, Moscovitz, Hébert et Regenstreif, 2009). Ce programme, consiste à identifier les PAPSM vivant en communauté pour ensuite réaliser trois types d'actions : c'est-à-dire la prévention (encourager la société à aider les PAPSM afin de prévenir une perte d'autonomie), l'intervention (offrir de l'information ou de l'aide) et l'éducation (enseigner pour faire tomber les préjugés en regard des PAPSM). Les acteurs impliqués dans ce programme sont les organisateurs communautaires (chargés de la gestion), les liaisons communautaires (charger d'identifier les PAPSM, de les encourager à consulter le programme ou de les référer avec consentement) et les formateurs (étudiants, bénévoles, retraités responsables de la réalisation d'action).

7.4 Forces et limites de l'étude

Diverses forces et limites ont teinté la réalisation des étapes de la présente recherche. Une des forces de cette étude est la participation d'un échantillon d'intervenants oeuvrant autant dans le milieu de la santé que dans le milieu communautaire, permettant d'avoir une vision complémentaire de la problématique à l'étude. Aussi, la sélection d'individus professionnels et expérimentés permet d'offrir une richesse ainsi qu'une validité de l'information recueillie. Finalement, la considération des limites autant que des forces des PAPSM ainsi que de leur contexte permet d'avoir une vision plus complète du quotidien et du rendement occupationnel des PAPSM.

Cela dit, l'étude présente également des limites pouvant influencer les résultats. Tout d'abord, le faible nombre de participants affecte la quantité d'informations recueillies et conséquemment la saturation de données n'a pu être obtenue. De plus, l'échantillon ne contenait pas l'ensemble des intervenants et professionnels oeuvrant auprès de divers milieux avec les PAPSM (résidence, CHSLD) pouvant offrir une perspective intéressante de la clientèle cible.

7.5 Implication pour la pratique en ergothérapie

Bien que les retombées de l'étude soient modestes, étant donné la petite taille de l'échantillon étudié, cette dernière a permis essentiellement d'enrichir les connaissances en ce

qui concerne le rendement occupationnel des personnes âgées avec une problématique en santé mentale ainsi que des enjeux entourant ce rendement. En effet, un portrait sommaire du RO, mais non représentatif a été tracé de la population des PAPSM de la région de la Mauricie. Cela dit, la présente recherche a relevé qu'une variation significative de RO s'observe chez les PAPSM et s'explique par l'interaction entre leurs différents niveaux d'habiletés personnelles et leurs différents contextes, tel que la présence ou l'absence d'accompagnement facilitant. Puisque les participants à l'étude mentionnent qu'aucun programme, visant la réalisation d'activité significante, n'existe pour cette clientèle dans la région, l'ergothérapeute pourrait jouer un rôle en promotion et prévention de la santé en mettant sur pied un programme d'accompagnement, tel que le projet APIC mentionné ci-haut. Ainsi, l'ergothérapeute pourrait occuper une position d'expert en habilitation de l'occupation et exercer le rôle d'évaluateur des besoins de la PAPSM et de formateur auprès des accompagnateurs en regard des besoins identifiés chez les personnes âgées ayant un PSM. Une étude auprès d'un plus grand nombre d'intervenants permettrait d'obtenir une saturation des données, et de mieux comprendre les obstacles et facilitateurs du RO chez les aînés avec PSM. Cela pourrait mener à identifier des solutions correspondant à l'ensemble des besoins relevés auprès de la clientèle de PAPSM et applicables dans le contexte actuel du réseau de la santé.

8 CONCLUSION

Pour conclure, cette étude visait à explorer le RO des PAPSM de la région de la Mauricie ainsi que des facteurs influençant ce rendement au quotidien en s'inspirant d'un modèle écologique. Les intervenants interrogés ont mentionné que la qualité de rendement occupationnel des PAPSM est très variée bien qu'une tendance est observée pour le faible engagement dans les activités de la vie quotidienne ainsi qu'un besoin d'aide pour la réalisation de ces activités. La pauvreté du réseau social amenant l'isolement a été relevé comme un facteur maintenant la PAPSM dans la vulnérabilité. L'accompagnement à domicile est une solution, tout comme les sentinelles, à privilégier pour mettre de l'avant les forces de ces personnes et l'amener à être davantage engagées au quotidien et conséquemment leur qualité de vie. Des pistes de solutions en terme de prévention-promotion de la santé ont été suggérées, telles que la mise sur pied d'un projet d'accompagnement APIC pour les PAPSM pour la réalisation d'activités signifiantes ou la mise en place de services à domicile personnalisés aux PAPSM afin de répondre à leurs besoins occupationnels. Cela dit, une analyse des effets d'un programme d'accompagnement APIC pourrait être réalisée afin d'observer l'effet de la solution clé relevé dans la recherche, soit l'accompagnement.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. (2014). Portrait de santé de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec : Planification stratégique régionale 2015-2020. Repéré à http://www.agencesss04.qc.ca/images/images/santepublique/surveillance/portrait_sante/1_Portrait_RSS_MCQ.pdf
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2008). Prise de position de l'ACE: L'ergothérapie et les soins de santé mentale. Repéré à <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=1290>
- Association des groupes d'intervention en défense de droit en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ). (2008). La promotion-vigilance: avec et pour moi ... des pratiques à partager!. Repéré à http://www.agidd.org/wp-content/uploads/2013/11/cadre_promovigiavecetpourmoi.pdf
- Association des médecins psychiatres du Québec. (2014). Vieillissement et santé mentale. Repéré à <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=64>.
- Bartels, S. J. (2003). Improving system of care for older adults with mental illness in the United States: Findings and recommendations for the President's New Freedom Commission on Mental Health. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 486-497.
- Burroughs, H., Lovell, K., Morley, M., Baldwin, R., Burns, A., & Chew-Graham, C. (2006). 'Justifiable depression': How primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Family Practice*, 23(3), 369–377
- Choi, N. G., Kunik, M. E., & Wilson, N. (2013). Mental health service use among depressed, low-income homebound middle-aged and older adults. *Journal of aging and health*, 0898264313484059.
- Conçalves, D.C., Coelho, C.M., & Byrne, G.J. (2014). The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 59 (2), 393-397.
- Couture, M., Larivière, N., & Lefrançois, R. (2005). Psychological distress in older adults with low functional independence: A multidimensional perspective. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41(1), 101-111.
- Cummings, S. M., & Cassie, K. M. (2008). Perceptions of biopsychosocial services needs among older adults with severe mental illness: Met and unmet needs. *Health & social work*, 33(2), 133-143.
- Cummings, S. M., & Kropf, N. P. (2009). Formal and informal support for older adults with severe mental illness. *Aging & Mental Health*, 13(4), 619-627.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., & Clément, M. (2010). Cheminements et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves:

- perspectives d'intervenants psychosociaux. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 29(02), 267-279.
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The ecology of human performance: A framework for considering the effect of context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607.
- Dunn, W., Brown, C., & Yougstrom, M.J. (2003). Ecological model of occupation. Dans Kramer, P., Hinojosa, J. & Royeen, C.B. *Perspectives in Human Occupation: Participation in life*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.
- Fleury, M. J., Farand, L., Aubé, D., & Imboua, A. (2012). Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician*, 58(12), e732-e738.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal: Chenelière éducation.
- Futeran, S., & Draper, B. M. (2012). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging & mental health*, 16(3), 327-334.
- Gouvernement du Québec. (2015). Code des professions (chapitre C-26). Québec: Repéré à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=C_26/C26.htm&PHPSESSID=36617b2f4fa6d2928dd8ec6f1def1284
- Lapierre, S., Boyer, R., Desjardins, S., Dubé, M., Lorrain, D., Préville, M., & Brassard, J. (2012). Daily hassles, physical illness, and sleep problems in older adults with wishes to die. *International Psychogeriatrics*, 24(02), 243-252.
- Larivière, N., Gélinas, I., Mazer, B., Tallant, B., & Paquette, I. (2002). Discharging older adults with a severe and chronic mental illness in the community. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 71-83.
- Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Institut national de santé publique du Québec.
- Lefebvre, H., Levert, M. J., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P. Y. & Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral: vers la résilience?. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 107-123.
- Lefebvre, N. (2012). Répertoire des ressources destiné aux proches aidantes et aux proches aidants. Repéré à <http://www.etrehumain.ca/client/repertoire%20ressources%202012.pdf>
- MacCourt, P., Wilson, K., & Tourigny-Rivard, M. F. (2011). *Guidelines for comprehensive mental health services for older adults in Canada*. Mental Health Commission of Canada.

Mechakra-Tahiri, D. (2009). *Relations sociales et troubles dépressifs chez les personnes âgées au Québec: interactions avec le genre et la région de résidence* (Thèse de doctorat, Université de Montréal). Repéré à https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/2668/Mechakra_Djemaa_S_2008_these.pdf;jsessionid=47105B1BDF99403311DF374CDAD57651?sequence=2.

Nour, K., Brown, B., Moscovitz, N., Hébert, M., & Regenstreif, A. (2009). Le Projet PIE: une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 34(2), 217-235.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020.

Préville, M., Boyer, R., Potvin, L., Perreault, C., & Légaré, G. (1992). La détresse psychologique: détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec. *Montréal: Santé Québec*.

Préville, M., Hébert, R., Bravo, G., & Boyer, R. (2002). Predisposing and facilitating factors of severe psychological distress among frail elderly adults. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 21(02), 195-204.

Rapport Harnois. (1987). Pour un partenariat élargi. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité de la politique de la santé mentale.

Roy, F., Veilleux, S., & Lepage, J. (2006). *L'implantation de réseaux de sentinelles en prévention du suicide: Cadre de référence*. Direction des communications, Ministère de la santé et services sociaux.

Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging & mental health*, 9(4), 363-367.

Sévigny, A., & Vézina, A. (2007). La contribution des bénévoles au soutien à domicile des personnes âgées: Les frontières de leur action. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 26(02), 101-111.

Sivis, R., McCrae, C. S., & Demir, A. (2005). Availability of mental health services for older adults: A cross-cultural comparison of the United States and Turkey. *Aging & mental health*, 9(3), 223-234.

Stein, D. J., Phillips, K. A., Bolton, D., Fulford, K. W. M., Sadler, J. Z., & Kendler, K. S. (2010). What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. *Psychological medicine*, 40(11), 1759-1765.

Stewart, H., Jameson, J. P., & Curtin, L. (2015). The relationship between stigma and self-reported willingness to use mental health services among rural and urban older adults. *Psychological services*, 12(2), 141.

- Therriault, P. Y., Lefebvre, H., Guindon, A., Levert, M. J., & Briand, C. (2013). Accompagnement citoyen personnalisé en intégration communautaire: un défi pour la santé mentale?. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 165-188.
- Thompson, R. (1999). Home care of the elderly with mental health needs. *Nursing Times*, 95 (10), 10-16, 48-49.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2013). Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation (2e éd., version française N. Cantin). *Ottawa, ON: CAOT Publications ACE*.
- Van Citters, A. D., & Bartels, S. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatric Services*, 55(11), 1237-1249.
- Wright-St Clair, V. (2012). Being occupied with what matters in advanced age. *Journal of Occupational Science*, 19(1), 44-53.

ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

En vertu du mandat qui lui a été confié par l'Université, le Comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains a analysé et approuvé pour certification éthique le protocole de recherche suivant :

Titre : Exploration des enjeux de la participation occupationnelle des personnes âgées avec une problématique de santé mentale en Mauricie : la perception des intervenants

Chercheurs : Mélanie Ricard
Département d'ergothérapie

Organismes :

N° DU CERTIFICAT : CER-15-212-07.20

PÉRIODE DE VALIDITÉ : Du 21 mai 2015 au 21 mai 2016

En acceptant le certificat éthique, le chercheur s'engage :

- à aviser le CER par écrit de tout changement apporté à leur protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- à procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminé;
- à aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématuré de la recherche;
- à faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell
Président du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

ANNEXE B
FORMULAIRE DESCRIPTIF

FORMULAIRE DESCRIPTIF

1. SEXE :

- Homme
 Femme

2. ÂGE :

3. PROFESSION

4. NOMBRE D'ANNÉES D'EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE

_____ ans

5. MILIEU DE PRATIQUE

- Milieu communautaire

Type de service offert : _____

Ville ou région desservie : _____

- Milieu de santé à domicile

Type de service offert : _____

Ville ou région desservie : _____

- Milieu de santé en institution

Type de service offert : _____

Ville ou région desservie : _____

Autre précisez :

Type de service offert : _____

Ville ou région desservie : _____

6. À QUELLE FRÉQUENCE CÔTOYEZ-VOUS DES PERSONNES ÂGÉES AVEC DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE?

- Quotidiennement
- Quelques fois par semaine
- Quelques fois par mois
- Quelques fois par années

ANNEXE C

LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche intitulé
Exploration des enjeux de la participation occupationnelle des personnes âgées avec une
problématique en santé mentale en Mauricie : la perception des intervenants

Chercheurs :

- Mélanie Ricard, étudiante-chercheure à la maîtrise en ergothérapie, UQTR;
- Ginette Aubin, Ph.D, directrice du projet de maîtrise en ergothérapie, département d'ergothérapie UQTR

Votre participation à la recherche en tant que participant à l'entrevue semi-dirigée serait grandement appréciée puisque vous représentez un informateur clé pour documenter les enjeux vécus par la clientèle ciblée dans cette étude. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Vous êtes donc invité à lire la lettre d'information attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Objectif de la recherche

Cette étude vise à approfondir le phénomène de la participation occupationnelle et les facteurs influençant cette participation chez les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale en Mauricie. Le point de vue des personnes clés impliquées auprès de ces personnes dans la région de la Mauricie est ainsi sollicité.

Tâches des participants à l'entrevue semi-dirigée

Votre participation à ce projet de recherche consiste d'abord à 1) compléter un formulaire d'information sociodémographiques incluant par exemple, votre âge et vos années d'expérience auprès de ces personnes. 2) Puis, votre participation à ce projet consiste à réaliser une entrevue portant sur le sujet de la participation sociale des aînés en Mauricie ayant une problématique de santé mentale. Les thèmes abordés porteront sur vos connaissances de la participation des aînés ayant une problématique de santé mentale en Mauricie ainsi que les facteurs influençant cette participation. Le temps requis de l'entrevue est variable entre 30 et 60 minutes, selon votre disponibilité. Cette rencontre sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et des notes seront prises dans le but de conserver les informations obtenues lors de l'entrevue.

Bénéfices, risques, inconvénients ou inconforts

La participation à cette recherche contribuera à l'avancement des connaissances sur la participation des personnes âgées ayant une problématique de santé mentale, ce qui permettra d'amorcer la compréhension de leurs besoins et d'y répondre ultimement dans le futur. Comme seul inconvénient, vous devrez consacrer du temps, selon vos disponibilités, afin participer à une entrevue sur le sujet.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par un numéro. Les renseignements pouvant mener à l'identification des participants seront éliminés lors de la transcription de l'entrevue de groupe. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de présentations ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées par l'étudiante-chercheure dans des fichiers protégés avec mot de passe et les documents en format papier seront gardés dans une armoire sous clé dans le local de recherche du département d'ergothérapie de l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès et pourront écouter les enregistrements pour en faire la transcription seront l'étudiante-chercheure et la directrice du projet de maîtrise. L'enregistrement audio sera détruit après la transcription des données et les transcriptions seront détruites un an après la fin de l'étude. Les questionnaires sociodémographiques seront conservés un an après la fin de l'étude après quoi ils seront détruits. Les informations obtenues dans cette étude ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Dans le cas où vous décidez de vous retirer de l'étude, les données obtenues seront conservées et utilisées à moins que vous demandiez qu'elles soient détruites.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheure à l'adresse électronique « Melanie.Ricard@uqtr.ca » ou par téléphone au : (450)881-4217. Vous pouvez aussi communiquer avec la directrice du projet de maîtrise à l'adresse électronique « ginette.aubin@uqtr.ca » ou à son bureau au 819-376-5011, au poste 3744.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro (CER-15-212-07.20) a été émis le 21 mai 2015.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.

ANNEXE D
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement des chercheurs

Moi, Mélanie Ricard (étudiante-chercheure) m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir reçu les informations concernant le projet « *Exploration des enjeux de la participation occupationnelle des personnes âgées avec une problématique en santé mentale en Mauricie : la perception des intervenants* ». J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. J'accepte que l'entrevue soit enregistrée à l'aide d'un magnétophone. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche.

Participante ou participant:	Chercheur ou représentant des chercheurs:
------------------------------	---

Signature :	Signature :
-------------	-------------

Nom :	Nom :
-------	-------

Date :	Date :
--------	--------

ANNEXE E
GUIDE D'ENTREVUE

GUIDE D'ENTREVUE

Grille d'entrevue pour l'étude : Exploration des enjeux de la participation occupationnelle des personnes âgées avec une problématique en santé mentale en Mauricie : la perception des intervenants.

Cette étude vise à approfondir les connaissances sur le phénomène de la participation à des activités significatives chez les personnes âgées présentant une vulnérabilité en santé mentale en Mauricie. On s'intéresse souvent aux problèmes médicaux des personnes, mais moins souvent à leur qualité de vie, aux activités qui donnent du sens à leur vie, à leur participation dans des activités quotidiennes. Nous allons aborder cet aspect plus négligé de leur vie au cours de cette entrevue. Merci pour votre participation à cette étude. Cette entrevue devrait durer environ 30 à 60 minutes selon votre disponibilité.

- **Pouvez-vous décrire une personne « type » qui reçoit vos services?** (personne présentant davantage de besoins, étant plus vulnérable)
- **Dans quel environnement se trouve-t-elle ?**
 - En milieu urbain ou rural
 - En appartement/ Maison/Résidence?
 - Habite seule ou avec d'autres?
 - Entourée par la famille/amis
 - Catégorie d'âge (50-65, 65-80, 80 et plus)
- Dans le cas d'absence de personne « type » : Quels sont les services que vous offrez le plus souvent aux PAPSM?
- **Quels sont leurs besoins les plus fréquemment exprimés?**
- **Comment décririez-vous la « vie quotidienne » de ces personnes?**
 - Est-ce qu'elles ont des activités significatives?
 - Sont-elles engagées dans des activités diversifiées?
 - Est-ce qu'elles sortent de chez elles?
 - Accès à des loisirs, s'y rendent-elles?
 - Avez-vous connaissance d'activités qu'elles aimeraient faire?

- **Qu'est-ce qui empêche ou freine la participation à des activités de ces personnes d'après vous?**
- **Qu'est-ce que qui les aide à faire des activités qui sont importantes pour eux?**
- **Dans un monde idéal, sans restriction budgétaire**
 - o qu'est-ce que vous pensez qui les aiderait le plus à être satisfaites, à avoir des activités significatives?
 - o À donner du sens à leur vie?
 - o Quel service souhaiteriez-vous qu'elles reçoivent?
- Parmi les PAPSM que vous connaissez, y en a-t-il qui sont actives, engagées ?
- Qu'est-ce qui les caractérise, les différencie des autres qui ne sont pas actives et engagées?
- Qu'est-ce qui les aide, les soutient à être actives, engagées, à avoir une vie équilibrée?

ANNEXE F
TABLEAU 4

Perspective des intervenants sur les facilitateurs et obstacles à la dimension personnelle des PAPSM

Catégories		Thèmes
Personne	Intérêts	<p>D</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les intérêts sont personnels à chacun -Intérêt pour activités d'autrefois (jardinage, émissions d'époque, religion, famille) -Ouverture pour les activités accompagnées -Maintien à domicile
		<p><u>-Désir de participer à des activités de loisirs et sociales accompagnées</u></p>
		<p><u>-Absence de loisirs et de la connaissance de ses propres intérêts</u></p>
	Valeurs	<ul style="list-style-type: none"> -Changement de valeurs (Perte des valeurs de solidarité en faveur de l'individualisme, amenant le vécu d'isolement) -Activités non personnalisées dans les résidences (bingo, émission de télévision actuelle, lecture) et centre de jour <u>Simplicité des intérêts (animaux, télévision)</u>
		<ul style="list-style-type: none"> -Valeur d'autonomie associée à la voiture pour l'homme amenant une difficulté à accepter des services de transport
	Hab. sensori-motrices	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> -Problème d'incontinence par la nécessité d'implanter des services d'hygiène à domicile et le bris de l'isolement
		<p><u>-Atteintes physiques</u> (ex : faible acuité visuelle) ou effets de la médication <u>limitent</u> le rendement et la <u>capacité de déplacement</u></p>
	Habilités cognitives	<p>+</p> <ul style="list-style-type: none"> <u>-Potentiel cognitif</u> <u>-Capacité à maintenir des habitudes et initier des démarches</u>
		<p><u>-Difficulté à verbaliser les besoins</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Ne demande pas d'aide et de services (crainte d'être étiquetés, préserver la fierté pour les hommes, peur de déranger pour les femmes) -Problèmes de compréhension, de jugement ou discours incohérent -Attitude négative aux problèmes (se dit non apte à réaliser une activité d'intérêt), fausses croyances et croyances négatives aux problèmes (perte du contrôle d'argent lors d'un changement de milieu de vie en résidence) -Difficulté à s'orienter dans l'espace
	Habilités psycho-ociales	<p><u>-Fonctionnement social difficile (pas d'initiative dans les interactions)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> -Absence de prise de décision (Délégation à l'entourage) -Prévalence du vécu d'anxiété et de détresse psychologique

***Caractère gras et souligné** : perspective partagée par tous

ANNEXE G
TABLEAU 5

Perspective des intervenants sur les facilitateurs et obstacles à la dimension contextuelle des PAPSM

Catégories			Thèmes		
Contexte	Temporel	dévâge	+	- Réduction des symptômes comportementaux (tel que les épisodes de psychoses) avec l'avancement en âge	
			-	- Vieillissement prématûre (50 ans et plus)	
		Etat de santé	-	- Vécu des deuils après la retraite	
		Présence de multi problématiques	D	- Consommation d'alcool, automédication	
			+	- Plus grande intensité de la maladie	- Prise de médication non ajustée
			-	- Apparence physique détériorée suite à l'auto négligence	
	Physique	Milieu de vie	D	- PAPSM située davantage en milieu urbain que rural et autant en résidence qu'à domicile	
			+	- Changement de milieu de vie (appartement insalubre vers résidence avec services)	- Environnement extérieur sécuritaire (trottoirs, luminosité)
			-	- Utilisation d'aides techniques	- Opportunités d'activités dans l'environnement
		Présence et aide variable de la famille, amis, voisins, intervenants	D	- Milieu de vie précaire et insalubrité	
			+	-	
Environnement	Social	Réalisation d'activité accompagnée par un tiers	D	- Utilisation de services (psychiatre, centre de jour, service, social, SIV, service pour la famille, logement supervisé, CLSC, COOP, popote volante)	
			+	- Qualité de l'engagement et présence de l'entourage (enfants, famille, facteur, voisins, bénévoles)	- Services personnalisés
			+	- Appartenance à une organisation, contact positif avec autrui	-
			D	- Solitude/Isolement (exclusion par la société, auto-exclusion, conflits familiaux, faible entourage en milieu rural)	- Manque de ressources sociales (opportunités d'activité de groupe, de services, manque de bénévoles pour accompagnement, pas de services offerts dans la communauté suite à la désinstitutionnalisation)
			+	- Limite de l'entourage (finances, épuisement, problématiques personnelles, peu outillée pour prendre soin de l'aîné, abus, surprotection des parents, âgisme, stigmatisation en milieu rural)	- Faible stimulation de l'environnement
	Institutionnel	Ct Social	I	- Stigmatisation en raison de l'internement passé	- Faibles sources de revenus (aide sociale)
			+	- Défense des droits pour les services par les intervenants en santé	- Attitudes favorables de l'intervenant (engagement, centré sur le client, respectueux l'histoire, création de liens, compassion)
		Priorisation de la santé physique et négligence de la détresse psychologique par les intervenants en santé	I	- Interdisciplinarité et collaboration avec les aidants	- Structure et limite de l'agence de santé (mécanisme d'accès aux services, modalités d'interventions, transfert de dossier)
			+	- Demandes élevées de services en santé mentale par divers référents (famille, intervenants) ce qui augmente le temps d'attente	
			+		

***Caractère gras et souligné** : perspective partagée par tous **Italique* : Solution

