

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

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

PAR
ROSEMARIE PRUNEAU

LEADERSHIP DE L'ERGOTHÉRAPEUTE : AMÉLIORER LES SERVICES OFFERTS AUX
PERSONNES ÂGÉES AYANT DES SYMPTÔMES ANXIO-DÉPRESSIFS

DÉCEMBRE 2023

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou 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 ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je tiens à remercier ma famille qui m'a soutenu tout au long de mon parcours universitaire. Vos encouragements ont toujours été appréciés et m'ont aidé à surmonter les défis ainsi qu'à me dépasser. Je remercie également mes amis qui m'ont soutenu et qui ont rendu ces dernières années aussi mémorables. Une mention spéciale à Marie-Pier avec qui j'ai été confiné à l'appartement durant la Covid-19.

De plus, j'aimerais remercier mes collègues de classe qui ont enrichi mes discussions et qui ont favorisé mes apprentissages ainsi que mes collègues de séminaire qui ont poussé mes réflexions durant le processus de recherche menant à cet essai.

Je souligne également l'impact qu'a eu l'équipe du soutien à domicile de Drummondville sur le choix du sujet de cet essai en me donnant l'opportunité de découvrir la clientèle âgée.

Enfin, je remercie ma superviseuse d'essai, Marie-Michèle Lord, qui a cru en moi et qui m'a encouragé à mettre mes idées de l'avant dans cet essai. Ta positivité, ta vision de l'ergothérapie et tes encouragements m'ont donné l'énergie pour déployer des efforts constants afin de mener à bien cette recherche dont je suis fière. Merci pour tes nombreuses suggestions et rétroactions constructives. Je souhaite aussi remercier Martine Labrecque, lectrice externe de cet essai, pour la richesse de ces commentaires qui m'ont permis de bonifier ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX	v
LISTE DES FIGURES	vi
LISTES DES ABRÉVIATIONS	vii
RÉSUMÉ.....	ix
1. INTRODUCTION.....	10
2. PROBLÉMATIQUE.....	11
2.1 Portrait de la population vieillissante au Québec	11
2.2 Les personnes âgées et la santé mentale.....	11
2.3 Impacts des symptômes anxio-dépressifs chez les personnes âgées.....	13
2.4 Le rôle essentiel de l'environnement pour soutenir les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale.....	15
2.5 Question et objectif de recherche	16
2.6 Pertinence du projet de recherche	17
3. CADRE THÉORIQUE.....	18
3.1 Modèle écosystémique de Brofenbrenner (1979)	18
3.2 Deux acteurs clés du microsysteme des personnes âgées	19
3.2.1 Organismes communautaires	19
3.2.2 Centres intégrés de santé et de services sociaux	20
4. MÉTHODOLOGIE.....	22
4.1 Devis de recherche	22
4.2 Choix de l'environnement analysé.....	22
4.3 Méthode de collecte de données.....	23
4.5 Analyse	24
5. RÉSULTATS	26
5.1 Systèmes impliqués auprès de la population cible	26
5.1.1 Caractéristiques des microsystemes	26
5.1.2 Caractéristiques des mésosystemes	33
5.1.3 Caractéristiques des exosystemes.....	33
5.2 Offre de services formelle et informelle.....	34
5.3 Tendance concernant le référencement	36
5.4 Niveau de l'offre de services et lien entre les systemes	38

6. DISCUSSION	40
6.1 Retour sur la question de recherche et l'objectif.....	40
6.2 Comparaison des besoins de cette population avec les services offerts.....	40
6.3 Accessibilité des services formels et informels pour la population âgée	43
6.4 Critique de l'application de la politique gouvernementale des personnes âgées et ses plans d'action.....	46
6.5 Présence d'âgisme dans le macrosystème	49
6.6 Limites et forces de l'étude	50
6.7 Retombées potentielles de l'étude.....	51
6.8 Avenues de recherche possibles	51
7. CONCLUSION	53
RÉFÉRENCES.....	54
ANNEXE A Questions posées aux microsystemes contactés	62

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Caractéristiques des organismes communautaires recensés.....	27-28
Tableau 2.	Caractéristiques des services offerts par le CIUSSS MCQ.....	30
Tableau 3.	Caractéristiques des autres microsystemes recensés	32

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Illustration du modèle écologique de Bronfenbrenner selon des exemples reliés au sujet de l'essai	21
Figure 2.	Structure des résultats présentés	26
Figure 3.	Niveau de l'offre de services	38

LISTES DES ABRÉVIATIONS

APTS : Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux

AVD : Activités de la vie domestique

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCSMPA : Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées

CH : Centres hospitaliers

CHSLD : Centres d'hébergement de soins de longue durée

CISSS : Centres intégrés de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux

CLSC : Centres locaux de services communautaires

CMS : Clinique multidisciplinaire en santé

CSBE : Commissaire à la santé et au bien-être

DSM-V : *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques*

GMF : Groupes de médecine familiale

GMFU : Groupe de médecine familiale – universitaire

ISQ : Institut de la statistique du Québec

ITMAV : Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité

LSSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MADA : Municipalités amies des aînés au Québec

MASMA : Mécanisme d'accès en santé mentale

MCQ : Mauricie-Centre-du-Québec

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

MTESS : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

OMS : Organisation mondiale de la Santé

PIED : Programme intégré d'équilibre dynamique

PQPTM : Programme québécois pour les troubles mentaux

RQIS : Réseau québécois en innovation sociale

RSSS : Réseau de la santé et des services sociaux

SAD : Soutien à domicile

RÉSUMÉ

Problématique : Malgré que la population au Québec soit vieillissante (Institut de la statistique du Québec, 2021), la majorité des personnes de plus de 65 ans vivent toujours à domicile (Ministère de la Famille, 2018). Comme l'ensemble de la population, les personnes âgées peuvent présenter des enjeux en lien avec la santé mentale. En effet, 25 % des personnes âgées au Québec présentent des symptômes anxio-dépressifs sans nécessairement avoir de diagnostic (Grenier, 2018). Ces symptômes peuvent engendrer des atteintes physiques et cognitives (Kwon et al., 2019; Morimoto et Alexopoulos, 2013), ce qui cause des impacts fonctionnels chez les personnes âgées vivant à domicile (Gitlin et al., 2014). Ceci est une menace à leurs capacités à vivre de façon autonome et sécuritaire, rapprochant ainsi le moment de leur relocalisation dans une ressource d'hébergement (Séguin, A.-M. et al., 2018). D'ailleurs, l'environnement dans lequel elles vivent peut influencer leur état de santé (Institut national de la santé publique du Québec, s.d.). C'est aussi un facteur d'efficacité concernant les interventions, la qualité et la sécurité des soins (Bate, 2014). Il est donc intéressant de s'attarder au support que les personnes âgées avec des symptômes anxio-dépressifs vivant à domicile peuvent obtenir dans leur environnement. **Objectif :** La recherche vise donc à initier une réflexion sur les services offerts pour une prise en charge des personnes âgées vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs. **Méthode :** Une analyse de l'environnement a été réalisée afin de recueillir et d'organiser les services qui sont offerts à la population cible dans un environnement choisi, soit la ville de Trois-Rivières. **Résultats :** Les services offerts à la population cible ont été ressortis et divisés en deux types, soit les services formels ou informels. Des tendances concernant le référencement des personnes âgées ayant des symptômes anxio-dépressifs entre les différents services ont été soulevées. Ces services ont été classés selon leur niveau de proximité avec la personne âgée et les relations entre les différents services sont présentées. **Discussion :** Les services formels et informels sont considérés importants par cette population. Cependant, l'accessibilité des services est difficile et les missions entre ceux-ci ne sont pas toujours complémentaires, ce qui nécessiterait une clarification concernant leurs rôles entre chaque milieu offrant des services. Par ailleurs, la pertinence et l'efficacité des services offerts à cette population devraient être revues. Enfin, l'âgisme présent dans la société peut exercer une influence sur l'offre de service et la prise en charge de cette population. **Conclusion :** Ce projet de recherche constitue un point de départ pour réfléchir sur la prise en charge actuelle de la population âgée vivant à domicile qui présente des symptômes anxio-dépressifs en tenant compte des services disponibles recensés à Trois-Rivières, ce qui permet de mieux comprendre l'offre de services dans l'objectif de l'améliorer.

Mots-clés : services, prise en charge, symptômes anxio-dépressifs, personnes âgées

1. INTRODUCTION

Les personnes âgées, soit les individus de plus de 65 ans (Office québécois de la langue française, 2023), représentent une clientèle importante en ergothérapie, surtout considérant le vieillissement de la population (Institut de la statistique du Québec [ISQ], 2021). Cette clientèle est principalement perçue par la société comme une population qui rencontre des difficultés à réaliser leurs activités de la vie domestique et quotidienne en raison de problématiques physiques et cognitives liées à la vieillesse, d'où la pertinence des interventions en ergothérapie. Cependant, leur qualité de vie peut également être affectée par des difficultés sur le plan de la santé mentale et l'ergothérapeute est un professionnel pouvant intervenir dans ces situations (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009).

Mon attachement envers la clientèle âgée, s'étant développé au cours de mon parcours universitaire et de mes différents emplois, ainsi que mon intérêt en lien avec la santé mentale et les interventions possibles en ergothérapie m'ont incité à conduire ce projet de recherche qui porte sur les services offerts aux personnes âgées vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs.

Cet essai présente donc le processus derrière la réalisation de cette recherche. D'abord, la problématique justifiant l'importance de s'intéresser à l'offre de service de cette population cible sera expliquée, ce qui mettra également en lumière la pertinence. Le cadre théorique permettant de structurer le projet et la méthodologie utilisée pour conduire la recherche seront également présentés. Ensuite, les résultats sont décrits et une discussion critique suivra. Pour finir, les forces et limites, les retombés de l'étude et les avenues de recherches futures seront discutées.

2. PROBLÉMATIQUE

Cette section met en évidence la problématique ciblée ainsi que sa pertinence. Pour ce faire, les écrits scientifiques ainsi que certains documents gouvernementaux ont été consultés pour appuyer les propos rapportés. Enfin, la question de recherche et l'objectif sont présentés.

2.1 Portrait de la population vieillissante au Québec

Le vieillissement de la population est un phénomène reconnu au Québec depuis plusieurs années (ISQ, 2021). En effet, la proportion de personnes de plus de 65 ans est en augmentation au sein de la population en raison d'un faible taux de natalité qui a suivi le baby-boom ainsi qu'une hausse de l'espérance de vie (Fleury-Payeur et Azeredo, 2022 ; ISQ, 2021). En 2021, 20% de la population était âgée de plus de 65 ans et les projections démographiques montrent une augmentation de 5 % d'ici 2031 (ISQ, 2021). Si les tendances actuelles se maintiennent, ce groupe hétérogène que constituent les personnes âgées représentera alors le quart de la population québécoise, ce qui signifie que l'on comptera 547 000 personnes âgées de plus dans moins de 10 ans (ISQ, 2021).

En ce qui concerne la situation résidentielle des personnes âgées au Québec, il est essentiel de déconstruire l'idée répandue que la majorité d'entre elles vivent en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ce qui est alimenté par l'importante couverture médiatique dont font l'objet les CHSLD (Séguin, A.-M. et al., 2018). Il est donc important de savoir que près de 90 % des personnes âgées au Québec vivent à domicile, c'est-à-dire qu'elles vivent dans un ménage privé (Ministère de la Famille, 2018). Un total de 64 % de celles-ci sont propriétaires tandis que 36% sont locataires (Ministère de la Famille, 2018). Le ménage privé demeure la situation résidentielle la plus fréquente parmi toutes les tranches d'âges à partir de 65 ans (Ministère de la Famille, 2018).

2.2 Les personnes âgées et la santé mentale

Comme l'ensemble de la population, les personnes âgées peuvent également être touchées par les troubles de santé mentale. En effet, 10 % des personnes âgées au Canada présentent un diagnostic associé à un problème de santé mentale (Fleury et Grenier, 2012). Plus précisément, au Québec, la prévalence des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués chez l'ensemble de la

population âgée au Québec varie entre 6% et 11% selon la tranche d'âge (à partir de 65 ans) et le sexe (Lesage et Émond, 2012). Ces troubles font référence principalement à l'anxiété et aux troubles de l'humeur telle que la dépression (Jadot, 2007). Cette prévalence devrait augmenter en tenant compte du vieillissement de la population. Toutefois, le mythe concernant l'association entre le processus de vieillissement et l'apparition de problématiques de santé mentale se doit d'être déconstruit puisque les troubles anxieux ou dépressifs ne font pas partie du vieillissement dit normal (Thomas et Hazif-Thomas, 2008). Plus précisément, un trouble anxieux fait référence à la peur, l'anxiété et les soucis excessifs ainsi que les pensées d'appréhension surestimant habituellement le danger dans certaines situations (American Psychiatric Association, 2015). Plusieurs symptômes peuvent y être associés comme l'agitation, la fatigabilité, les difficultés cognitives, l'irritabilité, les tensions musculaires et la perturbation du sommeil (American Psychiatric Association, 2015). La dépression est associée à une humeur triste, vide ou irritable, des perturbations au niveau du sommeil et de l'appétit ainsi que des modifications sur le plan physique (diminution d'énergie, douleur) et cognitif (difficulté à penser ou se concentrer), ce qui affecte significativement les capacités fonctionnelles de l'individu (American Psychiatric Association, 2015).

Dans le même ordre d'idées, il est important de mentionner qu'une personne qui n'a pas de diagnostic de santé mentale peut tout de même présenter des symptômes associés à un trouble de santé mentale (Fleury et Grenier, 2012). En effet, une personne sans diagnostic de trouble de santé mentale ne signifie pas qu'elle a nécessairement une bonne santé mentale ou qu'elle n'a pas de trouble (Fleury et Grenier, 2012). Par exemple, pour obtenir le diagnostic de dépression, la personne doit présenter des caractéristiques compatibles avec cinq des neuf symptômes du premier critère diagnostique du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux et des troubles psychiatriques* (DSM-V) ainsi qu'adhérer aux autres critères (American Psychiatric Association, 2015). Cependant, une personne présentant seulement quatre des symptômes dépressifs peut tout de même ressentir un impact significatif sur sa vie même si elle n'a pas le diagnostic. Par conséquent, le pourcentage de personnes âgées qui présentent des symptômes anxio-dépressifs peut être plus élevé en comparaison à ce qui est rapporté dans les études statistiques dans lesquelles seulement les personnes âgées avec un diagnostic sont prises en considération. Par exemple, Grenier (2018) rapporte qu'environ 25 % des personnes âgées au Québec présentent des

symptômes anxio-dépressifs. Il faut aussi nommer que la santé mentale peut être affectée de manière temporaire, par exemple à la suite d'un événement de vie tel qu'un deuil (Fleury et Grenier, 2012). Le deuil affecte particulièrement les personnes âgées et il peut être représenté de diverses manières comme la perte d'un proche, d'un emploi, d'un domicile, du permis de conduire ou de l'autonomie, affectant parfois son identité, pour ne nommer que ces exemples (Bourgeois-Guérin et al, 2018). La personne âgée pourra alors ressentir des symptômes associés à un trouble de santé mentale sans qu'un diagnostic ne soit émis (Fleury et Grenier, 2012). L'Enquête québécoise sur la santé de la population de 2014-2015 permet également d'appuyer cela en démontrant que près de 22% des personnes de 65 ans et plus ont un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (17% pour les hommes et 26 % pour les femmes) (Camirand et al., 2016). Cette détresse fait référence à un ensemble d'émotions négatives qui peuvent être des symptômes de troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété (Camirand et al., 2016).

La proportion des gens vivant seuls à domicile qui ressentent un niveau élevé de détresse psychologique est la plus élevée à 32% comparativement aux personnes vivant avec au moins une autre personne (Camirand et al., 2016). En tenant compte du portrait de la population âgée au Québec, il est possible de mettre en évidence qu'il s'agit de la situation résidentielle d'un peu plus du quart des personnes âgées (Ministère de la Famille, 2018). Par conséquent, il ne faut pas négliger les impacts de l'isolement tels que la détresse psychologique sur cette proportion des personnes âgées (Courtin et Knapp, 2017 ; Holt-Lunstad, 2018). Le nombre de suicides annuels des personnes âgées est également préoccupant. En 2019, 166 hommes et 37 femmes de 65 ans et plus se sont enlevés la vie, ce qui représente 18 % des suicides au Québec (Levesque et al., 2022). De plus, 360 personnes âgées ont été hospitalisées pour une tentative de suicide et les idées suicidaires ont été la raison principale de visites à l'urgence chez 1 237 hommes et 1 193 femmes de 65 ans et plus (Levesque et al., 2022).

2.3 Impacts des symptômes anxio-dépressifs chez les personnes âgées

La présence de symptômes anxio-dépressifs chez la population âgée vivant à domicile a des impacts, donc il faut en tenir compte afin de saisir l'importance d'intervenir auprès de celle-ci. Toutefois, il faut prendre en considération que le quotidien des personnes ayant ces symptômes est affecté, peu importe l'âge. En effet, l'engagement dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la vie domestique (AVD) pouvant se traduire par une difficulté à réaliser son hygiène, à se

préparer des repas ou à entretenir son domicile est affecté par les symptômes anxio-dépressifs (Kwon et al., 2019 ; Simning et Seplaki, 2019). Ces études rapportent que les personnes âgées s'engagent moins dans la réalisation de leurs AVQ et leurs AVD en raison des symptômes et que la diminution de leur participation dans ces activités augmente également les symptômes (Kwon et al., 2019 ; Simning et Seplaki, 2019). Les personnes âgées peuvent aussi vivre certaines difficultés à réaliser de manière satisfaisante leurs routines, ce qui peut ainsi augmenter le niveau d'aide dont elles ont besoin (Kwon et al., 2019). Autrement dit, la présence de symptômes anxio-dépressifs persistants chez les personnes âgées diminue leur participation à des activités, ce qui affecte leur condition physique à long terme pouvant conduire à des incapacités (Gitlin et al., 2014 ; Kwon et al., 2019 ; Simning et Seplaki, 2019). Il est alors possible de mettre en évidence l'interdépendance entre les symptômes anxio-dépressifs et le fonctionnement quotidien chez la population âgée (Gitlin et al., 2014 ; Simning et Seplaki, 2019).

Ces symptômes affectent aussi la participation sociale des personnes âgées vivant à domicile de manière que ceux-ci perçoivent une augmentation de leur isolement (Santini et al., 2020). L'inverse a également été mis de l'avant, soit que les symptômes anxio-dépressifs prédisent un niveau d'isolement plus élevé, ce qui impacte la participation sociale (Santini et al., 2020). L'isolement est un problème important chez les personnes âgées touchant 16 % des Canadiens âgés et est également associé à une moins bonne santé physique, mentale et cognitive (Agence de la santé publique du Canada, 2020). L'isolement augmente également le risque de chute, diminue le recours aux services de santé et de soutien et est associé au décès prématuré (Agence de la santé publique du Canada, 2020). De plus, l'anxiété et la dépression qui surviennent tardivement dans la vie sont souvent concomitantes et présentent des conséquences fonctionnelles plus importantes que lorsqu'elles sont vécues séparément (Simning et Seplaki, 2019).

En ce qui a trait aux impacts cognitifs des symptômes anxio-dépressifs, un déclin plus rapide a aussi été remarqué chez les personnes âgées ayant des symptômes dépressifs. La dépression est effectivement associée à des fonctions cognitives réduites comparativement aux individus sans symptômes appartenant à la même catégorie d'âge (Koenig et al., 2014 ; Morimoto et Alexopoulos, 2013). Les antécédents de dépression sont aussi un facteur de risque de la démence (Diniz et al., 2013 ; Morimoto et Alexopoulos, 2013). Pour ce qui est des symptômes anxieux, des contradictions ont été ressorties dans la littérature concernant leurs impacts sur la cognition.

DeLuca et ses collaborateurs (2005) mettent de l'avant qu'une atteinte cognitive dans certaines sphères peut être plus sévère comme c'est le cas pour la mémoire lorsque les symptômes anxieux sont associés à ceux de la dépression. Cependant, Martinussen et ses collaborateurs (2019) n'ont pas fait ressortir l'association entre la présence des symptômes d'anxiété et la performance aux évaluations de la fonction cognitive.

Par conséquent, les atteintes physiques et cognitives ainsi que les impacts fonctionnels que peuvent engendrer les symptômes anxio-dépressifs chez les personnes âgées vivant à domicile menacent leurs capacités à vivre de façon autonome et sécuritaire rapprochant ainsi le moment de leur relocalisation dans une ressource d'hébergement (Séguin, A.-M. et al., 2018). Cela n'est pas souhaité par les personnes âgées dans la plupart des cas (Séguin, A.-M. et al., 2018) ainsi que par le gouvernement qui valorise le maintien à domicile (Loi sur les services de santé et les services sociaux [LSSSS], 2023 ; Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2003). De plus, les problématiques de santé mentale chez les personnes âgées telles que la dépression affectent l'espérance de vie en diminuant le nombre d'années vécues sans incapacité (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2017). Cela considère les années pendant lesquelles le fonctionnement est impacté en raison d'une maladie ainsi que la mortalité précoce, le cas échéant (Martel et Steensma, 2012). La dépression représente près de 6% des incapacités vécues chez les 60 ans et plus affectant ainsi les années de vie corrigées de l'incapacité (OMS, 2017).

2.4 Le rôle essentiel de l'environnement pour soutenir les personnes âgées présentant des problèmes de santé mentale

L'environnement social et physique dans lequel les personnes âgées vivent, pouvant être représentés par l'entourage, le réseau de la santé, les organismes communautaires, le lieu de résidence, est un déterminant de la santé important, ce qui signifie qu'il peut influencer directement ou indirectement l'état de santé de la population (Institut national de la santé publique du Québec, s.d.). L'environnement est également un facteur d'efficacité concernant les interventions, la qualité et la sécurité des soins (Bate, 2014). Cependant, le contexte dans lequel les personnes âgées évoluent est souvent peu détaillé, ce qui rend difficile la compréhension de la mise en œuvre des services offerts à la population et ainsi l'amélioration de l'offre de service (Davidoff, 2019). Il est toutefois important de souligner les recherches effectuées en ce sens derrière le projet *Municipalités amies des aînés au Québec* (MADA ; 2022) qui vise à adapter les structures et les services des

villes du Québec afin que les personnes âgées aux capacités et aux besoins divers puissent y accéder et y avoir leur place. Cela a pour but d'encourager le vieillissement actif pour optimiser la santé, la participation et la sécurité des citoyens âgés afin d'améliorer leur qualité de vie (MADA, 2022). Dans ce contexte, il est donc intéressant de s'attarder au support que les personnes âgées avec des symptômes anxio-dépressifs vivant à domicile peuvent obtenir dans leur environnement afin de recueillir un portrait global de l'offre de service pour cette population puisque l'étude du contexte permet une amélioration de la qualité et de l'efficacité des services en tenant compte du dynamisme de l'environnement (Bate, 2014). En effet, considérant l'évolution constante de l'environnement et du système de la santé, il faut revoir souvent ses composantes afin de vérifier si l'offre de service répond toujours aux besoins de la population (Bate, 2014). Chaque composante environnementale peut être prise en compte individuellement, mais contribue collectivement à la situation actuelle (Davidoff, 2019). En ce sens, il faut s'assurer de l'arrimage entre les composantes de l'environnement afin qu'elles s'intègrent et fonctionnent ensemble (Davidoff, 2019). Cet auteur met effectivement de l'avant l'importance de porter attention aux relations fonctionnelles entre les composantes ainsi que la façon dont le processus de soins se déroule dans le temps pour chaque patient. Il faut savoir que l'interaction entre l'environnement et la population est bidirectionnelle et que celle-ci crée du sens aux expériences vécues (Davidoff, 2019). Enfin, l'objectif derrière ces démarches est d'adapter les services pour les rendre efficaces et utiles pour ses bénéficiaires (Davidoff, 2019).

2.5 Question et objectif de recherche

Compte tenu de la grande proportion de personnes âgées touchées par les symptômes anxio-dépressifs et de l'impact au niveau de leur fonctionnement quotidien et de leur qualité de vie, il est essentiel de s'intéresser à cette population en prenant en considération les services qui leur sont offerts. La question de recherche se présente comme suit : Quels sont les services offerts aux personnes âgées qui vivent à domicile et qui présentent des symptômes anxio-dépressifs ? L'objectif principal de cette recherche est donc d'initier une réflexion sur les services offerts pour une prise en charge des personnes âgées vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs, en utilisant une analyse de l'environnement. Dans une perspective de faisabilité, le choix de restreindre l'analyse de l'environnement à une ville spécifique a été réalisé, soit la ville de Trois-Rivières.

2.6 Pertinence du projet de recherche

Il est possible de percevoir la pertinence du projet au niveau social, politique, professionnel et scientifique. En effet, cette recherche peut avoir des impacts pertinents au point de vue social étant donné que l'accès aux soins et services de santé est un droit, peu importe l'âge et la condition de santé. Par conséquent, le fait de s'intéresser à la population âgée ayant des symptômes associés à des problématiques de santé mentale permet de mettre en lumière si des iniquités sont présentes dans l'organisation des services. Du côté du domaine politique, cette étude peut sensibiliser les instances gouvernementales provinciales et municipales associées aux services de santé offerts à cette population ainsi que de soulever certains enjeux permettant de revoir l'offre de service. Pour ce qui est du domaine de la pratique professionnelle en ergothérapie, le rôle d'agent de changement sera mis de l'avant advenant le cas qu'il y ait des lacunes au niveau des services offerts auprès de la population cible de l'étude. Enfin, au plan scientifique, cette étude permettra de mieux comprendre la réalité en ce qui a trait des services offerts aux personnes âgées de Trois-Rivières qui vivent à domicile et qui présentent des symptômes anxio-dépressifs, ce qui n'est pas documenté à présent.

3. CADRE THÉORIQUE

Cette section sert à définir le cadre théorique qui sera utilisé pour analyser de manière critique les résultats de ce projet de recherche, soit le modèle écosystémique de Bronfenbrenner dans sa version publiée en 1979, aussi nommé modèle écologique du développement humain. Deux concepts pertinents pour cette recherche qu'il est possible de retrouver dans le modèle seront également approfondis.

3.1 Modèle écosystémique de Bronfenbrenner (1979)

D'abord, le modèle proposé par Bronfenbrenner (1979) a été réfléchi pour démontrer la relation dynamique et systémique entre la personne et son environnement. Ces derniers s'influencent de manière bidirectionnelle et constante en s'adaptant aux changements de l'un et de l'autre (Bronfenbrenner, 1979). Cet auteur est d'avis que les études s'intéressant aux êtres humains et à leur vécu exigent de comprendre préalablement les systèmes qui les entourent et qui interagissent avec eux. Selon lui, le contexte proximal de chaque personne ne suffit pas pour la comprendre de manière exhaustive et pour expliquer ses actions et ses comportements.

L'environnement écologique, comme il est question dans ce cadre théorique, réfère à un agencement de structures incluses les unes dans les autres de façon que chacune soit intégrée dans la suivante telle que représenté à la Figure 1 (voir p. 21) (Bronfenbrenner, 1979). D'abord, l'ontosystème réfère à la personne ainsi que ses facteurs personnels comme son vécu, ses valeurs, sa personnalité, son âge et son sexe, pour ne nommer que ceux-ci (Bronfenbrenner, 1986, cité dans Morel-Bracq, 2017). Dans le cadre de cette étude, l'ontosystème fait référence à la personne âgée qui présente des troubles anxio-dépressifs. Il est toutefois important de mettre en évidence que le vieillissement est un phénomène hétérogène comme il est démontré dans le livre *Les vieillissements sous la loupe : entre mythes et réalités* (Billette et al., 2018). Par conséquent, l'ontosystème varie en fonction de chaque personne âgée. Le microsystème représente l'environnement immédiat de la personne, c'est-à-dire les milieux où elle s'engage dans des activités particulières et agit selon un rôle social (Bronfenbrenner, 1979). Dans ce cas-ci, il peut s'agir du domicile de la personne âgée ainsi que sa famille, son voisinage ou les organismes communautaires, le cas échéant. Pour sa part, le mésosystème correspond au niveau où les relations entre les différents microsystèmes et l'ontosystème peuvent être observées (Bronfenbrenner, 1979). À titre d'exemple, il est possible

d'étudier l'interrelation entre deux microsystèmes tels que le réseau de la santé et les organismes communautaires dans le mésosystème. La relation avec la personne âgée et un microsystème ciblé fait aussi partie du mésosystème. L'exosystème englobe les structures sociales formelles et informelles qui exercent une influence sur les environnements immédiats de la personne, c'est-à-dire les microsystèmes (Bronfenbrenner, 1979). Il peut s'agir du gouvernement et d'autres institutions importantes de la société comme les conseils municipaux. Le macrosystème réfère davantage à la culture, aux valeurs et aux idéologies qui guident les modèles institutionnels de la société tels que le système économique, éducatif, juridique et politique, dont les micro-, méso- et exosystèmes sont les manifestations concrètes. Enfin, le chronosystème tient compte des changements, de l'évolution et de l'influence du temps sur la personne et les environnements dans lesquels elle évolue (Bronfenbrenner, 1986, cité dans Morel-Bracq, 2017).

Ce modèle servira à structurer la discussion de ce projet de recherche. En ce sens, il sera possible de faire ressortir la complexité de déployer et modifier des services offerts aux personnes âgées vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs en tenant compte de l'influence de chaque système les uns sur les autres.

3.2 Deux acteurs clés du microsystème des personnes âgées

3.2.1 Organismes communautaires

Un organisme communautaire réfère à un établissement social qui se distingue des services publics et qui conduit une mission sociale visant à répondre à certains besoins de la communauté (Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille, 2004). Les organismes communautaires sont des structures pérennes, mais elles dépendent tout de même du financement qui leur est accordé, ce qui est, entre autres, sous la responsabilité du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale [MTESS] (2022) et MSSS (2023a). En effet, deux fonds qui financent plusieurs programmes sont gérés par le MTESS, soit le Fonds d'aide à l'action communautaire autonome et le Fonds québécois d'initiatives sociales (MTESS, 2022). De son côté, le MSSS offre le programme de soutien aux organismes communautaires (MSSS, 2023a). Les organismes peuvent recevoir du financement de ces fonds par le biais de différents programmes financiers selon trois formes, soit pour leur mission globale, pour la réalisation d'activités spécifiques ou pour les projets ponctuels ou de courte durée (MTESS, 2022; MSSS, 2023a).

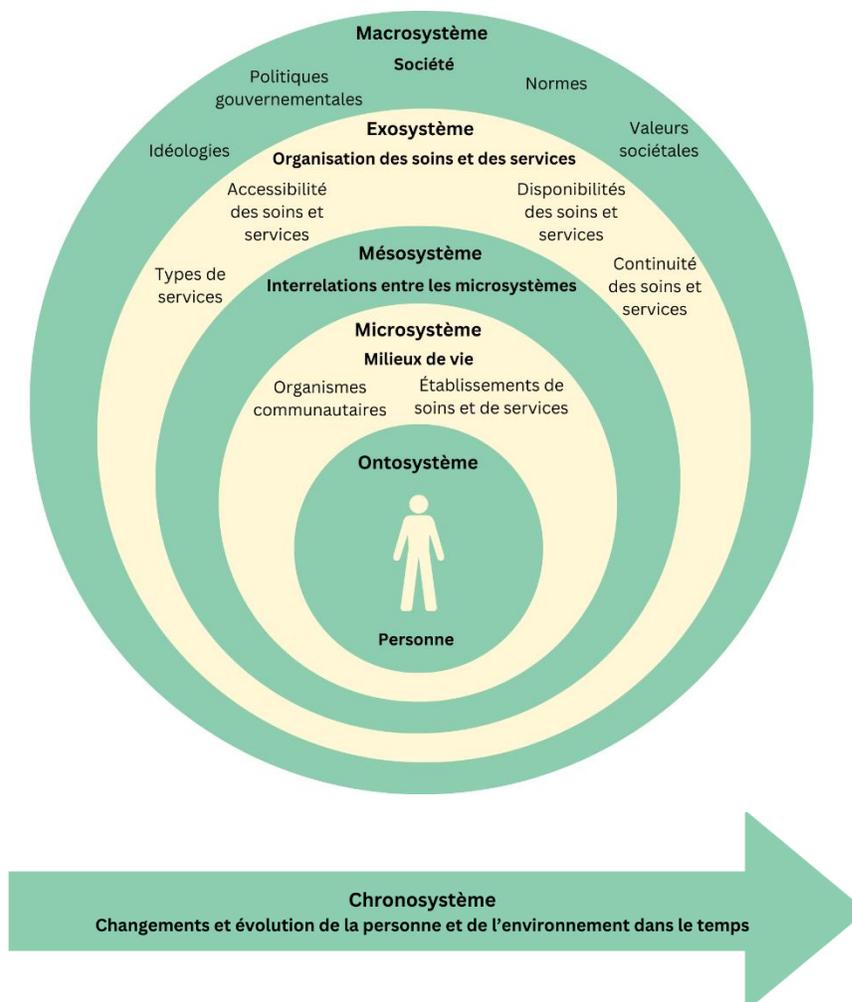
D'autres bailleurs de fonds sont également possibles par l'intermédiaire de différents fonds, de budgets gérés par les régions ou des enveloppes allouées aux députés pour le soutien des projets dans la communauté locale, pour ne nommer que ces exemples (Drouin Busque, 2001).

3.2.2 Centres intégrés de santé et de services sociaux

Afin de bien cerner le fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), il importe de comprendre sa structure. La réforme entrée en vigueur en 2015 avec la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du RSSS notamment par l'abolition des agences régionales (LMRSSS) a créé 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ainsi que 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) (MSSS, 2022). Les CIUSSS sont conçus sur le même modèle que les CISSS, mais ils sont situés dans une région où se trouve une université qui offre un programme prédoctoral en médecine ou qui a un institut universitaire dans le domaine social (MSSS, 2022). Ces centres intégrés ont le devoir de veiller à la prestation de soins et services sur leur territoire selon différentes missions (MSSS, 2022).

En effet, chaque établissement de santé et de service sociaux a une mission distincte définie par la LSSSS (MSSS, 2018). La mission des centres locaux de services communautaires (CLSC) est d'offrir des services de première ligne de nature préventive ou curative, de réadaptation, de réinsertion ainsi que des activités de santé publique à la population du territoire qu'il dessert (MSSS, 2018). Les centres hospitaliers (CH) ont pour mission d'offrir des services diagnostiques ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés ainsi que des services de psychiatrie (MSSS, 2018). Les CHSLD, de leur côté, offrent des services d'hébergement à la clientèle adulte qui a une perte d'autonomie fonctionnelle faisant en sorte qu'ils ne peuvent plus vivre à domicile. Ils se doivent de fournir également tous les autres services nécessaires à leurs résidents, par exemple la surveillance, les soins infirmiers, pharmaceutiques, médicaux ainsi que de réadaptation (MSSS, 2018). Les centres de réadaptation offrent plutôt des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui présentent des difficultés, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles (MSSS, 2018). Enfin, les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) fournissent des services de nature psychosociale aux jeunes dont la situation le requiert en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (MSSS, 2018).

Les CIUSSS et CISSS ont également d'autres rôles et responsabilités tels que de planifier, organiser et d'offrir l'ensemble des services sociaux et de santé ainsi que de déterminer les mécanismes de coordination sur leur territoire (MSSS, 2022). Ils doivent aussi assurer la prise en charge de l'ensemble de la population de son territoire, dont les clientèles les plus vulnérables et d'assurer une accessibilité simple aux services (MSSS, 2022). Ils s'assurent également d'établir des ententes avec des partenaires comme les organismes communautaires (MSSS, 2022).



Cette figure est inspirée de celle présente sur ce site : https://www.researchgate.net/figure/Modele-ecosystemique-Adapte-de-Bronfenbrenner-1979_fig6_27556090

Figure 1 : Illustration du modèle écologique de Bronfenbrenner selon des exemples reliés au sujet de l'essai

4. MÉTHODOLOGIE

La section suivante présentera les différents aspects liés à la méthodologie de l'étude, soit le devis de recherche, le choix de l'environnement analysé, les méthodes de collecte de données et la procédure pour l'analyse de celles-ci.

4.1 Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé dans ce projet est une analyse de l'environnement. Il s'agit plus précisément d'un devis descriptif (Graham et al., 2008) agissant comme point de départ en permettant d'organiser les informations pertinentes recueillies sur un environnement choisi (Pashiardis, 1996 ; La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C [CATIE], 2016). En effet, ce devis est utilisé pour rendre compte d'une situation actuelle dans une zone circonscrite afin d'identifier, par exemple, les politiques de soutien, les initiatives, les tendances, les innovations et les stratégies qui y sont déployées (Barker et al., 2005). De plus, cela peut permettre de fournir des connaissances sur les contextes sociaux, économiques, technologiques et politiques en place (Graham et al., 2008). Il est intéressant de savoir que l'analyse de l'environnement permet de planifier l'avenir en tenant compte des changements et en fournissant des preuves sur un sujet précis de manière à mettre en lumière des problématiques ou à commencer un projet (Graham et al., 2008). Trois étapes sont nécessaires pour réaliser ce type de recherche, soit le choix de l'environnement qui doit permettre d'observer la situation souhaitée (Tonn, 2008), la consultation de plusieurs types de données assurant une triangulation ainsi que l'analyse des résultats obtenus à l'aide d'un cadre théorique (Rowel et al., 2005). Toutefois, il faut prendre en considération que chaque processus d'analyse de l'environnement demeure unique (CATIE, 2016). Dans le cadre de cette recherche, cette méthode servira plus précisément à mettre en évidence les services offerts aux aînés vivant dans la communauté qui présentent des symptômes anxio-dépressifs, permettant ainsi de répondre à la question de recherche. Cela servira à cerner les éléments positifs ainsi que les lacunes présentes, le cas échéant (CATIE, 2016).

4.2 Choix de l'environnement analysé

L'environnement choisi pour l'analyse est la ville de Trois-Rivières, se situant dans la région administrative de la Mauricie. En 2022, sa population est de 143 195 habitants (ISQ, 2022). Cette ville a été sélectionnée puisqu'elle présente l'une des plus grandes proportions d'aînés parmi

les villes du Québec. Plus précisément, les personnes âgées représentent 26% de la population de Trois-Rivières (ISQ, 2022). Ce faisant, la Mauricie se classe au deuxième rang des régions ayant une population la plus vieillissante à 27 % (ISQ, 2022). Par conséquent, ce contexte permettra d'observer la problématique ciblée. Cette ville présente également des zones urbaines ainsi que d'autres, davantage rurales, permettant alors d'avoir un portrait intéressant de ces deux réalités représentées dans la même ville (Ville de Trois-Rivières, 2014). De nombreux organismes communautaires implantés à Trois-Rivières sont impliqués auprès de la clientèle âgée de plusieurs manières, notamment pour favoriser la participation sociale ou le maintien à domicile, pour ne nommer que celles-ci. Plusieurs cliniques privées sont également établies sur le territoire et offrent des services multidisciplinaires auprès de la population cible. Pour ce qui est des services publics gouvernementaux, c'est le CIUSSS MCQ qui assure l'offre de soins sur le territoire (CIUSSS MCQ, 2023a). Il faut prendre en considération que cette ville ne peut représenter l'ensemble des villes québécoises en ce qui a trait au portrait des aînés sur le territoire ainsi qu'aux nombres et qu'aux types d'organismes communautaires et de cliniques privées. Cependant, comme l'ensemble du RSSS offre les mêmes types de service, cela permet d'avoir une vision globale, mais non exhaustive, de l'éventail de services offerts à la population visée dans cette étude. Il faut également rappeler que l'objectif de ce projet de recherche est d'offrir un point de départ concernant la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs.

4.3 Méthode de collecte de données

Comme énoncé dans le processus de l'analyse de l'environnement, plusieurs types de données ont été consultés pour identifier les services offerts à la population cible. D'abord, les sites Internet des organismes communautaires de la ville de Trois-Rivières ont été consultés afin de faire ressortir leur mission et de déterminer si celles-ci peuvent avoir un lien avec la population âgée. Dans l'affirmative, les services qu'ils offrent auprès de cette clientèle ont été identifiés. En effet, le processus de collecte de données s'est concentré sur l'identification des services pouvant être offerts aux aînés qui présentent des symptômes anxio-dépressifs et qui vivent à domicile. Pour poursuivre la collecte auprès des microsystèmes, des contacts téléphoniques ont eu lieu avec les représentants des organismes afin de confirmer leur mission. Les questions posées ont été choisies de manière à comprendre concrètement comment ils réussissent à mettre en œuvre leur mission par l'intermédiaire des services qu'ils offrent (voir Annexe A, p. 62). D'autres questions concernent

davantage le fonctionnement pour avoir accès aux services tels que les coûts et le délai d'attente. Les questions qui portent sur les autres organismes que les répondants connaissent ou auxquels ils font des références sont dans le but de dresser le meilleur portrait possible du milieu communautaire de la ville de Trois-Rivières.

Des cliniques privées multidisciplinaires de la région offrant divers services auprès des personnes âgées ont aussi été contactées ainsi que des groupes de médecine familiale (GMF). Enfin, des informations ont aussi été récoltées au 811 Info-social et par le biais des deux guichets d'accès du CIUSSS MCQ, référant à la porte d'entrée d'accès au RSSS pour les services en santé mentale et les services auprès des aînés dans la ville de Trois-Rivières.

Le principal critère d'inclusion ayant permis de sélectionner les microsystèmes pour l'analyse des données est le fait qu'ils offrent des services auprès d'aînés qui vivent à domicile. L'inclusion des organismes communautaires œuvrant auprès des personnes âgées, mais n'offrant pas de services en santé mentale est nécessaire puisque leurs services peuvent tout de même avoir un impact sur la santé globale de cette population. Il est entendu que les proches des personnes âgées peuvent être souteneurs, mais ils n'offrent pas de services. C'est pour cette raison qu'ils n'ont pas été inclus dans l'étude même s'ils sont dans le microsystème des personnes âgées.

Du côté du RSSS, ce sont les services en santé mentale ainsi que ceux offerts aux personnes âgées par le CIUSSS MCQ qui ont été inclus dans la recherche. L'autre critère d'inclusion fait référence au lieu où les services sont offerts, soit la ville de Trois-Rivières.

4.5 Analyse

Les informations collectées ont d'abord été rassemblées dans un tableau indiquant la mission du microsystème ainsi que les réponses des répondants contactés concernant les questions posées (voir Annexe A, p. 62), notamment sur les services offerts ainsi que le ou les objectifs derrière ces services. Par la suite, une analyse de contenu a été effectuée, ce qui a permis de dégager les tendances et les différences entre les microsystèmes en ce qui a trait des services offerts aux aînés vivant à domicile et présentant des symptômes anxio-dépressifs. Il a été possible de faire certains regroupements parmi les discours ressortis, servant également à faire un lien avec le cadre théorique. L'analyse de contenu est la méthode la plus fréquemment utilisée pour une étude

descriptive et permet de répondre à l'objectif de l'étude qui se veut un point de départ réflexif sur les services offerts à la population cible (Fortin et Gagnon, 2016, p.200).

5. RÉSULTATS

Dans la présente section, les résultats obtenus à la suite de l'analyse des données collectées auprès des organisations impliquées auprès des aînés vivant à domicile qui présentent des symptômes anxio-dépressifs seront présentés. L'analyse descriptive permettra de mettre en lumière les services offerts auprès de cette population. Tels que présentés dans la Figure 2, d'abord, les microsystèmes, les mésosystèmes et les exosystèmes recensés seront présentés. Ensuite, les deux thèmes ayant émergé de l'analyse de contenu ainsi que les tendances relevées seront décrits. Des liens seront également faits avec le cadre théorique.

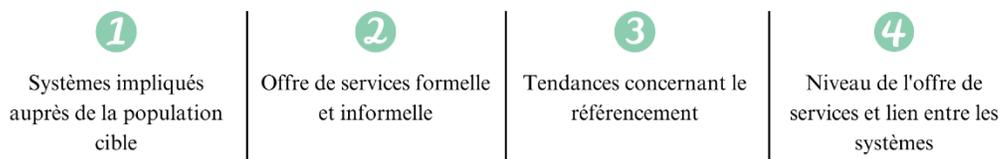


Figure 2. *Structure des résultats présentés*

5.1 Systèmes impliqués auprès de la population cible

5.1.1 Caractéristiques des microsystèmes

Les tableaux ci-dessous présentent les caractéristiques des microsystèmes recensés dans l'analyse de l'environnement. D'abord, le Tableau 1 présente les organismes communautaires qui interagissent auprès de la population cible ainsi que les services qu'ils offrent pour cette population. Les objectifs inscrits correspondent à ceux perçus et rapportés par le répondant lors du contact téléphonique en lien avec les services que l'organisme offre.

Tableau 1.
Caractéristiques des organismes communautaires recensés.

Organisme communautaire	Services	Objectifs
Centre d'Action Bénévole du Rivage	Services de maintien à domicile : Popote roulante Purées surgelées (dysphagie) Accompagnement-transport Visites d'amitié Aide à tout Service à la communauté : Courrier des jeunes Éduca-web Les trotteurs du CAB Mamie tendresse Aide formulaire Travailleur de milieu	Le maintien à domicile et le repérage des personnes âgées en situation de vulnérabilité afin de faire le pont entre ses besoins et les services disponibles.
Centre d'Action Bénévole Lavolette	Maintien à domicile : Popote roulante Rencontres AmiCAB Accompagnement personnalisé Volet social : Tel-écoute Trois-Rivières Services ponctuels de centres de distribution alimentaire et de dépannage	Le maintien à domicile et la création d'un réseau social.
Le Traversier - centre de jour et d'entraide en santé mentale	Activités et services : Groupes de discussion Activités thérapeutiques Activités de réadaptation sociale Ateliers sur le rétablissement Formations et conférences Activités sportives, de loisir et culturelles Ateliers artistiques Activités musicales Sorties de groupe Repas communautaires Comité journal « La Voix des Cent Voies » Centre informatique avec accès Internet Rencontres individuelles	Répondre aux besoins de la personne selon les objectifs qu'elle a établi dans la fiche d'accueil en visant l'apprentissage, l'empowerment et le rétablissement.
Pavillon St-Arnaud	Diverses activités offertes dans la programmation automne, hiver et printemps. Exemples : Mise en forme Cours de danse et soirée dansante Mardi causerie Cours de musique Cours d'art Cours de langue Cours sur l'utilisation des nouvelles technologies	Le maintien des conditions physiques, la socialisation et la création d'un réseau social, l'apprentissage, la possibilité de faire du bénévolat pour briser l'isolement et essayer de nouveaux loisirs.
La maison des grands-parents de Trois-Rivières	Activités intergénérationnelles (exemples : le mentorat, le partage des savoirs, l'éveil à la lecture, l'aide aux devoirs). Activités intragénérationnelles : Préparation de collations Club de tricot Cafés-causeries Exercices physiques	La transmission des savoirs intergénérationnels et l'aide aux familles en accompagnant les enfants.

Tableau 1.
Caractéristiques des organismes communautaires recensés (suite).

Organisme communautaire	Services	Objectifs
Les Petits Frères de Trois-Rivières	Jumelage d'une personne âgée avec un bénévole Fêtes annuelles Visite lors d'une hospitalisation Accompagnement en fin de vie et aide dans le processus funèbre Café rencontre 1 à 2 fois par mois Dîner d'anniversaire mensuel	Contre l'isolement des personnes du grand âge jusqu'à la fin de leur vie et agir comme filet de sécurité.
Table d'action Abus Aînés Mauricie INC.	Téléservices Ateliers-causeries animés par une doctorante en psychologie Activités grand public	La lutte, la prévention et la dénonciation de la maltraitance et de l'intimidation envers les aînés.
Centre de prévention suicide Accalmie	Ligne d'écoute et relance téléphoniques Hébergement	Prévenir le suicide et intervenir auprès des proches endeuillés.
FADOQ Mauricie soutenant 17 clubs affiliés	Activités culturelles Activités physiques et sportives Activités sociales et éducatives Événements Voyage	Fournir des activités de loisirs aux aînés pour les rassembler dans le but de créer un réseau de soutien et briser l'isolement.
La Traverse des Âges inc.	Un dîner tous les mois Voyages organisés Danse en ligne	Rassembler les personnes âgées et les encourager à participer à des rencontres sociales, des repas, des sorties et des voyages.

Il est intéressant de savoir que les services offerts par les organismes communautaires recensés sont majoritairement gratuits. Certains organismes demandent un montant, par exemple, pour l'adhésion annuel afin de devenir membre, pour certaines conférences et activités particulières nécessitant du matériel (cuisine collective, repas communautaires, sorties extérieures, activités artistiques) ainsi que pour les services de popote roulante et d'accompagnement au transport. Cependant, dans la majorité des cas, les aînés peuvent participer à des activités et obtenir du soutien par le personnel de l'organisme sans frais et rapidement. Les organismes communautaires n'ont effectivement pas de liste d'attente, donc les personnes âgées ont accès rapidement à certains services. Toutefois, un enjeu nommé par plusieurs organismes communautaires est la difficulté de recruter et de maintenir l'engagement des bénévoles, ce qui peut venir affecter leur offre de services.

De plus, il est possible de remarquer dans le Tableau 1 que les objectifs des services offerts par les organismes communautaires de la région de Trois-Rivières sont similaires. En effet, ils ciblent souvent le maintien à domicile, la création d'un réseau social positif et la diminution du sentiment d'isolement. D'autres organismes ont des objectifs plus précis en fonction de leur mission comme c'est le cas pour la lutte contre maltraitance des aînés ou la prévention du suicide, pour ne nommer que ces exemples. De plus, il importe de souligner que ce n'est pas l'ensemble des services offerts qui sont explicitement présentés sur les différentes plateformes web des organismes. En effet, certains services offerts ont pu être pris en compte seulement lors du contact téléphonique puisqu'ils n'étaient pas ou peu décrits sur le site Internet de la ressource. Par exemple, l'organisme *Les Petits Frères de Trois-Rivières* offre le service de visites lors d'une hospitalisation pour les personnes âgées n'ayant pas de lien significatif, ce qui a été découvert lors de la conversation téléphonique avec un membre du personnel de l'organisme. Le *Pavillon St-Arnaud*, pour sa part, organisme des causeries les mardis pendant lesquelles une bénévole anime le groupe et aborde avec les participants âgés des sujets planifiés en avance. Cela n'est pas publicisé puisqu'il y a une liste d'attente étant donné que le nombre de personnes admis dans le groupe est petit en raison de la sensibilité des thèmes discutés. Dans le même ordre d'idée, le rôle de la travailleuse de milieu du *Centre d'Action Bénévole du Rivage* a pu être clarifié en discutant avec elle. Son mandat est de repérer les personnes âgées en situation de vulnérabilité afin de faire le pont avec les services disponibles pour répondre à leurs besoins. Elle effectue seulement des suivis courts termes (entre 1 et 5 rencontres) pour évaluer le besoin, accompagner la personne dans les démarches et référer au besoin. Elle mentionne que les différents systèmes qui offrent des services auprès des aînés se transfèrent souvent les dossiers lorsqu'il y a des enjeux en lien avec la santé mentale, ce qui fait qu'elle dépasse parfois son mandat. Aucune promotion de son rôle n'est actuellement faite dans la communauté puisqu'elle est la seule qui assure ce mandat dans la région de Trois-Rivières. Pour poursuivre avec les autres microsystèmes recensés, le Tableau 2 présente les services offerts par le CIUSSS MCQ.

Tableau 2.
Caractéristiques des services offerts par le CIUSSS MCQ.

Services du CIUSSS MCQ	Services	Objectifs
Guichet d'accès du CLSC, direction du soutien à domicile (SAD)	Services infirmiers Services sociaux Services de réadaptation Services d'aide à domicile (préposée aux bénéficiaires)	Intervenir auprès de la personne en perte d'autonomie pour la maintenir à domicile.
Mécanisme d'accès en santé mentale (MASMA)	Accueil, évaluation, orientation et traitement Suivi individuel dans la communauté Thérapies individuelles et de groupe (autosoins) Enseignement sur la maladie et la médication Service de crise	Adresser et intervenir sur les problématiques situationnelles ou de longues dates en santé mentale avec ou sans diagnostic selon différentes modalités.
Groupe de médecine familiale de Trois-Rivières	Suivi santé mentale avec une travailleuse sociale	Adresser et intervenir sur les problématiques en santé mentale.
Groupe de médecine familiale – universitaire (GMFU) de Trois-Rivières	Services professionnels en travail social et en psychologie offerts.	Adresser et intervenir sur les problématiques en santé mentale.
811 Info-social	Consultation téléphonique	Donner des conseils, répondre aux questions d'ordre psychosocial, référer vers une ressource appropriée dans le RSSS ou une ressource communautaire.

Tous les services offerts par le CIUSSS MCQ sont gratuits. Toutefois, ceux-ci ont une liste d'attente dont il est difficile de quantifier le délai selon les répondants sauf pour *Info-Social* qui n'en a pas, car il s'agit d'un service consultation téléphonique. En effet, l'objectif d'*Info-Social* est de donner des conseils, de répondre aux questions d'ordre psychosocial et de référer vers une ressource appropriée, donc ce service n'offre pas des interventions à la population cible, mais agit surtout en termes de référencement.

Les services sociaux offerts au SAD ne servent pas à intervenir spécifiquement sur les problématiques de santé mentale des aînés. Le répondant du guichet d'accès explique que la personne âgée va recevoir des services si elle est en perte d'autonomie et que son maintien à domicile est compromis. Lorsque la personne âgée est prise en charge pour ces problématiques et que l'intervenant identifie des symptômes anxio-dépressifs comme condition associée, certaines interventions pourront être faites en ce sens. Cependant, cela ne sera jamais la majeure des

interventions effectuées auprès de la personne, sauf s'il y a présence de risque suicidaire, puisque cela n'est pas dans le but de diminuer l'impact de sa perte d'autonomie dans sa vie.

Pour ce qui est des informations récoltées auprès du mécanisme d'accès en santé mentale, la répondante informe que la personne âgée peut obtenir divers services si elle présente de l'anxiété ou des symptômes de dépression depuis longtemps même sans diagnostic. Autrement dit, ses symptômes doivent perdurer dans le temps. Toutefois, si ces symptômes anxio-dépressifs sont reliés avec le vieillissement, la personne âgée sera référée vers le SAD. La répondante explique que les dossiers concernant les aînés avec des problématiques de santé mentale sont souvent transférés entre les services en santé mentale et les services du SAD. Les services en santé mentale présentent certains critères de sélection. À titre d'exemple, la personne âgée ne doit pas avoir de troubles cognitifs ne permettant pas de réadaptation, car la personne n'arriverait pas à retenir l'information et doit être en mesure de se déplacer à l'endroit où le service se donne. Toutefois, dépendamment de l'intensité du service nécessaire, il y a une possibilité de déplacement de l'intervenant à domicile, mais cela n'est pas courant.

Les répondants du guichet d'accès du SAD et du MASMA ont mentionné que les personnes ayant un médecin de famille en GMF ont également accès à un intervenant en travail social lorsqu'il y en a un à la clinique. Selon les recherches effectuées, deux GMF à Trois-Rivières mentionnent clairement sur leur site Internet que des services en travail social et/ou en psychologie sont offerts à leurs patients. Une travailleuse sociale du GMF Trois-Rivières mentionne que les personnes sont contactées 10 jours après la réception de la demande de service afin d'effectuer une évaluation complète de leurs besoins. Dans la plupart des cas, elle nomme que la référence provient du médecin de famille. Les délais de leur liste d'attente dépendent de la priorisation de la personne à la suite de son évaluation, mais sont de maximum trois mois. Les personnes âgées peuvent alors avoir entre 6 et 8 rencontres auprès d'un professionnel afin d'adresser leurs problématiques en lien à la santé mentale. Il y a une possibilité d'aller jusqu'à 12 rencontres avec l'appui du médecin. Après ce suivi, les personnes présentant des conditions chroniques sont référées vers le mécanisme d'accès en santé mentale.

D'autres microsystèmes pouvant intervenir auprès de cette clientèle ont été recensés tels que deux cliniques privées multidisciplinaires et la clinique multidisciplinaire en santé (CMS) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Tableau 3.
Caractéristiques des autres microsystèmes recensés.

Autres microsystèmes	Services	Objectifs
Clinique multidisciplinaire CÉNAM	Psychoéducation (intervention) Psychologie (intervention) Neuropsychologie (évaluation) Ergothérapie (évaluation)	L'évaluation et l'intervention pluridisciplinaires à une clientèle de tous âges incluant les personnes âgées.
Clinique multidisciplinaire en santé de l'Université du Québec à Trois-Rivières	Interventions individuelles ou de groupe en ergothérapie auprès des personnes âgées présentant des difficultés dans leur fonctionnement quotidien en raison de problèmes de santé physique ou mentale.	Promotion de la santé et du bien-être des individus de manière à maintenir leur engagement dans les occupations et les activités de la vie quotidienne qui sont significatives pour eux.

Ces autres microsystèmes ne se situant pas au niveau des ressources communautaires ou du réseau de la santé peuvent offrir des services à leurs clients à leurs frais. Ces derniers peuvent obtenir un remboursement s'ils ont des assureurs privés. Il est intéressant de mettre de l'avant que la répondante de la clinique CÉNAM nomme que les personnes âgées représentent une très faible partie de leur clientèle. La clinique reçoit environ une ou deux personnes âgées par mois pour des évaluations en neuropsychologie, donc l'équipe multidisciplinaire n'effectue généralement pas de suivi auprès des aînés.

En ce qui a trait à la CMS, cette clinique peut offrir des services individuels ou de groupe en ergothérapie à la clientèle âgée. Ce sont des stagiaires supervisés par des ergothérapeutes qui offrent les services. Des ateliers de formation et d'accompagnement sont donnés pour les personnes qui vivent au quotidien avec de la douleur, de la fatigue, ou toute autre condition médicale qui occasionne une diminution de qualité de vie. Toutefois, ce programme qui se nomme *Faire ce que j'aime*, n'a pas été conçu dans l'objectif de soutenir les personnes âgées présentant des symptômes anxio-dépressifs. Pour recevoir des services dans une clinique, les personnes âgées doivent également être en mesure de se déplacer ainsi que de défrayer des frais.

5.1.2 Caractéristiques des mésosystèmes

Le mésosystème réfère au niveau où les microsystèmes sont en relation. Il est alors possible d'y inclure les tables de concertation trouvées lors de la collecte de données. Celles-ci réunissent plusieurs organismes communautaires de la région afin de travailler ensemble vers un but commun selon leur mission. Plusieurs microsystèmes recensés font partie de ces organismes.

Tableau 3.
Caractéristiques des mésosystèmes.

Mésosystèmes	Mission
Table régionale des organismes communautaires (TRÔC) œuvrant dans le domaine de la santé et des services sociaux Centre-du-Québec et Mauricie	Soutenir, représenter, mobiliser et concerter ses membres ainsi que de promouvoir et accroître la reconnaissance de l'action communautaire autonome.
La corporation de développement communautaire de Trois-Rivières (CDC)	Regrouper sur le territoire de la ville de Trois-Rivières les organismes communautaires, les groupes populaires, les groupes de femmes, les entreprises d'économie sociale et tout autre organisme jugé pertinent, afin de développer localement la plus grande vitalité démocratique possible et défendre auprès des instances appropriées les intérêts et points de vue des membres et de la communauté.
Table de concertation des aînés et retraités de la Mauricie	Assurer la concertation régionale et être l'instance reconnue par les décideurs régionaux et le gouvernement aux fins de consultation sur les enjeux et perspectives régionales, au regard du vieillissement, de la participation sociale, civique et professionnelle des personnes aînées et de la prise en compte des nouvelles réalités démographiques.
Table d'action Abus Aînés Mauricie INC.	Sa corporation agit sur l'ensemble de la Mauricie en regroupant les individus et les organismes intéressés par la problématique des droits des aînés. A ce titre, elle développe des projets et maintient des liens avec toutes autres associations, organismes ou regroupements susceptibles d'aider la Table à atteindre ses objectifs.

La *Table d'Abus Aînés Mauricie INC.* est à la fois un microsystème puisqu'elle offre des services à la population cible et un mésosystème puisqu'elle collabore avec une vingtaine d'organismes selon les propos de la répondante.

5.1.3 Caractéristiques des exosystèmes

Deux ressources exerçant une influence sur les microsystèmes sans agir directement auprès de la population cible ont été trouvées lors de la collecte de données. Il s'agit de la plateforme d'apprentissage du programme VIEsÂGE (<https://www.viesage.ca/>) et de la Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA) (<https://ccsmpa.ca/>).

D'abord, le programme VIEsÂGE a « pour but d'accompagner et de faciliter le travail des ressources humaines d'organisations francophones du Québec et du Canada œuvrant auprès des personnes âgées (Programme VIEsÂGE, 2023) ». Cette plateforme vise à « outiller et former les ressources humaines d'organisations œuvrant auprès des personnes âgées aux notions de psychologie afin qu'ils identifient plus rapidement la présence de détresse psychologique et qu'ils interviennent plus efficacement dans la limite de leur mandat (Programme VIEsÂGE, 2023) ». Autrement dit, les outils facilement accessibles au grand public sur leur site Internet permettent de « mieux savoir comment identifier et intervenir auprès des personnes âgées en détresse afin de favoriser leur bien-être (Programme VIEsÂGE, 2023) ».

Ensuite, la CCSMPA a comme objectif de « faciliter les initiatives liées à l'amélioration et à la promotion des ressources en santé mentale pour les personnes âgées (CCSMPA, s.d.-b) ». Une façon d'y arriver est de mettre sur pied « un projet d'élaboration de lignes directrices canadiennes sur l'anxiété chez les personnes âgées. Ces lignes directrices fourniront aux professionnels de la santé, aux personnes âgées et à leurs aidants des pratiques exemplaires fondées sur des données probantes pour la prévention, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de l'anxiété (CCSMPA, s.d.-b) ». Pour ce qui est de la dépression, le site Internet contient une brochure, des infographies ainsi qu'un document qui présente les lignes directrices canadiennes sur la prévention, l'évaluation et le traitement de la dépression chez les personnes âgées (CCSMPA, s.d.-c).

5.2 Offre de services formelle et informelle

Il a été possible d'identifier deux types de catégories de services offerts aux personnes âgées présentant des symptômes anxio-dépressifs et vivant à domicile à l'aide de l'analyse de contenu. En effet, d'un côté, il y a les services formels se définissant comme des interventions effectuées par du personnel qualifié dans un domaine d'intervention auprès de la personne visant à adresser directement ses symptômes et à agir sur leurs causes. Habituellement, les services formels sont guidés par des objectifs afin de percevoir l'évolution de la personne concernant l'impact des symptômes anxio-dépressifs dans son quotidien. De l'autre côté, les services informels sont plutôt représentés par différentes façons de soutenir la personne sans toutefois intervenir sur les symptômes directement. Par exemple, ces services peuvent inclure des activités sociales, artistiques ou sportives ainsi que des conférences et de l'écoute active sans interventions psychosociales et objectifs thérapeutiques. Des contacts téléphoniques auprès des microsystèmes

ont permis de classer leurs services dans une catégorie en tenant compte des objectifs et des bénéfices perçus derrière chaque service offert. La raison pour laquelle le service est offert auprès des personnes âgées donne un indice sur la formalité du service puisque cela permet d'explicitier si des interventions directes sur les causes des symptômes sont fournies auprès de la clientèle.

Les organismes communautaires recensés offrent principalement des services informels auprès de la population cible. Cependant, *Le Traversier* assure un suivi auprès de la personne en identifiant des objectifs avec elle lors de la première rencontre, ce qui réfère à des services formels. De plus, cet organisme fait des interventions de groupe avec du personnel qualifié auprès des personnes âgées qui fréquentent l'endroit, d'où son classement dans la catégorie des services formels. La visée des interventions est l'apprentissage, l'*empowerment* et le rétablissement. De plus, la *Table d'action Abus Aînés Mauricie INC.* offre aussi un service formel, soit le groupe de discussion animé par une doctorante en psychologie.

Bien que les autres organismes recensés offrent des services informels, deux répondants nomment que les activités organisées peuvent avoir un impact positif auprès de la population cible en offrant un environnement social sécurisant, positif et chaleureux où l'écoute active et le soutien sont présents. Il faut aussi tenir compte que les services offerts par les organismes communautaires sont souvent guidés par des bénévoles âgées qui n'ont pas ou peu de connaissance et de compétence en lien avec la santé mentale et la relation d'aide, ce qui limite leur possibilité d'intervenir auprès des personnes âgées avec symptômes. Cela a été rapporté à plusieurs reprises par les répondants des organismes puisqu'il arrive que les bénévoles nomment qu'ils ne se sentent pas assez outillés pour soutenir adéquatement les personnes âgées qui présentent des symptômes anxio-dépressifs, par exemple lors des visites d'amitié. Toutefois, le personnel des organismes est majoritairement formé dans un domaine d'intervention permettant ainsi de faire de la gestion de crise au besoin et d'encadrer les bénévoles dans leur rôle. En effet, les répondants ont expliqué que le personnel est toujours présent pour recadrer les bénévoles quant à leur rôle et leur demande de leur référer les personnes âgées avec des besoins particuliers s'ils rencontrent des enjeux.

Pour leur part, les services offerts par le CIUSSS MCQ sont principalement formels, car les causes des symptômes sont adressées lors d'un suivi avec un intervenant qualifié. Toutefois, le 811 n'offre pas de suivi formel avec des interventions auprès de la clientèle, car sa mission est de référer

la personne vers le service qui répondra à ses besoins. Il faut également considérer que certaines interventions formelles en lien avec les symptômes anxio-dépressifs peuvent être fournies par les intervenants sociaux du SAD seulement dans le contexte expliqué plus tôt en lien avec l'objectif du service. Cela fait en sorte que ce n'est pas tous les aînés ayant un suivi au SAD qui bénéficient d'un soutien en lien avec la santé mentale.

5.3 Tendances concernant le référencement

L'analyse de contenu a permis de faire ressortir les tendances concernant le référencement des personnes âgées qui ont des symptômes anxio-dépressifs entre les différents microsystèmes présentés plus haut. Cela se trouve au niveau du mésosystème. Il faut savoir que les organismes communautaires réfèrent lorsque les services qu'ils doivent offrir à la population cible pour répondre à leurs besoins dépassent leur mission ainsi que le mandat et les compétences du personnel. En effet, le personnel des organismes se sent parfois peu outillé pour intervenir auprès des aînés qui présentent des enjeux en lien avec la santé mentale et préfère les référer à un autre microsystème. Dans la majorité des cas, les organismes communautaires réfèrent vers les services du CIUSSS, soit le 811 Info-Social, le CLSC autant au niveau du SAD que de la santé mentale ainsi que les médecins de famille et les services sociaux et/ou psychologiques offerts dans les GMF.

Il arrive que les références soient faites entre organismes. Par exemple, la répondante du *Centre d'Action Bénévole du Rivage* nomme qu'elle réfère aussi certains aînés vers l'organisme *Les Petits Frères de Trois-Rivières*, car elle est d'avis que le personnel et les bénévoles sont mieux outillés pour répondre aux besoins en lien avec la santé mentale.

Le Traversier, étant un organisme communautaire en santé mentale, ne réfère pas les personnes qui fréquentent leur milieu puisque le personnel se sent compétent pour être en mesure de répondre à leurs besoins. Cependant, si les personnes qu'ils suivent nomment un plus grand besoin d'écoute que ce que peut offrir le personnel, ce dernier va les référer vers une ligne d'écoute qui est également un microsystème. Cependant, ce type de ressource n'a pas été prise en compte dans la recherche pour une raison de faisabilité ainsi que pour se concentrer sur les services offerts dans la ville de Trois-Rivières précisément.

La répondante de la *FADOQ de la région de la Mauricie* explique qu'elle réfère toujours les aînés vers d'autres organismes de la région. Elle nomme qu'elle contacte parfois le proche de la personne avant d'effectuer une référence vers une autre ressource.

En ce qui a trait aux services du CIUSSS MCQ, le répondant du SAD explique qu'il réfère les personnes âgées avec des symptômes anxio-dépressifs vers le *811 Info-Social* ou vers le MASMA lorsque celles-ci ne sont pas en perte d'autonomie. Il arrive qu'il les réfère au service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence (AAOR) qui est la porte d'entrée principale pour les demandes en lien avec les problèmes de nature sociale ou psychologique. Sinon ils envoient ces personnes vers leur médecin de famille ainsi qu'aux services sociaux et psychologiques offerts en GMF. Du côté du mécanisme d'accès en santé mentale, la répondante explique qu'elle croise peu de personnes âgées dans le secteur de la santé mentale puisqu'elles sont généralement référées vers le SAD. Toutefois, elle est consciente que ces personnes sont souvent envoyées d'un service à l'autre ayant ainsi de la difficulté à obtenir l'aide qu'elles nécessitent. Elle nomme aussi que l'équipe aimerait référer vers des ressources communautaires, mais qu'il n'y en a pas pouvant répondre aux besoins des aînés en santé mentale.

5.4 Niveau de l'offre de services et lien entre les systèmes

Le cadre théorique permet de schématiser les résultats comme démontré dans la Figure 3. De cette manière, il est possible d'observer à quel niveau se situent les services offerts auprès de la population cible (microsystèmes et exosystèmes) ainsi que les relations entre eux (mésosystème). Aucun élément faisant partie du macrosystème n'a été ressorti dans les données récoltées.

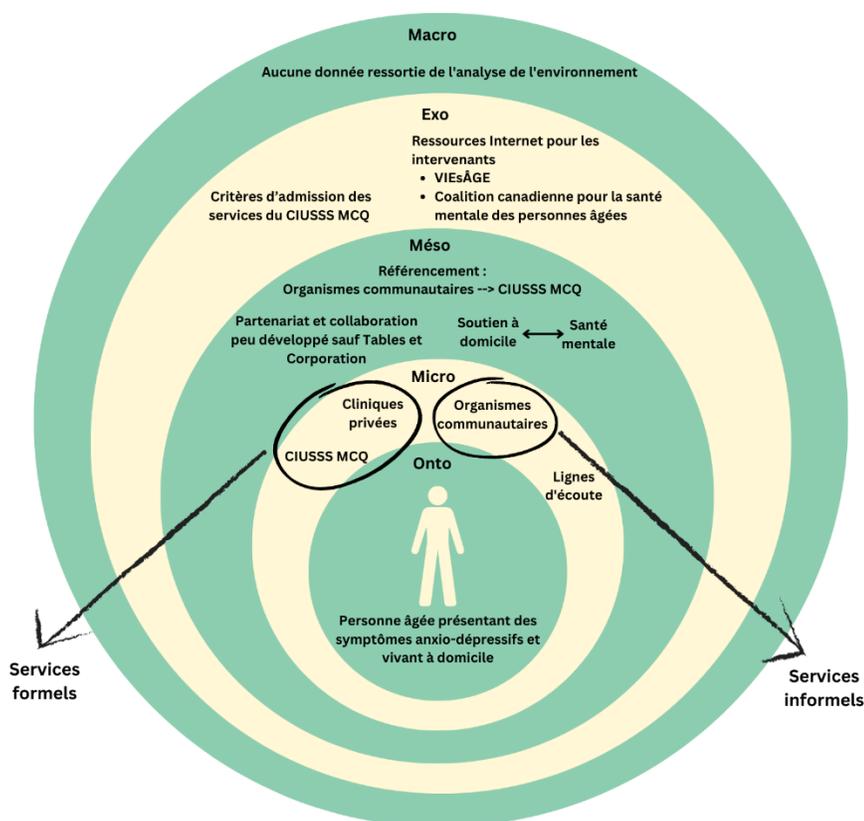


Figure 3. Niveau de l'offre de services.

Il est intéressant de mettre de l'avant que les organismes communautaires ainsi que les services du CIUSSS MCQ collaborent peu ensemble sauf en ce qui a trait des références. En effet, aucun partenariat n'a été nommé par les répondants de ses microsystèmes. La FADOQ essaie cependant de collaborer avec les organismes sur le territoire ainsi qu'avec des services du réseau de la santé pour certains projets, par exemple, en offrant des conférences ou des activités de conditionnement physique tel que le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED). La répondante de la FADOQ explique également que les tables de concertation présentées dans le Tableau 3 facilitent les partenariats et la connaissance des autres microsystèmes. Malgré les

initiatives de ces organismes, peu de répondants ont nommé travailler avec d'autres organismes pour des projets ou pour arrimer l'offre de service.

Au niveau de l'exosystème, les critères d'admission dans les services du CIUSSS MCQ peuvent freiner l'accès à la population cible qui entre difficilement dans les critères du SAD ou de la santé mentale. Cela est difficile à modifier étant donné qu'il s'agit de lignes directrices gouvernementales du réseau de la santé.

Le macrosystème fait référence aux valeurs et aux idéologies de la société dans laquelle la population cible s'engage et aucune donnée n'a été pas ressortie en ce sens lors de la collecte de donnée.

6. DISCUSSION

Cette section présente la discussion concernant les résultats de cette recherche. D'abord, la question de recherche ainsi que l'objectif seront rappelés. Par la suite, trois constats ressortis de l'analyse des résultats seront discutés. Enfin, les forces, les limites, les retombées potentielles de l'étude et les avenues de recherche futures seront présentées.

6.1 Retour sur la question de recherche et l'objectif

Ce projet de recherche a permis de répondre à la question suivante : Quels sont les services offerts aux personnes âgées qui vivent à domicile et qui présentent des symptômes anxio-dépressifs ? Plus précisément, ce projet a permis de recenser les services offerts à cette population dans une région spécifique du Québec, soit à la ville de Trois-Rivières, et ce, que ce soit au niveau du communautaire que du réseau de la santé et des cliniques privées. L'objectif ayant guidé cette étude était d'initier une réflexion sur les services offerts pour une prise en charge de cette population, en utilisant une analyse de l'environnement référant à un devis descriptif. Cet objectif est atteint puisque les résultats permettent effectivement de réfléchir sur la prise en charge actuelle de cette population en prenant en compte les services disponibles recensés à Trois-Rivières, autant formels qu'informels.

6.2 Comparaison des besoins de cette population avec les services offerts

Afin de savoir si les services offerts actuellement répondent aux besoins des personnes âgées avec des symptômes anxio-dépressifs, il est primordial de prendre en considération leurs points de vue. Pour ce faire, des données existantes issues d'autres études ont été consultées. Frost et ses collaborateurs (2020) ont conduit une recherche dans le but d'identifier la manière dont les services pourraient être adaptés pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées présentant des symptômes ou un diagnostic de dépression et/ou d'anxiété. Tout d'abord, les personnes âgées rapportent qu'ils ont peu d'attente face au traitement puisqu'ils ont normalisé leurs symptômes et les voient comme faisant partie de leur personnalité (Frost et al., 2020). Les interventions sont considérées comme appropriées seulement si les symptômes sont graves. L'autogestion est mieux perçue par les personnes âgées ayant des symptômes légers (Frost et al., 2020). De plus, la priorité des personnes âgées en lien avec le traitement de leurs symptômes anxio-dépressifs est de maintenir leur indépendance (Frost et al., 2020). Par conséquent, la recherche d'aide vient menacer leur

sentiment d'indépendance. Considérant ces informations, les services informels sont nécessaires pour que les personnes âgées bénéficient d'un support sans être confrontées aux interventions formelles qu'elles associent à des symptômes graves seulement. Ce type de services permet d'offrir de l'écoute active et un environnement sécurisant sans déstabiliser les personnes âgées qui ne se sentent pas prêtes ou qui ne sont pas ouvertes à recevoir des services formels. Les services proposés par les organismes communautaires et offrant la possibilité de s'engager dans des activités diverses, tels que mis en lumière dans la présente recherche, font d'ailleurs partie des principes d'autogestion. En effet, la réactivation comportementale vise la diminution des symptômes par le biais d'activités significatives pour la personne (Bilsker et Paterson, 2009 ; Soucy Chartier et al., 2013). De plus, l'activité physique est recommandée afin de diminuer l'anxiété ressentie et les symptômes de dépression (Poirel, 2017) et ce type d'activité est offert dans plusieurs organismes communautaires ainsi qu'au CIUSSS MCQ par le biais du programme Viaactive (CIUSSS MCQ, 2023b). Pour donner un autre exemple, la création d'un réseau social peut effectivement aider la personne à se sentir davantage soutenue, diminuant ainsi ses symptômes. Cependant, il est possible que l'ensemble des besoins de la personne ne soient pas comblés par ce type d'activité. D'un autre côté, les thérapies qui encouragent la recherche de solution, qui améliorent l'estime de soi et qui soutiennent les capacités d'adaptation sont bien perçues par les personnes âgées, ce qui peut autant être effectué dans les services informels et formels tout dépendants des activités offertes. Les thérapies par la parole sont également perçues comme moins menaçantes, ce qui est offert en formel et informel. Toutefois, les services informels sont souvent associés à des discussions de groupe, ce qui apporte une certaine ambivalence chez les personnes âgées. En effet, un sentiment de ne pas être seul à vivre ces enjeux est apprécié par certains tandis que d'autres ressentent un poids supplémentaire d'entendre les problématiques des autres membres du groupe (Frost et al., 2020).

Toujours selon l'étude de Frost et ses collaborateurs (2020), les personnes âgées nomment des qualités qu'ils recherchent chez un intervenant, soit l'écoute active, l'intérêt envers eux, le fait qu'il donne une perspective extérieure et qu'il présente des compétences professionnelles. Ce dernier point peut être un enjeu lorsque ce sont des bénévoles qui animent les activités dans les organismes communautaires et qui font des visites d'amitié à domicile. Dans ces cas-là, il est possible que la personne se confie moins, ce qui limite les bienfaits potentiels de l'activité.

Pour sa part, Lamoureux-Lamarche (2021) a fait ressortir les besoins perçus en santé mentale chez les personnes âgées vivant à domicile au Québec et souffrant d'anxiété ou de dépression. Selon ses résultats, les personnes âgées qui ont rapporté un besoin non comblé en lien avec les services en santé mentale demandent de recevoir davantage d'informations sur les problèmes de santé mentale ainsi que de la thérapie, soit des services formels (Lamoureux-Lamarche, 2021). Ces besoins ont été rapportés par près de la moitié des personnes âgées avec un trouble anxieux ou dépressif à l'entrevue initiale (Lamoureux-Lamarche, 2021). Cela démontre que les personnes âgées souhaitent aussi recevoir des services formels pour leurs symptômes anxio-dépressifs. De plus, près du quart de l'échantillon a rapporté avoir reçu au moins un service formel dans leur parcours de soins (Lamoureux-Lamarche, 2021). Parmi ces personnes âgées, 10 % rapportent avoir reçu de l'information sur les problèmes de santé mentale, alors que seulement 5% ont reçu une thérapie ou une intervention (Lamoureux-Lamarche, 2021). Cela met en évidence le manque ou la difficulté d'accès aux services formels, car les personnes âgées nomment avoir besoin d'une thérapie, mais un faible pourcentage en reçoit réellement une. Cela est d'ailleurs congruent avec l'analyse de l'environnement réalisée dans cette étude ; peu de services formels de prise en charge sont disponibles, rapidement accessibles ou connus.

Pour poursuivre, le rapport d'analyse des données du premier Forum sur la gériatrie sociale qui a eu lieu à Québec en 2016 (Proteau-Dupont et Lepage, 2019) fait également ressortir les besoins des personnes âgées en lien avec leur santé mentale. Les besoins psychosociaux y ont été largement abordés, dont le fait que les personnes âgées ayant pris part aux discussions souhaitent être valorisées, se sentir utiles, se réappropriier des rôles sociaux, établir des liens de confiance, bénéficier d'un suivi psychologique à domicile et avoir accès facilement à une personne pour communiquer leurs besoins ou difficultés (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). Certains de ces besoins tels que se sentir valorisé, utile et s'engager dans des rôles sociaux peuvent être comblés par le biais des activités proposées dans les organismes communautaires, ce qui démontre la pertinence des services informels. Le besoin de recevoir un suivi psychologique réfère évidemment à un service formel. Ce rapport explique aussi que la personne âgée doit s'engager volontairement dans les interventions en santé mentale afin qu'elles fassent sens pour elle (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). Les autrices rapportent que le support psychologique ou social devrait être aussi important que le suivi médical qui est davantage mis de l'avant chez la clientèle âgée (Proteau-

Dupont et Lepage, 2019). L'implication de bénévoles est même suggérée afin d'offrir un support social ou des visites d'amitié à domicile (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). En considérant les résultats de Frost et ses collaborateurs (2020) ainsi que les résultats obtenus par les répondants des organismes communautaires qui expliquent que certains bénévoles se sentent peu outillés pour travailler auprès des personnes âgées avec des symptômes anxio-dépressifs, il est nécessaire d'établir des balises entre la personne âgée et le bénévole quant aux attentes des visites d'amitié. Un coaching plus régulier de la part des intervenants auprès des bénévoles serait bénéfique. De plus, le suivi psychosocial conseillé dans ce rapport inclut également une visite d'un psychologue ou d'un travailleur social à domicile (Proteau-Dupont et Lepage, 2019). Il est intéressant de mettre en lumière que le besoin de recevoir des services à domicile ou dans un endroit près de chez soi est également abordé dans l'étude de Frost et ses collaborateurs (2020), car le transport est souvent un enjeu.

Après avoir pris en considération ces trois études sur les besoins des personnes âgées qui présentent des symptômes anxio-dépressifs vivant à domicile, il est possible d'affirmer que les deux types de services (formels et informels) sont nécessaires puisqu'ils sont considérés importants par cette population.

6.3 Accessibilité des services formels et informels pour la population âgée

La recherche menée a mis en lumière la complexité à connaître rapidement l'offre de services des microsystèmes ainsi que la difficulté à entrer en contact avec ces derniers. Le processus pour avoir accès aux services offerts par les microsystèmes demande souvent plusieurs étapes pouvant être un obstacle pour les personnes âgées présentant des symptômes anxio-dépressifs. Par exemple, il faut d'abord trouver les coordonnées de la ressource, entrer en contact avec un membre du personnel, suivre les consignes pour l'inscription aux activités et se présenter à l'endroit où se déroulent celles-ci. Ces démarches peuvent rendre difficile le processus d'accès aux services pour cette population, car la personne doit être proactive dans sa recherche d'aide. Toutefois, lorsqu'il y a présence de symptômes anxio-dépressifs, cela peut s'avérer un enjeu. Il faut aussi considérer que tout ce qui est en lien avec la recherche d'informations en ligne est considéré comme une méthode d'accès difficile par les personnes âgées (Frost et al., 2020). De plus, il arrive parfois que les services ne soient pas ou peu développés sur le site Internet des organismes. Cela complexifie la

recherche de ressources disponibles et peut faire en sorte que malgré la présence de services dans sa région, une personne pourrait ne pas être en mesure de les repérer et d'y accéder.

D'ailleurs, le médecin de famille est, dans la majorité des cas, la première porte d'entrée pour discuter des symptômes de santé mentale pour la clientèle âgée. Toutefois, certains obstacles viennent rendre difficiles cette conversation, par exemple, lorsque la personne n'a pas de médecin de famille et le fait que le temps des rencontres est davantage dédié aux problématiques de santé physique (Frost et al., 2020). Les personnes âgées souhaitent aussi que les services soient validés ou approuvés par quelqu'un comme leur médecin de famille puisqu'elles se sentent insuffisamment informées pour prendre une décision concernant les services dont elles ont besoin (Frost et al., 2020). Par conséquent, elles pourraient préférer être orientées vers la ressource par quelqu'un, ce qui les rassurerait et ce qui leur éviterait de faire les démarches préalables en lien avec la recherche de services selon leurs besoins. Il est intéressant de mentionner que le secteur communautaire est considéré comme une ressource positive par les personnes âgées, mais la plupart d'entre elles ne connaissent pas les services proposés pouvant les soutenir par rapport à leurs symptômes (Frost et al., 2020), ce qui prouve que l'accessibilité aux services doit être simplifiée afin de faciliter la recherche d'aide.

De plus, les services offerts par le CIUSSS MCQ ne sont pas, eux non plus, facilement accessibles. Il faut d'abord trouver les coordonnées téléphoniques pour rejoindre un guichet d'accès et obtenir la ligne pour discuter avec un intervenant qui fera l'évaluation des besoins. Selon l'étude de Frost et ses collaborateurs (2020), les personnes âgées n'apprécient pas particulièrement les rendez-vous téléphoniques. Par la suite, si la personne est retenue dans le service, elle sera mise sur la liste d'attente et les délais font en sorte que la personne n'est pas prise en charge pendant plusieurs semaines, voire mois. Le portrait est similaire dans les GMF, mais la référence vient plus souvent du médecin de famille que de la personne elle-même, donc moins de démarches sont à effectuer par cette dernière dans cette situation. Il importe de souligner que la personne qui réalise elle-même ses démarches pour communiquer avec un service peut être envoyée vers un autre service si elle ne cadre pas dans les critères d'admission du service qu'elle a contactés. Dans ce cas-là, elle doit refaire ses démarches auprès d'un autre service. Il arrive que le guichet d'accès du SAD et le MASMA se « lancent la balle » concernant les dossiers de personnes âgées avec des enjeux de santé mentale. Cela nuit évidemment à l'accessibilité des services puisque pendant que

les deux services tentent de s'entendre sur celui qui prendra en charge la personne, celle-ci ne reçoit pas de service. Il faut également savoir que l'objectif général du MASMA est d'améliorer l'accès aux soins et services spécifiques et spécialisés en santé mentale (MSSS, 2022). Des objectifs organisationnels sont aussi mis de l'avant comme « d'assurer l'équité dans l'accès aux services, sans critère d'exclusion et en prenant en compte les besoins particuliers des populations vulnérables et des milieux éloignés » et de « garantir l'accès et la continuité des soins et des services le plus près possible du milieu de vie » (MSSS, 2022). Toutefois, en pratique, il semble y avoir certains critères d'exclusion en lien avec les personnes âgées tels que l'impossibilité d'avoir accès à des services en santé mentale si elles ont un diagnostic de trouble neurocognitif qui ne permettraient pas la réadaptation ou si elles ne peuvent se déplacer sur les lieux d'intervention. Un des objectifs cliniques est « d'orienter la personne vers le service le plus susceptible de répondre efficacement à ses besoins [...] » (MSSS, 2022). Cependant, lorsque le MASMA réfère la personne âgée avec des besoins en santé mentale vers le SAD, cet objectif n'est pas atteint puisque ce service ne permet pas de répondre aux besoins associés à la présence de symptômes anxio-dépressifs. Le guichet d'accès du SAD vise également l'accessibilité aux services (Centre de santé et des services sociaux des Îles, 2011), mais les intervenants sont trop débordés pour réaliser une évaluation complète des besoins avant de référer les personnes aux services adéquats et les différentes évaluations nécessaires pour avoir accès aux services sont trop nombreuses, augmentant le temps d'attente avant de recevoir des services (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2023). Ainsi, il n'est pas simple pour les personnes âgées d'accéder à des services qui répondent à leurs besoins concernant des symptômes anxio-dépressifs, et ce, malgré la présence d'un panier de service au CIUSSS MCQ et la mise en place de guichets d'accès.

Un changement concernant l'amélioration de l'accessibilité des services serait à réfléchir. Cependant, le RSSS semble figé dans le temps, ce qui est en contradiction avec le chronosystème présenté dans le cadre théorique. En effet, même si les besoins des individus évoluent dans le temps, les services du RSSS, eux, évoluent peu. Il est possible d'expliquer cela par le fait que les changements de pratique sont complexes et demandent la mobilisation de nombreux acteurs de différents niveaux (micro, méso, exo et macro) (Gouvernement du Québec, 2023). Étant donné que le RSSS est un vaste système qui est implanté sur tout le territoire québécois, il est évident que le changement de certaines façons de faire représente un défi complexe et long à réaliser. D'ailleurs,

le gouvernement demande d'appliquer les balises du Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM) depuis 2018, ce qui ne fait pas l'unanimité au niveau des intervenants en santé mentale (Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux [APTS], s.d.). En effet, ces derniers mentionnent que ce modèle standardisé diminue la qualité des soins en santé mentale puisque la prise en charge débute par une appréciation des symptômes de la personne au moyen d'un outil d'aide à la décision (APTS, s.d.). L'orientation de la personne vers un service sera faite selon l'algorithme décisionnel, donc une mauvaise appréciation de l'état de la personne peut mener vers une offre de soins et services inadéquates (APTS, s.d.). Ce sont les difficultés ponctuelles qui visent davantage par ce programme, car celui-ci préconise une approche brève, fixe et limitée, soit entre 10 et 15 séances (APTS, s.d.).

6.4 Critique de l'application de la politique gouvernementale des personnes âgées et ses plans d'action

Le Gouvernement du Québec a mis sur pieds en 2012 la politique *Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec* valorisant le maintien dans le milieu de vie, le plus longtemps possible, et visant l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2012). Trois orientations et deux volets guident cette politique qui se trouve dans le macrosystème, soit la participation, la santé et la sécurité ainsi que la participation intersectorielle et le développement des communautés (Gouvernement du Québec, 2012). La participation intersectorielle réfère au partenariat entre les secteurs permettant ainsi de réaliser certaines actions afin de répondre de manière efficace au vieillissement de la population (Gouvernement du Québec, 2012). Le but est d'améliorer leur coordination et de renforcer le travail de collaboration pour arrimer les services offerts par les acteurs dans le respect de leurs missions, de leurs champs de compétence et de leurs imputabilités (Gouvernement du Québec, 2012). Le développement des communautés, pour sa part, est une forme d'action collaborative où la participation de tous les acteurs de la communauté est nécessaire pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2012). Ce volet valorise la recherche de solutions collectives, innovantes, adaptées aux priorités du milieu et aux besoins des personnes âgées de manière à faire du sur-mesure pour respecter la diversité des régions du Québec (Gouvernement du Québec, 2012). Cette politique s'accompagne aussi du plan d'action 2018-2023 : *Un Québec pour tous les âges* (Gouvernement du Québec, 2018). Seulement deux mesures en lien avec l'orientation de la santé sont prévues pour la santé mentale des personnes âgées et

concernent le risque suicidaire (Gouvernement du Québec, 2018). Le plan d'action précédent avait comme mesure de mettre en place des interventions de dépistage de la dépression chez les personnes âgées (Gouvernement du Québec, 2012). Cependant, il s'agissait de l'unique mesure concernant la santé mentale. Le troisième plan d'action gouvernemental issu de la Politique gouvernementale *Vieillir et vivre ensemble chez soi, dans sa communauté, au Québec* pour la période 2024-2029 est en élaboration présentement (MSSS, 2023b).

Une réflexion critique sur cette politique et ses plans d'action s'impose. Tout d'abord, les résultats de cette recherche ont mis en lumière une participation intersectorielle ainsi qu'un partenariat peu présent entre les différents acteurs qui œuvrent auprès de la population âgée tout comme un développement communautaire pouvant être davantage développé. En effet, seulement les tables de concertation et les corporations d'organismes communautaires démontrent un partenariat impliquant certains acteurs. Toutefois, cela ne semble pas être suffisant pour favoriser l'arrimage et la complémentarité des services offerts aux personnes âgées considérant que les objectifs visés par les organismes communautaires sont similaires dans la majorité des cas. Pour ce qui est des services du réseau de la santé, les résultats montrent que les différents secteurs ont tendance à se transférer des dossiers, ne tenant pas compte de leurs missions et de leurs champs de compétence. Par exemple, les intervenants en santé mentale ont les compétences pour travailler auprès d'une personne âgée ayant des symptômes anxio-dépressifs, mais il arrive qu'elle soit transférée au SAD en raison de son âge. Toutefois, la mission des intervenants du SAD est de maintenir les gens à domicile le plus longtemps possible (CSBE, 2023).

De plus, peu de services disponibles à Trois-Rivières se démarquent en ce qui a trait à la santé mentale des personnes âgées, sauf *Le Traversier* qui vise l'apprentissage, l'*empowerment* et le rétablissement par des activités formelles et des objectifs personnalisés ainsi que la travailleuse de milieu du *Centre d'Action Bénévole du Rivage* qui cible et intervient directement dans la communauté auprès des personnes âgées en situation de vulnérabilité afin de les référer vers les bons services, permettant ainsi d'être proactif auprès de cette population qui peut avoir de la difficulté à chercher et trouver l'aide nécessaire. C'est le programme *Initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité* (ITMAV) qui offre une aide financière à certains organismes communautaires pour la mise en place ou le maintien de travailleurs de milieu (Gouvernement du Québec, 2023). Il y a seulement une travailleuse de milieu à Trois-Rivières,

donc il est difficile pour elle de répondre à tous les besoins considérant la proportion importante de personnes âgées (26%) dans la ville (ISQ, 2022). Le manque de ressources peut effectivement freiner les innovations sociales, notamment le financement et la mobilisation des parties prenantes qui sont des défis majeurs à prendre en considération dans la mise en œuvre d'un projet (Réseau québécois en innovation sociale [RQIS], 2011). Les ressources financières sont un levier important pour le développement et la pérennisation d'un projet et l'implication des acteurs est essentielle à l'accès au financement (RQIS, 2011).

Pour poursuivre cette critique, les mesures reliées à la santé mentale dans le plan d'action actuel ne sont pas suffisantes considérant qu'environ 25 % des personnes âgées au Québec présentent des symptômes anxio-dépressifs (Grenier, 2018). Bien que les mesures sur la prévention du suicide soient nécessaires, il est tout de même essentiel d'agir en amont au niveau de la santé mentale afin d'intervenir sur les symptômes pouvant mener à des idées suicidaires. La santé mentale des personnes âgées a été négligée dans les derniers plans d'action gouvernementaux et devrait être davantage mise de l'avant dans le prochain qui sera publié en 2024.

Pour sa part, la réforme du RSSS envisagée par le ministre Dubé devrait s'attarder à la clarification des rôles des différents microsystèmes. Il serait intéressant d'identifier des missions complémentaires entre les organismes communautaires et les services offerts par le réseau de la santé ainsi que d'élargir les critères d'admission pour faciliter l'accès à ces derniers. De plus, de nouveaux services devraient être mis en place pour la population âgée qui vit à domicile et qui présente des symptômes anxio-dépressifs. D'ailleurs, tel que le plan d'action semble le promouvoir, les services offerts par le milieu communautaire devraient être mis sur le même pied d'égalité que ceux offerts par le réseau de la santé afin de favoriser un partenariat positif entre ces derniers. De cette manière, les initiatives du milieu communautaire seraient davantage valorisées, faisant en sorte d'encourager les personnes âgées à se référer à ces ressources. De plus, cela permettrait de limiter le référencement unidirectionnel des organismes communautaires vers le réseau de la santé qui semble être l'unique ressource pouvant répondre aux besoins en santé mentale selon les répondants des organismes. Du coaching de la part des intervenants travaillant en santé mentale au CIUSSS MCQ pourrait être fait pour soutenir les organismes communautaires qui peuvent être plus rapidement accessibles pour les personnes âgées recherchant de l'aide.

Cette réforme est également le moment idéal pour adapter les services aux réels besoins de la population âgée sachant que celle-ci sera de plus en plus nombreuse (ISQ, 2021) et pour faciliter l'accessibilité aux services. Aucune modification majeure n'a été faite dans le RSSS depuis la réforme de 2015 (Valentini, 2015), donc il s'avère important de revoir la pertinence et l'efficacité des services offerts aux personnes âgées en ce qui a trait à la santé mentale et au bien-être psychologique. Les personnes âgées devraient être incluses, mais surtout écoutées dans le processus d'évaluation et de modification des services afin de prendre en compte leurs vécus en tant que bénéficiaires (Bate et Robert, 2006). En effet, ces auteurs mentionnent que des objectifs en lien avec l'expérience des patients devraient être au centre du processus d'amélioration des services avec la même importance que les objectifs cliniques. Ils considèrent également les personnes âgées comme des concepteurs de services lorsqu'un réel partenariat est établi avec les professionnels fournissant les services, ce qui n'est pas ressorti dans les résultats. Cependant, cela pourrait aider les personnes âgées à nommer les moyens qui faciliteraient leur recherche d'aide.

6.5 Présence d'âgisme dans le macrosystème

Plusieurs éléments de cette recherche mettent en lumière le fait que l'âgisme présent dans la société percole et exerce une influence sur les services de santé offerts aux personnes âgées. L'âgisme fait référence aux préjugés, aux injustices ou aux désavantages qu'une personne vit en raison de son âge (OMS, 2021). Or, les services offerts aux personnes âgées sont teintés d'âgisme institutionnel, c'est-à-dire que les lois, les règles, les normes sociales et politiques imposent de manière injuste des restrictions en termes d'opportunités, pénalisant ainsi systématiquement les personnes âgées (OMS, 2021). À titre d'exemple, le fait que peu de services formels sont disponibles pour les personnes âgées ayant des symptômes anxio-dépressifs démontre une injustice liée à l'âge, surtout en considérant que les dossiers concernant les personnes âgées sont parfois transférés à d'autres services puisque leurs profils cadrent difficilement à un endroit en particulier selon les répondants. Du côté des services informels, les objectifs mis de l'avant sous-entendent que la population âgée a besoin de s'engager dans des activités avec d'autres personnes de leur âge pour se sentir bien, ce qui vient réduire au silence les causes des symptômes ressentis par celles-ci. Une banalisation ou une normalisation des symptômes en lien avec la santé mentale peut être soulevée en regardant les objectifs des services offerts à cette population qui sont davantage axés sur le divertissement que l'intervention. Toutefois, les enjeux de santé mentale ne sont pas un aspect

normal du vieillissement (Thomas et Hazif-Thomas, 2008). Il faut tout de même noter que ces services sont pertinents dans une vision de prévention afin d'éviter l'apparition des symptômes. D'un point de vue financier, la promotion et la prévention de la santé sont économiques à long terme. En effet, dépendamment des interventions, le retour sur l'investissement varie entre 2 \$ et 20 \$ pour chaque dollar investi en prévention (Bertrand, 2020).

6.6 Limites et forces de l'étude

L'étude menée comporte certaines limites. Premièrement, les résultats sont difficilement transférables puisque l'analyse de l'environnement effectuée se limite à la ville de Trois-Rivières. Par conséquent, il est difficile de comparer les résultats aux autres régions au Québec, surtout aux régions qui sont davantage rurales, ou encore plus denses au niveau urbain. En effet, le nombre et le type d'organisme communautaire peuvent varier d'une ville à l'autre, faisant en sorte que l'offre de service des autres villes peut être plus ou moins différente que celle de Trois-Rivières. Toutefois, cela était attendu étant donné le choix du devis. Deuxièmement, la collecte de données n'était pas optimale afin d'assurer l'exhaustivité des résultats. Il était difficile de comprendre la structure du CIUSSS MCQ en consultant les écrits gouvernementaux, faisant en sorte que certains services n'ont pas été contactés comme l'Accueil-analyse-orientation et référence (AAOR) et les services sociaux généraux (SSG). De plus, les résultats recueillis sur les services du CIUSSS MCQ et des organismes communautaires viennent seulement du répondant contacté, ce qui peut occasionner un manque d'information, exacerbé par une triangulation difficile de données. Troisièmement, les éléments du macrosystème n'ont pas été questionnés de manière précise auprès des microsystèmes, faisant en sorte qu'aucune donnée provenant du terrain n'a été obtenue sur ce système. Quatrièmement, certains systèmes pouvant être pertinents au niveau micro et méso n'ont pas été contactés comme le *Centre de santé des femmes de la Mauricie*, *Albatros Trois-Rivières*, le *Consortium en développement social de la Mauricie*. Enfin, le potentiel des diverses lignes d'écoute n'a pas été exploité. En effet, elles n'ont pas été incluses dans la collecte de données malgré qu'elles puissent possiblement répondre aux besoins de certaines personnes âgées concernant leurs symptômes anxio-dépressifs. Pour ce qui est des forces, cette étude est une première réflexion en lien avec la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile et présentant des symptômes anxio-dépressifs. Cela s'inscrit dans l'idéologie mise de l'avant par les exosystèmes concernant la promotion de la santé mentale des personnes âgées. En effet, le projet

VIEsÂGE et la CCSMPA visent, entre autres, à former le personnel travaillant auprès des personnes âgées afin d'offrir de meilleurs services en santé mentale (Programme VIEsÂGE, 2023 ; CCSMPA, s.d.-b). De plus, la collecte de données centrée dans la ville de Trois-Rivières est hétérogène, permettant de comprendre une partie de la réalité des services offerts à la population cible.

6.7 Retombées potentielles de l'étude

Les retombées possibles de cette étude sont nombreuses et touchent différents domaines, notamment le domaine de la pratique professionnelle en ergothérapie, le domaine de la politique, le domaine social et le domaine scientifique. En effet, cette recherche montre l'importance de se questionner, en tant que professionnel de la santé, aux enjeux quant aux services qui sont offerts à la clientèle. L'ergothérapeute ainsi que les autres professionnels de la santé travaillant auprès des personnes âgées qui présentent des symptômes anxio-dépressifs peuvent donc agir comme agent de changement afin de revendiquer les problématiques actuelles et tendre vers la bonification de l'offre de service afin de diminuer les iniquités. Au niveau politique, les résultats de cet essai peuvent sensibiliser les instances municipales et gouvernementales sur les problématiques actuelles concernant l'accessibilité difficile aux services ainsi que le peu de services formels offerts à cette population cible. Cette prise de conscience pourrait mener à l'amélioration de l'offre de service ainsi qu'à la dénonciation plus fréquente de l'âgisme présent dans le macrosystème. Sur le plan social, cet essai permet une meilleure connaissance de l'offre de services pour cette clientèle à Trois-Rivières et met en lumière l'importance d'arrimer et de valoriser les services informels afin de les faire connaître à la clientèle, mais aussi aux intervenants. Enfin, au niveau scientifique, cette étude a permis de mieux comprendre la réalité et le contexte de la prise en charge des personnes âgées présentant des symptômes anxio-dépressifs par le biais de l'offre de service de la ville de Trois-Rivières.

6.8 Avenues de recherche possibles

Plusieurs avenues de recherche sont possibles étant donné que cette étude est une première réflexion sur le sujet. Par conséquent, ce sujet mérite d'être davantage approfondi en étant poursuivi de diverses façons. D'abord, il serait primordial de consulter les personnes âgées afin de savoir quels sont leurs besoins en lien avec leurs symptômes anxio-dépressifs et ce qu'ils pensent des services qui sont offerts présentement. De plus, il serait intéressant de les questionner quant à des moyens pour faciliter la recherche d'aide autonome. Le projet envisagé au départ visait à

questionner les proches aidants des personnes âgées vivant à domicile avec des symptômes anxio-dépressifs afin de faire ressortir les corridors de prise en charge ainsi que les avantages et les inconvénients perçus par ces derniers. Ce projet a été refusé par le comité éthique, donc la méthodologie a dû être modifiée pour la faisabilité de la recherche. Cependant, ce sujet demeure pertinent considérant l'importance des proches aidants auprès de la population âgée. De plus, des programmes d'intervention conçus pour les personnes âgées présentant des symptômes anxio-dépressifs et leurs proches aidants pourraient être mis sur pied afin d'améliorer de l'offre de services formels. Ces programmes pourraient également être évalués pour s'assurer que les interventions qui sont offertes répondent aux besoins des personnes âgées et diminuent réellement les symptômes anxio-dépressifs.

7. CONCLUSION

En conclusion, le présent projet de recherche, conduit selon les principes d'une analyse de l'environnement, a permis de réfléchir sur les services qui sont offerts auprès des personnes âgées qui vivent à domicile et qui présentent des symptômes anxio-dépressifs. Les résultats ont effectivement fait ressortir une bonne partie des services offerts à Trois-Rivières pour cette population. De plus, d'autres résultats ne faisant pas partie du microsysteme des personnes âgées ont découlé de la collecte de données. En discussion, cette étude fait émerger plusieurs réflexions, soit que les services formels et informels sont importants pour la clientèle, que l'accessibilité des services est difficile, que la clarification des rôles entre les différents microsystemes serait nécessaire pour assurer une complémentarité des services, que la pertinence et l'efficacité des services devraient être revues et que l'âgisme présent dans la société influence la prise en charge et les services offerts à cette clientèle.

Comme l'analyse de l'environnement est restreinte à la ville de Trois-Rivières, il serait pertinent dans le futur de comparer les résultats avec l'ensemble du territoire de la Mauricie-Centre-du-Québec (MCQ) ainsi que d'autres villes du Québec afin de constater si l'offre de services est plus ou moins abondante selon la région et ainsi souligner les réussites ou les problématiques. À titre d'exemple, un modèle de pratique émergente prend davantage d'ampleur auprès de la population âgée présentement, soit la gériatrie sociale. Il serait donc intéressant de s'y intéresser afin de constater les bienfaits auprès de la population à l'étude et de développer ce type de services à plus grande échelle, le cas échéant. Ce modèle offre des services axés sur les aspects cliniques et sociaux de la santé (Fondation AGES, 2023). Plus précisément, il vise à établir un lien entre le milieu communautaire et le RSSS en intervenant directement dans le milieu de vie des personnes âgées (Fondation AGES, 2023). L'objectif de ce modèle de services est d'améliorer la qualité de vie des personnes âgées sans avoir recours à la lourdeur des services institutionnels (Fondation AGES, 2023). Les valeurs de la gériatrie sociale concordent avec celles prônées par les ergothérapeutes, ce qui pourrait être une avenue potentielle pour le développement de l'ergothérapie gériatrique en santé mentale.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2020). *Vieillesse et maladies chroniques : profil des aînés canadiens*. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/documents/services/publications/diseases-and-conditions/aging-chronic-diseases/canadian-seniors-report_2021-fra.pdf
- Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux. (s.d.). *Programme québécois pour les troubles mentaux*. <https://aptsq.com/dossiers-de-l-heure/programme-quebecois-pour-les-troubles-mentaux/>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq; 5e éd.). Elsevier Masson.
- Barker, K.K., Bosco, C et F. Oandasan, I. (2005). Factors in Implementing interprofessional education and collaborative practice initiatives: Findings from key informant interviews. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1): 166–176. <https://doi.org/10.1080/13561820500082974>
- Bate P. (2014). *Context is everything*. Health Foundation. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PerspectivesOnContextBateContextIsEverything.pdf>
- Bate, P. et Robert, G. (2006). Experience-based design: from redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. *Quality & safety in health care*, 15(5), 307–310. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.016527>
- Bertrand, L. (2020). *La prévention : moteur de la relance économique au Québec*. Association pour la santé publique du Québec. <https://www.aspq.org/la-prevention-moteur-de-la-relance-economique-au-quebec/#:~:text=Chaque%20dollar%20investi%20en%20pr%C3%A9vention,v%C3%A9ritable%20virage%20vers%20la%20pr%C3%A9vention%20%3F>
- Billette, V., Marier, P. et Séguin, A.-M. (2018). *Les vieillissements sous la loupe: entre mythes et réalités*. Presses de l'Université Laval.
- Bilsker, D. et Paterson, R. (2009). *Guide d'autosoins pour la dépression destiné aux adultes - Développer des stratégies pour surmonter la dépression*. <https://lavigile.qc.ca/wp-content/uploads/2017/10/guide-autosoins-pour-la-depression.pdf>
- Bourgeois-Guérin, V., Van Pevenage, I., Lachance, J., Blondin, R.-A. et Marquis, A. (2018). L'expérience du deuil chez les personnes âgées : la fréquence rime-t-elle avec l'aisance ? Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin. (dir.), *Les vieillissements sous la loupe: entre mythes et réalités*. (p.213-220). Presses de l'Université Laval.

- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, MA : Harvard University Press.
- Camirand, H., Traoré, I. et Baulne, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Centre de santé et des services sociaux des Îles. (2011). *Cadre de référence pour le soutien à domicile*. <https://www.cisssdesiles.com/wp-content/documents/pdf/CadreReference-SAD-SansAnnexes-21juin2011.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2023a). *Territoires*. Gouvernement du Québec. <https://ciusssmcq.ca/a-propos-de-nous/documentation/portrait-de-la-population/territoires/>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. (2023b). *Programme Viactive*. <https://ciusssmcq.ca/conseils-sante/habitudes-de-vie/activite-physique/programme-viactive/>
- Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (s.d.-a). *Anxiété*. <https://ccsmh.ca/domaines-dinteret/anxiete/lignes-directrices/?lang=fr>
- Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (s.d.-b). *Buts et objectifs*. <https://ccsmh.ca/propos-de-nous/buts-et-objectifs/?lang=fr>
- Coalition Canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. (s.d.-c). *Dépression*. <https://ccsmh.ca/domaines-dinteret/depression/?lang=fr>
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2023). *Bien vieillir chez soi tome 1 : comprendre l'écosystème*. Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2023/Rapportpreliminaire_SAD/CSBE-Rapport_Preliminaire_SoutienDomicile_V2.pdf
- Courtin, E. et Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 25(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Davidoff, F. (2019). Understanding contexts: how explanatory theories can help. *Implementation Science*, 14(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0872-8>

- DeLuca, A. K., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Butters, M. A., Karp, J. F., Dew, M. A., Pollock, B. G., Shear, M. K., Houck, P. R. et Reynolds, C. F. (2005). Comorbid anxiety disorder in late life depression: Association with memory decline over four years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(9), 848–854. <https://doi.org/10.1002/gps.1366>
- Diniz, B., Butters, M., Albert, S., Dew, M., & Reynolds, C. (2013). Late-life depression and risk of vascular dementia and Alzheimer's disease: Systematic review and meta-analysis of community-based cohort studies. *The British Journal of Psychiatry*, 202(5), 329-335. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118307>
- Drouin Busque, G. (2001). *L'action communautaire : une contribution essentielle à l'exercice de la citoyenneté et au développement social du Québec*. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/politiques-directives-procedures/PO_action-communautaire_MESS.pdf
- Fleury, M.J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux*. Commissaire à la santé et au bien-être du Gouvernement du Québec. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- Fleury-Payeur, F. et Azeredo, A. C. (2022). *La mortalité et l'espérance de vie au Québec en 2021*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/la-mortalite-et-lesperance-de-vie-au-quebec-en-2021.pdf>
- Fondation AGES. (2023). *À propos*. <https://geriatriesociale.org/a-propos/>
- Fortin, M-F, et Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière éducation.
- Frost, R., Nair, P., Aw, S., Gould, R. L., Kharicha, K., Buszewicz, M., et Walters, K. (2020). Supporting frail older people with depression and anxiety: a qualitative study. *Aging and Mental Health*, 24(12), 1977–1984. <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1647132>
- Gitlin L.N., Szanton S.L., Huang J. et Roth D.L. (2014). Factors mediating the effects of a depression intervention on functional disability in older African Americans. *Journal of the American Geriatric Society*, 62(12), 2280-2287. <https://doi.org/10.1111/jgs.13156>
- Gouvernement du Québec. (2012). *Vieillir et vivre ensemble : Chez soi, dans sa communauté, au Québec*. Ministère de la Famille et des Aînés. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS.pdf>

- Gouvernement du Québec. (2018). *Un Québec pour tous les âges : Le Plan d'action 2018-2023*. Direction des communications du ministère de la Famille. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/F-5234-MSSS-18.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Guide pour accompagner la mise à l'échelle de pratiques prometteuses dans plusieurs établissements*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services Sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-516-03W.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Soutien financier à des organismes travaillant auprès des aînés en situation de vulnérabilité*. <https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/personnes-agees/aide-financiere-organismes/soutien-financier-organismes-travaillant-aupres-aines-situation-vulnerabilite>
- Graham, P., Evitts, T. et Thomas-MacLean, R. (2008). Environmental scans: How useful are they for primary care research? *Canadian family physician Medecin de famille canadien*, 54(7), 1022–1023.
- Grenier, S. (2018). Démystifier l'anxiété et la dépression chez les aînés. *Quoi de neuf*. http://laboleader.ca/data/uploads/texte-sur-lanxiete-et-la-depression-paru-dans-le-magazine-areq_printemps-2018.pdf
- Holt-Lunstad, J. (2018). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>
- Institut de la statistique du Québec. (2021). *Le bilan démographique du Québec*. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. Gouvernement du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region/04/mrc/371>
- Institut national de la santé publique du Québec. (s.d.). *Déterminants de la santé*. <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-sante>
- Jadot, J. (2007). Taxonomie et troubles anxiodépressifs : anxiété, dépression, démoralisation. *L'information psychiatrique*, 83(6), 459-466. <https://doi.org/10.1684/ipe.2007.0205>
- Koenig, A. M., Bhalla, R. K. et Butters, M. A. (2014). Cognitive functioning and late-life depression. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20(5), 461–467. <https://doi.org/10.1017/S1355617714000198>

- Kwon, M., Kim, S-A. et Seo, K. (2019). Systematic Review on the Relationship between Depressive Symptoms and Activities of Daily Living in Cognitively Intact Older Adults. *Korean Journal of Adult Nursing*. 31(1), 1-13. <https://doi.org/10.7475/kjan.2019.31.1.1>
- La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite. (2016). *La cartographie des services : une approche pour développer de meilleurs programmes*. <https://www.catie.ca/fr/prevention-in-focus/la-cartographie-des-services-une-approche-pour-developper-de-meilleurs>
- Lamoureux-Lamarche, C. (2021). *La rémission des troubles mentaux courants, le changement de la qualité de vie et les coûts associés à l'adéquation des traitements et aux besoins en soins de santé mentale perçus chez les personnes âgées* [thèse de doctorat, Université de Sherbrooke]. Savoirs UdeS. https://savoirs.usherbrooke.ca/bitstream/handle/11143/18962/lamoureux-lamarche_catherine_PhD_2021.pdf?sequence=6
- Lesage, A. et Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (publication no 1578). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/1578>
- Levesque, P., Rassy, J., Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022* (publication no 2842). Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- Loi sur les services de santé et les services sociaux. (2023, 1er avril). Éditeur officiel du Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/lc/S-4.2.pdf>
- Martel, S. et Steensma, C. (2012). *Les années de vie corrigées de l'incapacité : un indicateur pour évaluer le fardeau de la maladie au Québec* (publication no 1474). Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1474_AneesVieCorrigeesIncapacite_IndicEval_FardeauMal.pdf
- Martinussen, L. J., altyt Benth J Almdahl, I. S., Borza, T., Selbæk, G., Mcpherson, B. et Korsnes, M. S. (2019). The effect of anxiety on cognition in older adult inpatients with depression: results from a multicenter observational study. *Heliyon*, 5(8), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02235>
- Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. (2004). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/politiques-directives-procedures/CREF_action_communautaire_MESS.pdf

- Ministère de la Famille. (2018). *Les aînés du Québec*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2003). *Chez soi : Le premier choix - La politique de soutien à domicile* (publication no 02-704-01). La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Mécanisme d'accès en santé mentale au Québec* (publication no 22-914-27W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-914-27W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022, 22 septembre). *Portrait organisationnel du réseau*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/portrait-organisationnel/structure-du-reseau/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018, 3 août). *Établissements de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/etablissements-de-sante-et-de-services-sociaux/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023a). *Programme de soutien aux organismes communautaires : cadre normatif*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-823-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023b). *Politique Vieillir et vivre ensemble, chez soi, dans sa communauté, au Québec*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/vieillir-et-vivre-ensemble/elaboration-plan-action-2024-2029/>
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2022). *Engagés pour nos collectivités : plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire 2022-2027*. Gouvernement du Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/emploi-solidarite-sociale/publications-adm/plan-strategique/PL_pagac_2022-2027_MESS.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : introduction aux concepts fondamentaux* (2e édition, Ser. Collection ergothérapie). De Boeck Supérieur.
- Morimoto, S.S. et Alexopoulos, G.S. (2013). Cognitive deficits in geriatric depression: clinical correlates and implications for current and future treatment. *The Psychiatric clinics of North America*, 36(4), 517–531. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2013.08.002>
- Municipalités (et villes) amies des aînés au Québec. (2022, 19 avril). *Le contexte*. <https://madaquebec.com/mada-quebec/origines/>

- Office québécois de la langue française. (2023). *Personne âgée*. <https://vitrinelinguistique.oqlf.gouv.qc.ca/fiche-gdt/fiche/17049404/personne-agee>
- Ordre des ergothérapeutes du Québec. (2009). *L'ergothérapie en santé mentale*. https://www.oeq.org/DATA/CHRONIQUE/12~v~sante_mentale.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults#:~:text=Dans%20la%20population%20%C3%A2g%C3%A9e%2C%20ces,personnes%20%C3%A2g%C3%A9es%20dans%20le%20monde>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Rapport mondial sur l'âgisme : résumé d'orientation*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240020504>
- Pashiardis, P. (1996). Environmental Scanning in Educational Organizations: Uses, Approaches, Sources and Methodologies. *International Journal of Educational Management* 10(3), 5–9. <https://doi.org/10.1108/09513549610115055>
- Poirel, E. (2017). Bienfaits psychologiques de l'activité physique pour la santé mentale optimale. *Santé mentale au Québec*, 42 (1), 147–164. <https://doi.org/10.7202/1040248ar>
- Programme VIEsÂGE. (2023). <https://www.viesage.ca/>
- Proteau-Dupont, E. et Lepage, D. (2019). *Rapport d'analyse des données du premier Forum sur la gériatrie sociale*. Fondation AGES. https://geriatricsociale.org/wp-content/uploads/2020/11/Rapport_geriatrie_sociale_18_01_2019-final.pdf
- Réseau québécois en innovation sociale. (2011). *Favoriser l'émergence et la pérennisation des innovations sociales au Québec*. Université du Québec. https://diffusion.banq.qc.ca/pdfjs-3.10.111-dist_banq/web/pdf.php/reho2TMrboxi-kOF2kWqbQ.pdf
- Rowel, R., Moore, N. D., Nowrojee, S., Memiah, P. et Bronner, Y. (2005). The utility of the environmental scan for public health practice: lessons from an urban program to increase cancer screening. *Journal of the National Medical Association*, 97(4), 527–534.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R. et Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older americans (nshap): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public Health*, 5(1), 62-70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Séguin, A.-M., Van Pevenage, I. et Dauphinais, C. (2018). La plupart des personnes très âgées vivent-elles en CHSLD? Dans V. Billette, P. Marier et A.-M. Séguin. (dir.), *Les*

vieillissements sous la loupe: entre mythes et réalités. (p.65-74). Presses de l'Université Laval.

- Simning, A. et Seplaki, C. L. (2019). Association of the cumulative burden of late-life anxiety and depressive symptoms with functional impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 35(1), 80–90. <https://doi.org/10.1002/gps.5221>
- Soucy Chartier, I., Blanchet, V. et Provencher, M. D. (2013). Activation comportementale et dépression : une approche de traitement contextuelle. *Santé mentale au Québec*, 38 (2), 175–194. <https://doi.org/10.7202/1023995ar>
- Thomas, P. et Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 3(126), 141-155. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0141>
- Tonn, B. E. (2008). A methodology for organizing and quantifying the results of environmental scanning exercises. *Technological Forecasting & Social Change*, 75(5), 595–609. <https://doi.org/10.1016/j.techfore.2007.03.004>
- Valentini, H. (2015). La santé publique en mouvement au Québec. *Santé Publique*, 27(2), 157-158. <https://doi.org/10.3917/spub.152.0157>
- Ville de Trois-Rivières. (2014). *Portrait du territoire*. https://www.v3r.net/wp-content/uploads/2021/04/portrait-du-territoire_v2.pdf

ANNEXE A

QUESTIONS POSÉES AUX MICROSYSTÈMES CONTACTÉS

Questions posées aux microsyntèmes contactés

- Quelle est la mission de votre organisme ?
- Quels services offrez-vous qui s'adresse aux personnes âgées ?
- Quel est l'objectif de ce service ?
- Y-a-t-il des critères de sélection/d'admission/d'inclusion ?
 - Si oui, quels sont-ils ?
- Y-a-t-il des coûts associés à ces services ?
- Est-ce que, selon vous, les services (un ou plusieurs) dont nous venons de parler peuvent soutenir/aider les personnes âgées qui présentent des symptômes anxieux et/ou dépressifs et qui vivent à domicile ?
- Y-a-t-il une liste d'attente ?
 - Si oui, combien de temps faut-il avant que la personne âgée soit prise en charge ?
- Connaissez-vous d'autres organismes qui offrent des services pour soutenir les personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété et/ou de dépression qui vivent à domicile ?
- Est-ce qu'ils vous arrivent de référer ses personnes âgées vers d'autres services lorsqu'ils présentent ces symptômes ?
 - Si oui, lesquels, à quel endroit ?