

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

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
ARIANE BEAUDOIN NOLET

LES EFFETS DU PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ
D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE AUPRÈS DES PERSONNES ÂGÉES
PRÉSENTANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE

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

Tout au long de cet essai, j'ai eu la chance d'avoir un entourage exceptionnel qui m'a aidée à réaliser non seulement ce projet, mais qui m'a également supporté et encouragé lors de mes 8 années d'études universitaires. Entre autres, je remercie mes parents sans qui je ne serais pas rendue ou je suis en ce moment. Je voudrais remercier également mon mari Francis Racine qui m'a supporté, encouragé et apporté une aide immense dans le peaufinement de cet essai. Également, je remercie la triforce (Valérie Chatelois et Melanie Ricard) qui on su m'écouter et me conseiller lorsque j'en avais besoin. Aussi, j'aimerais remercier Alexandra Groleau, avec qui j'ai pu partager cette expérience, qui m'a énormément conseillée et qui a été un véritable anxiolytique pour moi tout au long de cette aventure.

Je remercie bien évidemment les participants de cette étude ainsi que ma directrice d'essai Ginette Aubin qui m'a accompagné dans chacun des étapes et, sans qui, ce projet n'aurait pas eu lieu. Je remercie finalement Marie-Josée St-Pierre pour avoir révisé cet essai et donné de précieux conseils.

TABLE DES MATIÈRES

AVERTISSEMENT	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ABRÉVIATIONS	ix
RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS	x
ABSTRACT AND KEYWORDS	xii
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE	3
2.1 Effets du vieillissement normal	3
2.2. Les problèmes de santé mentale chez la clientèle âgée	5
2.2.1. Difficultés psychosociales des personnes âgées présentant un problème de santé mentale	6
2.2.2 Difficultés fonctionnelles et physiques des personnes âgées présentant un problème de santé mentale	7
2.2.3. L'intégration communautaire chez les adultes présentant des problèmes de santé mentale	8
2.2.3.1 L'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale	8
2.3 Le Programme d'accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale (APIC)	11
2.4 Programme et intervention similaire au programme APIC	11
2.5. Pertinence de l'étude des effets du programme APIC sur la clientèle âgée présentant des problèmes de santé mentale ou psychosociale	13
2.5.1 Pertinence sociale	13
2.5.2 Pertinence scientifique	13
2.6 Question de recherche	14
2.6.1 Objectifs de recherche	14
3. CADRE CONCEPTUEL	16
3.1 Modèle de l'intégration communautaire	16
3.2 La pratique d'activités significatives	17
4. MÉTHODE	19

4.1. Devis de recherche	19
4.2. Participants.....	19
4.2.1 Critères d'inclusion des accompagnés	19
4.2.2 Critères d'exclusion des accompagnés	20
4.2.3 Critères d'inclusion des accompagnateurs.....	20
4.2.4 Critères d'exclusion des accompagnateurs	20
4.3 Recrutement des accompagnés	21
4.4 Collecte de données	21
4.4.1 Entrevue semi-structurée	21
4.4.2 Profil de la personne	22
4.4.3 Journaux de bord des accompagnateurs.....	22
4.4.4 Questionnaire sur l'engagement dans des activités significatives (EMAS)	23
4.5 Analyse des données	23
4.6 Considérations éthiques	23
4.6.1 Risques et inconvénients.....	24
4.6.2 Avantages.....	24
4.6.3 Documentation de consentement	24
4.6.4 Protection des données à caractère personnel.....	24
5. RÉSULTATS.....	26
5.1 Description des participants	26
Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des accompagnées	27
5.2 L'emploi du temps des participants au programme APIC	27
5.2.1. L'emploi du temps de l'accompagnée 1	27
5.2.1.1. Ajout d'activité à l'horaire occupationnel	27
5.2.1.2. Retrait d'activité à l'horaire	28
5.2.1.3. Niveau de satisfaction de l'emploi du temps à la fin du projet.....	28
5.2.1. L'emploi du temps de l'accompagnée 4	28
5.2.1.1. Ajout d'activité à l'horaire.....	28
5.2.1.2. Retrait d'activité à l'horaire	28

5.2.1.3. Niveau de satisfaction de la routine finale	29
5.3. La pratique d'activité saisonnière	29
5.3.1. La pratique d'activité saisonnière de l'accompagnée1	29
5.3.2 La pratique d'activité saisonnière de l'accompagnée 4	29
5.4 La pratique d'activités et des intérêts des participants au programme APIC.	29
5.4. 1 La pratique d'activités et des intérêts de l'accompagnée 1.....	29
5.4. 2 La pratique d'activités et des intérêts de l'accompagnée 4.....	30
5.5 Réalisation d'activités significatives des participants du programme APIC.	31
5.5.1 Réalisation d'activités significatives de l'accompagnée 1.....	31
5.5.2 Réalisation d'activités significatives de l'accompagnée 4.....	32
5.6 Déroulement et évolution lors des rencontres entre les participants et les accompagnateurs.	34
5.6.1. Déroulement et évolution lors des rencontres de l'accompagnée 1.....	35
5.6.1.1.Résolution de problèmes.....	35
5.6.1.2 Motivation.....	35
5.6.1.2.1 <i>Rencontre 1 à 5</i>	35
5.6.1.2.2 <i>Rencontre 5 à 17</i>	36
5.6.1.3 Aspect relationnel	38
5.6.2 Déroulement et évolution lors des rencontres de l'accompagnée 4.....	38
5.6.2.1 État affectif et physique de la personne	38
5.6.2.2 Évolution de l'autonomie.....	39
5.6.2.3 Aspect relationnel	40
5.6.2.4 Initiatives.....	42
5.7 Satisfaction des participants face au programme APIC.....	42
5.7.1 Bénéfices et satisfaction de l'accompagnée 1 face à sa participation au projet APIC. 42	
5.7.1.1 Aide à la mobilisation et à relever de nouveaux défis	42
5.7.3.1Sentiment de bien-être	43
5.7.1.4 Réalise de nouvelles activités	44

5.7.1.5 Maintien des gains	44
5.7.1.6 Prise d'initiatives	44
5.7.1.7 Nouvelles rencontres.....	44
5.7.1.8 Appréciation générale du projet.....	45
5.7.2 Bénéfices et satisfaction de l'accompagnée 4 face à sa participation au projet APIC.	45
5.7.2.1 <i>Aide dans les démarches vers l'autonomisation</i>	45
5.7.2.2 Diminution du stress vécu par rapport à la réalisation de ses démarches	46
5.7.2.3 Réalisation de nouvelles activités	46
5.7.2.4 Maintien des gains	46
5.7.2.5 Amélioration de la confiance en elle	47
5.7.2.6 Nouvelles rencontres.....	47
5.7.2.7 Appréciation générale du projet.....	47
6. DISCUSSION	49
6.1 Retour les objectifs de recherches et les résultats.....	49
6.1.1 La pratique d'activités, redéfinition des intérêts et emploi du temps	49
6.1.2 Signification des activités des participants	50
6.1.3 Bénéfices et satisfaction des participants face au projet APIC et améliorations possibles.....	51
6.1.3.1 Résolution de problèmes.....	51
6.1.3.2 Motivation.....	52
6.1.3.3 Aspect relationnel	54
6.1.3.4 État général de la personne	55
6.1.3.5 Autonomie.....	55
6.1.3.6 Satisfaction générale du projet.....	56
6.1.3.7 Maintien des gains	57
6.2 Forces et limites de l'étude	57

6.2.1 Forces.....	57
6.2.2 Limites	57
6.3 Portée des résultats sur la pratique en ergothérapie.....	58
7. CONCLUSION.....	60
RÉFÉRENCES	62
ANNEXE A CANEVAS D'ENTREVUE INITIAL AUPRÈS DES ACCOMPAGNÉES.....	72
ANNEXE B CANEVAS D'ENTREVUE FINALE AUPRÈS DES ACCOMPAGNÉES	73
ANNEXE C CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	75
ANNEXE D TABLEAU DE LA PERCEPTION DES PARTICIPANTS 1 ET 4 SUR LEURS CAPACITÉS COGNITIVES, LEURS HABILETÉS DE COMMUNICATION, LEURS ÉMOTIONS ET LEUR COMPORTEMENT SOCIAL. D'APRÈS LE PROFIL DE LA PERSONNE.....	77
ANNEXE E NOMBRE D'ACTIVITÉS PRATIQUÉES PRÉSENTEMENT ET DANS LE FUTUR AINSI QUE DU NOMBRE D'ACTIVITÉS À NIVEAU D'INTÉRÊT FAIBLE, MOYEN ET FORT POUR L'ACCOMPAGNÉE 1 ET 4 AVANT ET LA FIN DU PROJET ..	79
ANNEXE F NIVEAU D'INTÉRÊTS POUR LES ACTIVITÉS PRATIQUÉES MAINTENANT, AVANT ET À LA FIN DE LEUR PARTICIPATION AU PROJET APIC.....	80

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APIC	Accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale
OMS	Organisation mondiale de la santé
ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AOA	Administration on Ageing
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional
EMAS	Questionnaire sur l'engagement dans des activités significatives
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières
TCC	Traumatisme crânio-cérébral

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

Problématique : Les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale sont une clientèle vulnérable puisqu'ils sont à risque d'éprouver des difficultés de nature psychosociale (ex. isolement social), de nature fonctionnelle (ex. diminution de leur autonomie) ainsi qu'au niveau de leur intégration dans la communauté (ex. baisse de la pratique d'activités à l'extérieur de leur domicile, diminution de leurs interactions sociales en quantité et en qualité et diminution du sentiment d'appartenance à la société). Ces difficultés ont un effet négatif sur leur santé et leur bien-être. De plus, cette population ne bénéficierait pas des soins et services dont elle a besoin. Il est donc pertinent de se pencher sur la création de services qui répondraient aux besoins de ces personnes. C'est pourquoi le programme d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) auprès des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale a été créé afin de répondre au besoin d'intégration dans la communauté de ces personnes. **Objectifs :** Documenter l'effet du programme APIC sur l'emploi du temps, la pratique d'intérêts, la pratique d'activités significatives et la satisfaction des personnes âgées présentant un problème psychosocial ou de santé mentale en ce qui a trait à leur participation à ce programme. **Cadre conceptuel :** Le cadre conceptuel utilisé dans cet essai est le modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002) ainsi que le concept de la réalisation d'activités significatives par une personne. **Méthode :** Il s'agit d'une étude de cas multiples avec un devis mixte simultané imbriqué puisque les données sont récoltées à la fois par questionnaire et par entrevue semi-structurée et sont administrés de façon simultanée et où le devis qualitatif prédomine. Deux temps de mesure sont réalisés : un avant la participation au programme et l'autre à la fin pour mesurer l'effet du programme sur les dimensions de l'intégration dans la communauté ainsi que la satisfaction des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale face au programme. **Résultats :** Deux participantes sur quatre ont complété leur participation. Il ressort que les deux participantes ont ajouté des activités à leur horaire occupationnel et qu'elles en sont satisfaites au terme du projet. Également, les deux participantes pratiquent davantage d'activités à la fin de leur participation. De plus, une des accompagnées a trouvé davantage de signification à ses activités en fonction de l'outil EMAS. Les journaux de bord remplis par les accompagnatrices démontrent que l'accompagnée 1 a eu une amélioration de sa capacité de résolution de problèmes, de sa motivation et en ce qui concerne l'aspect relationnel. Pour l'accompagnée 4, il est mis en évidence qu'elle a eu des changements positifs au niveau de son état affectif et physique, de son autonomie, de l'aspect relationnel et de sa prise d'initiative. Finalement, les deux participantes sont très satisfaites de leur participation au projet. L'accompagnée 1 dit que ça l'a aidé à se mobiliser et à relever des défis, à améliorer son sentiment de bien-être et à prendre des initiatives. Pour l'accompagnée 4, il ressort que le projet l'a aidé dans ses démarches vers une autonomisation, à diminuer le stress vécu par rapport à ces démarches et à améliorer sa confiance en elle. Les participantes ont amélioré leur motivation à réaliser des activités, diminué leur anxiété, augmenté leur sentiment de bien-être, leur niveau d'énergie, leur humeur et vision face à l'avenir et à leur apparence physique. Le projet APIC a permis à l'accompagnée 4 d'être maintenant en mesure de réaliser elle-même ses différentes démarches. Les deux participantes mentionnent qu'elles ont fait des acquis qu'elles croient être en mesure de conserver, que l'accompagnement leur a permis de faire de nouvelles rencontres et réaliser de nouvelles activités. **Discussion :** Le projet APIC a eu des effets positifs sur la dimension physique de l'intégration communautaire, la dimension psychologique et la dimension sociale de l'intégration

communautaire des deux accompagnées. Ces résultats sont en accord avec le cadre conceptuel et les résultats obtenus lors de l'étude du projet APIC auprès de personnes ayant subi un TCC (Lefebvre et ses collaborateurs, 2013). **Conclusion :** Il serait intéressant d'étudier l'effet de ce programme sur un échantillon de plus grande taille pour valider les résultats obtenus dans cette étude. Les ergothérapeutes ont un rôle à jouer dans la création de ce programme, son implantation et dans la référence au programme des personnes pouvant en bénéficier.

Mots clés : Accompagnement citoyen, personnes âgées, santé mentale, intégration communautaire, ergothérapie

ABSTRACT AND KEYWORDS

Issue: Elderly people with mental health problems are vulnerable clients since they are at risk of experiencing psychosocial difficulties (ex. social isolation), functional difficulties (ex. decrease in autonomy), as well as in their level of community integration (ex. decrease in practice of activities outside of their home, reduced social interaction in quantity and quality and decrease in their sense of belonging to society). These problems cause a negative effect on their health and well-being. In addition, this population does not receive the care and services needed. It is therefore relevant to consider the creation of services that would meet the needs of these people. This is why the personalized support program for community living with older people having mental health or psychosocial problems (APIC) was created to address their community integration. **Objectives:** To describe the effects of the APIC program on time use, interests, practice of significant activities and satisfaction of older people with psychosocial or mental health problems following their participation in the program. **Conceptual framework:** The conceptual framework used in this essay is Wong and Salomon's (2002) community integration model as well as the concept of achieving significant activities. **Method:** This is a multiple case study, with a concurrent mixed nested evaluation since the data is collected by both questionnaires and semi-structured interviews. They are administered simultaneously and the qualitative data predominates. Participants are elderly with mental health or psychosocial problems. Data collection was done at two different moment: one before the program participation and the other at the end in order to measure the effect of the program on the community integration as well as the satisfaction of the program by the participants. **Results:** Two out of four participants completed their participation. It appears that both participants have added to their occupational activities schedule. It is also clear that both participants practice more activities at the end of the project. In addition, one of the accompanied found more meaning in its activities based on the EMAS tool. In logbooks filled by the accompanying person of participant 4, it appears that the participant has had positive changes in her emotional and physical state, her independence, initiative and relational dimension. Finally, the two participants are very satisfied with their participation in the project. Participant 1 said that it helped her to mobilize herself, to take on challenges, to have an improved sense of well-being as well as having more initiative. Participant 4 notes that the program helped her in her efforts towards being independent, to reduce her stress experienced by these efforts and to improve her confidence. Participants improved their motivation to engage in activities, decreased anxiety, increased their sense of well-being, energy level, mood, and vision for the future and their physical appearance. The APIC project enabled a participant to now be able to achieve her own undertakings. Both participants report that they have acquired what they believe to be able to retain, that the support enabled them to meet new people and to have new activities. **Discussion:** The APIC project had positive effects on the physical, psychological and social dimension of the community integration of the two participants. The results from this study are in agreement with the conceptual framework and the study of the APIC project with people suffering from TCC (Lefebvre et al., 2013). **Conclusion:** It would be interesting to study the effect of this program on a larger sample to confirm the results obtained in this study. Occupational therapists have a role to play in creating this program, its implantation and in referring clients to the program.

Keys words: Citizen support, elderly, mental health, community integration, occupational therapy

1. INTRODUCTION

Le vieillissement de la population est un sujet d'étude actuel. En effet, la population âgée ne cesse d'augmenter en proportion, et ce, au niveau mondial. Au Québec, 1 personne sur 5 serait âgée de 65 ans et plus (Fournier, Godbout et Cazale, 2013). De plus, toujours au Québec, 3,8% de cette population serait atteinte par des difficultés psychologiques considérées comme incapacitantes (Fournier, Dubé, Cazale, Godbout et Murphy, 2013). Ces deux éléments réunis suggèrent une augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de ces difficultés.

Ainsi, les personnes âgées atteintes de problèmes de santé mentale sont à risque de vivre plusieurs difficultés. Entre autres, selon Moyle et ses collaborateurs (2010) et Green, Wisdom, Wolfe et Firemark (2012), cette population est souvent victime de stigmatisation, d'isolement et d'exclusion sociale. En effet, selon les premiers auteurs, plusieurs de ces personnes se sentiraient souvent sans valeur et non appréciées par la société dans laquelle elles vivent ce qui peut affecter leur sentiment d'appartenance à leur communauté. En effet, certaines d'entre elles peuvent avoir de la difficulté à trouver leur place au sein de la communauté dans laquelle elles vivent (Green et coll., 2012). Aussi, selon April et ses collaborateurs (2014), ces personnes sont à risque d'avoir une baisse de participation dans l'ensemble de leurs activités comparativement à ceux qui ne présentent pas de problèmes de santé mentale. Tout ceci rend cette population vulnérable, car ces éléments ont un impact sur leur bien-être, ce qui risque d'avoir un effet négatif sur leur santé et leur qualité de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Suite aux différents mouvements de désinstitutionnalisation, les personnes ayant un trouble mental sont redirigées vers leur domicile plutôt que dans les centres de soins spécialisés (Dallaire et al, 2010). Par ailleurs, les aînés ayant un trouble mental sont une population décrite dans la littérature comme étant souvent négligée au niveau de la recherche (Moyle et Evans, 2007). Aussi, selon Dallaire et ses collaborateurs (2010), il y aurait des lacunes en ce qui concerne les services qui sont offerts à cette population tant au Québec qu'au Canada. Entre autres, Laganà et Shanks (2002) mentionnent que cette population éprouve des difficultés dans l'accès et à l'utilisation de ces services. Selon le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, cette population a démontré utiliser beaucoup moins de services et est moins portée à aller voir les professionnels en santé mentale que les autres tranches d'âge (Fleury et Grenier, 2012). Cette situation rend les personnes âgées atteintes de problèmes de santé mentale encore plus vulnérables, car elles se

retrouvent à vivre dans la communauté sans bénéficier des services dont elles ont besoin.

Les lacunes au niveau des services et le manque de recherches sur cette population peuvent s'expliquer par le fait que les problèmes de santé mentale sont trop souvent banalisés et ne sont pas pris au sérieux en raison de préjugés qui laissent croire que certains symptômes psychiatriques seraient inhérents au vieillissement (Frémont, 2004). Il faut donc trouver des solutions à ce problème social.

Le rôle de l'ergothérapie ici prend son importance, car l'ergothérapeute est, entre autres, habilité à répondre à cette problématique sociale en ciblant les populations vulnérables et à risque au niveau de leur santé et de leur bien-être occupationnel, en créant des ressources appropriées à celles-ci. C'est dans cette optique qu'un nouveau programme communautaire, le programme d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC), a été mis sur pied afin de répondre au besoin d'intégration communautaire des personnes âgées qui présentent des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale. Celui-ci s'inspire d'un programme qui a été élaboré pour une clientèle ayant subi un traumatisme crânien qui s'est révélé efficace pour cette clientèle (Lefebvre et coll., 2013).

Cet essai fera l'étude des effets de ce nouveau programme sur la dimension physique de l'intégration dans la communauté ainsi que sur la satisfaction des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale face au programme. Cet essai vise à contribuer à documenter ce type d'approche et à optimiser ce programme afin d'en venir à l'implanter à plus grande échelle. Dans un premier temps, la problématique concernant les personnes âgées présentant un problème de santé mentale ainsi que les objectifs de recherche seront présentés. Dans un deuxième temps, le cadre théorique, les concepts centraux qui sous-tendent ce projet ainsi que la méthode de recherche seront présentés. Dans un troisième temps, les résultats, la discussion qui en découle ainsi que les implications cliniques seront présentés. Finalement, cet essai se terminera par une conclusion et des recommandations pour des recherches futures.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section a pour but de mettre de l'avant les connaissances actuelles qui entourent les difficultés vécues par les personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale. Il sera, entre autres, question des conséquences du vieillissement normal pouvant être vécues par les personnes âgées, des problèmes de santé mentale chez la clientèle âgée, ainsi que leurs conséquences sur la personne : au niveau psychosocial, fonctionnel et occupationnel et au niveau de l'intégration communautaire. Cette section fera également l'exposition d'un programme similaire ainsi qu'une description du programme d'accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire des adultes et des personnes âgées présentant un problème de santé mentale (APIC) qui fera l'objet central de cette étude et se terminera par la pertinence de ce projet au niveau social et scientifique, pour terminer avec la question et les objectifs de cette recherche.

2.1 Effets du vieillissement normal

Avec l'avancement en âge, plusieurs changements positifs peuvent être vécus dans la vie d'une personne. Par exemple, l'arrivée des petits enfants et le rôle de grands-parents, l'augmentation du temps libre dû à la retraite qui donne la chance de cultiver de nouveaux projets. Par contre, d'autres changements, plus négatifs, peuvent occasionner des pertes importantes et faire vivre à cette population différents deuils pouvant affecter sa santé et son bien-être. Les prochains paragraphes illustrent les principales conséquences négatives associées au vieillissement normal.

Tout d'abord, en vieillissant, une diminution de certaines capacités physiques et cognitives est souvent observée, ce qui peut engendrer une perte d'autonomie. En effet, selon une étude réalisée à Washington, suite à cette diminution de capacités, 14 % des personnes âgées de l'étude présentaient des difficultés dans leurs activités telles que s'alimenter ou se laver seules qui compromettaient leur autonomie et près de 21 % de cette même population avaient des difficultés dans la réalisation des activités de la vie quotidienne comme l'entretien intérieur et extérieur, faire les courses ou tenir un budget (Administration on Ageing (A.O.A), 2001). Également, selon l'institut de la statistique du Québec (2010-2011), 32,5 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent au moins un problème de santé de longue durée vivent des incapacités légères. Toujours selon cette source, 30 % de cette même tranche d'âge vit des incapacités modérées à sévères en ce qui concerne le type ou le nombre d'activités réalisées à la maison ou dans leur

emploi, ainsi qu'en ce qui concerne les déplacements, les activités sportives et les loisirs (Cazale, Fournier, Godbout, Dubé-Linteau, Dubé et Murphy, 2014). Ces auteurs mentionnent également qu'il y a de lourdes conséquences occasionnées par des problèmes de santé chroniques chez ces personnes tant au niveau de la qualité de vie qu'au niveau des activités de la vie quotidienne et domestique. Ceci peut avoir pour conséquence que certaines personnes doivent parfois se relocaliser dans un endroit plus sécuritaire à proximité de soins et services dont elles ont besoin (Adams, Sanders et Auth, 2004), les risques occasionnés par leur perte d'autonomie étant trop importants.

Selon certains auteurs, en vieillissant, les personnes âgées seraient à risque d'isolement social. En effet, au Québec, 24,2 % des personnes âgées de 65 ans et plus qui vivent avec des limitations dans leurs activités domestiques et de la vie quotidienne sont très défavorisées sur le plan social comparativement à 17,3 % de cette même tranche d'âge, mais sans limitations d'activités (Cazale, et coll., 2014). L'isolement social chez la population âgée peut s'expliquer de plusieurs façons, entre autres, par une diminution des opportunités sociales qui s'offrent à elle. D'ailleurs, parfois ces personnes doivent affronter la maladie, la survenue d'incapacités et même la perte de leurs proches qui avancent en âge eux aussi. Tout ceci fait en sorte que leur réseau social et les opportunités de socialisation sont parfois grandement diminués (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Hogg-Jackson et Roth, 2006 ; The Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, 2008). De plus, l'isolement social peut être influencé par l'environnement physique dans lequel les personnes âgées vivent. En effet, le manque d'accessibilité aux services et de lieux à fréquenter, le fait d'habiter en milieu rural ainsi que le manque d'accessibilité aux moyens de transport sont tous des facteurs qui peuvent induire ou agraver l'isolement social (Gouvernement du Canada 2006b). Selon Adams et ses collaborateurs (2004), le fait de devoir être relocalisé dans un nouveau quartier afin de se rapprocher des soins et services dont elles ont besoin par exemple, peut augmenter le risque d'isolement social des personnes âgées. Par contre, selon une étude de Burns (2010), l'isolement social chez certaines personnes âgées ne serait pas toujours aussi néfaste pour leur santé et leur bien-être qu'on le croirait. Dans cette étude, il est mentionné que les contacts informels que ces dernières entretiennent (ex. saluer un voisin ou rencontrer une connaissance au bureau de poste) prennent une grande importance pour elles et viennent aider à contrer les effets négatifs liés à l'isolement social.

Dans un autre ordre d'idées, l'avancement en âge signifie, entre autres, l'approche et la prise de la retraite. Celle-ci occasionne un changement majeur dans la vie de certaines personnes. Elle peut exercer une influence positive ou négative sur la qualité de vie de la personne, les activités réalisées quotidiennement et leur réseau social (Agence de la Santé publique du Canada, 2010). Selon Burns (2010), il y aurait un « lien direct entre l'identité d'une personne et sa participation dans divers rôles sociaux » (p.13) comme celui de travailleur. Lorsqu'une personne prend sa retraite, elle perd aussi ce rôle ce qui vient influencer son identité. C'est pourquoi « il est fondamental que les personnes âgées se réalisent à travers des activités hors de la sphère du travail rémunéré afin qu'elles fréquentent des lieux qui offrent un sens et qui se trouvent hors du réconfort offert par la maison » (Burns, 2010, p.13). Par contre, toujours selon cette auteure, malgré ce constat et le désir de ces personnes de contribuer et d'être actifs dans leur collectivité, il leur est parfois difficile de trouver des substituts aux rôles perdus.

Finalement, certains aspects du vieillissement normal peuvent avoir des impacts négatifs sur la santé mentale d'une personne. Entre autres, on retrouve le stress engendré par la dégénérescence de leurs capacités physiques, l'isolement social, la solitude, la sédentarité et l'apparition de maladies chroniques (Gouvernement du Canada, 2006a). La synergie provoquée par la présence de difficultés vécues en lien avec la présence de maladie mentale, qui seront abordées dans la section suivante, et celles occasionnées par le vieillissement normal, rend cette population très vulnérable.

2.2. Les problèmes de santé mentale chez la clientèle âgée

Comme dit précédemment, le nombre de personnes âgées atteintes de problèmes de santé mentale tend à augmenter en raison du nombre grandissant de personnes âgées dans la population. Les troubles de santé mentale les plus fréquents au Canada chez les personnes âgées seraient les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, suivi de la schizophrénie et de la toxicomanie (Commission de la santé mentale du Canada, s. d). Au Québec, en 2012, 8 % des personnes âgées de 65 ans et plus ont vécu un épisode dépressif au cours de leur vie et 4,4 % au cours des 12 mois précédent l'étude. De cette même population, 8,5 % ont vécu un trouble d'anxiété au cours de leur vie et 1,3% dans les 12 mois précédent l'étude et 16 % des personnes âgées de 65 ans et plus avaient un niveau de détresse psychologique élevé (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Toujours selon cette étude, cette population serait moins satisfaite de leur vie que les autres tranches d'âge.

Plusieurs difficultés peuvent être vécues par les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale, en voici quelques-unes.

2.2.1. Difficultés psychosociales des personnes âgées présentant un problème de santé mentale

Selon Florio et Raschko, (1998, cité dans Dallaire, Miranda, Moscovitz et Guérette, 2003) les personnes âgées présentant des troubles de santé mentale risquent d'être isolées socialement en raison de difficultés éprouvées en ce qui concerne leurs habiletés sociales, leurs difficultés à s'adapter aux situations et à résoudre des problèmes divers. De plus, il ne serait pas rare que cette population spécifique rencontre des difficultés telles que des conflits familiaux, des difficultés à se concentrer, une altération du jugement et l'adoption de comportements d'évitement social, ce qui risque d'aggraver leur isolement (Chinman et Allende, 1999, cité dans Dallaire, Miranda, Moscovitz et Guérette, 2003). Dans un autre ordre d'idée, selon l'institut de statistique du Québec, en 2012, 1,3% des personnes âgées de 65 ans et plus ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête et 6,2% au cours de leur vie. Toujours selon cette étude, 8, 9 % de cette population affirme avoir vécu des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de leur vie (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015).

Également, les personnes âgées atteintes de troubles de santé mentale sont la cible de discrimination et de stigmatisation (Carlos, Levav, Jacobsson et Rutz, 2003) ce qui peut affecter négativement leur estime de soi et leur capacité à apprécier la vie qu'elles mènent (Edgar, 2004). Cela risque aussi de les atteindre au niveau de leur dignité et de leur identité. Ainsi, cette atteinte au niveau de la dignité et de l'identité serait davantage due à l'anticipation par apport à la perception que les personnes de leur entourage ont d'elles plutôt que par le trouble lui-même (Martinsson et coll., 2012). Ces constatations sont appuyées par Edgar (2004), qui mentionne que l'atteinte à la dignité et à l'identité des personnes âgées présentant un trouble de santé mentale serait expliquée par la présence de croyances culturelles dans la population qui stigmatisent ces personnes. Ceci devient un enjeu particulièrement important puisqu'elles sont non seulement atteintes par le processus de vieillissement normal, mais aussi par les conséquences de leur trouble de santé mentale sur leur vie (Martinsson et coll., 2012).

2.2.2 Difficultés fonctionnelles et occupationnelles des personnes âgées présentant un problème de santé mentale.

Comme mentionné précédemment, des difficultés fonctionnelles entraînant une perte d'autonomie en lien avec le vieillissement normal de la personne peuvent survenir chez la population âgée. C'est également le cas pour la personne âgée qui présente des problèmes de santé mentale.

De prime abord, les personnes âgées présentant un trouble de santé mentale sont sujettes à éprouver des difficultés dans la réalisation de certaines de leurs activités de la vie quotidienne en raison d'une atteinte à leur capacité de s'adapter à diverses situations qui se présentent à elles. Par exemple, la personne peut avoir de la difficulté au niveau de la prise de médication, de son hygiène personnelle ou de son alimentation. Elle pourrait aussi négliger ou ne pas être en mesure de gérer convenablement ses finances, éprouver des difficultés à communiquer, être inappropriée dans ses comportements sociaux, avoir des comportements agressifs, poser des gestes suicidaires, avoir des difficultés au niveau de l'introspection et du discernement et adopter des comportements de toxicomanie (D'Altilia et coll., 2002, cité dans Dallaire, Miranda, Moscovitz et Guérette, 2003).

De plus, les problèmes de santé mentale, chez la population âgée, peuvent avoir un impact supplémentaire sur leur santé physique. En effet, ils peuvent entraîner une tendance à ne pas soigner les problèmes de santé d'ordre physique ce qui peut aggraver les conséquences de ceux-ci sur le fonctionnement (Bartels et coll., 2004). L'inverse est aussi vrai. En effet, selon Arcand et Hébert (2007), les difficultés d'ordre physique, particulièrement celles liées aux douleurs chroniques ainsi qu'aux difficultés qui occasionnent une diminution des capacités fonctionnelles et qui surviennent chez ces personnes peuvent détériorer leur santé mentale puisque celles-ci diminuent la capacité de la personne à faire des activités valorisantes et d'accomplir ses rôles.

Donc, la vulnérabilité de cette population est augmentée par la survenue fréquente de problèmes d'ordre physique dû au vieillissement normal et pouvant survenir suite à un problème de santé mentale ainsi que par leurs effets néfastes sur le fonctionnement de cette population au quotidien. Il est possible de faire un lien entre ces dernières difficultés que peuvent vivre ces personnes et leurs difficultés vécues au niveau de leur inclusion sociale. En effet, tout ceci peut avoir un impact sur leurs relations sociales et favoriser leur exclusion sociale.

2.2.3. L'intégration communautaire chez les adultes présentant des problèmes de santé mentale.

Il est estimé que les personnes qui présentent des problèmes de santé mentale ont un niveau d'intégration communautaire faible à modéré (Gerber et coll., 2003). En effet, il y a une relation inversement proportionnelle entre les problèmes de santé mentale et l'intégration à la communauté, plus particulièrement en ce qui concerne la dimension psychologique (Timko et Moos, 1998, cité dans Wong et Solomon, 2002). De plus, selon Wong et Solomon (2002), l'intégration communautaire d'une personne dépend de certains déterminants personnels comme les caractéristiques sociodémographiques, les symptômes psychiatriques, l'état de santé général, le fonctionnement de la personne ainsi que les caractéristiques de l'environnement où elle vit comme les logements, les programmes et services offerts dans la communauté.

Wong et Solomon ont réalisé une revue de littérature portant sur le concept d'intégration communautaire pour des adultes atteints de problèmes de santé mentale qui a mené à un modèle théorique comportant trois dimensions. La première est la dimension physique, qui correspond globalement au fait de réaliser des activités à l'extérieur de son logement. La dimension sociale, pour sa part, correspond aux interactions qu'une personne a avec d'autres personnes de sa communauté ainsi que le réseau social qu'elle entretient. Finalement, la dimension psychologique signifie, toujours selon ces auteurs, au fait de se sentir connecté aux membres de sa communauté et au fait de se sentir appartenir à celle-ci.

Les détails concernant chacune des composantes de ce modèle figurent dans la section cadre conceptuel de cet essai. La section qui suit tend à dresser le portrait de la problématique en ce qui concerne l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale.

2.2.3.1 L'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale.

Selon le modèle de Wong, la dimension physique correspond à la réalisation d'activités à l'extérieur de son domicile. Il est possible de faire le lien entre cette dimension et le concept de l'occupation, qui est grandement discuté en ergothérapie. Dans la littérature, il est mentionné que les personnes âgées qui se considèrent comme étant en mauvaise santé mentale auraient tendance à diminuer leur participation dans leurs activités de façon générale, incluant les activités

physiques, religieuses, culturelles, éducatives, sociales et autres activités de loisirs (April et coll., 2014). Ceci étant dit, d'autres études mentionnent que les personnes âgées en bonne santé mentale qui diminuent leur participation dans leurs activités diminuent aussi les occasions de vivre des expériences positives, ce qui peut engendrer une diminution de leur qualité de vie (Bränholm, Eklund, Fugl-Meyer et Fugl-Meyer, 1991, cité dans Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2008). Selon certains auteurs, le soutien social jouerait un rôle majeur en ce qui concerne la mise en action de cette population dans des occupations (Blixen et Kippes, 1999, cité dans Levasseur, Desrosiers et St-Cyr Tribble, 2008). Comme les personnes âgées présentant un problème de santé mentale sont à risque d'être isolées socialement, ceci fait en sorte qu'ils sont d'autant plus vulnérables à éprouver des difficultés à s'engager dans des activités.

Pour ce qui est de la dimension sociale, une étude australienne a identifié que les besoins des adultes atteints de troubles de santé mentale les plus insatisfaits sont ceux d'ordre social (Elisha, Castle et Hocking, 2006). En effet, 75 % des participants de l'étude disent vivre de la solitude et de l'exclusion sociale. De plus, une autre étude mentionne que les besoins d'ordre social sont reconnus comme influençant la réalisation des activités quotidiennes et ces besoins ne sont pas comblés par le système de santé publique en santé mentale (Futeran et Draper, 2012). De ce fait, plusieurs facteurs peuvent faire en sorte de réduire ou éliminer les occasions, qu'a une personne âgée atteinte de problèmes de santé mentale d'interagir et d'entretenir des liens avec les membres de sa communauté. Entre autres, il arrive que les personnes âgées aient des problèmes d'accessibilité aux moyens de transport et qu'elles aient un budget limité pour se déplacer dans des lieux où elles pourraient faire des rencontres (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Hogg-Jackson et Roth, 2006 ; Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, 2008). De plus, il arrive que ces personnes éprouvent des difficultés à se déplacer en raison de problèmes physiques et d'un manque d'accessibilité aux endroits publics sécuritaires et à bon prix (Gouvernement du Canada, 2006b). D'ailleurs, il peut arriver que certaines d'entre elles n'osent pas demander du support des autres, car elles ne veulent pas paraître dépendantes de la communauté (Ferrara, 2009). Finalement, ne pas bénéficier d'un bon réseau et d'un bon soutien social fait courir le risque à cette population d'éprouver des difficultés dans leur intégration sociale, de vivre de la solitude et de l'isolement, ce qui peut aussi affecter leur sentiment d'appartenance à la société (Gouvernement du Canada, 2006 b; Maccourt, 2007).

Un autre aspect de l'intégration qui peut être affecté chez cette population est la dimension psychologique. En effet, les personnes âgées atteintes de problèmes de santé mentale sont souvent victimes de double stigmatisation, c'est-à-dire, la stigmatisation reliée à la présence de maladie mentale et celle reliée à leur appartenance au groupe des personnes âgées (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011). Selon Prince et Prince (2002), la stigmatisation perçue est fortement associée à un déclin de la dimension psychologique en raison d'une diminution du sentiment d'appartenance envers la communauté. En effet, il est difficile de se sentir appartenir à une communauté qui adopte des préjugés envers nous ou qui nous exclut. D'autres auteurs dénombrent des facteurs qui influencent le sentiment d'appartenance à la communauté de la population âgée. Parmi ceux-ci, on retrouve certains événements et situations de la vie qui peuvent survenir comme de mauvaises conditions de logement, l'arrivée de la retraite et l'éloignement de la famille (Cloutier-Fisher, Kobayashi, Hogg-Jackson et Roth, 2006 ; Council of Senior Citizens' Organizations of British Columbia, 2008).

Toutes ces conséquences négatives occasionnées par la présence de problèmes de santé mentale chez la population âgée peuvent être exacerbées si la personne présente ces problèmes depuis une longue période, par exemple, depuis l'âge adulte (Gouvernement du Canada, 2006a).

De plus, selon le plan d'action en santé mentale (2005-2010), il y aurait, un manque au niveau de l'accessibilité des services offerts en santé mentale pour cette population au Québec (Breton et coll., 2005). Ce manque d'accessibilité s'expliquerait, entre autres, par le manque de professionnels de la santé spécialisés dans ce domaine (Cohen, 2001, cité dans Dallaire, Miranda, Moscovitz et Guérette, 2003). En effet, les services de santé offerts à la clientèle âgée sont davantage axés vers les personnes qui présentent des pertes d'autonomie reliées à une problématique physique ou cognitive que vers les personnes âgées qui présentent une problématique de santé mentale. La prochaine section porte sur le programme d'accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale (APIC), qui vise à répondre en partie à ce besoin.

2.3 Le Programme d'accompagnement personnalisé à l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale (APIC).

L'objectif de ce programme est de favoriser l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème psychosocial ou de santé mentale en lui apportant le soutien dont elles ont besoin tout au long de ce processus (Lefebvre et coll., 2013). Pour ce faire, un pairage est fait entre un accompagnateur-citoyen et un accompagné. L'accompagné est une personne âgée de 50 ans et plus, qui présente une problématique de santé mentale ou de nature psychosociale et qui éprouve des difficultés au niveau de son intégration dans la communauté. L'accompagnateur est une personne de 18 ans et plus qui n'a aucune formation en tant qu'intervenant et qui s'engage à aider l'accompagné dans son processus d'intégration dans la communauté. Celui-ci est rémunéré et aura été formé en ce qui concerne son rôle d'accompagnateur et sur les aspects particuliers de la clientèle cible. Cette formation est assurée par les membres de l'équipe de recherche. La supervision du projet est assurée par le comité de coordination formé d'intervenants, de gestionnaires, d'aînés, de proches, de la coordonnatrice du projet et de chercheurs. L'accompagnateur-citoyen a pour rôle ultime d'amener l'accompagné à accomplir ses habitudes de vie et ses activités afin qu'il devienne le plus autonome possible et satisfait de son intégration communautaire (Lefebvre et coll., 2013). Pour ce faire, la dyade identifiera des projets que l'accompagné souhaiterait voir réaliser, établira des objectifs personnels à atteindre pour la réalisation de ces projets et formulera des actions concrètes pour y parvenir qui seront ajustées au besoin. Il est prévu que ces derniers passent trois heures par semaine ensemble durant une période d'environ six mois, mais ceci est flexible.

2.4 Programme et intervention similaire au programme APIC

Lefebvre et ses collaborateurs (2013), ont réalisé une étude similaire à la présente recherche, explorant les effets du programme APIC chez une clientèle ayant subi un traumatisme crânio-cérébral. Cette étude s'est déroulée à Montréal et a été réalisé auprès de 9 participants. La section qui suit démontre les principaux résultats de cette étude en vue de soutenir la pertinence d'explorer les effets de ce même programme, mais chez une clientèle âgée présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale.

Tout d'abord, au niveau des activités, ces auteurs ont pu observer que les personnes atteintes de traumatisme crânien ont eu une redéfinition de leurs intérêts et de leurs projets de vie

suite à leur participation au projet APIC. Les chercheurs ont également noté une augmentation du nombre d'intérêts et de la fréquence de pratique des activités de loisirs durant la période d'accompagnement. Aussi, l'accompagnement a eu un effet positif sur la réalisation des activités de la vie quotidienne et sur la participation sociale. Ces gains concernent à la fois la prise d'initiatives envers les activités, leur réalisation proprement dite et le niveau de satisfaction qui en résulte. De plus, la perception des participants de cette étude sur leur autonomie s'est aussi vue améliorée en ce qui concerne leur capacité à planifier et organiser leurs activités de soins personnels. Également, l'accompagnement a eu un effet positif sur la capacité des participants de cette étude à gérer leur état de santé physique et psychologique ainsi que leurs soins personnels.

De plus, il y a eu une amélioration de l'intégration communautaire des participants. En effet, celle-ci s'est observée au niveau de leur déplacement extérieur, de leur capacité à faire leurs commissions, leur capacité à demander de l'aide en cas d'urgence et à faire une recherche d'information par téléphone.

Au niveau de leur vie sociale, ces auteurs mentionnent que les participants étaient davantage satisfaits face à leur socialisation de façon générale ainsi qu'en ce qui concerne la sphère sexuelle. Aussi, leur capacité à gérer leur vie familiale s'est vue améliorée. Les auteurs expliquent ceci par le fait que, suite à l'accompagnement, les participants avaient moins de comportement d'évitements et d'abandon de leurs activités et relations sociales lorsque survenaient des obstacles ou lorsqu'ils avaient peur de se sentir jugés, ridiculisés, mal compris ou rejetés par les autres.

Également, les participants ont eu une augmentation de leur motivation générale, de leur confiance en soi et en l'autre et ont éprouvé de la satisfaction vis-à-vis du programme APIC. Finalement, il ressort de cette étude que le programme a eu un effet positif sur la satisfaction générale des participants face à leur vie.

À la lumière des effets positifs du programme d'accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire auprès d'une population ayant subi un traumatisme crânio-cérébral, il est possible de justifier la pertinence de faire l'étude de ce programme, mais cette fois-ci auprès de la clientèle âgée présentant un trouble de santé mentale ou de nature psychosociale ayant eux aussi des difficultés d'intégration communautaire.

2.5. Pertinence de l'étude des effets du programme APIC sur la clientèle âgée présentant des problèmes de santé mentale ou psychosociale.

La prochaine section présente la pertinence de l'étude de ce programme au niveau social et scientifique.

2.5.1 Pertinence sociale

Comme mentionné précédemment, le vieillissement de la population engendre une augmentation considérable du nombre de personnes âgées présentant un trouble de santé mentale. En effet, selon l'OMS, la population de 60 ans et plus, au niveau mondial, a doublé depuis 1980 et devrait atteindre deux milliards d'ici 2050 (OMS, 2014). Selon statistique Canada (2003), une personne âgée sur cinq vivrait avec un problème de santé mentale. Plusieurs auteurs rapportent qu'en Amérique du Nord, les services publics présentent des difficultés à répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées présentant des troubles de santé mentale (A.O.A., 2001). En fait, selon Farran et ses collaborateurs (1997), 10% de ces derniers bénéficieraient des soins dont ils ont besoin. Ces personnes vivent une réelle détresse sans toutefois recevoir les soins et services nécessaires pour promouvoir leur santé et leur bien-être ce qui rend cette clientèle encore plus vulnérable. Considérant que tout être humain devrait avoir accès aux soins et aux ressources dont il a besoin pour favoriser une bonne qualité de vie, il faut trouver des solutions à cette problématique sociale, et ce, en créant des ressources supplémentaires pour répondre aux besoins de ces personnes. L'implantation du projet APIC pour cette clientèle pourrait permettre de participer à la résolution de ce problème social en offrant une nouvelle ressource communautaire qui cible les besoins d'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale.

2.5.2 Pertinence scientifique

Dans la littérature, peu de programmes comme celui-ci ont été réalisés et peu d'études explorent les effets thérapeutiques d'une telle approche sur la population. En effet, il existe quelques programmes communautaires qui s'en approchent, mais tous ont des différences considérables avec le programme qui fait l'objet de la présente étude. Entre autres, comme dit précédemment, le programme APIC a déjà été appliqué, mais pour une clientèle présentant un traumatisme craniocérébral (Lefebvre et coll., 2013). Aussi, il existe un autre programme de support par des pairs aidants ayant été atteint de problèmes de santé mentale, auprès d'une

clientèle présentant aussi des problèmes de santé mentale qui s'est avéré efficace (Gates et Akabas, 2007). Par contre, celui-ci est non spécifique à la clientèle âgée. Également, un autre programme étudie les effets de l'accompagnement sur la clientèle âgée ayant des problèmes de santé mentale, mais celui-ci s'attarde à l'amélioration de l'état de santé mentale plutôt que sur l'amélioration de l'intégration communautaire (Chapin et coll., 2013). Donc, bien que ces programmes présentent certaines ressemblances avec la présente étude, ils comportent tous des différences. En effet, le projet APIC est le seul qui explore l'effet de l'accompagnement sur l'amélioration de l'intégration dans la communauté de la population âgée qui présente des problèmes de santé mentale. Ceci fait en sorte que l'analyse de l'effet du programme APIC auprès d'une clientèle âgée ayant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale aurait offrirait un apport scientifique pour la sphère communautaire et pourrait permettre de fournir des informations préliminaires afin d'ouvrir la voie vers des recherches de plus grande envergure sur ce sujet très peu exploré. Cette étude permettra aussi de fournir de l'information sur l'efficacité et les améliorations possibles de ce type d'approche pour cette population, étant donné que cette approche s'est avérée efficace auprès d'une autre clientèle ayant des difficultés d'intégration communautaire.

2.6 Question de recherche

La présente étude vise à documenter les effets d'un tel programme communautaire sur cette clientèle cible en répondant à la question suivante : quels sont les effets du programme d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire auprès des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale?

2.6.1 Objectifs de recherche

Dans cet essai, la dimension physique de l'intégration de ce modèle sera davantage explorée. Plus spécifiquement, cette étude vise les objectifs suivants :

1. Documenter l'emploi du temps des personnes âgées présentant un problème psychosocial ou de santé mentale suite à leur participation au programme APIC.
2. Documenter la pratique d'activités, leur signification, les intérêts chez les personnes âgées présentant un problème psychosocial ou de santé mentale participant au programme APIC.

3. Documenter et décrire la satisfaction des personnes âgées présentant un problème psychosocial ou de santé mentale en rapport avec leur participation au programme APIC.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel utilisé tout au long de ce projet est basé sur le modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002), ainsi que sur le concept de la pratique d'activités qui sont significatives pour une personne.

3.1 Modèle de l'intégration communautaire

Le concept de l'intégration communautaire était, initialement, utilisé de façon unidimensionnelle, c'est-à-dire que l'accent était mis sur l'importance pour les personnes qui présente des troubles de santé mentale d'utiliser les ressources disponibles dans la communauté et de participer à des activités à l'extérieur de leur domicile (dans la communauté) (Segal et Aviram, 1978, cité dans Wong et Solomon, 2002). Par la suite, sa conceptualisation a continué à se raffiner dans une perspective multidimensionnelle par divers auteurs. Pour en arriver à un consensus parmi les ouvrages existants dans la littérature, Wong et Solomon (2002) ont effectué une revue de littérature, afin de créer un modèle conceptuel de ce qu'est l'intégration communautaire. De leur revue de littérature, trois dimensions sont ressorties.

La première est la dimension physique. Celle-ci correspond au temps passé à réaliser des activités, à participer aux activités à l'extérieur de son domicile et à l'utilisation des services de la communauté (Segal et Everett-Dille, 1980, cité dans Wong et Solomon, 2002).

La seconde est la dimension sociale. Celle-ci se subdivise en deux domaines d'intégration sociale. Le premier correspond aux interactions sociales, c'est à dire, au degré (en quantité et en qualité) avec lequel la personne s'engage dans des interactions avec des membres de la communauté (Wolfensberger et Thomas, 1983, cité dans Wong et Solomon, 2002). Le deuxième est le réseau social, c'est-à-dire, le degré avec lequel le réseau social d'une personne représente bien la diversité et la quantité de ses rôles sociaux en lui apportant du soutien et de la réciprocité (Fellin, 1993, cité dans Wong et Solomon, 2002).

La dernière composante de ce modèle est la dimension psychologique. Celle-ci correspond à la perception que la personne a de son adhésion à sa communauté, sa connexion émotive et sa capacité à répondre aux besoins des autres tout en ayant le sentiment d'exercer une influence sur sa communauté (Aubry et Myner, 1996, cité dans Wong et Solomon, 2002).

Ainsi pour ces auteurs, l'intégration communautaire des personnes ayant un trouble de santé mentale serait intimement liée à leur engagement dans des activités à l'extérieur de chez elles, au contexte social dans lequel elles se produisent et au sentiment d'appartenance qui en résulte.

Ce modèle théorique est pertinent dans cette étude, car il explique bien le concept central de ce projet. En effet, le projet APIC a pour but principal d'améliorer l'intégration communautaire des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale. Il fallait donc que ce projet s'asseye sur des bases théoriques portant sur ce concept. Ainsi, comme dit précédemment, peu de recherches se sont penchées sur celui-ci. Wong et Solomon (2002) en font une bonne conceptualisation en se basant sur une recension des écrits. Finalement, ce modèle théorique, bien que peu utilisé dans la pratique de l'ergothérapie, rejoint certains principes et valeurs de cette profession. Effectivement, dans ce modèle, comme pour l'ergothérapie, l'occupation (qui est plus vaste, mais inclut la dimension physique de l'intégration communautaire en ce qui concerne le temps passé à faire des activités à l'extérieur) prend une part importante de l'intégration communautaire, tout comme l'environnement social (intégration sociale), ce qui rend ce modèle pertinent et congruent avec la profession d'ergothérapie. Un autre principe important en ergothérapie est l'importance accordée au sens que prend une activité pour une personne. La section qui suit fera état de ce concept.

3.2 La pratique d'activités significatives

Donc, un principe important en ergothérapie est que l'on doit tenir compte du sens que prennent les activités pour le client afin d'optimiser sa participation dans les occupations en l'aidant à réaliser celles qui ont le plus de sens pour lui. Selon Goldberg, Brintnell et Goldberg (2002) la pratique d'activités significatives pour la personne a un effet sur la satisfaction et le bien-être de celle-ci. C'est pourquoi il est important, pour un ergothérapeute, d'encourager l'accomplissement d'activités significatives chez une personne, particulièrement chez une clientèle atteinte de problèmes de santé mentale puisque, comme mentionné dans la problématique, cette population éprouve des difficultés qui peuvent affecter cet aspect.

Par ailleurs, selon Hvalse et Josephsson (2003), pour une personne qui présente un trouble de santé mentale, une activité est significative lorsqu'elle a un impact positif sur son

identité, son estime de soi et sa confiance en soi. De plus, une activité sera considérée comme significative si elle offre une opportunité d'apprendre, de se développer et de contribuer à la société. Ces activités tendront à être en lien avec leurs objectifs personnels, leurs intérêts et leurs valeurs personnelles.

De façon générale, un individu aurait tendance à réaliser des activités qui lui font vivre du plaisir, de la détente et du bonheur, ou encore, qui lui offrent l'occasion d'entrer en contact, d'aider les autres et de briser l'isolement. Selon Law, Polatajko, Baptiste et Townsend (1997), une activité est significative si elle sert à accomplir un but ou un objectif d'ordre culturel ou personnel important pour la personne. Kielhofner (1992) ajoute à cela, qu'une personne réalise une activité qui lui permet de répondre à un besoin biologique, culturel ou psychologique. Il mentionne, également qu'une activité peut être significative si elle permet à la personne de développer ses connaissances, de créer des choses, d'utiliser ses compétences, de se sentir compétente face à l'activité et de ressentir un sentiment de valorisation. C'est en ce sens que sera abordée la notion de la pratique d'activités significatives tout au long de cet essai.

Comme cet essai porte un intérêt particulier pour la dimension physique de l'intégration communautaire, le présent concept (activité significative) vient préciser le sens que prendra cette dimension pour ce projet. En effet, cet essai ne mesurera pas seulement si la personne sort plus de chez elle ou si elle réalise plus d'activités qu'avant sa participation, mais il sera aussi question de la signification de ces activités pour la personne et si cette dernière pratique davantage d'activités significatives suite à sa participation au projet APIC.

4. MÉTHODE

4.1. Devis de recherche

Afin de documenter les effets du projet APIC sur la clientèle âgée présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale, la présente recherche a pour devis une étude de cas multiples pour tenter de « bien comprendre et d'analyser un phénomène d'intérêt complexe, en profondeur, en tenant compte de son contexte » (Corbière et Larivière, 2014, p.73). Ce type d'étude est pertinent, dans ce cas-ci, car le sujet de cette recherche est peu exploré dans la littérature jusqu'à maintenant et que la poursuite de cet objectif ne peut être faite en dehors de son contexte (Corbière et Larivière, 2014). Pour y parvenir, un devis mixte simultané imbriqué sera utilisé, car les données sont récoltées à la fois par questionnaires et par entrevue semi-structurée, sont administrées de façon simultanée. Le devis qualitatif prédomine sur le devis quantitatif. En effet, les mesures quantitatives sont présentes « afin d'enrichir la description des participants » (Fortin et Gagnon, 2010, p. 376). Plus précisément, il s'agit d'analyses descriptives et expérimentales puisque le but est de décrire divers aspects de l'expérience des participants suite à leur participation au programme APIC (Fortin et Gagnon, 2010).

4.2. Participants

Dans le projet APIC, il y a deux types de participants. D'une part, il y a les accompagnés et d'une autre part, il y a les accompagnateurs citoyens. Les accompagnés sont des personnes âgées, vivant en Mauricie, qui présentent un problème de santé mentale ou de nature psychosociale (ex. isolement social) qui peuvent nuire à leur intégration communautaire, selon la personne qui fait la référence. Il est à noter qu'un diagnostic de maladie mentale n'est pas obligatoire pour pouvoir participer au projet. Les accompagnateurs sont des individus vivant en Mauricie qui acceptent d'accompagner une personne âgée présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale dans son processus d'intégration dans la communauté. Voici les critères d'inclusions des deux types de participants.

4.2.1 Critères d'inclusion des accompagnés

1. Être âgée de 50 ans et plus
2. Avoir un problème de santé mentale ou de nature psychosociale qui nuit ou pourrait nuire à l'intégration communautaire, selon le référent.

3. Reconnaissance de leur difficulté et désir d'améliorer sa situation.
4. Avoir un niveau cognitif suffisant pour entreprendre des démarches visant l'intégration communautaire.
5. Accepter d'être accompagné dans ses démarches par une personne formée à cet effet.
6. Accepter de rencontrer l'intervenant de l'équipe de santé mentale du CHRTR en compagnie de l'accompagnateur pour lui faire part des objectifs fixés si les participants sont recrutés au centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR).
7. Être en mesure de se déplacer ou d'apprendre à se déplacer de façon autonome.
8. Fournir un consentement libre et éclairé pour participer à cette étude.

4.2.2 Critères d'exclusion des accompagnés

1. Ne pas sentir le besoin d'améliorer son intégration communautaire.
2. Avoir un diagnostic de début de démence ou de démence.
3. Avoir des limitations de participation et d'intégration essentiellement dues à des limitations de nature physique, affectant, entre autres, la mobilité.
4. Les personnes qui présentent une incapacité à se déplacer de façon autonome pour se rendre à leurs activités dans la communauté (difficultés cognitives et/ou motrices).

4.2.3 Critères d'inclusion des accompagnateurs

1. Être âgée de 18 ans et plus.
2. S'exprimer facilement en français.
3. Ils doivent pouvoir se déplacer sur de longues distances puisque les participants peuvent venir de toutes les régions de la Mauricie.

4.2.4 Critères d'exclusion des accompagnateurs

1. Ne pas pouvoir se déplacer de façon autonome
2. Ne pas se sentir confortable avec cette clientèle
3. Avoir une formation en intervention psychosociale.

4.3 Recrutement des accompagnés

Tout d'abord, afin de monter un comité de coordination pour le projet APIC, un *focus group* incluant des intervenants du réseau public et communautaire, des gestionnaires, des personnes âgées, de leurs proches, des chercheurs et de la coordonnatrice du projet a été réalisé. Suite à ce *focus group*, un représentant de Shawinigan, de Louiseville, de Ste-Anne de La Pérade et de Trois-Rivières a été sollicité pour former ce comité. Ensuite, le recrutement des accompagnés s'est fait par réseautage, c'est-à-dire, qu'il a été demandé aux organismes et professionnels de la santé d'approcher des personnes qui remplissent, selon eux, les critères d'inclusion et d'exclusion du projet (Fortin et Gagnon, 2010). Ces derniers ont tous été référencés par des organismes communautaires de la Mauricie. Finalement, dans le cas où les personnes ciblées étaient intéressées à participer au projet, celles-ci pouvaient autoriser l'intervenant à transmettre leurs coordonnées à la coordonnatrice de l'équipe de recherche qui les contactait pour donner des informations sur le projet, vérifier leur éligibilité et obtenir leur consentement. Ce sont donc auprès de ces participants qu'a été faite la collecte de donnée de cet essai. Ainsi qu'à partir de journaux de bord des accompagnatrices.

4.4 Collecte de données

Pour cet essai, la collecte de données s'est faite sur deux temps de mesure. Tout d'abord, tous les questionnaires et entrevues ont été administrés avant ou peu après le commencement de la participation des accompagnés au projet APIC. Ensuite, le deuxième temps de mesure devait se faire environ six mois plus tard, soit à la fin de leur participation au projet APIC. Par contre, le projet a finalement duré 17 rencontres plutôt que 24 puisque les dyades ont jugé avoir atteint leurs objectifs.

4.4.1 Entrevue semi-structurée

Pour la collecte de données qualitatives, deux entrevues semi-structurées ont eu lieu. La première est l'entrevue initiale faite avant le début de l'accompagnement. Celle-ci avait pour but de mieux connaître les besoins de la personne, sa perception de sa situation, ses attentes par rapport à l'accompagnement, aux changements souhaités et à l'accompagnateur (voir annexe A). L'entrevue finale avait pour but de mesurer la satisfaction des participants face au programme et leur perception des effets que leur participation au projet a eu sur eux jusqu'à maintenant. Pour ce faire, quelques questions complémentaires aux questionnaires ont été posées (voir annexe B).

4.4.2 Profil de la personne

Le profil de la personne est un outil développé par Pierre-Yves Thérieault et adapté pour le projet actuel par l'équipe de recherche. Celui-ci dresse un portrait général de la personne sur plusieurs aspects. Sa passation prend de 40 à 60 minutes et comprend cinq sections. La première vise à recueillir les informations sur des caractéristiques personnelles de l'accompagné telles que son sexe, son âge, son niveau de scolarité, etc. La deuxième section recueille l'opinion que la personne a de ses propres capacités : motrices, perceptuelles, cognitives, de communication, au niveau des émotions et au niveau des comportements sociaux. La troisième section est un journal d'activités comprenant deux grilles horaires afin d'identifier l'emploi du temps lors d'une journée typique de la semaine et de fin de semaine. Il documente également l'activité la plus importante pour la personne, le niveau de satisfaction ressenti lors de sa réalisation, les évènements marquants, les lieux où elle se réalise, les personnes qu'elle rencontre et l'expérience suite à ces activités. La quatrième section informe sur les différentes tâches réalisées au cours de chacune des saisons et la cinquième section explore le niveau d'intérêt pour diverses activités de loisir. Plus précisément, l'accompagné doit évaluer sa pratique de diverses activités passées, présentes et futures ainsi que le niveau d'intérêt associé, de faible à fort, d'une liste de 69 activités. Une fois complété, ce questionnaire sera remis à l'accompagnateur afin qu'il ait un portrait global du fonctionnement de la personne qu'il accompagnera. Lors de la collecte de données initiales, toutes les sections ont été complétées. Par contre, seules les sections 3 à 5 sont complétées lors des prises de mesure finale, car on considère que les caractéristiques personnelles des participants resteront stables.

4.4.3 Journaux de bord des accompagnateurs

Après chacune des rencontres entre l'accompagnateur et l'accompagné, l'accompagnateur-citoyen devait remplir un journal de bord afin de décrire comment la rencontre s'était déroulée. Plus précisément, ce journal propose une grille à remplir et porte sur les activités faites durant la rencontre, les changements ou réussites, les défis rencontrés, l'environnement, l'état de l'accompagné et une section où l'accompagnateur doit analyser et émettre un raisonnement par rapport à une situation qui lui est arrivée. Dans la présente étude, cet outil est utilisé afin d'aider à documenter comment se déroule les rencontres hebdomadaires.

4.4.4 Questionnaire sur l'engagement dans des activités significatives (EMAS)

Ce questionnaire a été créé afin de permettre d'évaluer la congruence entre les activités qu'une personne réalise et ses valeurs, ses besoins, son sentiment de compétence ainsi que la valeur de ses activités dans la communauté (Eakman, Carlson et Clark, 2010). Il s'agit d'un questionnaire de 12 items qui évaluent, en environ 10 minutes, le sens qu'une personne donne aux activités qu'elles pratiquent (exemple d'item : « les activités que je pratique reflètent la personne que je suis »). Chaque item est coté selon une échelle de 4 points allant de 1 (rarement) à 4 (toujours). La cote finale est calculée en additionnant chacun des chiffres de chaque item. Plus le résultat est élevé, plus la personne réalise des activités qui lui sont significatives. Ce questionnaire a été utilisé pour les personnes âgées vivant dans la communauté, auprès de personnes présentant un problème de santé mentale et auprès d'étudiants universitaires. Il a une bonne consistance interne (0,89) et une fidélité test retest modérée (0,56) (Eakman, Carlson et Clark, 2010).

4.5 Analyse des données

Dans cette étude, l'analyse des données quantitatives se fera en comparant les résultats du questionnaire EMAS avant et à la fin de la participation des accompagnés au projet. Pour ce qui est de l'analyse des données qualitatives, elles serviront, tout d'abord à dresser un portrait sociodémographique des participants. Ensuite, les entrevues seront retranscrites en verbatim, puis une analyse des données sera faite pour chacune des sections de l'entrevue afin de faire ressortir les thèmes importants en se basant sur les objectifs de recherche et le cadre conceptuel. Pour réaliser l'analyse des sections 3 à 5 du profil de la personne, il y aura aussi une comparaison des résultats qui sera faite entre la prise de mesure initiale et finale. Finalement, les expériences de chacun des participants seront comparées entre eux afin de déterminer les similitudes et les différences entre les cas.

4.6 Considérations éthiques

La présente étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR) (voir annexe C). Comme l'intérêt de cet essai est porté vers les accompagnés, seules les considérations éthiques qui les concernent seront mentionnées dans cette section. En effet, plusieurs considérations éthiques ont été prises en ce qui concerne les accompagnateurs, mais ne seront pas exposées ici.

4.6.1 Risques et inconvénients

Le principal inconvénient pour les accompagnés dans ce projet est le temps passé à y participer. Sinon, il est prévu que, lors des entrevues et des rencontres avec les accompagnateurs, les accompagnés pourront, à tout moment, prendre une pause s'ils en sentent le besoin (ex. s'ils sont fatigués). De plus, s'ils se sentent mal à l'aise lors des rencontres et des entrevues, ils seront encouragés à partager ce malaise avec leur interlocuteur. Finalement, il sera important que tous les acteurs de ce projet adoptent une attitude de non-jugement, tout au long de ce projet.

4.6.2 Avantages

Les accompagnés bénéficieront d'un accompagnement de trois heures par semaine pour effectuer des activités qui auront pour but leur intégration communautaire et de briser l'isolement et la solitude afin d'augmenter leur bien-être.

4.6.3 Documentation de consentement

Le consentement des participants sera obtenu lors d'une rencontre d'information sur le projet, suite à leur prise de contact avec un membre de l'équipe de recherche.

4.6.4 Protection des données à caractère personnel

Les données recueillies sont conservées dans des fichiers protégés avec mot de passe et les documents en format papier sont gardés dans une armoire sous clé dans le local de recherche du département d'ergothérapie de l'UQTR. Les seules personnes qui auront accès à ces données sont les membres de l'équipe de recherche qui auront préalablement signé un formulaire de confidentialité. Les enregistrements audio seront détruits après la transcription des données et les transcriptions seront détruites un an après la fin de l'étude. Les données ne serviront à aucune autre fin que celles prévues pour ce projet. Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à l'identification des participants. Leur confidentialité sera assurée par un numéro et les renseignements pouvant mener à l'identification des participants seront éliminés lors de la transcription des entrevues. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'articles et de présentations ne permettront pas d'identifier les participants. De plus, advenant le cas où des participants étaient recommandés par le CHAUR, une fois les objectifs fixés entre l'accompagné et l'accompagnateur, une rencontre avec l'intervenant désigné de l'équipe du CHAUR avait lieu

afin de favoriser la collaboration entre eux et pour informer des actions et objectifs de l'un et de l'autre. Finalement, toujours afin d'assurer la confidentialité des participants, les accompagnateurs doivent garder confidentiels les propos et l'identité des autres participants.

5. RÉSULTATS

Dans cette section, les résultats issus de la collecte de données seront présentés. Tout d'abord, il sera question des caractéristiques sociodémographiques des accompagnés du projet APIC. Ensuite, la présentation des résultats obtenus dans les sections 3 à 5 du profil de la personne (l'évolution de l'emploi du temps, des activités saisonnières, de la pratique d'activités et des niveaux d'intérêts) sera faite. Par la suite, les résultats quantitatifs obtenus par le questionnaire EMAS, pour chaque participant, seront présentés. Les verbatims issus de l'entrevue semi-structurée seront rapportés et associés aux bonnes sections pour appuyer et compléter les résultats. Ensuite, l'exposition des résultats obtenus dans les journaux de bord fait par les accompagnateurs sera réalisée pour chacun des participants. Comme cette étude cherche à décrire l'effet de la participation au projet APIC des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale, les résultats, obtenus, seront comparés avant et à la fin de leur participation au projet. Finalement, les résultats quant à la satisfaction des participants face au projet APIC seront exposés. Pour chacun des outils de mesure, l'information recueillie sera classée par thèmes qui ressortent suite à l'analyse des données.

5.1 Description des participants

Quatre accompagnées ont été recrutées au début du projet. De ce nombre, trois ont débuté l'accompagnement (accompagnée 1, 2 et 4) et une d'entre elles (accompagnée 2) a abandonné le projet après une rencontre avec son accompagnateur. Pour sa part, l'accompagnée 3 n'a pas terminé le processus d'évaluation initial et n'a pu débuter son accompagnement en raison de problèmes de santé qui l'ont mené à une hospitalisation.

Toutes les accompagnées sont des femmes. La moyenne d'âge est de 62 ans. Les deux participantes ayant terminé le projet ont eu toutes les deux 17 rencontres avec leur accompagnatrice. Tout au long des prochaines sections, il sera question de l'accompagnée 1 et 4. Les résultats pour chacune d'elles seront présentés séparément. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques des accompagnées ayant participé au projet.

Tableau 1 : caractéristiques sociodémographiques des accompagnées

	Âge	Sexe	Région	Nombre de rencontres	Raisons de références
Accompagnée 1	68	Femme	Trois-Rivières	17	Anxiété, dépression, manque de confiance en soi et d'autonomie.
Accompagnée 2	57	Femme	Ste-Anne-de-la-Pérade	1	Anxiété, dépression et est très isolée.
Accompagnée 3	63	Femme	Trois-Rivières	0	Ne s'entend pas toujours très bien avec ses voisins. Difficulté à persévéérer.
Accompagnée 4	58	Femme	Louiseville	17	Lacunes au niveau de son estime, de la gestion de l'anxiété et à une tendance à s'isoler.

*Les informations en gras correspondent aux participants qui feront le sujet de la présente étude.

5.2 L'emploi du temps des participants au programme APIC

La section qui suit rapporte les résultats obtenus quant aux changements qui sont survenus au niveau de l'emploi du temps des deux participantes. Ces changements concernent l'ajout, le retrait d'activités et leur satisfaction face à leur routine.

5.2.1. L'emploi du temps de l'accompagnée 1

5.2.1.1. Ajout d'activité à l'horaire occupationnel

Il y a quelques activités qui se sont ajoutées à l'emploi du temps de la participante. Entre autres, elle a commencé à colorier des mandalas. Elle réalise cette activité toute l'avant-midi, après dîner jusqu'à l'heure du souper et en revenant de souper jusqu'à l'heure du coucher. Il ressort aussi qu'elle écoute de la musique chaque fois qu'elle est dans sa chambre. Une autre nouvelle activité réalisée par madame est qu'elle met la table avec un autre résident pour le dîner et pour le souper. Elle rapporte que cette activité lui permet de mieux manger.

5.2.1.2. Retrait d'activité à l'horaire

Quelques activités ont été arrêtées par madame depuis le début de l'accompagnement. Entre autres, elle faisait des mots croisés après le déjeuner, entre le dîner et le souper et après le souper jusqu'au coucher et maintenant elle n'en fait plus. Également, elle ne regarde plus beaucoup la télévision. Il ressort aussi de l'entrevue que la participante passe moins de temps qu'avant dans son lit. Elle rapporte qu'elle sort plus qu'avant de sa chambre.

Accompagnée1 : Bah je m'étends un peu sur le lit, mais euh un moment donné faut je sorte de la chambre parce que c'est trop d'être dans la chambre

Elle dit également qu'elle croit que l'accompagnement l'a aidé à réaliser ces changements-là lorsqu'on lui pose la question.

Accompagnée 1 : Bin, ça m'a fait du bien! À toutes les fois qu'elle vient, ça me fait du bien oui. Oui c'est un peu mieux pour moi.

5.2.1.3. Niveau de satisfaction de l'emploi du temps à la fin du projet

Cette participante est satisfaite de son emploi du temps, mais elle voudrait inclure des marches à l'extérieur dans sa routine quotidienne. Elle voudrait également que la routine de la résidence soit plus flexible. Cet élément s'illustre par la discussion suivante.

Accompagnée1 : Oui ah oui moi je suis pas une fille qui va chialer bin bin. Bin j'aimerais mieux d'autres choses là, mais on ne peut pas la on est habitué. [...]Bin les heures, que ça change un peu là [...] ya des heures là-dedans 7h15 tu prends ta collation pis tu viens te coucher (...) c'est pas mal de bonne heure ça, mais faut le faire c'est de même ça marche.

5.2.1. L'emploi du temps de l'accompagnée 4

5.2.1.1. Ajout d'activité à l'horaire

Depuis le début de l'accompagnement, l'accompagnée 4 a ajouté à son horaire le jardinage. En effet, elle s'occupe d'une parcelle de terre au jardin communautaire de Louiseville. Aussi, elle a fait des démarches pour faire une demande d'emploi, une demande d'aide sociale et d'aide au logement. Ses démarches ont occupé une bonne partie de son horaire durant l'accompagnement. Elle s'est aussi inscrite au centre de bénévolat et au centre de la femme de sa région.

5.2.1.2. Retrait d'activité à l'horaire

Aucune activité n'a été retirée de l'emploi du temps de la participante.

5.2.1.3. Niveau de satisfaction de la routine finale

L’accompagnée 4 rapporte qu’elle est satisfaite de sa routine quotidienne et qu’elle croit que l’accompagnement l’a aidé à entreprendre ces changements dans son emploi du temps.

5.3. La pratique d’activité saisonnière

5.3.1. La pratique d’activité saisonnière de l’accompagnée 1

Deux éléments ressortent de cette section. Entre autres, cette participante a réalisé une activité nouvelle cet été. En effet, elle dit qu’elle a été dans la balançoire avec son accompagnatrice. Il ressort aussi qu’elle a des projets pour les prochaines saisons qui sont de sortir plus dehors et aller marcher.

5.3.2 La pratique d’activité saisonnière de l’accompagnée 4

Les nouvelles activités réalisées pour les différentes saisons sont surtout en lien avec le jardin. Entre autres, au printemps et au début de l’été elle s’est préparée pour le jardin (achats de matériels et de graines). À l’été, elle s’est occupée du jardin et à l’automne elle a fait les récoltes et du cannage avec ses récoltes. Elle dit également avoir fait toutes les démarches concernant son aide sociale et sa recherche d’emploi cet été, mais ceci ne revient pas périodiquement.

5.4 La pratique d’activités et des intérêts des participants au programme APIC.

Dans le profil de la personne, les participantes avaient à remplir un questionnaire portant sur différents intérêts. Ils devaient indiquer pour chacun d’eux si elles les réalisaient dans le passé, dans le présent et si elles voulaient le réaliser dans le futur. Elles devaient également indiquer le niveau d’intérêt associé à chacune des activités de la liste (faible, moyen ou fort). Dans la section suivante, il sera présenté les résultats de ce questionnaire ainsi que les informations complémentaires issues de l’entrevue pour chacune des participantes. Des informations supplémentaires sur cette section se trouvent à l’annexe E.

5.4. 1 La pratique d’activités et des intérêts de l’accompagnée 1.

L’accompagnée 1 pratique six activités de plus depuis le début de l’accompagnement et deux activités sont dans ses projets futurs. De plus, une augmentation de cinq activités avec un niveau faible d’intérêt, une diminution de huit activités à niveau moyen d’intérêt et une augmentation de six activités à niveau fort d’intérêt sont observées depuis le début de l’accompagnement. Donc, une

seule catégorie du questionnaire a diminué depuis le début de l'accompagnement et c'est le nombre d'activités à niveau moyen d'intérêt. De plus, lorsque l'on compare le nombre d'activités pratiqué « maintenant » dans chacune des catégories de niveau d'intérêts (faible, moyen et fort) à la prise de mesure initiale et finale, on peut observer que cette participante réalise deux activités à niveau faible d'intérêts lors de la mesure finale comparativement à aucune lors de la mesure initiale. Aucun changement est observé concernant le nombre d'activités à niveau moyen d'intérêt que madame réalise entre les deux mesures et une augmentation de cinq activités à niveau fort d'intérêts est observée au moment de la prise de mesure finale (voir annexe F).

Lors de l'entrevue complémentaire de cette section, cette participante mentionne que l'accompagnement l'a aidé à découvrir plusieurs activités et développer ses intérêts.

Accompagnée1: Oui oui ça me fait faire de quoi malgré qu'est venue avec moi, mais ça m'a fait faire des choses comme je te dis. La pâte à modeler là on a fait ça. On a été faire des tableaux ça (nom de l'accompagnatrice) était pas venue avec moi j'étais allée tu seule avec (elle nomme une autre personne). Pis faire ça c'est nouveau ça (elle montre les mandalas).

Interviewer : Donc, l'accompagnement vous a aidé à découvrir de nouvelles activités?

Accompagnée1 : oui oui, oui j'ai bien aimé ça.

Elle rapporte également qu'elle veut maintenir les gains qu'elle a faits lors de l'accompagnement.

Accompagnée1 : Oui y faut.

Interviewer : Ce n'est pas juste quand (nom de l'accompagnatrice) est là c'est le fun!

Accompagnée1: Y faut continuer.

5.4. 2 La pratique d'activités et des intérêts de l'accompagnée 4.

Pour l'accompagnée 4, elle pratique deux activités de plus depuis le début de l'accompagnement et aucun changement n'est observé au niveau du nombre d'activités qu'elle projette faire dans le futur. De plus, une augmentation de cinq activités avec un niveau faible d'intérêt, une augmentation de quatre activités à niveau moyen d'intérêt et une diminution de six activités à niveau fort d'intérêt sont observées depuis le début de l'accompagnement. Donc, une seule catégorie du questionnaire a diminué depuis le début de l'accompagnement et c'est le nombre d'activités à niveau fort d'intérêt. De plus, lorsque l'on compare le nombre d'activités pratiqué

« maintenant » dans chacune des catégories de niveau d'intérêts (faible, moyen et fort) à la prise de mesure initiale et finale, on peut observer que cette participante ne réalise aucune activité à niveau faible d'intérêts lors de la mesure initiale et finale, elle réalise trois activités de plus à niveau moyen d'intérêts et deux activités de moins à niveau fort d'intérêts au moment de la prise de mesure finale (voir annexe F).

Lors de l'entrevue complémentaire de cette section, cette participante mentionne que l'accompagnement l'a aidé à entreprendre des démarches vers de nouvelles activités comme de s'inscrire au centre de bénévolat, de découvrir de nouvelles activités, développer ses intérêts et initier de nouvelles activités comme le jardinage.

Accompagnée 4: Oui ya des affaires que je n'avais jamais fait que j'ai faites là.
Il ressort aussi lors de l'entrevue que la participante a des projets qu'elle souhaite réaliser dans le futur comme faire du camping.

5.5 Réalisation d'activités significatives des participants du programme APIC.

Dans cette section, il sera rapporté les résultats obtenus au questionnaire EMAS quant aux changements survenus en ce qui concerne la pratique d'activités qui sont significatives pour les participants. Pour analyser les résultats, la différence entre les valeurs numériques de chacune des catégories de ce questionnaire a été faite afin de voir de combien de points les participantes ont augmenté ou diminué la valeur qu'elles accordent à chaque item. Finalement, les cotes finales des questionnaires seront présentées afin d'apprécier l'évolution globale de la signification des activités pratiquées.

5.5.1 Réalisation d'activités significatives de l'accompagnée 1.

Chez cette participante, seul l'item 1 s'est vu amélioré d'une échelle, 6 items sont restés constants (2, 5, 6, 8, 10 et 11), 4 items ont diminué d'une échelle (3, 4, 7 et 12) et l'item 9 a régressé de deux échelles. Le résultat global de cette participante pour ce questionnaire a diminué de 7 échelles depuis le début de l'accompagnement au projet APIC.

Lors de l'entrevue, des éléments ressortent en ce qui concerne certains items. Notamment, pour l'item 2, il ressort que la participante aime mieux réaliser les mandalas que les mots mystères, mais qu'elle aimerait mieux occuper son temps à aller dehors que faire des mandalas. Pour l'item 8, il ressort qu'elle aime les mandalas, car elle oublie ce qui la préoccupe.

Item 2 (Les activités que je pratique reflètent la personne que je suis) :

Accompagnée1 : J'ai recommencé ça là, j'ai lâché mes mots mystères et j'fais ça (elle montre les mandalas).

Interviewer : Fack ça reflète la personne que vous êtes?

Accompagnée1 : Oui j'aime ça (...) j'aurais voulu d'autres choses comme aller dehors pis euh me balancer là, mais ça n'adonne pas.

Item 8 (Les activités que je pratique m'apportent du plaisir) :

Accompagnée1: Je ne sais pas ça peut avoir augmenté, je suis contente de le faire en tk (...) je me mets à ça pis j'oublie tout le reste.

5.5.2 Réalisation d'activités significatives de l'accompagnée 4.

Chez cette participante, l'item 1 s'est vu amélioré de 2 échelles, 10 items se sont vus améliorés d'une échelle (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 et 12), seul l'item 10 est resté constant et aucun item n'a régressé tel que le tableau 2 le présente. Le résultat global de cette participante pour ce questionnaire a augmenté de 10 points depuis le début de l'accompagnement au projet APIC. L'entrevue n'apporte pas plus d'informations ou de précisions sur cette partie.

Tableau 2. Tableau de la signification des activités pour l’accompagnée 1 et 4 initiale et finale ainsi que la différence obtenue entre les résultats des deux prises de mesure.

Énoncé	Accompagnée 1 initiale	Accompagnée 1 finale	Différence	Accompagnée 4 initiale	Accompagnée 4 finale	Différence
1. Les activités que je pratique m'aident à prendre soin de moi.	Parfois	Souvent	+1	Parfois	Toujours	+2
2. Les activités que je pratique reflètent la personne que je suis.	Parfois	Parfois	0	Parfois	Souvent	+1
3. Les activités que je pratique me permettent d'exprimer ma créativité.	Parfois	Rarement	-1	Parfois	Souvent	+1
4.. Les activités que je pratique m'aident à un objectif, ce qui procure un sentiment de travail accompli.	Parfois	Rarement	-1	Parfois	Souvent	+1
5. Les activités que je pratique me permettent de me sentir compétent.	Parfois	Parfois	0	Parfois	Souvent	+1
6. Les activités que je pratique sont valorisées par d'autres personnes	Parfois	Parfois	0	Parfois	Souvent	+1
7. Les activités que je pratique aident les autres personnes.	Parfois	Rarement	-1	Souvent	Parfois	+1
8. Les activités que je pratique m'apportent du plaisir.	Souvent	Souvent	0	Souvent	Toujours	+1

9. Les activités que je pratique me procurent un sentiment de contrôle.	Souvent	Rarement	-2	Parfois	Souvent	+1
10. Les activités que je pratique m'aident à exprimer mes valeurs personnelles.	Parfois	Parfois	0	Parfois	Parfois	0
11. Les activités que je pratique me procurent un sentiment de satisfaction.	Souvent	Souvent	0	Parfois	Souvent	+1
12. Les activités que je pratique ont un degré de défi adéquat.	Souvent	Parfois	-1	Parfois	Souvent	+1
Résultats finaux	28	21	-7	26	36	+10

*Les éléments en gras sont les résultats finaux du questionnaire pour les deux participantes ainsi que le résultat de la différence entre la cote initiale et finale.

5.6 Déroulement et évolution lors des rencontres entre les participantes et les accompagnateurs.

Comme dit précédemment, les accompagnateurs avaient à remplir un journal de bord après chacune des rencontres avec les accompagnées. La présente section fera l'état des différents thèmes qui sont ressortis dans les journaux des accompagnateurs pour chacune des participantes. Pour la participante 1, la résolution de problèmes, la motivation et l'aspect relationnel sont ressortis comme des éléments qui ont subi des changements chez celle-ci. Pour ce qui est de l'accompagnée 4, il ressort une évolution au niveau de l'état général de madame, du soutien dans les démarches vers une autonomie, de l'aspect relationnel et de la prise d'initiatives.

5.6.1. Déroulement et évolution lors des rencontres de l'accompagnée 1.

5.6.1.1. Résolution de problèmes

Il ressort des journaux de bord que l'accompagnatrice aide la participante à trouver des solutions à ses problèmes. Lors de la 5^e rencontre, l'accompagnée 1 parle des effets secondaires que lui fait vivre sa médication et l'accompagnatrice l'aide dans la recherche de solution et lui suggère de se référer à la responsable de sa résidence afin de l'informer de sa situation. L'accompagnatrice rapporte l'élément suivant :

Elle me répond je n'avais pas pensé lui en parler à elle, mais c'est vrai elle est la responsable.

À la rencontre 12, madame vit des difficultés relationnelles et l'accompagnatrice l'aide aussi à trouver des solutions à son problème.

Elle était vraiment contente ! Elle me dit, j'pense bien que je vais appeler.

La rencontre suivante, la participante vit également une difficulté avec une autre résidente, mais cette fois-ci, l'accompagnatrice rapporte qu'elle a tenté de résoudre son problème elle-même.

Madame vit un problème en lien avec une autre résidente : Je lui demande si elle en a parlé à la responsable elle me dit Oui, mais rien ne change...j'ai au moins changé de place pour diner je ne suis plus assise près d'elle!

5.6.1.2 Motivation

Pour ce thème, il y a une évolution de la motivation de la participante qui se remarque à partir de la 5^e rencontre avec son accompagnatrice.

5.6.1.2.1 Rencontre 1 à 5

Dès les premières rencontres, l'accompagnatrice note de l'anxiété et une démotivation de madame.

Rencontre 1 : Madame était très anxiuse. Je sentais qu'elle voulait vraiment aller dans une rue connue.

Rencontre 2 : Elle était plus amorphe au début, non motivée au début de la rencontre.

En effet, l'accompagnée est hésitante à réaliser des activités et nécessite du soutien et de l'encouragement de la part de son accompagnatrice afin de la mobiliser pour qu'elle se mette en action, car elle ne se croit pas capable de réaliser certaines activités.

Rencontre 5 : L'accompagnatrice lui demande si elle veut aller dehors : « Je ne sais pas si je suis capable ».

Dès la rencontre 3, l'accompagnatrice remarque un changement dans l'attitude et l'humeur de madame.

Madame était plus souriante. J'ai entendu un rire plus fort aujourd'hui! Elle commence à s'ouvrir sur quelques petits désirs.

Il ressort que madame prend l'initiative de faire des changements concernant son apparence physique. En effet, à la rencontre 3, l'accompagnatrice rapporte « Madame me disait qu'elle aimait prendre soin d'elle avant ». La rencontre suivante, l'accompagnatrice rapporte que la dame a décidé d'aller se faire couper et teindre les cheveux. Comme l'illustre l'énoncé suivant : « Elle a parlé de ses cheveux qu'elle a fait couper court et fait teindre. Elle se trouve beaucoup plus belle comme ça ».

5.6.1.2.2 Rencontre 5 à 17

À partir de la rencontre 6, un changement dans l'attitude et la motivation de madame s'observe. En effet, le discours de l'accompagnée 1 change au niveau de sa capacité à faire les activités proposées par son accompagnatrice. Effectivement, elle passe de « Je ne sais pas si je suis capable » lors de la 5^e rencontre à « J'espère que je serai capable ». Plus tard dans le projet, l'accompagnatrice mentionne que madame hésite beaucoup moins qu'avant à se mettre en action.

Rencontre 9 : Je demande à Mme si cela l'intéressait elle me répond benn oui on pourrait avoir du plaisir à faire l'activité ensemble.

Rencontre 10 : Madame me répond instantanément...ben j'sais pas si je suis capable!!! Je dis oui oui on y va si jamais ça ne va pas on revient OK? Elle dit super OK.

Rencontre 11 : J'étais vraiment contente elle n'a pas hésité.

De plus, commence à manifester certains désirs lors de la 7^e rencontre « elle me dit j'aimerais bien aller au dépanneur quand je serai capable!!!».

L'accompagnatrice rapporte également dans le journal de bord, un changement au niveau de la motivation de madame à réaliser des activités.

Rencontre 10 : Je trouve qu'elle est bien! Elle veut beaucoup! Madame ne trainait pas les pieds. Me semble que Madame a repris plus de goût de faire des choses, elle parlait aussi, elle faisait même des blagues.

Rencontre 15 : Madame dit : «Qu'est ce qu'on fait ce matin?» Wow je savais qu'elle était comme jamais je l'avais vu..

De plus, il ressort des journaux de bord que l'accompagnée 1 prend davantage d'initiatives. En effet, à quelques reprises elle se mobilise elle-même dans certaines activités et l'accompagnatrice rapporte que madame en est satisfaite.

Rencontre 7 : Madame m'a dit qu'elle avait aimé aider à servir l'eau un midi. Elle me dit « je me suis sentie utile ».

Rencontre 8 : Madame m'a montré la peinture qu'elle a faite en atelier la semaine dernière. Elle semblait très très fière de cette œuvre. Mme m'a confié qu'elle a mis la table ce midi et qu'elle aime ça!!! Qu'elle doit recommencer ce soir.

Rencontre 12 : arrivée là-bas, elle voulait bien prendre son chocolat chaud qu'elle a fait à la machine elle-même avec un sourire peu commun.

On entra de la cour et elle a vu l'homme qui met les tables et elle est allée directement pour se laver les mains et ensuite prendre des verres dans l'armoire pour les disposer sur les tables.

Rencontre 15 : À 11 heures elle me dit d'elle-même faut aller mettre les tables!!! Alors on se leva de la balançoire et se rendons dans la cuisine et Mme commença à mettre la table avec le monsieur et souriait beaucoup.

Aussi, l'accompagnatrice avait laissé un sac contenant diverses d'activités pour la participante et, lors de la rencontre 13, madame a essayé de faire des activités seule.

Je lui demande si elle a fait des choses avec mon sac d'activités....Elle me répond, ben j'ai essayé de tricoter, mais ça n'a pas marché.

Lors de la rencontre 17, madame propose des activités à l'accompagnatrice « Elle me propose d'aller dans la balançoire dehors (d'elle-même)». L'humeur générale de l'accompagnée 1 semble aussi s'améliorer selon ce que rapporte l'Accompagnatrice suite à la rencontre 15 « Elle me dit je

peux peut-être encore heureuse à 67 ans» et 16 «Je la ressentais tellement heureuse et tellement non anxieuse! Chose pas ordinaire! »

5.6.1.3 *Aspect relationnel*

Il ressort des éléments concernant l'évolution positive de l'aspect relationnel de la participante dans les dernières rencontres. Entre autres, il ressort lors de la 10^e rencontre qu'elle est plus jasante et drôle qu'à l'habitude. Lors de la rencontre 14, l'accompagnatrice rapporte que la participante démontre des habiletés relationnelles avec le personnel de la résidence comme le démontre l'extrait de journal de bord de l'accompagnatrice : « Entre temps une employée (cuisinière) vient nous jaser durant sa pause! Mme écoute et s'intéresse à elle ». De plus, lors de la rencontre suivante, l'accompagnatrice rapporte que madame semble avoir amélioré son affirmation en relation avec sa famille : « Mme était vraiment géniale aujourd'hui elle avait parlé avec son fils. Elle avait jasé avec sa sœur aussi qui lui a reproché des choses, mais Mme semble prête à se défendre un peu plus quand quelqu'un l'attaque! ». Finalement, l'accompagnatrice rapporte que l'accompagnée 1 lui confie qu'elle se sent aimée: « Elle vient les yeux pleins d'eau... je lui demande pourquoi elle me répond il y a des gens qui m'aime (nom de l'accompagnée) je me demande si j'ai droit à ça! ».

5.6.2 **Déroulement et évolution lors des rencontres de l'accompagnée 4.**

5.6.2.1 *État affectif et physique de la personne*

Au début du projet, l'accompagnée 4 est insécuré, anxieuse et a besoin d'encouragement dans ses activités selon l'accompagnateur. Il ressort également des journaux qu'elle a une humeur triste lors des rencontres et qu'elle vit du découragement face à sa situation.

Rencontre 2 : Je la sens plus nerveuse aujourd'hui. Elle cherche l'encouragement et la valorisation par ses questions et commentaires. Le regard de l'autre est vraiment prioritaire pour elle.

Rencontre 3 : Elle me semble toujours un peu triste et défaitiste. Elle trouve la situation difficile et ne sait pas comment s'en sortir. Elle ne voit pas le jour où cela va se régler.

À partir de la 7^e rencontre avec son accompagnatrice, il est noté une augmentation de l'énergie, de l'humeur de madame durant les rencontres et une attitude plus positive face à l'avenir.

Rencontre 7 : (nom de l'accompagnée 4) est plus énergique, elle est confiante et même certaine que sa demande sera acceptée cette fois-ci. Elle est plus vive. Elle est satisfaite de sa démarche et son énergie revient.

Rencontre 8 : Aujourd'hui (nom de l'accompagnée 4) est réellement très en forme. Elle est souriante, parle avec plus d'aisance et semble plus énergique.

Au début des rencontres, l'accompagnatrice remarque que madame manque de fluidité autant dans ses paroles que dans ses mouvements. Cet aspect semble être amélioré à la rencontre 15.

Rencontre 15 : Elle est plus active, moins rigide et dans les mouvements et dans la parole.

Il y a également un changement qui survient au niveau de l'apparence de l'accompagnée. En effet, l'accompagnatrice mentionne dans les journaux au début des rencontres que madame ne fait pas attention à son apparence physique et ne semble pas s'en préoccuper. Ce qui change à la rencontre 16 et 19.

Rencontre 16 : (nom de l'accompagnée 4) est une nouvelle personne!!! Elle a fait couper ses cheveux très courts et le peu de roux qu'il lui reste a l'air de mèches... elle a décidé de ne plus teindre ses cheveux. C'est vraiment très beau. Elle porte des vêtements colorés qui lui vont très bien. Quel changement! Ses traits sont nettement plus détendus... en tout cas, on dirait qu'elle a rajeuni.

Rencontre 19 : (nom de l'accompagnée 4) porte un manteau dont les manches sont trop longues, elle les replie et me demande si c'est correct comme ça. Il est rare qu'elle semble se soucier de son apparence.

5.6.2.2 *Évolution de l'autonomie*

Dès le début de l'accompagnement, le rôle principal que prend l'accompagnatrice est de la soutenir et l'aider dans ses diverses démarches afin de devenir plus autonome. L'accompagnée réalise les démarches seule, mais vit des difficultés qu'elle relie à de la discrimination en lien à sa condition de santé.

Rencontre 3 : (nom de l'accompagnée) ne parle pas beaucoup, elle semble préoccupée... elle explique à nouveau sa situation... explications un peu confuses dues, je pense, à l'anxiété qui monte, je l'aide. Sur le chemin du retour, elle me verbalise toutefois qu'elle n'a aucun pouvoir dans ces rencontres-là, qu'elle a l'impression qu'on ne l'aurait même pas écoutée si elle y était allée seule, que le fait que je l'accompagne change l'allure des rencontres... que c'est un peu de la discrimination... sa réflexion me touche, je ne pourrais pas jurer qu'elle a tort...

Lorsqu'elle l'aide dans ses démarches, l'accompagnatrice rapporte qu'au début elle se voit et croit que les autres la voient davantage comme une intervenante. Ceci change vers la fin de l'accompagnement où l'accompagnatrice juge l'accompagnée 4 plus autonome et en mesure de gérer les situations elle même.

Rencontre 5 : j'ai vraiment l'air d'une intervenante à côté d'elle.

Rencontre 18 : Je sais me tenir légèrement à l'écart tout en demeurant totalement présente pour dépanner (nom de l'accompagnée) au besoin. Au fil des rencontres, j'ai appris à lui faire confiance; lorsqu'elle entreprend une démarche, elle sait où elle s'en va même si ce n'est pas toujours évident pour l'interlocuteur.

Rencontre 19 : Au début, j'étais là pour elle maintenant je suis là avec elle.

L'accompagnatrice rapporte que l'accompagnée fait beaucoup d'efforts et réalise plusieurs démarches elle-même, mais que même vers la fin du programme, elle nécessite un peu de soutien dans son organisation.

Rencontre 14 : (nom de l'accompagnée 4) cherche vraiment ses moyens pour être le plus autonome possible il faut parfois juste l'aider dans son organisation.

De plus, dès la 8^e rencontre, l'accompagnatrice note une amélioration dans l'autonomie de l'accompagnée 4 et qu'elle sent qu'elle n'a plus besoin d'elle, car elle sait se débrouiller seule. Elle a également repris plusieurs activités afin d'éviter de s'ennuyer.

Rencontre 8 : (nom de l'accompagnée 4) va vraiment mieux, qu'elle est beaucoup plus autonome que prévu et qu'elle n'a vraiment pas besoin de moi pour l'aider dans ses décisions et actions.

Rencontre 16 : Elle est nettement plus en contrôle de sa vie.

Rencontre 18 : Elle a déjà repris des cours une fois semaine, va régulièrement à (nom de l'organisme) et, étant donné les déménagements et nombreuses démarches, n'a pas encore senti l'ennui. Il est alors question de bénévolat.

5.6.2.3 Aspect relationnel

L'accompagnatrice note une amélioration de sa sociabilité. En effet, comme l'illustre le journal de bord de la 3^e rencontre, au début de l'accompagnement, madame ne semblait pas porter d'intérêt envers les gens qu'elle rencontrait.

Rencontre 3 : Deux personnes qu'elle connaît de (nom de l'organisme) sont attablées à des places différentes. Elle lesalue à peine, mais choisit de s'asseoir à proximité de l'un d'eux. Celui-ci semble vouloir entretenir une conversation avec nous, elle répond à peine.

Lors de la 9^e rencontre, l'accompagnatrice note une amélioration de son implication dans les relations, de la qualité des échanges que madame a avec elle et les autres ainsi que de sa sociabilité. Cette amélioration de la sociabilité est aussi notée par l'accompagnée 4.

Rencontre 9 : Je trouve que ça a évolué depuis le début; c'est vrai que (nom de l'accompagnée 4) est moins anxieuse donc plus attentive à la conversation.

Rencontre 19 : elle verbalise bien que ça va tellement mieux et qu'elle est plutôt sociable. Un couple s'installe à la table d'à côté, des sourires s'échangent suivis d'une conversation. Elle ne semble pas mal à l'aise de parler à des gens qu'elle ne connaît pas. Je me souviens de certains moments au début où celle-ci était plus saccadée... question/réponse courte. Nous n'en sommes plus au même niveau. Il y a maintenant un véritable échange d'idées.

Il est aussi noté par l'accompagnatrice que la dynamique relationnelle de madame a changée. En effet, elle rapporte qu'au début elle trouvait que l'accompagnée n'était pas considérée comme une personne à part entière dans les relations qu'elles entretenaient toutes les deux. En effet, elle rapporte qu'elle trouvait que les gens qui entraient en relation avec eux semblaient d'avantages s'adresser à l'accompagnatrice et mettaient un peu à l'écart l'accompagnée 4. Elle rapporte également que la dynamique a changé depuis le début de l'accompagnement et que l'accompagnée a su prendre sa place.

Rencontre 9 : La responsable du jardin ne s'adresse plus presque uniquement à moi. Au début, c'était comme si nous étions deux mini groupes: la responsable d'un côté et (nom de l'accompagnée 4) et moi de l'autre. Aujourd'hui, nous étions trois personnes à part entière à discuter ensemble. J'étais un peu inquiète de la place que je prenais et que me laissait (nom de l'accompagnée) lorsque nous rencontrions d'autres personnes. Il me semble que j'avais l'air de son « ange protecteur » et que les gens avaient toujours tendance à s'adresser davantage à moi. Aujourd'hui, comme je l'écrivais plus haut, je sentais qu'elle était considérée comme une personne à part entière.

Il est aussi noté que l'accompagnée prend davantage sa place dans la relation avec l'accompagnatrice.

Rencontre 18 : Je trouve que (nom de l'accompagnée 4) exprime davantage ses goûts, ses désirs et ses émotions qu'au début où elle cherchait davantage à me

faire plaisir.

5.6.2.4 Initiatives

L'accompagnatrice remarque une amélioration au niveau de la prise d'initiatives, de l'expression des idées et des désirs de l'accompagnée au fil des rencontres.

Rencontre 4 : Au jardin, elle prend très peu d'initiative et s'arrête souvent.

Rencontre 15 : Elle parle beaucoup et propose des activités pour la journée, mais aussi pour les prochaines rencontres. Elle manifeste qu'elle aimerait bien pouvoir cuisiner régulièrement de petits plats. Elle revient sur le sujet de la cuisine et dit qu'elle proposera cette activité à l'Avenue Libre, qu'elle n'est certainement pas la seule à éprouver ce besoin.

Rencontre 17 : (Nom de l'accompagnée 4) exprime davantage ses besoins et désirs.

5.7 Satisfaction des participants face au programme APIC

Dans cette section, il sera présenté les différents thèmes qui sont ressortis pour chacune des deux personnes en lien avec leur satisfaction face à leur participation au projet APIC.

5.7.1 Bénéfices et satisfaction de l'accompagnée 1 face à sa participation au projet APIC.

5.7.1.1 Aide à la mobilisation

Tout d'abord, il ressort de l'entrevue portant sur la satisfaction face à la participation au projet APIC que l'accompagnement a aidé l'accompagnée 1 à se mobiliser pour réaliser certaines activités. Celle-ci rapporte la discussion suivante.

Accompagnée 1 : À m'aide beaucoup elle. Quand je ne veux pas faire de quoi la (...) a vient, a rentre dans ma chambre « VOUS VOUS EN VENEZ AVEC MOI MADAME !! On s'est va faire quelque chose là, on s'en va embarquer dans la balancigne ! ». J'y dis : « j'pas capable, je suis fatigué, j'veux pas ». (Elle cite son accompagnatrice) : « vous vous en venez avec nous autres ! ». (Elle se cite) : « Ah OK débord si tu veux que j'y aille j'y vais ». Je réussis, a me fait réussir des affaires.

Elle rapporte également que c'est ce dont elle avait besoin pour l'aider à réaliser des activités. Comme l'illustre la discussion suivante :

Interviewer : C'est un peu de ça que vous aviez besoin ?

Accompagnée 1 : Oui ! Un ptit coup de pied moi j'dis (rire). Donner des coups de pieds dans le derrière comme on dit là. De me bouger pis euh d'arrêter de me dire (elle se cite) : « j'pas capable ! J'pas capable ! » J'y vais ! Pis j'suis capable !

Elle rapporte également que plus le projet avançait, moins il était difficile pour elle de se mobiliser dans les activités proposées par l'accompagnatrice.

Interviewer : OK, et de semaine en semaine, sentez-vous que c'était moins difficile de faire des activités?

Accompagnée 1 : Bin oui ! Oui, j'aimais ça !

Interviewer : OK! C'tai moins dur de vous convaincre?

Accompagnée 1 : Oui c'est ça

Elle mentionne également que ce qui l'empêchait de réaliser les activités qu'elle voulait faire était une « petite voix » à l'intérieur d'elle qui lui disait qui allait lui arriver quelque chose et que suite à l'accompagnement, cette petite voix est moins présente, mais qu'elle a tendance à revenir.

Interviewer : Pis ça la cette petite voix la la qui vous dit euh qui va vous arriver quelque chose, est-ce que c'est aussi présent qu'au début de l'accompagnement ?

Accompagnée 1: (...) Non non bin c'est revenu un peu la par exemple.

5.7.3.1 Sentiment de bien-être

Ensuite, un thème qui ressort de cette section est le sentiment de bien-être vécu par la personne au fil des accompagnements.

Interviewer: Est-ce que ça allait mieux de semaine en semaine ?

Accompagnée 1: Oui (..) moé ça me faisait du bien j'étais contente de l'avoir !

5.7.1.3 Relever des défis

De plus, il ressort de l'entrevue que l'accompagnement l'a également aidé à relever un défi comme il est rapporté par madame dans la discussion suivante.

Accompagnée 1: Le midi là j'tai pas capable d'aller diner. J'ai une phobie de/ J'ai peur de ne pas manger fack euh j'men va a cuisine, je commence a mettre la table un peu avec un monsieur on est deux la pis pas longtemps après c'tai le diner pis j'ai mangé pis c'tait bon ! LAAA j'tais contente! Je reviens dans ma chambre pis là je suis contente (air ravi). J'ai réussi ça !

Interviewer: Ça, c'est vous qui/

Accompagnée 1 : Oui c'est moi qui se donne un coup de pied (rire).

5.7.1.4 Réalise de nouvelles activités

Également, l'accompagnement a permis à l'accompagnée 1 de réaliser de nouvelles activités.

Accompagnée 1: Elle m'a amené ça (elle montre son livre de mandala et ses crayons de couleur). (Elle cite son accompagnatrice): « Je vais vous en amener des choses ». Elle m'a amené des mandalas. On a même été ensemble faire d'la poterie! MÊME on allait dans salle de télévision la pis on faisait du colorage on faisait des affaires ensemble. On allait se balancer dehors.

5.7.1.5 Maintien des gains

Elle mentionne qu'elle essaie de conserver les acquis qu'elle a faits lors de l'accompagnement, mais que c'est difficile parfois pour elle. Elle parle entre autres qu'elle essaie de se mobiliser elle-même pour réaliser des activités sans la présence de son accompagnatrice.

Accompagnée 1 : (...) Ça, je l'essaye je le travaille ça! C'est dur, mais euhh faut je réussisse. Ça arrive.

5.7.1.6 Prise d'initiatives

Il ressort aussi de l'entrevue que madame prend davantage d'initiatives depuis sa participation au projet APIC.

Interviewer : OK et ça est-ce que vous le faisiez avant ça ? Aller demander pour aller prendre des marches ?

Accompagnée 1 : Non, non.

5.7.1.7 Nouvelles rencontres

Un dernier thème abordé par l'accompagnée 1 est qu'elle a fait deux rencontres depuis le début du projet.

Accompagnée 1: Ahh j'ai eu une nouvelle rencontre! Une madame qui est icitte là. Le soir quand elle arrive là, tu suite a passe pis din fois elle rentre la pis a s'assis pis a jase.

Interviewer : Sortir avec des amis? Vous dites que vous êtes allé avec un ami hier?

Accompagnée 1 : Hier oui ! Ça j'aime ça quand y viennent me chercher.[...] je l'avais pas avant.

5.7.1.8 *Appréciation générale du projet*

Il ressort que madame est satisfaite face à l'accompagnement et que son expérience répond à ses attentes.

Accompagnée 1 : J'ai trouvé ça le fun! Pour moi, dans mon cas là, ça a bin été pis c'était le fun.

Interviewer: Est-ce que ça remplit vos attentes?

Accompagnée 1 : Oui parce que je ne connaissais pas ça pantoute!

Interviewer: Si vous aviez à parler à quelqu'un de ce projet-là?

Accompagnée 1 : Ah mon dieu ! Moi je le dirais à tout le monde! Essayez-le ! Bin moi je le conseille à tout le monde icitte ! Je trouve ça numéro 1 ! Moi je n'ai rien à redire.

Madame rapporte également que ce qu'elle a le plus apprécié de son expérience c'est que ça la aidé à se mobiliser dans des activités.

Accompagnée 1: C'est qu'à me fasse grouiller. (Elle cite son accompagnatrice) :« On y va pis on y va c'est toute » bonn on y va pis je reviens et je suis bin contente d'y avoir été.

Elle rapporte qu'il n'y a rien de particulier qui lui a déplu dans sa participation au projet APIC.

Accompagnée 1: J'ai toute aimé ça m'a aidé c'est comme je te dis ça m'a aidée à faire des choses.

5.7.2 **Bénéfices et satisfaction de l'accompagnée 4 face à sa participation au projet APIC.**

5.7.2.1 *Aide dans les démarches vers l'autonomisation*

Le premier thème qui est ressorti est que l'accompagnement a aidé cette participante dans ses démarches vers l'amélioration de son autonomie en l'aidant à résoudre les problèmes qu'elle vivait. Ceci se traduit par la discussion suivante.

Accompagnée 4: À m'a accompagné dans ... mettons pour aller à l'aide sociale pour des projets pis tout ça. Pis on a été voir le centre de bénévolat pour que je sois capable de faire du bénévolat, ce n'est pas commencé, mais un moment donné ça va commencer la. J'ai bin des affaires de régler la (...) j'ai mon aide sociale de réglé, parce que là j'avais pu de chômage fallait j'me trouve une job pis j'men trouvais pas fallait je trouve des solutions à mes problèmes la. Oui pis ya ça pis euh faire la demande aide au logement aussi.

Interviewer: Pis c'était plus difficile de trouver des solutions ?

Accompagnée 4 : ouin

Interviewer : Pis là avec elle ?

Accompagnée 4 : Elle m'a bin accompagnée c'était très bien.

Il ressort également que l'accompagnement a aidé l'accompagnée 4 à découvrir des ressources et service de sa communauté. La discussion suivante illustre ce thème.

Accompagnée 4: Elle me fait connaître... a me faisait connaître des affaires que je connaissais pas. [...] Faire connaître le transport en commun. La j'attends euhh je suis censé avoir le transport thérapeutique.

5.7.2.2 Diminution du stress vécu par rapport à la réalisation de ses démarches

Un autre thème qui ressort chez l'accompagnée 4 est qu'elle a vu son anxiété diminuer face aux démarches à entreprendre.

Interviewer : Qu'est-ce qui faisait que vous étiez moins anxieuse?

Accompagnée 4 : Bin des fois ça arrivait qu'on allait prendre un café au restaurent pis on jasait ça me faisait du bien j'étais bin anxieuse, je ne savais pas où que je m'en allais.

Interviewer: ahh OK pis la d'être accompagnée comme ça?

Accompagnée 4 : Bin ça va bien ça m'aide plus.

Interviewer: C'était moins stressant dans le fond c'est ça que je comprends?

Accompagnée 4: C'est ça oui.

5.7.2.3 Réalisation de nouvelles activités

Les principales activités réalisées lors de l'accompagnement sont les démarches pour trouver un travail, les services et ressources dont l'accompagnée 4 avait besoin, s'inscrire au centre d'action bénévole et de cultiver un jardin.

Accompagnée 4 : À m'a accompagné à essayer de.. Mettons me trouver une job. Ça n'a pas fonctionné, mais au moins à m'aidait à participer.. Pis on a fait un jardin communautaire ça aussi c'tai bien.

5.7.2.4 Maintien des gains

Il ressort que l'accompagnée 4 croit qu'elle gardera les acquis qu'elle a faits durant l'accompagnement.

Interviewer : Est-ce que vous croyez que tous ces apprentissages-là que vous avez faits vont rester?

Accompagnée 4 : Oui oui oui bin oui! [...] C'est ça faut pas qu'on perde qu'est-ce qu'on a acquis hein !?

5.7.2.5 Amélioration de la confiance en elle

Un autre thème qui ressort de la participation de l'accompagnée 4 au projet APIC c'est qu'il l'a aidé à développer sa confiance en elle.

Interviewer : Donc, qu'est-ce que ça vous a apporté participer à ce projet-là ?

Accompagnée 4 : Ça m'a rapporté bin de quoi là (.) Plus de confiance en moi ... ouin.

5.7.2.6 Nouvelles rencontres

Un dernier thème qui ressort pour cette participante est la rencontre de nouvelles personnes en lien avec l'expérience de l'accompagnement entre autres au jardin communautaire.

Accompagnée 4 : Ahh! Au jardin oui oui au jardin oui y'avait plein de monde là-bas. Pis la fille qui s'occupait de ça est bin gentille.

5.7.2.7 Appréciation générale du projet

Il ressort que l'accompagnée 4 est satisfaite de son expérience au projet d'accompagnement et que ça répond à ses attentes.

Accompagnée 4 : Bin moi j'ai trouvé ça que c'tai bien, j'ai bien aimé ça, ça m'a bien aidée parce que cet été-là ça allait pas bien.

Deux éléments ressortent comme étant des éléments que l'accompagnée 4 a moins aimé de sa participation. La première est qu'elle devait se débrouiller seule pour se déplacer aux endroits prévus avec l'accompagnatrice. La deuxième est que madame trouve que l'accompagnement n'a pas duré assez longtemps pour elle. En effet, elle rapporte qu'elle trouve qu'il y a eu des changements jusqu'à maintenant, mais trouve que ce projet n'était pas assez long pour que les changements soient plus importants encore.

Accompagnée 4 : Ça fait juste 6 mois hen? C'est pas beaucoup encore [...] Metton, ça ferait 1 an là /a venait une fois par semaine et ça fait juste 6 mois / c'est le temps qui presse la. Tu peux pas faire grand-chose, fallait tu fasses ça vite euh.

Interviewer : OK donc vous dans le fond ce que vous me dites si je comprends bien c'est que vous auriez aimé que ça dure plus longtemps?

Accompagnée 4 : C'est ça

Interviewer : Donc, si vous aviez une suggestion à nous donner ça serait ça ?

Accompagnée 4 : ouin c'est ça !

Elle rapporte également qu'elle voudrait que l'accompagnement se poursuive, car elle aimerait pouvoir continuer à discuter avec son accompagnatrice chaque semaine.

Interviewer : Vous dites que vous aimeriez ça que ça continue, est-ce que c'est parce que y'a d'autres choses que vous aimeriez faire avec elle?

Accompagnée 4 : Non, mais juste le fait de l'accompagnement une fois par semaine ça me fait du bien.

6. DISCUSSION

6.1 Retour les objectifs de recherches et les résultats.

Le but de cette étude était de documenter l'effet du programme APIC auprès des personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale ou de nature psychosociale. Plus spécifiquement, elle visait à documenter et décrire l'emploi du temps, la pratique d'activités d'intérêts, la pratique d'activités significatives et la satisfaction de cette population suite à leur participation au projet APIC.

6.1.1 La pratique d'activités, redéfinition des intérêts et emploi du temps

Dans cette section, il ressort que le projet APIC a eu un effet positif sur la dimension physique de l'intégration dans la communauté en augmentant le nombre d'activités pratiquées pour les deux participantes qui ont aussi identifié des projets qu'elles souhaitent réaliser dans leur communauté prochainement. En effet, l'accompagnée 1 est plus active et participe à sa communauté en mettant la table pour les autres résidents, ce qui lui procure un sentiment d'utilité. Il est possible de dire que la naissance de ce sentiment d'utilité dans sa résidence ait également un impact sur la dimension psychologique de son intégration communautaire. En effet, selon Aubry et Myner (1996, cité dans Wong et Solomon, 2002) la dimension psychologique serait en lien avec le fait de se sentir en mesure de répondre à certains besoins des membres de sa communauté ainsi que de se sentir capable d'agir dans celle-ci. Ce qui peut être vécu par la participante lorsqu'elle met la table pour toute la résidence à chaque repas.

De plus, les deux participantes ont eu une redéfinition de l'intérêt porté à leurs activités. Au terme de l'accompagnement, l'accompagnée 1 a grandement (5) augmenté le nombre d'activités présentement pratiquées à fort niveau d'intérêts et a retiré une activité de sa routine puisque celle-ci était jugée trop difficile pour elle et l'a remplacé par une autre activité plus significative. Pour sa part, l'accompagnée 4 réalise que des activités à niveau moyen et fort d'intérêt. Finalement, les deux participantes sont satisfaites de leur emploi du temps au terme du projet APIC.

Ces résultats concordent avec l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2013). En effet, les participants de leur étude ont eu eux aussi une redéfinition de leurs intérêts et de leurs projets de vie suite à leur participation au projet APIC. Également, tout comme dans la présente étude,

les personnes atteintes de traumatisme crânien ont augmenté leur nombre d'intérêts ainsi que leur pratique d'activités de loisirs durant l'accompagnement. Ces résultats sont expliqués par ces auteurs par le fait que les participants avaient moins tendance à éviter ou abandonner leurs activités suite à l'accompagnement lorsque survenait un obstacle. Une autre explication de ces résultats serait que l'accompagnement a aidé les accompagnées à explorer, se mobiliser et faire des activités qu'elles n'auraient peut-être pas eu l'initiative de faire si elles avaient été seules.

6.1.2 Signification des activités des participants

En ce qui concerne la pratique d'activités significatives, il ressort que l'accompagnée 1, réalise des activités qui sont moins significatives pour elle depuis qu'elle a participé au projet. En effet, quelques items sont restés constants, tandis que la plupart ont régressé. Le seul item qui s'est amélioré est celui concernant la réalisation d'activités qui l'aident à prendre soin d'elle. Ces résultats à ce questionnaire sont incohérents avec les données des autres questionnaires ainsi que les informations issues de l'entrevue. En effet, il ressort dans les autres sources de données que la participante semble plus heureuse, fait davantage d'activités, elle est fière de ce qu'elle accomplit, elle fait plus d'activités d'art et a développé un sentiment d'utilité. Ces contradictions dans les résultats peuvent s'expliquer par le fait que la participante peut ne pas avoir bien compris les items du questionnaire malgré les tentatives de reformulation pour simplifier les phrases. Il se peut donc que bien que ce questionnaire ait été validé auprès de la clientèle âgée, il ne soit pas adapté à la clientèle âgée qui présente des problèmes de santé mentale et qui pourrait avoir des difficultés de compréhension.

Pour ce qui est de l'accompagnée 4, il ressort que, suite à sa participation au projet APIC, elle réaliserait des activités qui font plus de sens pour elle et qui répondraient davantage à ses besoins. Ces résultats sont en accord avec les autres données issues des entrevues et des journaux de bord et avec la théorie de Hvalse et Josephsson (2003) et de Kielhofner (1992) sur la pratique d'activités significatives. Ceci représente un effet bénéfique du programme APIC surtout étant donné que la pratique d'activités significatives a un effet positif sur la satisfaction que l'on éprouve face à la vie et sur notre bien-être selon Goldberg, Brintnell et Goldberg (2002). Cette amélioration du bien-être a justement été notée chez les participantes de la présente étude qui

notent se sentir mieux depuis leur participation au projet « je peux peut-être être encore heureuse à 67 ans» (accompagnée 1).

6.1.3 Bénéfices et satisfaction des participants face au projet APIC et améliorations possibles

6.1.3.1 Résolution de problèmes

Il ressort de cette étude que l'accompagnée 1 est davantage en mesure qu'avant de résoudre des problèmes en allant vers les ressources dont elle dispose. En effet, avant elle ne voulait pas demander de l'aide, car elle disait avoir peur de déranger. Ce qui faisait qu'elle restait seule avec son problème. Durant l'accompagnement, l'accompagnatrice est intervenue à quelques reprises afin de l'aider à trouver des solutions à ses problèmes et à l'encourager à aller demander de l'aide aux personnes responsables de sa résidence. Vers la fin du projet, elle a été en mesure de demander de l'aide elle-même afin de résoudre une difficulté vécue avec une autre résidente. Comme elle avait noté une incapacité pour elle de résoudre ses problèmes dans le profil de la personne, ceci correspond à une amélioration notable. Cet aspect s'est aussi vu amélioré chez les participants au projet APIC auprès de personnes atteintes d'un TCC de Lefebvre et ses collaborateurs (2013). En effet, les participants de leur étude étaient eux aussi plus en mesure de demander de l'aide suite à leur participation au projet d'accompagnement.

Pour l'accompagnée 4, il ressort également que l'accompagnement l'a aidé à résoudre des problèmes que la participante vivait et pour lesquelles elle disait ne pas trouver d'issues. L'accompagnement lui a permis de trouver les solutions, de mieux s'organiser dans les différentes démarches et de trouver les bonnes ressources dans la communauté pour l'aider à résoudre ses problèmes. Par contre, au terme du projet, il ressort que cette participante nécessite encore un peu de soutien dans l'organisation de ses démarches. Il est possible de faire un lien ici avec la dimension physique de l'intégration communautaire, plus particulièrement que la participation au programme APIC a permis l'amélioration de l'utilisation des ressources de sa communauté afin de répondre à ses besoins. En effet, ces résultats suggèrent que le fait d'accompagner les participants dans leurs démarches les aide à trouver et se référer aux ressources communautaires par eux-mêmes. Donc, il se pourrait que l'accompagnement les aide à développer une confiance en leurs capacités en leur faisant vivre des réussites tout au long de leur cheminement.

6.1.3.2 Motivation

Pour les deux participantes, il y a eu une amélioration de la motivation à réaliser des activités suite à l'accompagnement.

Pour l'accompagnée 1, au début de l'accompagnement, celle-ci était anxieuse et hésitait à réaliser les activités proposées par l'accompagnatrice, car elle dit ne pas en être capable. À mesure que les rencontres progressent, l'accompagnatrice réussit à mobiliser de plus en plus cette participante et celle-ci est de moins en moins hésitante à réaliser des activités. Il lui arrive même à quelques reprises de manifester ses désirs, de prendre des initiatives et faire preuve de leadership dans certaines activités. Ce qui consiste en une amélioration particulièrement importante, étant donné que cette participante avait noté une incapacité à prendre des initiatives et d'exercer son leadership dans le profil de la personne. Également, elle s'est vue davantage en mesure de relever des défis et réaliser de nouvelles activités. Il en ressort un sentiment de satisfaction face à sa nouvelle façon de fonctionner. Il ressort également qu'il était moins difficile pour l'accompagnée 1 de se mobiliser dans les activités à mesure que sa participation dans le projet progressait et elle attribue ceci à l'accompagnement.

Pour l'accompagnée 4, il y a également une amélioration de la prise d'initiatives et de l'expression de ses idées et désirs. De plus, l'amélioration de sa confiance en elle, chose rapportée par cette participante comme étant problématique chez elle, peut expliquer l'amélioration de sa capacité à prendre des initiatives et à exprimer ses désirs et opinions.

Ces résultats concordent également avec l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2013). En effet, les participants du projet APIC auprès de personnes ayant subi un TCC, se sont vus plus motivés et prendre davantage d'initiatives envers les activités qu'ils voulaient pratiquer.

Il est possible de faire un lien ici entre le déroulement des rencontres, les stratégies utilisées par les accompagnatrices et le processus de remotivation auprès des personnes atteintes d'un trouble grave de la volonté de De Las Heras, Lierena et Kielhofner (2003). Selon ces auteurs, le processus de remotivation comprend trois phases : l'exploration (qui consiste à faire émerger un sentiment d'efficacité), la compétence (qui consiste à relever des défis) et l'accomplissement (qui correspond à l'acquisition de l'autonomie). Ce qui est intéressant avec la présente étude c'est que, sans le savoir, les accompagnatrices rapportent des étapes similaires

pour aider les accompagnées à développer leur motivation à réaliser des activités.

Selon De Las Heras, Lierena et Kielhofner (2003), pour faciliter l'atteinte du premier stade de la phase d'exploration (la validation), il est suggéré d'aider la personne à vivre un sentiment de compétence, à développer sa confiance en elle-même et son sentiment de sécurité face à l'environnement. Les accompagnatrices ont favorisé l'atteinte de ce stade chez les participantes du projet APIC en les accompagnant, les valorisant, les rassurant, en faisant les activités avec elles, en encourageant le dialogue et leur mise en action. Ce qui peut expliquer pourquoi ces participantes ont été davantage en mesure d'exprimer leurs désirs, se sentir plus en confiance face à leurs capacités, de réaliser de nouveaux rôles (ex. mettre la table à la cafétéria ou s'inscrire pour faire du bénévolat) et découvrir de nouveaux intérêts. Pour le deuxième stade, De Las Heras, Lierena et Kielhofner (2003) rapportent que l'on doit tranquillement changer l'environnement dans lequel on réalise les activités tout en favorisant le sentiment de sécurité, observer d'autres personnes qui réalisent les activités qui intéressent la personne et donner des responsabilités à la personne pour qu'elle initie la tâche. Ceci s'est également observé dans les stratégies utilisées par l'accompagnatrice de l'accompagnée 4 au jardin communautaire. En effet, afin d'encourager la participante à participer et se mobiliser à l'activité, elle lui donnait de petites responsabilités comme de trier et mettre les légumes dans un sac ou aller jeter les rebus. Pour ce qui est de l'accompagnée 1, son accompagnatrice l'encourageait, tout d'abord, à sortir de sa chambre pour en venir à sortir dehors et même à aller marcher jusqu'au dépanneur. Toujours selon De Las Heras, Lierena et Kielhofner (2003), le dernier stade de la phase d'exploration du processus de remotivation propose d'utiliser comme stratégies d'encourager la personne à participer davantage aux activités et favoriser les relations avec d'autres personnes. Ces stratégies ont également été utilisées par les deux accompagnatrices lorsque celles-ci laissaient davantage de place aux participantes dans leurs activités et lorsqu'elles interagissaient avec les personnes qu'elles rencontraient. En effet, les accompagnatrices encourageaient de telles rencontres et ont su tranquillement s'effacer pour laisser plus de place aux accompagnées. Il est donc possible de croire que tout ceci a contribué à l'amélioration de la motivation à réaliser des activités chez les participantes de ce projet.

6.1.3.3 Aspect relationnel

Chez les deux participantes de ce projet, il y a eu une amélioration de leurs habiletés sociales suite à leur participation.

Entre autres, plus l'accompagnement progressait, plus l'accompagnée 1 faisait preuve d'humour, avait de l'aisance à parler, s'affirmait davantage avec les membres de sa famille et se sentait plus aimé par son entourage. De plus, depuis sa participation au programme APIC, cette participante a élargi son réseau social et est entrée en contact avec d'autres personnes de sa résidence.

Pour ce qui est de l'accompagnée 4, depuis sa participation au projet, elle est davantage intéressée et impliquée dans sa rencontre avec l'autre et ses interactions sont plus naturelles. En effet, cette participante est moins anxiuse, plus fluide et est plus attentive lorsqu'elle entre en interaction avec quelqu'un, ce qui fait que les gens qu'elle rencontre ont moins tendance à se référer à son accompagnatrice. Ceci est aidé par le fait qu'elle sait davantage prendre sa place dans ses interactions qu'avant. Finalement, cette participante a fait elle aussi de nouvelles rencontres au jardin communautaire et aborde plus facilement les gens qu'elle rencontre dans les lieux publics. Ceci correspond à une grande amélioration pour cette participante considérant qu'elle a été référée au projet APIC, entre autres parce qu'elle avait une tendance à s'isoler socialement.

Ces résultats concordent avec ceux obtenus dans l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2013). En effet, ces auteurs mentionnent que, suite à leur participation au projet APIC, les participants ont eu une augmentation de leur satisfaction face à leur socialisation de façon générale et de leur capacité à gérer leur vie familiale. Ces changements sont dûs au fait que les participants avaient moins recourt à l'évitement et à l'abandon de leurs relations sociales par peur du jugement de l'autre, d'être ridiculisés, mal compris ou rejetés ou lorsqu'ils faisaient face à des obstacles.

Il est donc possible de dire que le projet APIC a eu un effet bénéfique sur la dimension sociale de l'intégration communautaire des deux participantes autant au niveau des interactions sociales qu'au niveau de leur réseau social.

6.1.3.4 État général de la personne

Pour l'accompagnée 1, il ressort que l'accompagnement a eu un effet bénéfique sur son sentiment de bien-être et a aidé à diminuer son anxiété lorsqu'elle réalise des activités. Ceci est une bonne amélioration pour cette participante compte tenu du fait qu'elle a été référée au projet puisqu'elle avait du mal à gérer son anxiété et qu'elle avait une tendance à avoir une humeur dépressive. Par contre, cette anxiété tend à revenir lorsque l'accompagnatrice n'est plus avec elle.

Pour ce qui est de l'accompagnée 4, une amélioration de son niveau d'énergie et de son humeur a été noté au fil des rencontres. Elle est aussi plus positive face à son avenir. Elle est également moins anxiouse et a besoin de moins d'encouragement de la part de son accompagnatrice face à ce qu'elle entreprend de faire. Ce qui est aussi une grande amélioration, car une des raisons de sa référence au projet est qu'elle avait elle aussi une difficulté dans sa gestion de l'anxiété.

De plus, depuis l'accompagnement, les deux participantes se soucient davantage de leur apparence physique et ont fait des changements en ce sens.

La diminution de l'anxiété observée chez les deux participantes pourrait s'expliquer par le fait que l'accompagnement leur a permis d'explorer et d'essayer de nouvelles activités tout en étant valorisées et encouragées par l'accompagnatrice. Ceci a eu pour effet de les rassurer et de diminuer leur anxiété en leur redonnant confiance en leurs capacités. Cette amélioration de confiance en soi est aussi observée dans l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2013).

6.1.3.5 Autonomie

Un autre résultat qui ressort de cette étude est l'amélioration de l'autonomie de l'accompagnée 4 et de l'amélioration de sa capacité à faire elle-même ses démarches pour devenir autonome. Au début, l'accompagnatrice devait lui offrir beaucoup de soutien tout au long de celle-ci et, au fil des rencontres, la participante prenait de plus en plus sa place et était davantage en mesure de se débrouiller seule. L'amélioration de l'autonomie s'est aussi vue chez les participants du projet APIC auprès des personnes présentant un TCC, mais plus

particulièrement au niveau de la planification et de l'organisation de leurs activités de soins personnels.

Un élément qui est ressorti comme étant un obstacle pour l'accompagnée 4 est qu'elle sentait une certaine discrimination de la part des personnes ressources qu'elle rencontrait pour réaliser ses démarches et que ceci lui causait beaucoup de difficultés et de frustration. Par contre, à la fin de sa participation au projet APIC, les gens qu'elle rencontrait la considéraient comme une personne à part entière. Il est possible de croire que ce changement au niveau de l'attitude des autres face à la participante serait dû à l'amélioration des habiletés sociales de celle-ci, de sa confiance en elle ainsi qu'à l'amélioration de son autonomie. Cette discrimination vécue par l'accompagnée 4 concorde avec ce qui ressort de la littérature à ce sujet. En effet, comme mentionné précédemment, les personnes âgées atteintes de troubles de santé mentale sont enclines à vivre de la discrimination et de la stigmatisation de la part de la société (Carlos, Levav, Jacobsson et Rutz, 2003). Selon Edgar, 2004, cette discrimination a un impact négatif sur l'estime de soi et leur satisfaction face à la vie. Prince et Prince (2002), rapportent que cette discrimination vécue par cette clientèle a un impact négatif sur la dimension psychologique de l'intégration communautaire. Il est donc possible de croire que si la participante vit moins de discrimination, son sentiment d'appartenance ainsi que son intégration psychologique face à sa communauté se trouvera amélioré. Il est également possible de croire que ce changement d'attitude de la part de la communauté envers elle aura un impact positif sur son estime d'elle-même et sur sa satisfaction face à la vie.

Pour ce qui est de l'accompagnée 1 par contre, il ressort qu'elle a pris quelques initiatives durant sa participation au projet ce qui pourrait suggérer une amélioration de son autonomie par apport à certaines activités (ex. : dessiner et mettre la table).

6.1.3.6 Satisfaction générale du projet

Comme pour l'étude de Lefebvre et ses collaborateurs (2013), il ressort que les deux accompagnées sont satisfaites de leur participation à ce projet et que celui-ci a répondu à leurs attentes. Ce que l'accompagnée 1 a le plus apprécié du projet c'est que l'accompagnement lui a permis de se mobiliser dans des activités et que c'est ce dont elle avait besoin. Elle ne rapporte aucun aspect de l'accompagnement qui lui a déplu.

Pour sa part, il ressort que l'accompagnée 4 a moins apprécié le fait que l'accompagnatrice ne lui servait pas de moyen de transport pour aller aux différents lieux qu'elle fréquentait. En effet, les accompagnatrices n'étaient pas tenues de transporter les accompagnées aux divers endroits afin de favoriser leur autonomie puisque l'accompagnatrice ne sera pas toujours là pour la conduire. D'ailleurs, une fois le projet terminé, l'accompagnée devra se débrouiller seule pour ses transports. Elle dit également qu'elle aurait voulu que l'accompagnement dure plus longtemps, car elle sent qu'elle aurait pu en retirer davantage de bénéfices. Elle aimeraient aussi continuer ses rencontres, car elle sent que ses discussions avec son accompagnatrice lui font du bien et devraient se poursuivre.

6.1.3.7 Maintien des gains

Il ressort finalement pour cette étude que les deux participantes visent à conserver les acquis qu'elles ont faits. L'accompagnée 1 éprouve de la difficulté à le faire tandis que l'accompagnée 4 croit être en mesure de les conserver.

6.2 Forces et limites de l'étude

6.2.1 Forces

Au niveau méthodologique, cette recherche comporte des forces. Notamment, les sources d'informations sont assez diversifiées ce qui permet une triangulation des données. En effet, elles proviennent des journaux de bord des accompagnateurs, des entrevues auprès des accompagnées ainsi que des questionnaires. Ceci ajoute à la validité des résultats de cet essai puisque les différentes sources servent à corroborer les résultats entre eux. De plus, comme les entrevues sont enregistrées, ceci fait en sorte de s'assurer que les informations qui sont rapportées dans cet essai sont véridiques. Aussi, les questions constituant l'entrevue de cet essai ont été vérifiées par le responsable de cette recherche afin de s'assurer qu'elles évaluaient correctement le sujet de cette étude.

6.2.2 Limites

Une des limites de cet essai est la mortalité expérimentale. En effet, au début du projet, il y avait quatre participantes et deux ont abandonné en cours de route. Bien que ceci fasse en sorte qu'il y ait moins de résultats au final, ceci comporte une certaine richesse pour l'étude, car les raisons d'abandon représentent une portion de ce qui est susceptible de se produire lors de

l'implantation du programme. En effet, il s'agit d'une clientèle particulière et ces informations sont quelques-unes des représentations de ce que l'on peut s'attendre de cette clientèle si le projet est implanté avec davantage de participants. De plus, la validité externe de cette étude est diminuée en raison du faible échantillon. En effet, les résultats de cette étude reposent sur deux cas seulement, ce qui fait en sorte que la saturation des données n'est pas atteinte et, du même coup, qu'il est difficile de généraliser les résultats. Aussi, la période d'expérimentation du projet APIC par les accompagnées pouvait aller jusqu'à 24 rencontres, mais la prise de mesure finale de cette étude a eu lieu après 17 rencontres d'accompagnement. Malgré que les rencontres ait pris fin d'un commun accord entre les accompagnatrices et les accompagnées, il a été mentionné par une des deux participantes qu'elle aurait aimé que le projet se poursuive et qu'elle aurait eu, selon elle, davantage de changements si l'accompagnement avait duré plus longtemps. Le biais de désirabilité peut aussi être une limite de cette étude. En effet, il se peut que les accompagnées n'aient pas toutes répondu honnêtement concernant leur satisfaction au projet, ceci par peur de décevoir le chercheur. Aussi, le même biais peut être survenu lorsqu'elles étaient interrogées sur leur satisfaction en lien avec l'accompagnement, et ce, par peur que leur accompagnateur le sache (malgré l'effort fait pour leur assurer qu'aucune information ne leur serait transmise).

6.3 Portée des résultats sur la pratique en ergothérapie

L'implantation d'un tel programme dans la communauté est intéressante puisque la visée de ce programme touche l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale. Plus particulièrement, ce programme vise à permettre la promotion de la santé, du bien-être et de l'occupation par le biais de l'amélioration de l'intégration communautaire de cette population particulièrement vulnérable. Son implantation permettrait de fournir une ressource supplémentaire à l'ergothérapeute et aux autres organismes et référents afin de référer et de venir en aide à cette population vulnérable.

Par ailleurs, l'ergothérapeute est habilité à jouer un rôle tant au niveau de la création et de l'implantation d'un tel programme, qu'au niveau de la formation et la supervision du personnel non-ergothérapeute. Il pourrait également faire la référence de la clientèle pouvant bénéficier de ce programme. Tous ces rôles que peuvent prendre un ergothérapeute au sein de ce projet sont aussi en accord avec les rôles valorisés par la profession.

Tout d'abord, la création et l'implantation de ce programme, par un ergothérapeute, représentent bien son rôle d'agent de changement. En effet, l'association canadienne des ergothérapeutes définit cette compétence comme celle où les ergothérapeutes sont des acteurs qui créent des changements positifs dans la communauté que ce soit au niveau des programmes offerts, les services et autres aspects du système de santé qui ont une influence sur l'occupation (Association canadienne des ergothérapeutes (ACE), (2012). L'implantation d'un programme de ce genre est aussi encouragée par le rôle de gestionnaire de sa pratique. L'association canadienne des ergothérapeutes définit cette compétence comme étant celle qui

[...] œuvre et appuie des pratiques durables [...] en affectant des ressources et en rendant compte à la population et aux bailleurs de fonds de leur apport dans l'élaboration de programmes et de services efficaces qui favorisent la participation des clients à des occupations (ACE, 2012, P.3).

Ensuite, l'ergothérapeute en tant que superviseur et formateur du personnel oeuvrant au sein de ce programme est aussi encouragé de par son rôle de gestionnaire de sa pratique. L'association canadienne des ergothérapeutes définit cette compétence comme suit : « Les ergothérapeutes ont des compétences pour la supervision, le soutien et l'encadrement des ergothérapeutes, du personnel auxiliaire et des autres membres de l'équipe en ergothérapie. » (ACE, 2012, P.3).

Finalement, faire la référence de la clientèle pouvant en bénéficier est encouragé par le rôle pivot d'expert en habilitation de l'occupation. De façon générale, une partie de ce rôle est défini comme suit, selon l'association canadienne des ergothérapeutes : « Les ergothérapeutes offrent des services actuels [...] et des ressources efficaces; ils communiquent efficacement avec les clients, les autres fournisseurs de services et la collectivité. » (ACE, 2012, P.2). De façon plus spécifique, cette tâche est rattachée à la sous-compétence 1.5.2 qui dit que suite à l'évaluation complète de son client, un ergothérapeute doit déterminer les ressources pertinentes pour répondre au besoin de son client, dans la mesure du possible (ACE, 2012, P.8).

7. CONCLUSION

La présente étude a permis de documenter l'effet du programme APIC auprès des personnes âgées présentant un problème de santé mentale ou de nature psychosociale. Cette étude a permis de découvrir que le projet APIC a aidé à améliorer la dimension physique de l'intégration dans la communauté par l'augmentation du nombre d'activités pratiquées et par l'amélioration de l'utilisation des ressources de sa communauté. De plus, les deux participantes ont redéfini leurs intérêts et une des deux participantes réalisent des activités qui sont davantage significatives pour elle. Aussi, le projet APIC a aidé à améliorer la dimension sociale de l'intégration communautaire des deux participantes autant au niveau des interactions sociales qu'au niveau de leur réseau social. Plus particulièrement, elles ont amélioré leurs habiletés sociales et ont fait de nouvelles rencontres. La dimension psychologique de l'intégration communautaire a aussi été améliorée chez les deux participantes suite à leur participation au projet APIC puisqu'il y a eu naissance d'un sentiment d'être utile à sa communauté et en améliorant le sentiment d'appartenance à celle-ci. Également, leur motivation s'est vue améliorée tout comme leur anxiété. De plus, leur participation au projet APIC a eu un impact sur le sentiment de bien-être, le niveau d'énergie, l'humeur et la vision positive face à l'avenir. Depuis l'accompagnement les deux participantes se soucient davantage de leur apparence physique et ont fait des changements en ce sens. L'autonomie de l'accompagnée 4 et sa capacité à faire elle-même ses démarches pour le devenir est aussi un effet positif qui est ressortie de cette étude. Finalement, les participantes sont satisfaites de leur participation à ce projet et celui-ci a répondu à leurs attentes. Par contre, il ressort que le fait que le transport n'était pas assuré par l'accompagnatrice et la durée trop courte du projet sont des éléments qui ont déplu à une participante.

Ce projet pourrait prendre une place intéressante pour l'ergothérapie. En effet, l'ergothérapeute pourrait jouer un rôle au niveau de la création de ce projet, de l'implantation du projet dans les communautés, de la supervision des acteurs de ce projet ainsi que dans la référence des personnes pouvant en bénéficier.

Pour de futures recherches ou pour mener celle-ci, mais à plus grande échelle afin de pousser plus loin l'exploration de l'effet de ce programme sur cette clientèle, il serait intéressant de repenser les journaux de bord en intégrant le processus de remotivation de De Las Heras,

Lierena et Kielhofner (2003). En effet, ceci aiderait peut-être à donner un peu plus de structures et d'outils aux accompagnateurs qui verbalisaient parfois ne pas savoir s'ils intervenaient correctement avec l'accompagnée. De plus, il serait peut-être facilitant pour les participants de modifier le questionnaire EMAS en faisant une grille maison inspirée de ce questionnaire, mais en simplifiant les items pour les rendre plus faciles à comprendre pour cette clientèle. Cette étude, bien qu'ayant quelques limites, a permis de découvrir le potentiel qu'a un tel programme communautaire sur cette clientèle vulnérable et mérite qu'on s'y intéresse davantage afin d'en venir à l'implanter et aider ces personnes à mieux s'intégrer dans la communauté.

RÉFÉRENCES

- Abdallah, C., Cohen, C. I., Sanchez-Almira, M., Reyes, P., & Ramirez, P. (2009). Community Integration and Associated Factors Among Older Adults With Schizophrenia. *Psychiatric Services, 60*(12), 1642-1648.
- Adams, K., Sanders, S., & Auth, E. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities: risk and resilience factors. *Aging & Mental Health, 8*(6), 475-485. Repéré à : <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13607860410001725054>
- Administration on Ageing. (2001). *Mental Health and Older Adults: Issues et Opportunities. National Report*. Washington: Department of Health and Human Resources. Repéré à : <http://www.globalaging.org/health/us/mental.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). Le Rapport de L'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2010 - Agence de la santé publique du Canada. Chapitre 3 : La santé et le bien-être des aînés au Canada. Repéré à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2010/fr-rc/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php>
- Amagai, M., Suzuki, M., Shibata, F., & Tsai, J. (2012). Development of an instrument to measure self-efficacy for social participation of people with mental illness. *Archives of psychiatric nursing, 26*(3), 240-248. Doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.004
- Andrew, E. (2004). A Response to Nordenfelt's "The Varieties of Dignity". *Health Care Analysis, 12*(2), 83-89. Doi: 10.1023/B:HCAN.0000041184.82006.8b
- April, N., Blanchet, C., Hamel, D., Lamontagne, P., Lasnier, B., Nolin, B., Philibert, M.D., Raymond, E., Tessier, S. & Tourigny, A. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Vieillissement et santé. Institut national de santé publique du Québec.
- Association canadienne des ergothérapeutes (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. CAOT Publications ACE: Ottawa.
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3e ed.). Canada: Edisem Maloine.

- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 p
- Bartels, S. J., Forester, B., Mueser, K. T., Miles, K. M., Dums, A. R., Pratt, S. I., . . . Perkins, L. (2004). Enhanced Skills Training and Health Care Management for Older Persons with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 40(1).
- Bates, A., Kemp, V., & Isaac, M. (2008). Peer Support Shows Promise in Helping Persons Living With Mental Illness Address Their Physical Health Needs. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(2), 21-36.
- Berit, H., & Staffan, J. (2003). Characteristics of Meaningful Occupations from the Perspective of Mentally Ill People. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71. Doi: 10.1080/11038120310009489
- Bould, S. (1992). Critical Perspectives on Aging: The Political and Moral Economy of Growing Old. *Contemporary Sociology*, 21(1), 77-78.
- Breton, M., Bouchard, S., Deschênes, L., Hince, C., & Rhéaume, J. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010, la force des liens*. Québec.
- Burns, V. (2010). Les personnes âgées isolées socialement pas aussi « à risque » qu'on le pense. *Pluriâges*, 1(2), 12-13.
- Carlos, A. L., Levav, I., Jacobsson, L., & Rutz, W. (2003). Stigma and discrimination against older people with mental disorders in Europe. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 18(8). Doi: 10.1002/gps.877
- Cazale, L., Fournier, C., Godbout, M., Dubé-Linteau, A., Dubé, G. et Murphy, M. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011: Utilisation des services de santé et des services sociaux par les personnes avec un problème de santé de longue durée*, Volume 4, Québec, Institut de la statistique du Québec, 195 p.
- Chapin, R. K., Sergeant, J. F., Landry, S., Leedahl, S. N., Rachlin, R., Koenig, T., & Graham, A. (2013). Reclaiming joy: pilot evaluation of a mental health peer support program for

older adults who receive Medicaid. *The Gerontologist*, 53(2), 345-352. Doi: 10.1093/geront/gns120

Chinman, M., Allende, M., Bailey, P., Maust, J., & Davidson, L. (1999). Therapeutic Agents of Assertive Community Treatment. *Psychiatric Quarterly*, 70(2), 137-162.

Commission de la santé mentale du Canada. (S.D). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*. Repéré à : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE.pdf

Cloutier-Fisher, D., Kobayashi, K. M., Hogg-Jackson, T., & Roth, M. (2006). *Making Meaningful Connections: A Profile of Social Isolation Among Older Adults in Small Town & Small City*, British Columbia, Final Report: University of Victoria, Centre on Aging.

Cohen, C. I. (2000). Directions for Research and Policy on Schizophrenia and Older Adults: Summary of the GAP Committee Report. *Psychiatric Services*, 51(3), 299-302.

Corbière, M., & Larivière, N. (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes. Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Québec, QC: Presses de l'Université du Québec.

Council of Senior Citizens' Organizations of BC. (2008). *Seniors' Health, Housing and Income in a Global Age-Friendly Community: Conference Report & Policy Recommendations*. Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport.

Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., & Clement, M. (2010). Cheminements et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves: perspectives d'intervenants psychosociaux. *La revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 267-279. Doi: 10.1017/S0714980810000164

Dallaire, B., Miranda, D., Moscovitz, N., & Guérette, A. (2003). *Les Interventions Communautaires Auprès des Personnes Âgées aux Prises avec des Troubles Mentaux Graves: Revue Critique de la Littérature Empirique et Théorique*. Rapport de recherche, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture.

De Las Heras, C.G., Lierena, L., Kielhofner, G. (2003). *A user's manual for Remotivation process : Progressive intervention for individuals with severe volitional challenges (Version 1.0)*. The Model of human occupation clearinghouse, Department of occupational therapy, College of applied health sciences. University of Illinois, Chicago, 114 p.

Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994). The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *The American Journal of Occupational Therapy*, 48(7), 595-607.

Eakman, A. M., Carlson, M., & Clark, F. (2010). Factor Structure, Reliability and Convergent Validity of the Engagement in Meaningful Activities Survey for Older Adults. *Occupational Therapy Journal of Research: occupation, participation and health*, 30(3), 111-121. Doi: 10.3928/15394492-20090518-01

Edgar, A. (2004). A response to Nordenfelt's "The Varieties of Dignity". *Health Care Analysis*, 12(2), 83-89. Repéré à:
<http://link.springer.com/article/10.1023%2FB%3AHCAN.0000041184.82006.8b>

Elisha, D., Castle, D., & Hocking, B. (2006). Reducing social isolation in people with mental illness: the role of the psychiatrist. *Australasian Psychiatry: Bulletin Of Royal Australian And New Zealand College Of Psychiatrists*, 14(3), 281-284. Doi: 10.1111/j.1440-1665.2006.02287.x

Farran, C. J., Horton-Deutsch, S. L., Fiedler, R., & Scott, C. (1997). Psychiatric home care for the elderly. *Home Health Care Services Quarterly*, 16(1-2), 77-92. Doi: 10.1300/J027v16n01_06

Fellin, P. (1993). Reformulation of the Context of Community Based Care. *The Journal of Sociology & Social Welfare*, 20(2).

Ferrara, H. (2009). *Seniors' Social Isolation: A Scoping Study*. Centre for Social and Community Research, Murdoch University, Perth, Western Australia. Repéré à :
<http://researchrepository.murdoch.edu.au/10994/>

Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *Etat de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec. Repéré à :
http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_Sa

[nteMentale_2012.pdf](#)

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière éducation.

Fournier, C., Dubé, G., Cazale, L., Godbout, M. et Murphy, M. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011 : Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité*, Volume 2, Québec, Institut de la statistique du Québec, 260 p.

Fournier, C., Godbout, M. et Cazale, L. (2013). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Méthodologie et description de la population visée*, Volume 1, Québec, Institut de la statistique du Québec, 71 p.

Frémont, P. (2004). Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie et NeuroPsychiatrie du Vieillissement*, 2(1), 19-26.

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. Doi:10.1080/13607863.2011.628978

Gates, L. B., & Akabas, S. H. (2007). Developing strategies to integrate peer providers into the staff of mental health agencies. *Administration and Policy in Mental Health*, 34(3), 293-306. Doi: 10.1007/s10488-006-0109-4

Gerber, G. J., Prince, P. N., Duffy, S., McDougall, L., Cooper, J., & Dowler, S. (2003). Adjustment, Integration, and Quality of Life Among Forensic Patients Receiving Community Outreach Services. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(2), 129-136. Doi: 10.1080/14999013.2003.10471184

Goldberg, B., Brintnell, E. S., & Goldberg, J. (2002). The Relationship Between Engagement in Meaningful Activities and Quality of Life in Persons Disabled by Mental Illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 18(2), 17-44. Doi: 10.1300/J004v18n02_03

Gouvernement du Canada. (2006a). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. Ottawa, Canada.

Gouvernement du Canada. (2006b). *Le vieillissement en santé au Canada: une nouvelle vision, un investissement vital Des faits aux gestes*. Un document d'information préparé pour le Comité fédéral-provincial-territorial des hauts fonctionnaires (aînés). Repéré à : http://www.gov.mb.ca/shas/fpt/docs/healthy_aging_in_canada_long.fr.pdf

Green, C. A., Wisdom, J. P., Wolfe, L., & Firemark, A. (2012). Engaging Youths With Serious Mental Illnesses in Treatment: STARS Study Consumer Recommendations. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 360-368. Doi:10.1037/b0094494

Greenwood, R. M., Schaefer-McDaniel, N. J., Winkel, G., & Tsemberis, S. J. (2005). Decreasing psychiatric symptoms by increasing choice in services for adults with histories of homelessness. *American Journal Of Community Psychology*, 36(3-4), 223-238. Repéré à : <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10464-005-8617-z>

Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A., & Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community mental health journal*, 43(3), 211-228. Doi: 10.1007/s10597-006-9073-4

Hvalse, B., & Josephsson, S. (2003). Characteristics of Meaningful Occupations from the Perspective of Mentally Ill People. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 10(2), 61-71. Doi: 10.1080/11038120310009489

Jolley, D., Kosky, N., & Holloway, F. (2002). Caring for people who enter old age with enduring or relapsing mental illness ('graduates'). *Council Report CR110*. Royal College of Psychiatrists London.

Kielhofner, G. (1992). *Conceptual foundations of occupational therapy*. Philadelphia, PA: F. A. Davis.

Kirby, M. J. L., & Keon, W. J. (2006). *De L'ombre à la Lumière, La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*. Rapport final du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Canada.

Kobayashi, K. M., Cloutier-Fisher, D., & MA, M. R. (2009). Making Meaningful Connections: A Profile of Social Isolation and Health Among Older Adults in Small Town and Small

- City, British Columbia. *Journal of Aging and Health*, 21(2), 374-397.
- Kruzich, J. M. (1985). Community Integration of the Mentally III in Residential Facilities. *American Journal of Community Psychology*, 13(5), 553-564.
- Laganà, L., & Shanks, S. (2002). Mutual Biases Underlying the Problematic Relationship Between Older Adults and Mental Health Providers: Any Solution in Sight? *International Journal of Aging and Human Development*, 15(3), 271-295.
- Law, M., Polatajko, H., Baptiste, S., & Townsend, E. (1997). *Core concepts of occupational therapy* (E. Townsend ed.). Ottawa, ON: CAOT Publications ACE.
- Lefebvre, H., Levert, M. J., Dorze, G. L., 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), 105-121.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and quality of life outcomes*, 6(30), 1-11. Doi: 10.1186/1477-7525-6-30
- MacCourt, P. (2007). *Review of Federal/ Territorial/ Provincial (FTP) Service and Policies and Analysis of Impact on Social Isolation*. Repéré à http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2007/policies_program_report_apr_2007.pdf
- MacCourt, P., Wilson, K., & Tourigny-Rivard, M.-F. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Calgary (Alberta).
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, J. (1999). Do family physicians treat older patients with mental disorders differently from younger patients? *Le Medecin de famille canadien*, 45, 1219-1224.
- Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C., & Wiklund-Gustin, L. (2012). Struggling for existence-Life situation experiences of older persons with mental disorders. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 7, 1-9. Doi:

10.3402/qhw.v7i0.18422

Meeks, S., & Murrell, S. A. (1997). Mental Illness in Late Life: Socioeconomic Conditions, Psychiatric Symptoms, and Adjustment of Long-Term Sufferers. *Psychology and Aging*, 12(2), 296-308.

Moyle, W., Clarke, C., Gracia, N., Reed, J., Cook, G., Klein, B., & ... Richardson, E. (2010). Older people maintaining mental health well-being through resilience: an appreciative inquiry study in four countries. *Journal Of Nursing & Healthcare Of Chronic Illnesses*, 2(2), 113-121. Doi:10.1111/j.1752-9824.2010.01050.x

Moyle, W., & Evans, K. (2007). Models of mental health care for older adults: a review of the literature. *International Journal Of Older People Nursing*, 2(2), 132-140.

National Institute of Mental Health. (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Department of Health and Human Services U.S. Public Health Service. United States. Repéré à : <https://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>

Nicholls, A. (2006). *Assessing the mental health needs of older people*. Social care institute for excellence. Adult's services guide 03. England. Repéré à : <http://www.scie.org.uk/publications/guides/guide03/files/guide03.pdf>

Nour, K., Hébert, M., Lavoie, J.-P., Dallaire, B., Wallach, I., Moscovitz, N., . . . Billette, V. (2013). Services spécialisés en santé mentale pour les personnes de 60 ans et plus. Étude pilote de l'évaluation du processus. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 81-102. Doi: 10.7202/1019187ar

Organisation mondiale de la santé (2014), *10 faits sur le vieillissement et la qualité de vie*. Repéré à : <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/fr/>

Pinfold, V. (2000). Building up safe havens...all around the world: users experiences of living in the community with mental health problems. *Health & Place*, 6, 201-212.

Prince, P. N., & Prince, C. R. (2002). Perceived stigma and community integration among clients of assertive community treatment teams. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25, 323-331.

Ragan, A. M., & Bowen, A. M. (2011). Improving Attitudes Regarding the Elderly Population:

The Effects of Information and Reinforcement for Change. *Gerontologist*, 41(4), 511–515.

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 and Mental Health*, 9(4), 363–367. Doi: 10.1080/13607860500131047.

Segal, S.P., & Everett-Dille, L. (1980). Coping styles and factors in male/female social integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 61, 8-20.

Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The Relationships Between Volition, Activity Pattern, and Life Satisfaction in the Elderly. *The American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 278- 283.

Statistique Canada, (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, Santé mentale et bien-être 2002, Ottawa. Repéré à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/index-fra.htm>

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. Doi: 10.7202/1019191ar

Thompson, B. E., & MacNeil, C. (2006). A Phenomenological Study Exploring the Meaning of a Seminar on Spirituality for Occupational Therapy Students. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(5), 531–539.

Timko, C., & Moos, R. H. (1998). Outcomes of the Treatment Climate in Psychiatric and Substance Abuse Programs. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1137-1150.

Voyer, P., McCubbin, M., Préville, M., & Boyer, R. (2003). Facteurs associés à la durée de la consommation des anxiolytiques, des sédatifs et des hypnotiques chez les personnes âgées. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35(4), 126–149.

Wel, T. v., Felling, A., & Persoon, J. (2003). The Effect of Psychiatric Rehabilitation on the Activity and Participation Level of Clients with Long-Term Psychiatric Disabilities.

Community Ment Health J, 39(6), 535-546.

Wong, Y. L., Sands, R. G., & Solomon, P. L. (2010). Conceptualizing community: the experience of mental health consumers. *Qualitative health research, 20(5)*, 654-667. Doi: 10.1177/1049732310361610

Wong, Y.-L. I., & Solomon, P. L. (2002). Community Integration of Persons With Psychiatric Disabilities in Supportive Independent Housing: A Conceptual Model and Methodological Considerations. *Mental Health Services Research, 4(1)*, 13-28.

ANNEXE A
CANEVAS D'ENTREVUE INITIAL AUPRÈS DES ACCOMPAGNÉES

Projet APIC
 Guide d'entrevue pour les accompagnés

1^{ère} entrevue :

- 1) Se présenter, décrire le projet et répondre aux questions.
- 2) Faire signer le formulaire de consentement
- 3) Passation des questionnaires : Profil de la personne et Questionnaire sur la signification des activités
- 4) Entrevue complémentaire (au besoin)

Profil de la personne : Section 3 Journal d'activité : Je propose de demander à la personne de choisir une journée typique (de semaine et de fin de semaine). Je propose de l'encourager à ajouter des informations telles que les lieux où elle se trouve, les personnes présentes, son expérience de l'activité, le climat.

Section 4 : Tâche saisonnières réalisées : il serait intéressant que la personne donne aussi le même genre d'informations au sujet de ces tâches.

Ces parties du profil (3 et 4) peut permettre de commencer à s'informer sur le réseau social et les contacts sociaux de la personne, ainsi que les lieux fréquentés.

Section 5 : Exploration du niveau d'intérêt : Je suggère de terminer par les activités qui sont surlignées (1, 2, 3, 4, 6, 13, 14, 15, 18, 22, 30, 32, 34, 42, 53) qui à mon avis sont exercées plus rarement par les aînés ayant une problématique psychosociale.

Entrevue complémentaire : L'objectif est de mieux connaître 1) les besoins de la personne, sa perception de sa situation et 2) sa perception / ses attentes par rapport à l'accompagnement et par rapport aux changements souhaités et 3) ses attentes p/r à l'accompagnateur.

Il est possible que la personne ait déjà donné beaucoup d'informations en complétant les questionnaires. Des exemples de question complémentaires qui peuvent être posées au début dans le cas où la personne les aborde ou a besoin d'être rassurée, seraient :

- Qu'est-ce qui a fait que vous avez accepté de participer à ce projet d'accompagnement?
- Qu'est-ce que vous pensez que/souhaitez que l'accompagnement vous apporte?
- Quel est le ou les besoin(s) auquel l'accompagnement pourrait répondre?
- Quel genre de personne serait un bon accompagnateur pour vous? Quelles qualités souhaitez-vous que cette personne ait?
- Avez-vous un objectif précis à atteindre personnellement?
- Est-ce que vous avez parlé à d'autres personnes de votre participation à ce projet d'accompagnement?
- Parmi les intérêts que vous avez mentionnés, quels sont ceux qui sont les plus importants pour vous?
- Est-ce que vous avez des qualités qui seront appréciées par votre accompagnateur?
- Comment souhaitez-vous que nous vous décrivions à votre futur accompagnateur?

ANNEXE B
CANEVAS D'ENTREVUE FINALE AUPRÈS DES ACCOMPAGNÉES

Projet APIC

Guide d'entrevue de la finale pour l'accompagnée 4

- 5) Entrevue complémentaire afin de documenter l'expérience des participants dans le programme ainsi que leur perception des effets du programme jusqu'à maintenant.
- 6) Passation des questionnaires : Profil de la personne (section 3 à 5 et Questionnaire sur la signification des activités) plus questions supplémentaires pour chaque section.

Entrevue complémentaire: L'objectif est de documenter la satisfaction des participants face au programme et leur perception des effets que leur participation au projet a eus sur eux.

Satisfaction au projet :

1. Comment ça s'est passé votre participation au projet ?
2. Comment avez-vous trouvé ça participer à ce projet ?
3. Qu'est-ce que ça vous a apporté de participer à ce projet ?
4. Est-ce que votre participation au programme remplit vos attentes jusqu'à maintenant ? Expliquer en quoi il remplit ou ne remplit pas celles-ci.
5. Quelles sont les choses que vous voulez faire et qui n'ont pas été faites durant votre participation au programme jusqu'à maintenant?
6. Quelles sont les choses que vous aimez le plus de votre participation à ce programme jusqu'à maintenant?
7. Quelles sont les choses que vous aimez le moins de votre participation à ce programme jusqu'à maintenant?
8. Avez-vous des projets futurs que vous voulez réaliser ? Lesquels ?
9. Avez-vous fait des rencontres durant votre participation au programme jusqu'à maintenant? (parlez-nous sen). Si oui, pensez-vous continuer de les voir?
10. Avez-vous repris contact avec des personnes que vous connaissiez et dont vous ne parliez plus depuis un moment (parlez-nous s'en) ? Si non, projetez-vous le faire ?
11. Qu'est-ce que votre participation à ce projet a changé dans votre vie jusqu'à maintenant?
12. Si vous aviez à parler à quelqu'un de ce projet, que lui diriez-vous ?
13. Quels changements apporteriez-vous à ce projet ?

Profil de la personne : Section 3 Journal d'activité : Demander à la personne de faire son horaire occupationnel à ce jour et questionner sur les changements qui ont pu survenir depuis sa participation au projet. L'encourager à ajouter des informations telles que les lieux où elle se trouve, les personnes présentes, son expérience de l'activité, le climat.

Questions supplémentaires :

1. Y a-t-il des changements dans votre horaire depuis que vous avez commencé l'accompagnement? Quels sont-ils?
2. Est-ce que l'accompagnement vous a aidé à entreprendre ces changements? Si oui, en quoi?
3. Êtes-vous satisfait de votre routine quotidienne? Si oui, en quoi? Si non, quel changement aimeriez-vous faire pour être plus satisfait de votre routine?

4. Une routine de vie idéale ressemblerait à quoi pour vous? En quoi est-ce que c'est différent de la vôtre en ce moment?
5. Quels changements projetez-vous de faire dans votre routine prochainement?

Section 4 : Tâches saisonnières réalisées : Demander à la personne si les tâches saisonnières réalisées du début du projet ont changées depuis le début du projet.

Section 5 : Exploration du niveau d'intérêt

Présenter la grille remplie au début du projet et faire un survol rapide des activités afin de vérifier si :

- Les activités non pratiquées sont toujours non pratiquées.
- Si de nouvelles activités sont maintenant pratiquées.
- Si de nouveaux intérêts sont apparus.
- Si des activités sont dans les projets futurs.

Questions supplémentaires :

1. Sentez-vous que l'accompagnement vous a aidé dans l'initiation de la pratique de certaines activités? Est-ce que ce sont de nouvelles activités ou des activités que vous faisiez avant? Pouvez-vous m'en parler davantage?
2. Sentez-vous que l'accompagnement vous a aidé à découvrir de nouvelles activités?
3. Quelles activités projetez-vous de faire prochainement?
4. Pensez-vous continuer à réaliser ces nouvelles activités après que l'accompagnement sera terminé? Si oui, comment pensez-vous y arriver?

Questionnaire sur la signification des activités : Faire passer le questionnaire et questionner si elle considère que c'est pire, mieux ou comme avant sa participation au projet.

Questions supplémentaires : (sur le sens des activités)

1. Qu'est-ce que vous aimez dans les activités que vous accomplissez maintenant?
2. Qu'est-ce qui est important pour vous quand vous choisissez de faire une activité? Qu'est-ce que vos activités vous apportent?
3. Faites-vous davantage d'activités qui vous permettent de vous sentir bien depuis votre participation au projet? Parlez-moi s'en davantage?
4. Qu'est-ce qui fait qu'une activité vous fait sentir bien?
5. Qu'est-ce qui fait qu'une activité est significative pour vous ?
6. Êtes-vous plus satisfaite des activités que vous avez choisi de faire depuis votre participation au programme?

ANNEXE C
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÉTRES 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 : **Étude exploratoire de l'implantation et des effets d'un programme d'Accompagnement Personnalisé d'Intégration Communautaire (APIC) sur la participation d'ainés ayant un trouble mental et à risque d'isolement social**

Chercheurs : Ginette Aubin
Département d'ergothérapie

Organismes : Le Réseau Québécois de recherche sur le vieillissement

N° DU CERTIFICAT : **CER-14-206-07.16**

PÉRIODE DE VALIDITÉ : **Du 11 novembre 2014 au 11 novembre 2015**

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 D

TABLEAU DE LA PERCEPTION DES PARTICIPANTS 1 ET 4 SUR LEURS CAPACITÉS COGNITIVES, LEURS HABILETÉS DE COMMUNICATION, LEURS ÉMOTIONS ET LEUR COMPORTEMENT SOCIAL. D'APRÈS LE PROFIL DE LA PERSONNE

		Accompagnée 1	Accompagnée 4
Vivre seule		Oui, vit en résidence.	Non, vit avec son conjoint.
Conduite automobile		Non	Non
Cognition	Apprendre une routine	Oui	Oui
	Prendre des initiatives	Non	Oui
	Résoudre un problème	Non	Ça dépend
	S'ajuster à un événement nouveau	Non	Oui et non ça prend un temps d'adaptation
Converser avec autrui plus de 5 min		Oui, mais dit écouter plus que parler	Oui
Émotion	Prendre des décisions	Oui, mais pas des grosses décisions	Ça dépend, c'est difficile
	Avoir peur de sortir de son domicile	Aucune réponse	Non

Comportement social	Maintenir son intérêt sur la durée d'une activité	Oui	Oui
	Contrôler ses émotions	Non	Ça dépend
	S'adapter à des situations nouvelles	Non	Ça dépend
	Éprouver de la satisfaction	Oui	Oui
	Avoir peur d'autrui	Oui, mais ça dépend de l'endroit	Ça dépend
	Faire preuve de leadership	Non	Non
	Être dans un groupe	Oui	Oui
	Être solitaire	Oui	Oui

ANNEXE E

**NOMBRE D'ACTIVITÉS PRATIQUÉES PRÉSENTEMENT ET DANS LE FUTUR
AINSII QUE DU NOMBRE D'ACTIVITÉS À NIVEAU D'INTÉRÊT FAIBLE, MOYEN
ET FORT POUR L'ACCOMPAGNÉE 1 ET 4 AVANT ET LA FIN DU PROJET.**

			Accompagnée 1	Accompagnée 4
Nombre d'activités pratiquées maintenant	Initiale	8	22	
	Finale	14	24	
Nombre d'activités qu'elle veut pratiquer dans le futur	Initiale	24	38	
	Finale	26	38	
Degré d'intérêt pour chaque activité	Faible	Initiale	33	26
		Finale	38	31
	Moyen	Initiale	17	22
		Finale	8	26
	Fort	Initiale	8	18
		Finale	14	12

ANNEXE F
**NIVEAU D'INTÉRÊTS POUR LES ACTIVITÉS PRATIQUÉES MAINTENANT,
AVANT ET À LA FIN DE LEUR PARTICIPATION AU PROJET APIC.**

		Accompagnée 1		Accompagnée 4	
		Initiale	Finale	Initiale	Finale
Niveau d'intérêt des activités pratiquées					
maintenant.	Faible	0	2	0	0
	Moyen	5	5	9	12
	Fort	2	7	13	11