

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

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

PAR
ALEXANDRA GROLEAU

PROJET D'ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ D'INTÉGRATION
COMMUNAUTAIRE (APIC) : PERCEPTIONS DES PERSONNES ÂGÉES AYANT UN
TROUBLE DE LA SANTÉ MENTALE DE LEUR INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE.

11 DÉCEMBRE 2015

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

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

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

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Mme Ginette Aubin, professeure au département d'ergothérapie de l'Université du Québec à Trois-Rivières ainsi que directrice de mon essai, pour m'avoir permis de réaliser ce projet de recherche. Ton temps, ta disponibilité, ton soutien, ainsi que les nombreuses discussions et articles ayant servi à alimenter cet essai m'ont été très précieux.

Je remercie aussi tous les participants au projet d'accompagnement, que ce soit les accompagnés, les accompagnateurs et les membres du comité de coordination. Sans votre aide, votre collaboration et votre participation, ce projet n'aurait pas pu se réaliser.

J'offre également mes remerciements à Marie-Josée St-Pierre pour la révision de cet essai. Tes commentaires ont été très utiles pour améliorer ce travail.

Merci à Camille Robert-Veillette pour les corrections et suggestions d'amélioration apportées à cet essai. Ta rigueur ainsi que la pertinence et la justesse de tes propos ont contribué à l'amélioration de la qualité de ce travail.

J'aimerais également remercier Ariane Beaudoin-Nolet, collègue de classe et partenaire dans ce projet, pour ton soutien, tes idées, ton aide et ta collaboration tout au long de cette Maîtrise. Sans toi, ton support moral et ton sens de l'humour, je ne sais ce que j'aurais fait par moment.

Enfin, un gros merci à ma famille pour avoir été là dans les meilleurs moments comme dans les plus difficiles, et un énorme merci à mon conjoint Jonathan M. Plante pour l'aide, le support et tout l'amour donnés durant mes études en ergothérapie. Tu m'as transmis le courage et l'inspiration pour me rendre jusqu'au bout.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	ix
RÉSUMÉ	x
1. INTRODUCTION	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. Les personnes âgées au Québec et le vieillissement de la population	3
2.1.1. Processus de vieillissement et ses enjeux occupationnels	3
2.1.2. Critères déterminant ce qu'est une personne âgée	5
2.2. Trouble de la santé mentale	6
2.2.1. Définition du trouble de la santé mentale	6
2.2.2. Enjeux occupationnels et sociaux liés au trouble de la santé mentale chez les aînés ...	6
2.3. L'Intégration communautaire des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale...	7
2.3.1. Facteurs influençant l'intégration dans la communauté des aînés ayant une problématique de santé mentale.....	8
2.4. Projet d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire	10
2.5. Outils d'évaluation et carte mentale	11
2.6. Question et objectifs de recherche	13
3. CADRE CONCEPTUEL	14
4. MÉTHODE	17
4.1. Devis	17
4.2. Participants.....	17
4.2.1. Accompagnés	17
4.2.2. Accompagnateurs.....	18
4.3. Collecte des données	19
4.3.1. Procédures.....	19
4.3.2. Outils d'évaluation.....	19
4.3.2.1. Forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales (EPS-10)	20
4.3.2.2. Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2).....	20
4.3.2.3. Évaluation des habitudes de déplacements	21
4.3.2.4. Carte mentale	22
4.4. Analyse des données	24
4.4.1. Carte mentale	24
4.4.2. Questionnaires	25

4.5. Considérations éthiques	25
4.5.1. Consentement.....	25
4.5.2. Compensation, incitatif et rémunération.....	25
4.5.3. Avantages.....	25
4.5.4. Risques et inconvénients.....	26
4.5.5. Protection des données.....	26
4.5.5.1. Entreposage des données	26
4.5.5.2. Confidentialité des données	26
4.5.5.3. Conservation et destructions des données.....	27
5. RÉSULTATS	28
5.1. Participants.....	28
5.2. Préparation à l'administration des outils d'évaluation.....	29
5.3. Résultats obtenus avec la Carte mentale (production graphique).....	31
5.3.1. Processus de production.....	31
5.3.2. Forme	32
5.3.3. Contenu	33
5.3.4. Comparaison entre les productions initiales et finales.....	33
5.4. Dimension physique.....	34
5.4.1. Évaluation des habitudes de déplacements	35
5.4.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale	38
5.5. Dimension sociale	41
5.5.1. Échelle de provisions sociales (EPS-10)	41
5.5.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale	43
5.6. Dimension psychologique.....	46
5.6.1. Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2).....	46
5.6.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale	50
5.7. Passation des outils d'évaluation avec la population à l'étude.....	55
6. DISCUSSION	58
6.1. Retour sur les objectifs de recherche	58
6.2. Informations obtenues dans les cartes mentales	58
6.3. Dimension physique.....	58
6.4. Dimension sociale	61
6.5. Dimension psychologique.....	63
6.6. Retour sur les outils d'évaluation	65
6.7. Forces et limites de l'étude	67
6.7.1. Forces.....	67
6.7.2. Limites	67
6.8. Implications pour la pratique	68
7. CONCLUSION	70
RÉFÉRENCES	71

ANNEXE A GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉLABORATION DE LA CARTE MENTALE	75
ANNEXE B FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	78
ANNEXE C CARTES MENTALES DE LA PARTICIPANTE #1	83
ANNEXE D CARTE MENTALE INITIALE DE LA PARTICIPANTE #2	85
ANNEXE E CARTES MENTALES DE LA PARTICIPANTE #3	86
ANNEXE F CARTE MENTALE INITIALE DE LA PARTICIPANTE #4	89
ANNEXE G RÉPONSES OBTENUES À L'ÉVALUATION DES HABITUDES DE DÉPLACEMENT POUR LES COLLECTES DE DONNÉES INITIALE ET FINALE CHEZ LES PARTICIPANTS #1 ET #3	90
ANNEXE H RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION PHYSIQUE DES PARTICIPANTS POSÉES SUITE À LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE	91
ANNEXE I RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION SOCIALE DES PARTICIPANTS POSÉES SUITE À LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE	93
ANNEXE J RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DES PARTICIPANTS POSÉES SUITE À LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE	94

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.	Définitions d'une carte mentale	12
Tableau 2.	Définitions de l'intégration communautaire et de ses dimensions	14
Tableau 3.	Caractéristiques des participantes	29
Tableau 4.	Informations sur les collectes de données et sur les rencontres d'accompagnement	29
Tableau 5.	Réponses à l'Évaluation des habitudes de déplacement des participantes #1 et #3	90
Tableau 6.	Réponses aux questions en lien avec la dimension physique de l'intégration communautaire	91
Tableau 7.	Réponses aux questions en lien avec la dimension sociale de l'intégration communautaire	93
Tableau 8.	Réponses aux questions en lien avec la dimension psychologique de l'intégration communautaire	94

LISTE DES FIGURES

Figure 1.	Modèle de l'intégration communautaire	16
Figure 2.	Score global initial obtenu à l'Évaluation des habitudes de déplacements	35
Figure 3.	Scores initiaux obtenus pour chacune des participante quant à l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal), à l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide-technique (LS-Indépendant) et à l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide-technique (LS-Équipement).	36
Figure 4.	Scores globaux obtenus lors des collectes de données initiales et finales (/120)..	36
Figure 5.	Scores initiaux et finaux obtenus pour chacune des participante quant à l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal), à l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide-technique (LS-Indépendant) et à l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide-technique (LS-Équipement).....	37
Figure 6.	Scores globaux obtenus à l'ÉPS-10 pour chacun des participants aux collectes de données initiales et finales.....	41
Figure 7.	Scores initiaux obtenus pour chacune des participantes aux sous-échelles de l'ÉPS-10 (/8)	42
Figure 8.	Scores obtenus aux sous-échelles de l'ÉPS-10 lors des collectes de données initiales et finales des participantes #1 et #3 (/8).....	43
Figure 9.	Scores globaux obtenus à l'ISC-2 pour chacune des participantes aux collectes de données initiales et finales.....	47
Figure 10.	Scores initiaux et finaux obtenus pour chacune des participantes en regard au degré d'importance accordé à faire partie de la communauté identifiée	48
Figure 11.	Scores initiaux obtenus pour chacune des participantes aux sous-échelles de l'ISC-2	49
Figure 12.	Scores obtenus aux sous-échelles de l'ISC-2 lors des collectes de données initiales et finales des participantes #1 et #3 (/18)	50
Figure 13.	Carte mentale initiale de la participante #1	83
Figure 14.	Carte mentale finale de la participante #1	84

Figure 15.	Carte mentale initiale de la participante #2	85
Figure 16.	Carte mentale initiale de la participante #3	86
Figure 17.	Carte mentale initiale de la participante #3 avec les formes prédécoupées.	87
Figure 18.	Carte mentale finale de la participante #3	88
Figure 19.	Carte mentale initiale de la participante #4	89

LISTE DES ABRÉVIATIONS

APIC	Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire
EPS-10	Forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales
ISC-2	Indice de sentiment de communauté 2
OSBL	Organisme sans but lucratif
TCC	Traumatisme craniocérébral
UQTR	Université du Québec à Trois-Rivières

RÉSUMÉ

Problématique : Avec le vieillissement, divers changements biologiques et environnementaux surviennent, ce qui peut limiter les habiletés et le fonctionnement des aînés et rendre précaire leur intégration communautaire, encore plus lorsque s'ajoute un trouble de la santé mentale. Les aînés vivant avec un trouble de santé mentale peuvent être stigmatisés et parfois exclus, et leurs opportunités occupationnelles en deviennent très limitées. Pour offrir un soutien à cette clientèle afin d'améliorer leur intégration communautaire, un projet d'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) a été utilisé. Ce programme comprend un service d'accompagnement hebdomadaire fait par un citoyen pour aider l'aîné à accomplir les activités qu'il souhaite réaliser dans sa communauté. **Objectif :** Le but de ce projet est de décrire la perception des aînés ayant un trouble de santé mentale qui participent au projet APIC en regard à leur intégration communautaire, et de décrire l'expérience de la passation des outils d'évaluation, dont la carte mentale. **Cadre conceptuel :** La définition de l'intégration communautaire proposée par Wong et Solomon (2002) qui inclut trois dimensions, soit la dimension physique, la dimension sociale et la dimension psychologique, a été utilisée. **Méthode :** Ce projet utilise un devis mixte simultané avec triangulation. Les données sont obtenues auprès de personnes âgées de 55 ans et plus ayant un trouble de santé mentale ou une problématique psychosociale vivant dans leur communauté en Mauricie et participant au projet APIC. Trois questionnaires quantitatifs sont utilisés, soit l'Échelle de provisions sociales (version abrégée), l'Indice de sentiment de communauté-2 et l'Évaluation de l'aire de mobilité. Pour les données qualitatives, la carte mentale (production graphique représentant la communauté des participants) est utilisée en s'inspirant des travaux de Townley, Kloos et Wright (2009). **Résultats :** Quatre personnes ont été recrutées, mais seulement deux ont complété le processus d'accompagnement. Les participants ont représenté une diversité de lieux dans leur carte mentale. Peu de changements ont été décelés par les outils d'évaluation quantitatifs suite au processus d'accompagnement. Toutefois, la carte mentale a permis aux participants d'exprimer plusieurs changements, notamment concernant l'augmentation du nombre d'activités réalisées, et a aussi permis d'identifier certains obstacles et difficultés vécues. La majorité du temps des participants est passé à leur domicile, leur réseau social est composé de la famille et d'un ami, mais il y a une diversité dans les lieux identifiés comme importants et où ils ont le plus grand sentiment d'appartenance. Les lieux de services demeurent peu investis malgré leur prédominance dans les dessins. **Discussion :** Certains changements sont présents suite à la participation au projet APIC, alors que certains sont plutôt dus à des facteurs externes au processus d'accompagnement. La carte mentale, appréciée des participants, a permis de trianguler les informations et de documenter en profondeur leur perception de leur intégration communautaire. **Conclusion :** Cette étude permet de documenter l'effet du projet APIC sur la perception de l'intégration communautaire des participants, et de documenter un outil d'évaluation jusqu'ici peu utilisé en ergothérapie, la carte mentale. D'autres études avec de plus grands échantillons et une plus grande rigueur méthodologique demeurent nécessaires pour valider les résultats obtenus.

Mots-clés : Personnes âgées, santé mentale, intégration communautaire, carte mentale, accompagnement.

ABSTRACT

Introduction: With aging, multiple biological and environmental changes occur, which may limit the older adults' skills and functioning, making their community integration precarious, particularly when a mental health disorder is present. These elders are often stigmatized and sometimes excluded, and their occupational opportunities are very limited. In order to better support older adults with a mental health disorder, a project called "Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC)" was used to improve their community integration. This project includes a weekly support service which is done by a citizen to help participants in realizing activities in their community. **Objectives:** The aim of this study is to describe the perspective of the older adult with mental health illness participating in the APIC project regarding their community integration. This study also aim to describe the administration of the evaluation tools and the mental map. **Conceptual framework:** The conceptual framework used in this project comes from the Wong and Solomon's (2002) definition of the community integration which includes three dimensions, i.e. the physical, social and psychological dimension. **Methods:** This study use a simultaneous mixed design with triangulation. Participants are community living people from the Mauricie area aged 55 and over with a mental health illness or a psychosocial problem. The French version of three quantitative questionnaires were used, i.e. the Social Provisions Scale, the Sense of Community Index-2 and the Life-Span Assessment. For qualitative results, a cognitive map, which is a graphic production representing the participants' environment, is used according to Townley, Kloos and Wright (2009) research. **Results:** Four participants were recruited, but only two complete the entire process. Participants represented a variety of locations on their cognitive map. Few changes were noticed by the quantitative questionnaires following the accompaniment process. However, the cognitive map allowed participants to express some changes, especially regarding the increase of activities done, and also allowed participants to identified obstacles and difficulties lived. Majority of participants' time is spent at home, family member and one friend represent their social network and there's a variety in locations that are considered as more important and where participants feel a sense of belonging. Place of services remain little invested despite their predominance in the drawings. **Discussion:** Few changes are caused by the APIC projet, whereas others are caused by external factors. The cognitive map triangulate the information, was appreciated by participants and have been used to document in depth their community integration. **Conclusion:** This study documents the effects of APIC project on the perception of participants' community integration, and documents a little used assessment tool in occupational therapy (cognitive map). Other studies with bigger samples and better methodological rigor remain necessary to validate the results obtained in this study.

Key words: Older adults, mental health, community integration, cognitive map, accompaniment.

1. INTRODUCTION

Les personnes âgées vivent divers changements en lien avec le processus de vieillissement, d'autant plus lorsqu'elles sont confrontées à un trouble de la santé mentale. Conséquemment, ces changements influencent leur choix d'activités et la réalisation de ces dernières au quotidien. Ces activités ont d'ailleurs plusieurs répercussions sur la vie d'une personne, comme le mentionne Mary Law :

La qualité de vie et la participation de toutes personnes sont influencées de façon significante par les occupations dans lesquelles elles s'engagent chaque jour. L'engagement dans les occupations quotidiennes [...] contribue à notre santé et à notre bien-être. [...] Néanmoins, pour un grand nombre de citoyennes et citoyens au Canada, [...] les occupations ne sont pas aisément assumées. Pour ceux qui sont marginalisés [...], la participation aux occupations quotidiennes est trop souvent restreinte (Townsend et Polatajko, 2013, p. xxiii).

Selon Dallaire, McCubbin, Carpentier et Clément (2009), cette restriction occupationnelle est bien présente chez plusieurs personnes âgées, et elle l'est encore davantage lorsque celles-ci souffrent d'un trouble de la santé mentale. Ces auteurs mentionnent que ces aînés sont souvent les victimes d'une double stigmatisation, soit celle liée à l'âgisme ainsi que le rejet et de la discrimination en lien avec le trouble de la santé mentale. Cette stigmatisation peut entraîner une réduction des opportunités occupationnelles dans leur communauté, ce qui peut affecter négativement leur intégration dans leur communauté.

Dans la recension des écrits consultée, il y a peu d'écrits documentant l'intégration communautaire des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale. Toutefois, ceux qui portent sur ce concept ont exploré les facteurs qui entravent ou favorisent l'intégration communautaire, mais sans proposer des interventions concrètes pour aider cette clientèle. Aussi, dans le Profil de la pratique de l'ergothérapeute au Canada (2012), un des rôles des ergothérapeutes est de promouvoir les possibilités occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle des clients. Les ergothérapeutes ont donc un rôle à jouer afin de favoriser l'intégration communautaire de cette clientèle vulnérable.

Dans cet essai, un projet pilote, soit un programme d'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire (APIC) a été mis sur pied dans le but d'offrir un nouveau type d'intervention auprès de cette clientèle. Le programme APIC consiste en l'accompagnement hebdomadaire d'un aîné ayant un trouble de la santé mentale fait par un citoyen afin d'aider l'accompagné à réaliser des activités dans sa communauté. Cet essai va donc documenter comment les personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale participant à ce projet perçoivent leur intégration dans leur communauté.

Ainsi, dans cet essai, la problématique entourant l'intégration dans la communauté des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale sera détaillée. Ensuite, le cadre conceptuel utilisé pour guider cette recherche sera défini et imaginé par des exemples concrets. La méthode utilisée pour conduire cette recherche sera également présentée, incluant le devis de recherche, les participants, la collecte des données, l'analyse des données ainsi que les considérations éthiques. Enfin, les résultats de l'étude seront présentés, et ceux-ci seront interprétés et approfondis dans la discussion. Une synthèse de cette recherche sera également faite dans la conclusion.

2. PROBLÉMATIQUE

Dans cette section, les enjeux occupationnels reliés au phénomène du vieillissement et aux troubles de la santé mentale seront d'abord abordés. Puis, le programme d'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire sera expliqué. Enfin, la carte mentale, un des outils utilisés dans ce projet de recherche, sera présentée.

2.1. Les personnes âgées au Québec et le vieillissement de la population

Au Québec, les personnes âgées représentaient 17,1 % de la population au 1^{er} janvier 2014, et on estime que cette proportion grimpera à 25 % en 2031 avec l'arrivée des *baby-boomers* dans cette catégorie d'âge (Institut de la Statistique du Québec, 2014). Avec le vieillissement de la population viennent de nombreux enjeux et besoins. Dans une perspective de prévention ou promotion de la santé, il est donc important de développer des services répondant aux besoins spécifiques de cette population. Mais d'abord, comment définit-on qui est une personne âgée ?

2.1.1. Processus de vieillissement et ses enjeux occupationnels

Selon le Larousse (2014), le vieillissement correspond au «fait de devenir vieux», à l'«ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vivant vers la mort» ainsi qu'à l'«affaiblissement naturel des facultés physiques et psychiques dû à l'âge». C'est aussi le «processus physiologique concourant à l'ensemble des modifications physiologiques durables survenant après la phase de maturité» (Belmin, 2009, p. 9). Ce processus est progressif et irréversible.

Lorsqu'une personne avance en âge, il est donc normal de voir apparaître des changements (positifs et négatifs) physiologiques et psychologiques chez elle. Le corps humain amorce un long déclin, et divers changements environnementaux peuvent également survenir chez les aînés. Tous ces changements ont également des répercussions au niveau fonctionnel. En voici quelques exemples.

Avec l'avancement en âge, divers changements peuvent être observés. D'abord, on peut remarquer des changements au niveau de l'apparence physique (ex. : cheveux gris, rides, etc.) causant notamment une diminution de l'estime et de la confiance en soi et même une altération de

l'identité personnelle, ce qui peut entraîner dépression, anxiété et diminution de la qualité de vie et du bien-être (Shahbazzadeghan, Farmanbar, Ghanbari et Roshan, 2010, cité dans Escolar Chua et de Guzman, 2014) affectant la réalisation des activités quotidiennes. On peut également noter une dégradation ou une défaillance de certains organes ou certaines structures entraînant l'apparition de maladies aigües ou chroniques affectant les divers systèmes du corps (ex. : ostéoporose, Parkinson, incontinence, maladie pulmonaire obstructive chronique, etc.), ce qui peut augmenter la dépendance envers autrui autant pour les activités quotidiennes et domestiques que pour les loisirs (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007). Enfin, on peut également voir l'apparition de problèmes sensoriels touchant particulièrement l'audition et la vision (ex. : glaucome, presbyacousie, surdité, etc.) (Arcand et Hébert, 2007; Belmin, 2009; Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007; Bonder et Bello-Haas, 2009). Ces pertes sensorielles restreignent donc les activités quotidiennes, amènent un mode de vie plus sédentaire et de l'isolement, entravent le maintien des relations sociales en altérant la communication et augmentent fortement le risque de chute (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007).

Les personnes âgées subissent également de nombreux changements environnementaux. En effet, ils seront confrontés, tôt ou tard, à des situations comme une perte de la maison ou du milieu de vie familier (voire l'entrée en institution), l'apparition de maladies graves chez des proches ou le conjoint, la perte d'êtres chers (incluant les animaux) et d'amis, ainsi que le décès de proches ou du conjoint (Arcand et Hébert, 2007). Tous ces changements dans l'environnement physique et social de la personne âgée remettent en question ses rôles et son identité, en plus de changer parfois drastiquement son style de vie (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007). La diminution du bien-être, la dépression ainsi que l'augmentation subjective et objective des troubles de santé physique sont quelques-unes des conséquences de ces changements (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007).

Enfin, un phénomène touchant particulièrement les aînés est l'âgisme. C'est «un processus par lequel des personnes sont stéréotypées et discriminées en raison de leur âge et qui s'apparente à celui du racisme et du sexism» (Butler, 1975, cité dans Association québécoise de gérontologie, 2012, paragr. 1). Des manifestations d'âgisme comportent notamment des attitudes ou des préjugés envers les aînés, mais également envers le processus de vieillissement, des pratiques

discriminatoires excluant les aînés ainsi que des pratiques institutionnelles et politiques perpétuant les stéréotypes sur les aînés (Association québécoise de gérontologie, 2012). Les manifestations de l'âgisme peuvent être autant négatives que positives. Croire que les personnes âgées sont plus souvent malades, qu'elles conduisent mal ou lentement et qu'elles n'entendent pas bien sont quelques exemples de manifestations négatives. D'un autre côté, le fait de dire que les personnes âgées aiment les enfants et sont de bons grands-parents, et qu'elles sont sages, riches et généreuses constituent des exemples d'âgisme positif. Un des impacts négatifs majeurs de l'âgisme est que certaines personnes âgées ont tendance à intérioriser les stéréotypes véhiculés et qu'elles ont donc tendance à s'imposer des limites et à restreindre leurs activités pour répondre à ce qu'elles croient être la réalité d'une vieille personne (Conseil des aînés du Québec, 2010). Certains de ces aînés se replient sur eux-mêmes et s'isolent progressivement des autres.

En somme, l'ensemble de ces bouleversements physiques et environnementaux ainsi que l'âgisme peuvent entraîner une diminution de l'autonomie de la personne, un déclin des habiletés fonctionnelles et donc, une diminution marquée du rendement occupationnel (Bonder et Bello-Haas, 2009).

2.1.2. Critères déterminant ce qu'est une personne âgée

Il n'y a aucune définition acceptée et reconnue de ce qu'est une personne âgée à travers le monde. D'abord, l'Organisation Mondiale de la Santé (2015) définit les personnes comme étant âgées lorsqu'elles ont soixante ans ou plus, alors que dans certains pays, on se fie à l'espérance de vie pour déterminer le vieil âge (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007). Ensuite, dans certains endroits (comme au Québec), le vieil âge est fixé à l'âge de la prise de la retraite, soit 65 ans. Cependant, il est difficile de dire qu'une personne est âgée uniquement en se fiant au critère arbitraire de l'âge chronologique, puisque vieillir implique des changements de la condition physique, sociale, financière et psychologique d'une personne (Vézina, Cappeliez et Landreville, 2007). Il apparaît donc plus pertinent, notamment pour des ergothérapeutes, de considérer également le processus du vieillissement ainsi que les enjeux occupationnels que celui-ci peut apporter, plutôt que seulement l'âge chronologique lorsque nous nous adressons à une personne âgée.

2.2. Trouble de la santé mentale

Au Canada, près d'une personne sur cinq, soit 20% de la population, souffre d'un trouble de la santé mentale (Gouvernement du Canada, 2014). Sachant que la proportion de la population de personnes âgées est considérable et sera revue à la hausse dans les prochaines années, il apparaît évident qu'une partie non négligeable de la population âgée souffre d'un trouble de la santé mentale.

2.2.1. Définition du trouble de la santé mentale

L'Agence de la santé publique du Canada (2015, paragr. 1) définit la maladie mentale comme étant «caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués». Toujours selon l'Agence de la santé publique du Canada (2015), les troubles de la santé mentale seraient le résultat de l'interaction entre les facteurs biologiques, génétiques, environnementaux et la personnalité. Ils toucheraient diverses personnes, sans égard au sexe, à l'âge ou à leur culture. On retrouve diverses catégories de troubles mentaux, comme les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur et les troubles alimentaires (American Psychiatric Association, 2003). Certains troubles sont épisodiques alors que d'autres sont ou peuvent devenir chroniques. Chez les aînés, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont ceux ayant la plus grande prévalence (Institut de la Statistique du Québec, 2015). La dépression touche près de 8% des plus de 65 ans, alors que le trouble d'anxiété généralisé en touche 8,5% (Institut de la statistique du Québec, 2015).

2.2.2. Enjeux occupationnels et sociaux liés au trouble de la santé mentale chez les aînés

La survenue d'un trouble de la santé mentale, qu'il soit épisodique ou chronique, entraîne de nombreuses conséquences fonctionnelles pour une personne âgée. Selon Bonder (2010), les troubles de santé mentale se manifestent par différents symptômes (variant d'une maladie à l'autre) comme par exemple, de l'anhédonie, un manque de motivation, des difficultés à interagir avec autrui et à résoudre des problèmes, des baisses d'énergie, une perte de plaisir pour les activités, une diminution de la concentration, de la léthargie, de l'irritabilité, une diminution de l'estime de soi, des comportements à risque (ex. : consommation de drogues, relations sexuelles non-protégées), une diminution du jugement et de l'impulsivité. Au plan fonctionnel, les personnes

âgées souffrant de troubles mentaux sont à risque d'avoir beaucoup de difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne, surtout les soins personnels, et les activités domestiques, à éviter ou délaisser certaines situations ou activités, à avoir des difficultés interpersonnelles et à subir une diminution de leur qualité de vie (Bonder, 2010). Également, les gens de l'entourage de ces personnes ont souvent tendance à devenir hostiles et anxieux en raison des symptômes et des comportements de ces personnes et ils finissent par les rejeter (Bonder, 2010). Comme il l'a déjà été mentionné précédemment, un autre défi rencontré est les préjugés reliés à la santé mentale. Par exemple, on pense souvent que les personnes atteintes d'un trouble de la santé mentale présentent des comportements violents, qu'elles sont folles ou encore que la déprime fait partie du processus du vieillissement (Association canadienne pour la santé mentale, 2015). Ces préjugés augmentent la stigmatisation envers les personnes ayant un trouble de la santé mentale et cela a un impact négatif sur leur socialisation (Bonder, 2010; Dallaire, McCubbin, Carpentier et Clément, 2009). Ces limitations de participation à des activités et le rejet de l'environnement social mettent en lumière une problématique importante vécue par certains aînés ayant un trouble de la santé mentale, soit les difficultés à intégrer la communauté.

2.3. L'Intégration communautaire des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale

L'intégration communautaire des personnes ayant un trouble de santé mentale est définie par Wong et Solomon (2002) comme étant le fait d' « avoir une présence physique dans la communauté, maintenir des relations sociales avec les autres membres de la communauté et développer un sentiment d'efficacité et d'appartenance à la communauté » (traduction libre). Ainsi, pour s'intégrer, il faut bien souvent être en mesure de se déplacer, de réaliser des activités, d'entrer en relation avec autrui et se sentir bien dans notre communauté. Or, comme il a été mentionné précédemment, l'image de soi, les pertes sensorielles, les changements environnementaux ou les conditions de santé physiques peuvent altérer le fonctionnement quotidien des personnes âgées, rendant précaire les différents éléments traduisant l'intégration communautaire. De plus, les troubles de la santé mentale ajoutent des défis supplémentaires au plan fonctionnel, ce qui vient exacerber la situation déjà difficile (Bonder, 2010).

Les personnes âgées atteintes d'un trouble de la santé mentale se retrouvent donc bien souvent avec un réseau social très limité et des pauvres habiletés d'interaction et d'adaptation.

Elles peuvent donc se retrouver isolées socialement et elles peuvent être doublement stigmatisées (Dallaire, McCubbin, Carpentier, et Clément, 2009). En effet, elles sont victimes d'âgisme, mais elles subissent également les conséquences des préjugés que les gens autour d'elles ont à propos des maladies mentales. Ces aînés sont donc marginalisés et leurs possibilités de participation à des occupations significatives sont souvent limitées par manque de ressources, d'habiletés ou encore en raison de la stigmatisation vécue (Dallaire, McCubbin, Carpentier, et Clément, 2009). Cela amène des difficultés d'intégration, qui elles peuvent entraîner une diminution de la qualité de vie, une augmentation de symptômes de la maladie psychiatrique, une détresse psychologique, des idéations suicidaires, une négligence des besoins de santé et une institutionnalisation hâtive ou évitable (Dallaire, McCubbin, Carpentier, et Clément, 2009). L'intégration communautaire de ces personnes est donc importante pour améliorer leur santé et leur bien-être.

2.3.1. Facteurs influençant l'intégration dans la communauté des aînés ayant une problématique de santé mentale

Dans la recension des écrits, divers facteurs peuvent influencer positivement ou négativement l'intégration dans la communauté des aînés ayant une problématique de santé mentale. Par contre, trop peu de modalités d'intervention sont proposées afin de favoriser l'intégration communautaire. Plusieurs études rapportent que les sentiments de liberté et d'indépendance sont fortement associés au sentiment d'intégration communautaire des personnes adultes et aînées atteintes d'un trouble de la santé mentale (Chan, Evans, Ng, Chiu et Huxley, 2014; Depla, de Graaf, Kroon et Heeren, 2004; Hebblethwaite et Pedlar, 2005). Le sentiment d'indépendance implique la capacité de faire ses propres choix, d'avoir un pouvoir décisionnel et du contrôle sur sa vie (Depla de Graaf, Kroon et Heeren, 2004).

Des études rapportent que l'environnement est un facteur majeur pouvant influencer autant positivement que négativement l'intégration communautaire des individus (Chan, Evans, Ng, Chiu et Huxley, 2014; Depla, de Graaf, Kroon et Heeren, 2004; Hebblethwaite et Pedlar, 2005; Townley, Kloos et Wright, 2009; Townley, Miller et Kloos, 2013; Wong, Matejkowski et Lee, 2011). Un milieu de vie positif, axé sur un mode de vie normal (ex. : pouvoir sortir et rentrer, ou encore recevoir famille et amis sans restriction), sans discrimination et sans stigmatisation permet à cette population de s'intégrer efficacement à la communauté. Bien souvent, un environnement négatif (ex. : environnement social peu soutenant ou stigmatisant) aura de nombreuses

répercussions sur les personnes. Par exemple, un environnement stigmatisant peut conduire une personne à être moins valorisée et une aggravation des symptômes psychologiques peut survenir, menant à un isolement social (Hebblethwaite et Pedlar, 2005). Le soutien offert par les personnes de la communauté est aussi un facteur déterminant pour l'intégration communautaire. En effet, le soutien offert par la famille et les amis est très important pour l'intégration dans la communauté des individus (Hebblethwaite et Pedlar, 2005), mais le soutien dit distal (apporté par des relations occasionnelles développées par des contacts réguliers avec d'autres personnes qui vivent et travaillent dans la même communauté) l'est tout autant (Townley, Miller et Kloos, 2013). Il a été démontré dans une étude auprès de personnes âgées entre 21 et 74 ans ayant un trouble mental qu'elles ont recours à de l'aide offerte par des gens travaillant dans des lieux publics aux alentours de la résidence de la personne (ex. : pharmacien, épicien), et qu'il y a un échange, une transaction tangible (donner de l'aide financière, des biens matériels ou des services) et émotionnelle entre ces individus (Townley, Miller et Kloos, 2013).

Un autre facteur déterminant pour l'intégration communautaire des personnes âgées avec un trouble de santé mentale est le fait de participer à des activités. En effet, deux études (Chan, Evans, Ng, Chiu et Huxley, 2014; Hebblethwaite et Pedlar, 2005) rapportent que le fait de participer à des activités permet d'échanger avec d'autres personnes, de se sentir intégré et permet même de diminuer l'anxiété découlant du trouble de santé mentale.

Enfin, d'autres facteurs comme l'accessibilité des ressources matérielles et communautaires, les habiletés de communication de la personne, la réintégration progressive du milieu de vie suite à une hospitalisation, l' « espace d'activité » d'une personne aînée (la présence spatiale d'un individu dans la communauté représentée sous forme d'une aire géographique [Townley, Kloos et Wright, 2009]) ainsi que le type de milieu de vie (hôpital, résidence pour personnes ayant un trouble de la santé mentale, milieu dans la communauté) peuvent influencer l'intégration des personnes dans la communauté (Bartels et Pratt, 2009; Chan, Evans, Ng, Chiu et Huxley, 2014; Hebblethwaite et Pedlar, 2005; Townley, Kloos et Wright, 2009; Depla, de Graaf, van Busschback, Jooske et Heeren, 2003).

Compte tenu de ces connaissances, des moyens doivent donc être pris pour aider les personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale pour faciliter leur intégration dans la

communauté, ce qui aura comme conséquence d'améliorer leur qualité de vie et leur bien-être. Un programme comme l'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire, décrit dans la prochaine section, pourrait être une intervention pertinente à développer et à envisager pour un ergothérapeute souhaitant favoriser l'intégration communautaire de son client. Il permet à l'accompagné de choisir ce qu'il désire faire dans sa communauté (autonomie décisionnelle) et de participer à des activités significatives pour lui. Il permet également d'offrir un environnement supportant pouvant permettre de briser la stigmatisation, le rejet et l'isolement de l'accompagné. Ces caractéristiques rejoignent les facteurs mentionnés précédemment influençant positivement l'intégration communautaire.

2.4. Projet d'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire

L'accompagnement personnalisé d'intégration communautaire est un service consistant en l'accompagnement par un citoyen d'une personne ayant une problématique qui limite son intégration communautaire (Theriault, Lefebvre, Guindon, Levert et Briand, 2013). Cet accompagnement consiste en une rencontre hebdomadaire et permet à la personne accompagnée de réaliser différentes activités en ayant l'aide et le support d'un accompagnateur. Ce projet vise l'inclusion d'une population vulnérable au sein de la communauté.

Pour l'instant, ce type d'accompagnement a été fait principalement auprès d'une clientèle ayant un traumatisme craniocérébral (TCC) (Theriault, Lefebvre, Guindon, Levert et Briand, 2013). Selon Jonhson et Davis (1998), ce type d'accompagnement permet à la personne accompagnée d'entrer en contact avec un plus grand nombre de personnes et de participer à une plus grande variété d'activités dans la communauté.

Dans cette étude, ce projet d'accompagnement est utilisé afin de soutenir une population de personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale ou une problématique psychosociale. Tout comme la clientèle TCC, ces aînés ont diverses problématiques affectant leur fonctionnement et leur intégration communautaire.

Selon Burns (2010), l'expérience de l'isolement social est subjective, variable et modulable. À cet égard, les professionnels ont besoin d'un outil d'évaluation permettant de

comprendre cette subjectivité. Dans la prochaine section, un outil intéressant, soit la carte mentale, sera décrite puisqu'elle s'avère être une modalité d'évaluation subjective pertinente pour les professionnels de la santé puisqu'il offre un potentiel d'applicabilité très diversifié.

2.5. Outils d'évaluation et carte mentale

Plusieurs outils d'évaluation, majoritairement quantitatifs, existent déjà afin d'évaluer l'intégration communautaire d'une personne. On retrouve, entre autres, le *Community Integration Questionnaire* (Dijkers, 2000) et le *Community Integration Measure* (McColl, Davies, Carlson, Johnston et Minnes, 2001). Ces deux outils ont été développés pour une clientèle adulte ayant un TCC, mais les auteurs croient qu'ils peuvent être ajustables et utilisables pour d'autres clientèles. Pourtant, l'intégration communautaire est un concept contenant des composantes subjectives (ex. : sentiment de communauté, sentiment d'avoir un réseau social soutenant) selon la définition proposée par Wong et Solomon (2002), donc il est intéressant et pertinent de vouloir documenter qualitativement l'intégration communautaire des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale en explorant leurs perceptions par rapport à ce phénomène. À cette fin, un outil pourrait être utilisé, soit la carte mentale.

Le terme «carte mentale» peut prendre plusieurs définitions. En effet, certains la voient comme une carte conceptuelle (ou carte heuristique pour certains) servant d'outil pédagogique (Lessard R., 2013), alors que d'autres utilisent ce terme pour désigner une représentation mentale de son environnement (Moser et Weiss, 2003). Les cartes mentales ont été étudiées dans divers domaines, notamment en psychologie, en urbanisme, en géographie et même en science du comportement humain par des auteurs, Moser et Weiss, œuvrant dans le domaine de la psychologie environnementale. Elles sont utilisées notamment pour comprendre les mécanismes cognitifs sous-tendant les représentations mentales de l'environnement d'une population afin d'en dégager, par exemple, les points de repère fréquemment utilisés ou encore, les éléments positifs et négatifs ayant servi à mémoriser certains lieux ou certaines dispositions (Moser et Weiss). Selon les mêmes auteurs, ces informations peuvent ensuite aider les spécialistes en urbanisme à concevoir des plans d'aménagement afin de faciliter la lisibilité et les déplacements dans les villes. Cependant, les cartes mentales restent encore très peu utilisées dans le domaine de la santé, dont en ergothérapie, alors qu'elles offrent le potentiel d'être centrées sur le client et d'obtenir leur

perception de leur propre communauté. Il importe donc de définir cet outil afin de mieux comprendre comment il est utilisé dans le cadre de ce projet de recherche.

Différentes définitions sont proposées dans les écrits consultés par l'étudiante-chercheure. Les définitions retenues se retrouvent dans le Tableau 1. Elles ont été choisies puisqu'elles reflétaient la démarche envisagée dans le cadre de cet essai. Parmi les éléments de ces énoncés, on remarque que certains concepts sont communs à plusieurs auteurs. En effet, les notions d'environnement, de processus cognitif, de subjectivité et d'expérience sont au cœur des trois définitions. Si l'on tente donc de trouver une définition commune, on pourrait dire qu'une carte mentale est une représentation personnelle et subjective de l'environnement d'une personne en fonction de son expérience personnelle nécessitant l'utilisation de processus cognitifs.

Tableau 1. Définitions d'une carte mentale

Moser et Weiss, 2003, p. 57	Représentation personnelle peu précise, incomplète, déformée, simplifiée et idiosyncrasique de l'environnement dans lequel nous évoluons, où tout est organisé en termes de sites (limites spatiales), de relations spatiales (distances, inclusions), et de prévisions de parcours. La carte mentale est une représentation personnelle de l'environnement familial que nous expérimentons tous.
Rowntree, 1997, p. 586	Une carte mentale est un construit qui enveloppe des processus cognitifs (percevoir, penser, imaginer, raisonner, juger, se souvenir). Elle permet aux gens d'acquérir, de coder, de stocker, de revenir sur, de décoder, de manipuler de l'information concernant l'environnement spatial. Cet environnement renvoie à des attributs et à des localisations relatives de personnes et d'objets. Chaque individu, à l'intérieur de son espace personnel, établit des relations de nature topographique ou sentimentale et, ainsi, élaboré dans sa tête une carte des lieux. Cette carte intérieure va des interactions de la vie de tous les jours à des espaces davantage éloignés, devenant même des espaces inconnus avec l'augmentation de la distance.
Chan, Helfrich, Hursh, Sally Rogers et Gopal, 2014	Carte dessinée par un individu représentant les endroits, les activités et les ressources qui lui sont les plus importants selon son expérience personnelle. La carte mentale requiert l'utilisation de processus cognitifs, ou la représentation mentale de l'environnement spatial d'une personne, afin de produire un croquis. (traduction libre)

Dans les écrits consultés par l'étudiante-chercheure, quelques auteurs ont utilisé la carte mentale afin de décrire l'expérience de l'environnement par une population spécifique. C'est le cas de Townley, Kloos et Wright (2009), qui ont demandé à 40 adultes ayant des troubles de la santé mentale de dessiner la carte des lieux qui étaient importants pour eux, afin de documenter l'expérience de ces personnes en regard à ces endroits et au fait de vivre dans la communauté. C'est également le cas de Chan, Helfrich, Hursh, Rogers et Gopal (2014), qui eux, ont demandé à 37 personnes ayant déjà été sans-abri de dessiner la carte des endroits, activités et ressources qui

étaient les plus importants pour eux en regard à leurs expériences afin de documenter « l'espace d'activité » (la présence spatiale d'un individu dans la communauté représentée sous forme d'une aire géographique [Townley, Kloos et Wright, 2009]) de ces gens.

S'inspirant de ces recherches, la carte mentale utilisée dans ce projet a pour but d'identifier les endroits où les gens vont, réalisent des activités, rencontrent des gens ainsi que les lieux importants pour eux afin de documenter l'intégration dans la communauté des participants à l'étude et de permettre la subjectivité dans l'expression de leur perception de leur communauté. Cependant, comme c'est un outil très peu utilisé en ergothérapie, une analyse critique de son utilisation est à faire afin de s'assurer que la carte mentale peut bel et bien permettre de documenter et d'apprécier l'intégration communautaire d'une personne.

2.6. Question et objectifs de recherche

En sachant tous les enjeux auxquels peuvent être confrontées les personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale et avec l'implantation du programme APIC auprès de ces aînés de la Mauricie, il est pertinent de se questionner sur leurs perceptions en regard à leur intégration dans leur communauté, ainsi que sur les changements que cet accompagnement peut provoquer dans leurs perceptions.

Cet essai a donc pour but de décrire quelle est la perception des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale participant au projet APIC sur leur intégration dans la communauté, plus précisément en lien avec la dimension physique, sociale et psychologique de leur intégration communautaire. Également, comme les outils d'évaluation choisis (dont la carte mentale) ont été peu testés auprès de cette clientèle dans les écrits consultés, ce projet a aussi pour but de décrire l'expérience de l'étudiante-rechercheure en regard à leur passation.

3. CADRE CONCEPTUEL

Le cadre conceptuel de ce projet est basé sur la définition de l'intégration communautaire proposée par Wong et Solomon (2002). Ces auteurs ont effectué une recension des écrits afin d'en dégager les définitions conceptuelles et opérationnelles de l'intégration communautaire données par différents auteurs. Cette recension avait pour but de proposer un modèle conceptuel des facteurs influençant l'intégration communautaire qui tient compte des différents éléments de la vie dans la communauté. Les études choisies dans la recension comportent, comme participants, des gens ayant un trouble de la santé mentale, des gens fréquentant des programmes de services communautaires ainsi que certains participants sans particularité.

Wong et Solomon (2002) nous font alors remarquer que les définitions sont nombreuses et abordées différemment d'un auteur à l'autre. La majorité des études ciblées définissent l'intégration communautaire en termes de participation à des activités de la communauté et à l'utilisation de services, quelques-unes abordent aussi les interactions sociales alors que seulement deux études incluent le sentiment de communauté dans leurs définitions.

Tableau 2. *Définitions de l'intégration communautaire et de ses dimensions*

Terme		Définition
Intégration communautaire		Avoir une présence physique dans la communauté, maintenir des relations sociales avec les autres membres de la communauté et développer un sentiment d'efficacité et d'appartenance à la communauté. (Wong et Solomon, 2002, [traduction libre])
Dimension physique		Réfère à la mesure où un individu passe du temps, participe à des activités et utilise des services et des commodités dans la communauté à l'extérieur de son domicile de sa propre initiative. (Segal, Baumhohl et Molyes, 1980, cité dans Wong et Solomon, 2002, [traduction libre])
Dimension sociale	Interaction	Réfère à la façon dont un individu s'engage dans des interactions sociales culturellement normales en quantité et en qualité avec des membres de sa communauté dans un contexte normal. (Wolfensberger et Thomas, 1983, cité dans Wong et Solomon, 2002, [traduction libre])
	Réseau social	Réfère à un réseau social d'une taille adéquate et à la multiplicité des rôles sociaux d'un individu, et au degré dont les relations sociales reflètent un support positif et une réciprocité. (Fellin, 1993; Storey, 1993, cités dans Wong et Solomon, 2002, [traduction libre])
Dimension psychologique		Réfère à la manière dont un individu perçoit son sentiment d'appartenance à la communauté, exprime une connexion émotionnelle, croit que ses besoins seront comblés et croit pouvoir avoir une influence dans sa communauté. (Aubry et Myner, 1996; McMillan et Chavis, 1986, cités dans Wong et Solomon, 2002, [traduction libre])

Wong et Solomon (2002) ont donc proposé une définition regroupant les différents aspects des définitions trouvées dans les écrits. Ils ont reconnu que l'intégration communautaire se divisait en trois dimensions, soit la dimension physique, la dimension sociale et la dimension psychologique. Chacune de ces dimensions a été décrite selon ses composantes. Ces définitions se retrouvent dans le Tableau 2.

La Figure 1 présente les différentes dimensions de l'intégration communautaire, ainsi que les éléments principaux contenus dans chacune des dimensions. L'intégration communautaire est représentée par les interactions entre les différentes dimensions. Elles sont indissociables les unes des autres et elles doivent toutes être considérées dans l'analyse de la situation d'une personne.

D'après les définitions proposées, la dimension physique contient certains éléments-clés, soit les initiatives prises par la personne, le temps investi à participer à des activités et à utiliser des biens et services, et ce, à l'extérieur de son domicile.

La dimension sociale contient deux concepts distincts, soit les interactions et le réseau social. Les interactions d'un individu se caractérisent par le contexte dans lequel elles se déroulent, ainsi que par leur nombre et leur qualité. Pour le réseau social, on le définit par sa taille ainsi que par la mesure où il peut refléter les rôles d'un individu, des supports positifs entre ses membres ainsi qu'une réciprocité de la relation vécue entre les individus.

Enfin, la dimension psychologique contient quatre éléments-clés, soit le fait que l'individu ressent un sentiment d'appartenance à sa communauté, perçoit que ses besoins sont satisfaits dans cette communauté, croit qu'il peut exercer une influence sur sa communauté et ses membres et enfin, exprime une connexion émotionnelle avec sa communauté et ses membres.

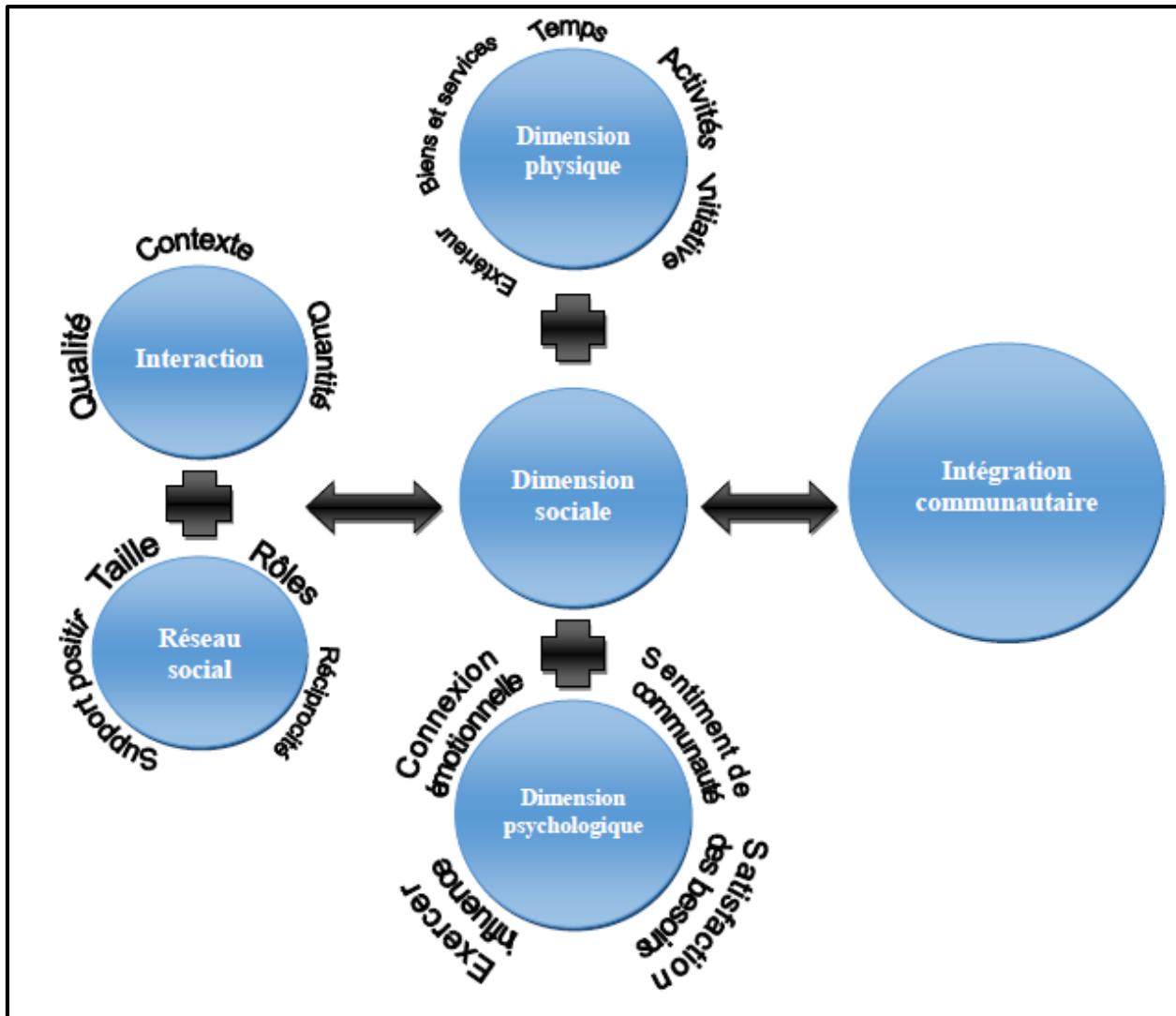


Figure 1. Modèle de l'intégration communautaire

En somme, l'intégration communautaire est le fait d'avoir une présence physique dans la communauté, maintenir des relations sociales avec les autres membres de la communauté et développer un sentiment d'efficacité et d'appartenance à la communauté (Wong et Solomon, 2002, [traduction libre]).

4. MÉTHODE

4.1. Devis

Pour permettre de décrire la perception des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale sur les différentes dimensions de l'intégration communautaire, un devis mixte simultané avec triangulation est utilisé pour cette étude (Fortin et Gagnon, 2010). Ce devis permet de recueillir à la fois des données qualitatives et quantitatives, et ce au même moment, afin de trianguler les informations. L'analyse des données est faite séparément, mais «la comparaison des données des deux approches permet de déterminer s'il y a une convergence, des différences ou une autre combinaison possible» (Fortin et Gagnon, 2010, p.376). C'est surtout dans l'interprétation des données et dans la discussion que ressort la triangulation.

4.2. Participants

Dans le projet APIC, il y a deux types de participants, soit les accompagnateurs et les accompagnés. Bien que ce soit seulement les accompagnés qui sont étudiés dans cet essai, les caractéristiques, les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que la méthode de recrutement des accompagnateurs sont également brièvement décrits afin de bien définir le fonctionnement du projet APIC.

4.2.1. Accompagnés

Dans cette étude, la population ciblée est celle des personnes âgées vivant dans la communauté et ayant un trouble de la santé mentale ou une problématique psychosociale entraînant une altération de leur participation sociale. Il s'agit de personnes vivant dans la région de la Mauricie.

Tous les accompagnés ont été recrutés avec un échantillonnage par réseaux. En effet, divers organismes du milieu de la santé et du milieu communautaire de la Mauricie ont été ciblés par l'équipe de recherche afin de donner leur point de vue sur la problématique et différents intervenants ont accepté de participer à un comité de coordination. De là, les intervenants ont été invités à référer des personnes âgées répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- être âgé(e) de 50 ans et plus;
- avoir un problème de santé mentale ou des difficultés de nature psychosociale qui entravent ou qui pourraient entraver la participation sociale selon l'évaluation de la personne ou de l'organisme référents ;
- reconnaître des difficultés à participer et/ou à s'intégrer et/ou à être entouré socialement, et manifester le désir d'améliorer sa situation;
- avoir un niveau cognitif suffisant pour entreprendre des démarches visant l'intégration dans la communauté;
- accepter d'être accompagné dans ces démarches par une personne formée à cet effet pendant une période allant jusqu'à 6 mois, à raison d'une fois par semaine;
- être en mesure de se déplacer ou d'apprendre à se déplacer de façon autonome pour se rendre aux activités dans sa communauté;
- accepter de participer à une étude comportant deux entrevues individuelles et des questionnaires, à deux reprises.

Critères d'exclusion :

- de ne pas sentir le besoin d'améliorer sa participation et son intégration sociale;
- d'avoir un diagnostic de début de démence ou de démence;
- d'avoir des limitations de participation et d'intégration essentiellement dues à des limitations de nature physique, affectant entre autres la mobilité;
- avoir une incapacité à se déplacer de façon autonome pour se rendre aux activités dans la communauté en raison de difficultés cognitives et/ou motrices.

Un effort a également été fait afin de faire un échantillonnage théorique, c'est-à-dire de recruter des personnes des deux sexes, ayant différents âges et demeurant dans différentes villes et régions de la Mauricie.

4.2.2. Accompagnateurs

La population visée est les personnes vivant dans la communauté, qui ne sont pas des professionnels en intervention psychosociale et qui s'engagent à accompagner une personne aînée avec une problématique de santé mentale ou psychosociale dans son processus d'intégration et de participation dans la communauté.

Tous les accompagnateurs ont été recrutés de la même manière que les accompagnées, soit par un échantillonnage par réseaux. Les intervenants des différents organismes ont été invités à référer des personnes répondant aux critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

Critères d'inclusion :

- être un adulte âgé de 18 ans au minimum;
- s'exprimer en facilement français;
- être en mesure de se déplacer facilement sur de bonnes distances;

Critères d'exclusion :

- ne pas être en mesure de se déplacer de façon autonome;
- ne pas se sentir confortable avec cette clientèle;
- être un professionnel de l'intervention psychosociale.

Suite aux références, des entretiens d'embauche ont été faits avec chacun des accompagnateurs afin de connaître leurs valeurs, leurs intérêts, leurs expériences, leurs motivations à s'engager dans ce projet de recherche ainsi que leur niveau de confort à être en relation avec la clientèle ciblée. Les personnes retenues pour le projet de recherche recevaient alors une formation afin de les préparer au processus d'accompagnement et une enquête était faite pour s'assurer qu'elles n'avaient pas d'antécédents criminels.

4.3. Collecte des données

4.3.1. Procédures

Lorsque les participants acceptaient de participer à l'étude et au projet APIC, une entrevue était faite en début d'accompagnement et une autre à la fin de la période d'accompagnement, soit après environ 20 rencontres, pour avoir des données initiales et finales. Les entrevues ont été réalisées par l'étudiante-rechercheure au domicile des participants. Elles ont été enregistrées à l'aide d'un magnétophone et les réponses données aux questions des outils d'évaluation ont été colligées par écrit avant d'être retranscrites dans des fichiers électroniques. Les verbatim ont également été retranscrits dans des documents électroniques. Une durée d'environ une heure et demie était prévue pour chaque entrevue.

4.3.2. Outils d'évaluation

Dans cette section, les différents outils d'évaluation seront présentés, soit la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales (EPS-10), l'évaluation des habitudes de déplacements, l'Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2) et la carte mentale. L'EPS-10 a été choisi puisqu'il mesure la disponibilité du soutien social, soit une composante de la dimension sociale de l'intégration communautaire. L'évaluation des habitudes de déplacements a été choisie puisque cet outil permet

de documenter l'autonomie de la personne dans ses déplacements, ce qui permet de documenter en partie la dimension physique de l'intégration communautaire. L'ISC-2 a été choisi puisqu'il permet d'apprécier le sentiment d'appartenance d'une personne à sa communauté, soit une composante de la dimension psychologique de l'intégration communautaire. Enfin, la carte mentale a été choisie puisqu'elle permet de représenter subjectivement l'environnement important d'une personne. Les questions prédéterminées posées suite à la production servent également à documenter la perspective subjective des différentes dimensions de l'intégration communautaire.

À noter que les outils d'évaluation ont été préalablement testés par l'étudiante-rechercheuse auprès d'adultes et de personnes âgées de son entourage n'ayant pas de problématique de santé mentale. Certaines observations ont été faites et des modifications ont été apportées à la façon d'administrer les outils, notamment la carte mentale, suite à cet essai. Ces observations et modifications seront présentées dans la section *Résultats*.

4.3.2.1. Forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales (EPS-10)

Cet outil de 10 énoncés, auquel le participant doit donner son niveau d'accord avec chacun des énoncés (fortement en désaccord, en désaccord, en accord, fortement en accord), est une forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales qui a été validée en français sur une population québécoise, dont 21,46 % étaient des personnes âgées de 55 ans et plus (Caron, 2013). Cet outil quantitatif permet de mesurer la disponibilité du soutien social selon cinq variables, soit l'attachement, l'intégration sociale, la confirmation de sa valeur, l'aide matérielle ainsi que l'orientation. Chacun des choix de réponse est associé à un score (1 à 4) afin d'obtenir des scores pour chacune des variables étudiées, ainsi qu'un score global au questionnaire. La passation de ce questionnaire dure environ 10 minutes.

Les analyses effectuées suggèrent que cet outil a de bonnes qualités métrologiques (consistance interne, validité, fidélité, validité de construit) et qu'il est une très bonne mesure de la disponibilité du soutien social (Caron, 2013).

4.3.2.2. Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2)

L'ISC-2 est un outil quantitatif de 24 énoncés permettant de mesurer le sentiment de communauté. Cet outil a été élaboré en s'appuyant sur une théorie proposée par McMillan et

Chavis (1986, cité dans Paradis, s.d.) qui mentionne que le sentiment de communauté serait le résultat composé de quatre éléments (sous-échelles), soit la participation, l'influence, la satisfaction des besoins et la connexion émotive partagée. Le participant est d'abord invité à identifier quelle est sa communauté, ainsi que le niveau d'importance qu'il accorde au fait de faire partie de cette communauté (de « Je préférerais ne pas faire partie de cette communauté » à « Très important »). Ensuite, il doit dire dans quelle mesure les énoncés décrivent comment il se sent par rapport à sa communauté (pas du tout, en partie, en grande partie ou totalement). Chacun des choix de réponse est associé à un score (0 à 3), ce qui permet d'obtenir un score pour chacune des sous-échelles ainsi qu'un score global. La question initiale, soit le niveau d'importance à faire partie d'une communauté, est une question servant à valider et à interpréter les résultats obtenus au score global. Ce questionnaire a une durée de passation prévue de 15 minutes.

Après plusieurs essais, ajouts et révisions, l'ISC-2 offre finalement une bonne validité et il est également un bon prédicteur de certains comportements (Paradis, s.d.). Il présente aussi une bonne fiabilité ($\alpha = 0,94$) dans son ensemble, et la fiabilité des sous-échelles a des valeurs variant entre 0,79 et 0,86.

4.3.2.3. Évaluation des habitudes de déplacements

L'évaluation de l'aire de mobilité est la version canadienne-française du *Life-Space Assessment* réalisée par Auger, Demers et Gélinas (2008). Cet outil quantitatif sert à mesurer «la mobilité en fonction de l'étendue spatiale des interactions de la personne avec son environnement» (Auger, Demers et Gélinas, 2008, p. 4). On demande donc à la personne si, au cours des quatre dernières semaines, elle est allée dans différents endroits en partant de la chambre à coucher et en s'éloignant selon cinq aires de mobilité. Les aires de mobilité sont les suivantes : 1) Aire 0 – Chambre à coucher; 2) Aire 1 – Domicile/Unité de vie; 3) Aire 2 – Espace autour du domicile ou de l'unité de vie; 4) Aire 3 – Voisinage; 5) Aire 4 – Ville; et 6) Aire 5 – Extérieur de sa ville. On demande également la fréquence de ces déplacements par semaine, comment elle s'y est rendue et si elle a eu besoin de l'aide d'une personne ou d'une aide-technique pour ses déplacements. Ce questionnaire de 20 items sert donc à évaluer le degré de mobilité et d'indépendance d'une personne. Le temps de passation moyen est de 9 minutes.

Pour la cotation, cet outil offre quatre scores différents. D'abord, il y a le score Indépendant, qui est le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint sans aide-technique et sans aide humaine. Ensuite, il y a le score Équipement, qui est le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint en utilisant une aide-technique mais sans avoir besoin de l'aide humaine. Aussi, il y a le score Maximal, qui est le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint, peu importe si la personne a eu besoin d'une aide-technique ou de l'aide humaine. Enfin, le score Composé est obtenu par le biais d'équations incluant le niveau d'aire de mobilité atteint, la fréquence à laquelle la personne s'y est rendue, et le type d'aide requise. On obtient alors un score sur 120 et plus le score est élevé, moins il y a de restrictions dans les aires de mobilité. Tous ces scores sont utilisés dans le cadre de cet essai afin de documenter la mobilité et l'indépendance des participants dans leurs déplacements.

La version canadienne-française a été validée auprès de 40 personnes âgées de 50 ans et plus (Auger et collaborateurs, 2009). Les questions ont été bien comprises et acceptées par les participants, et ils ont tous pu répondre sans assistance. Cette validation a permis de voir que l'outil a une bonne validité de contenu pour la plupart des questions. En effet, la traduction n'a pas affecté le sens des questions, mais il y avait une certaine ambiguïté avec certains mots pour quelques participants. À cet effet, des suggestions ont été faites dans le guide d'administration de l'outil pour donner des pistes de solution à l'administrateur afin d'aider le participant à définir ses aires de mobilité (ex. : définir certaines aires en termes de kilomètres autour de la maison). Il a également été possible de voir que ce questionnaire a une excellente fiabilité test-retest (coefficient de corrélation = 0,87) et que son applicabilité est satisfaisante notamment en regard au temps de passation et à l'acceptabilité.

4.3.2.4. Carte mentale

La procédure d'administration ainsi que les questions guidant l'entrevue suivant la production sont inspirées de l'article de Townley, Kloos et Wright (2009). Le guide élaboré pour ce projet se retrouve à l'Annexe A.

Lors des entrevues, on demande à la personne de représenter, sous forme de carte, les endroits qui sont importants pour elles, ainsi que les endroits fréquentés pour réaliser des activités, pour utiliser des services ou pour rencontrer des gens (famille, proches, amis). Le participant a le choix de plusieurs formats de papier vierge, ainsi que de types de crayons qu'il peut utiliser.

Si nécessaire, des encouragements peuvent être offerts pour inciter le participant à réaliser la tâche. Ces encouragements peuvent être de rassurer la personne sur le but de l'activité (miser sur le contenu plutôt que sur la qualité du dessin), de miser sur le fait que la personne est libre de représenter son environnement de la façon qu'elle le veut ou encore d'expliquer à la personne qu'elle pourra expliquer sa production par la suite ou qu'elle pourra l'ajuster au courant des discussions s'il y a lieu.

De l'aide peut également être offerte avant et après le processus de production. En effet, l'administrateur peut suggérer diverses façons de dessiner les lieux (ex. : dessiner le lieu, faire un carré ou un point, seulement écrire le nom, mettre ou non des rues, points de repère, etc.) ou encore un point de départ pour le dessin (ex. : le domicile du participant) si le participant a de la difficulté à initier la tâche. Également, suite à la production, l'administrateur peut suggérer une liste de lieux afin de bonifier la production (ex. : épicerie, clinique médicale, pharmacie, bibliothèque, domicile de membres de la famille, restaurant, cinéma, centre commercial, etc.).

Suite à sa production, le participant est invité à décrire ce qu'il a dessiné, et l'administrateur discute avec lui concernant son sentiment d'appartenance en lien avec ces lieux, la fréquence à laquelle il s'y rend, ce qu'il y fait et qui il rencontre dans ces endroits, ce qu'il aime et ce qu'il n'aime pas, etc.

L'administrateur peut donc documenter divers éléments de l'intégration communautaire du participant. Le temps de passation pour cet outil inclut 10 à 20 minutes de production, suivi d'une période de discussion de 20 à 30 minutes.

Cet outil a été choisi puisqu'il est un médium permettant de décrire qualitativement la perception des participants en regard à divers éléments de leur intégration communautaire. Il est également un médium ludique, expressif et créatif, permettant de faciliter l'expression d'une créativité et d'une affectivité.

Cependant, tel que mentionné par Moser et Weiss (2003), une production graphique peut parfois être très difficile, voire impossible à réaliser pour certaines personnes âgées, notamment s'il y a présence d'un trouble cognitif. Afin de pallier à cette difficulté éventuelle, certains

exemples de production sont montrés au participant s'il en manifeste le désir. Également, diverses formes, de différentes grosseurs, ont été préalablement découpées dans du carton et peuvent être utilisées par le participant comme moyen de représenter un lieu. Cette façon de procéder permet à la personne de placer les lieux sur la feuille, mais également de pouvoir les déplacer pour les repositionner à sa guise jusqu'à la production finale où les formes sont alors collées pour rendre une production permanente. Le participant reste tout de même libre d'ajouter des informations à l'aide des crayons.

4.4. Analyse des données

Dans cette section, les méthodes d'analyse des données sont présentées, d'abord quant à la carte mentale, puis quant aux questionnaires quantitatifs.

4.4.1. Carte mentale

D'abord, le contenu, le processus de production ainsi que la forme des cartes mentales seront décrits en regard à diverses caractéristiques préétablies. Pour le processus de production, les éléments à l'étude seront le temps de production, le choix de matériel ainsi que la capacité d'initier la tâche spontanément. Pour la forme, les éléments pris en considération seront la perspective utilisée, la façon de représenter les lieux (deux dimensions, trois dimensions, formes utilisées), la conformité de la disposition des lieux sur la carte avec leur orientation géographique réelle, ainsi que l'espace utilisé sur la feuille. Enfin, pour le contenu, les variables étudiées seront le nombre de lieux identifiés, la présence de repères géographiques, la présence d'autres éléments ainsi que le type de lieux identifiés (milieu de vie, lieu de loisir, lieu de service, lieu de famille, environnement naturel). Les variables continues, dans ce cas-ci le temps de production et le nombre de lieux identifiés, seront présentés avec la moyenne, l'écart-type et l'étendue.

Pour l'analyse des verbatim, les réponses des participants seront regroupées par thèmes selon les questions posées durant l'entrevue et seront ensuite présentées de façon descriptive. Les différences entre l'entrevue initiale et finale seront également soulignées.

4.4.2. Questionnaires

Des analyses quantitatives descriptives seront faites avec les données issues des questionnaires afin de décrire le portrait des participants et les changements survenus entre les collectes de données initiale et finale. Ainsi, les variables continues (sentiment de communauté, habitudes de déplacements, disponibilité du soutien social) seront présentées avec la moyenne des scores obtenus, l'écart-type ainsi que leur étendue. Ces résultats seront également présentés à l'intérieur de diagrammes à bandes rectangulaires.

4.5. Considérations éthiques

Ce projet de recherche a été soumis et accepté par le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, sous le numéro de certificat CER-14-206-07.16. À noter que puisque seuls les accompagnés sont les participants au projet de recherche de cet essai, les considérations éthiques pour les accompagnateurs ne seront pas présentées. Avant de débuter le processus d'accompagnement et de réaliser les différents outils d'évaluation, les accompagnés devaient donner leur consentement.

4.5.1. Consentement

Lorsqu'une personne était référée, elle était rencontrée par des membres de l'équipe de recherche afin de lui présenter le projet APIC, pour lui remettre le formulaire de consentement (ce formulaire se retrouve à l'Annexe B) pour qu'elle le lise et pour répondre à ses questions s'il y avait lieu. Si elle était toujours intéressée à participer, elle était invitée à donner son consentement en remplissant et en signant le formulaire. La personne est également appelée à consentir à être rencontrée à chacune des rencontres d'accompagnement et à chacune des rencontres d'évaluation.

4.5.2. Compensation, incitatif et rémunération

Aucune rémunération ou compensation n'est prévue pour les accompagnés.

4.5.3. Avantages

L'avantage pour les accompagnés à participer à ce projet de recherche est qu'ils ont la possibilité de recevoir un service d'accompagnement hebdomadaire d'une durée de trois heures afin de réaliser les activités de leur choix. Ce service a le potentiel de les aider à se réinsérer dans leur communauté, de leur permettre de découvrir de nouveaux intérêts et de briser la solitude et

l'isolement. La résultante attendue est que les accompagnés en viennent à être plus satisfaits de leur intégration communautaire et à un état de mieux-être. Enfin, ils ont également la gratification de participer à l'avancement des connaissances et de la recherche.

4.5.4. Risques et inconvénients

Il est possible que les accompagnés ressentent de la fatigue durant la passation des outils d'évaluation et lors des rencontres d'accompagnement. À cet effet, ils sont donc invités à verbaliser leur état de fatigue à la personne présente avec eux et à prendre des pauses au besoin. Ils ont aussi la possibilité de choisir le moment qui leur convient le mieux pour chacune des rencontres. Il est également possible qu'ils ressentent une certaine gêne par rapport à des questions qui leur sont posées ou en lien avec des sujets de discussion. Les participants sont donc invités à en parler aux accompagnateurs ou aux membres de l'équipe de recherche lorsqu'une gêne se fait sentir. Enfin, l'inconvénient majeur est le temps consacré au projet de recherche.

4.5.5. Protection des données

4.5.5.1. Entreposage des données

Toutes les données brutes, c'est-à-dire les dessins des cartes mentales, les notes prises durant les entrevues ainsi que les questionnaires remplis, ont été conservées sous clé dans un classeur du local de recherche à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Les données électroniques, à savoir les données des questionnaires et les verbatim transcrits dans des fichiers électroniques, ainsi que tous les enregistrements audio, ont été conservées sur un disque dur externe dans un classeur barré du local de recherche à l'UQTR. Tous les fichiers électroniques ont également été dotés d'un mot de passe.

4.5.5.2. Confidentialité des données

Chaque participant s'est vu octroyer un numéro afin de permettre à l'équipe de recherche de ne mettre aucune donnée nominative sur les documents écrits et électroniques. Les résultats seront diffusés de façon à ne pas pouvoir identifier les participants. À cet effet, les cartes mentales ont été censurées en retirant certains noms de lieu ou de rue afin qu'on ne puisse pas identifier le lieu de résidence des participants.

4.5.5.3. Conservation et destructions des données

Les enregistrements audio ainsi que les données brutes (à l'exception des cartes mentales) seront conservés jusqu'à ce que leur transcription soit faite dans des documents électroniques. Ils seront aussitôt détruits après que la transcription soit terminée. Tous les documents électroniques (questionnaires, verbatim) ainsi que les cartes mentales seront conservés cinq ans après la fin de l'étude, pour ensuite être détruits.

5. RÉSULTATS

Dans cette section, les caractéristiques des participants seront décrites. Puis, les résultats issus de la production de la carte mentale seront présentés. Ensuite, les résultats provenant des outils d'évaluation quantitatifs et des verbatim de la carte mentale seront présentés en lien avec les dimensions physique, sociale et psychologique. Enfin, les résultats concernant la préparation et la critique des outils utilisés seront énoncés.

5.1. Participants

Au total, six participants ont été recrutés dans le cadre du projet APIC. Cependant, pour des raisons de santé, deux participants n'ont pas réalisé l'entrevue initiale pour cet essai. Sur les quatre participants restants, deux ont complété le processus d'accompagnement, un était encore dans le processus lors de la collecte de données finales et un participant a cessé le projet après une seule rencontre d'accompagnement, en raison d'un changement dans sa situation. Donc, la collecte de données initiale a été complétée avec quatre participants, mais seulement deux participants ont été rencontrés pour la collecte de données finale.

Les caractéristiques des participants sont présentées dans le Tableau 3. Tous sont des femmes âgées entre 56 et 74 ans. Trois d'entre elles sont célibataires et demeurent seules, trois demeurent en appartement et une dans une résidence privée, et une seule participante conduit une voiture. Cependant, durant le processus d'accompagnement, la participante qui demeurait avec son conjoint a déménagé et demeure maintenant seule dans un appartement.

Les collectes de données et le processus d'accompagnement ont été réalisés de façon indépendante et à différents moments en fonction de la date où les participantes ont été recrutées et du temps requis pour réaliser le processus d'accompagnement en entier (voir Tableau 4). Au final, les participantes #1 et #3 ont réalisé un total de 17 rencontres d'accompagnement, échelonnées sur une période de 190 jours et de 160 jours respectivement. Chez les deux participantes, il y a également eu deux rencontres qui n'ont pas été réalisées en raison soit d'un refus de rencontrer l'accompagnateur alors que celui-ci s'était déplacé pour les rencontrer ou d'une annulation de la part de la participante.

Tableau 3. *Caractéristiques des participantes*

Participante #1	Femme, 67 ans, célibataire Référée pour : Anxiété, dépression, manque de confiance en soi et d'autonomie. Demeure en résidence, ne conduit pas
Participante #2	Femme, 56 ans, célibataire Référée pour : Anxiété, dépression, est très isolée. Demeure seule en appartement Ne conduit pas
Participante #3	Femme, 58 ans, en couple Référée pour: Lacunes au niveau de son estime, de la gestion de l'anxiété et a une tendance à s'isoler. Demeure avec son conjoint en appartement Ne conduit pas
Participante #4	Femme, 75 ans, célibataire Référée pour: isolement et détresse psychologique Demeure seule dans une maison Conduit et a une voiture

Tableau 4. *Informations sur les collectes de données et sur les rencontres d'accompagnement*

Participante	Accompagnement			
	Date de la collecte initiale	Date de la collecte finale	Nombre de rencontres d'accompagnement	Nombre de jour total entre le début et la fin de l'accompagnement
#1	2015/05/03	2015/11/01	17	190
#2	2015/04/06	N/A	1 (abandon)	N/A
#3	2015/05/23	2015/10/24	17	160
#4	2015/07/08	N/A	En cours de processus	N/A

5.2. Préparation à l'administration des outils d'évaluation

Avant de débuter les entrevues initiales avec les participants, l'étudiante-rechercheuse a d'abord testé les différents outils d'évaluation avec cinq membres de son entourage. Ces personnes avaient des caractéristiques sociodémographiques très variées. On retrouvait deux hommes (âgés de 49 et 74) et trois femmes âgées (âgées de 22, 72 et 74) entre 21 et 74 ans. Aucune de ces personnes ne présentaient de trouble de la santé mentale connu.

L'administration des outils d'évaluation quantitatifs (ÉPS-10, ISC-2, Évaluation des habitudes de déplacements) a été réalisée tel que décrit dans la section « Méthode » de cet essai. Quant à la carte mentale, les participants ne disposaient pas de formes prédécoupées, et la consigne

était différente. En effet, l'étudiante-chercheure leur a demandé de dessiner les endroits importants pour eux, de la manière qu'ils le voulaient et avec le matériel de leur choix.

Dans l'ensemble, l'ÉPS-10 et l'Évaluation des habitudes de déplacements ont été bien compris par les participants. Les énoncés leur ont semblé clairs et ils ont tous fourni les réponses attendues. Les participants ont tous facilement identifié leur communauté lors de la passation de l'ISC-2. Les participants ont également apprécié avoir une feuille avec les différents choix de réponses possibles. Ils pouvaient se concentrer entièrement sur la question sans devoir redemander les choix à chacune d'elle. Pour la carte mentale, les participants ont apprécié le médium utilisé, soit le dessin, et les questions posées sur la production ont été bien reçues. Une participante a mentionné que les questions n'étaient pas intrusives ou déplacées, et qu'elles permettaient de bien décrire sa production. D'emblée, les participants ont tous expliqué leur dessin et justifié la présence de chacun des éléments sans que l'étudiante-chercheure ait à poser de question.

Cependant, certaines questions de l'ISC-2 ont été moins bien comprises. En effet, la question #10 « Cette communauté a des symboles et des expressions d'appartenance tels que des vêtements, signes, art, architecture, logos, points d'intérêt, et drapeaux que les gens peuvent reconnaître. » ne s'appliquait pas vraiment aux communautés identifiées par les participants. Ils répondaient donc « Pas du tout », et cela diminuait leur score global et leur score à la sous-échelle « Participation ». Également, une participante a soulevé que la question #11 « Je mets beaucoup de temps et d'effort pour faire partie de cette communauté. » pouvait être tendancieuse. En effet, la participante avait identifié comme communauté sa famille, alors elle ne trouvait pas qu'elle devait mettre beaucoup de temps et d'effort pour faire partie de sa propre famille. Or, en répondant « Pas du tout », elle avait l'impression que cela insinuait qu'elle « s'en fout » de sa famille. Enfin, les questions pouvaient également porter à confusion lorsqu'énoncées telles qu'elles étaient écrites. L'étudiante-chercheure devait parfois rappeler ou valider la communauté choisie par les participants. Pour la carte mentale, certains participants ont eu de la difficulté à trouver une façon de représenter les lieux en dessin, et certains se demandaient ce qui était attendu d'eux avec cette consigne.

Afin de faciliter l'administration des outils auprès des participantes du projet APIC, les feuilles comprenant les choix de réponse ont été gardées, et deux grosses tailles de caractères ont été

offertes pour accommoder les personnes présentant des difficultés de vision. Les questions de l'ISC-2 ont été personnalisées avec la communauté identifiée par le participant. Donc, plutôt que de demander « Je mets beaucoup de temps et d'effort pour faire partie de cette communauté. », l'étudiante-rechercheure demandait plutôt, par exemple, « Je mets beaucoup de temps et d'effort pour faire partie de ma cohorte d'ergothérapie. ». La consigne pour l'élaboration de la carte mentale a été ajustée afin d'inclure un but plus précis (production d'une carte représentant les lieux) avec plus d'éléments à inclure (pas seulement les lieux importants, mais tous ceux où ils réalisent des activités et où ils voient des gens). Des formes ont été prédécoupées afin d'offrir la possibilité aux participantes de les utiliser comme représentation d'un lieu. Des suggestions et des démonstrations ont également été offertes aux participantes nécessitant de l'aide pour la production de leur carte mentale.

5.3. Résultats obtenus avec la Carte mentale (production graphique)

Cette section présente les résultats obtenus quant au processus de production, à la forme et au contenu des différentes cartes mentales obtenues pour chacune des participantes (Voir Annexe C à F). Les résultats de la comparaison faite entre la production initiale et finale des participantes #1 et #3 sont également décrits.

5.3.1. Processus de production

Sur les six productions obtenues (quatre productions initiales et deux productions finales), quatre ont été faites sur des feuilles 8 ½ po x 11 po, une sur une feuille 9 po x 12 po et une qui a été faite en trois feuilles (deux 8 ½ po x 11 po et une 11 po x 14 po). Quatre productions ont été faites avec un crayon de plomb, une avec un feutre de couleur et une autre a été faite avec différents matériaux (crayon de plomb et crayons de couleur).

La participante #1 a fait ses deux productions en plomb en passant d'une feuille 8 ½ po x 11 po à une feuille 9 po x 12 po, et la participante #3 a fait ses deux productions sur une feuille 8 ½ po x 11 po mais en passant d'un feutre de couleur à un crayon de plomb. Une seule participante (#3) a utilisé les formes prédécoupées, ce qui lui a permis de remettre les lieux identifiés de sa première production en conformité avec leur disposition géographique réelle (Voir Annexe E).

Deux participantes ont réalisé la tâche spontanément, soit les participantes #2 et #4. Pour les deux autres, des encouragements ont été nécessaires suite à des réticences de leur part (ex. : Je ne suis pas bonne en dessin), autant pour la production initiale que finale. Aussi, trois participantes sur quatre ont eu besoin d'aide pour initier la tâche, c'est-à-dire qu'elles ont eu besoin d'exemples et de suggestions afin de débuter leur production.

Le temps de production des cartes mentales varie d'une participante à l'autre, avec un temps moyen de 6 minutes 11 secondes (écart-type : 6 min 58 secondes). Le temps le plus court a été de 1 minute, alors que le temps le plus long a été de 19 minutes et 25 secondes.

5.3.2. Forme

La perspective utilisée par les participantes a été de représenter les lieux vus d'en haut pour quatre des six productions. Cependant, une partie de la production de la participante #4, ainsi que les deux productions de la participante #1, représentent respectivement un espace naturel, un milieu de vie, ainsi que des lieux de résidence (famille, amis), tous vus de face (Voir Annexe C et Annexe F). La production finale de la participante #1 compte également des personnes représentées sous la forme de bonhommes-allumettes.

Après vérification, trois des cinq productions (exclue ici la production représentant seulement le milieu de vie) présentent une disposition des lieux conforme avec leur disposition géographique réelle. Bien que les productions ne soient pas à l'échelle, on peut quand même noter en comparant avec une carte géographique de la région, par exemple, qu'un lieu est bel et bien plus au nord d'un autre. Afin de rendre sa carte mentale conforme avec la disposition géographique réelle, la participante #3 a réalisé une deuxième production avec des formes pré découpées (Voir Annexe E) lors de la rencontre initiale. Elle a cependant refusé de le faire lors de la rencontre finale, et sa dernière production réalisée au plomb n'est pas conforme avec la disposition géographique réelle. La participante #1 a identifié plus d'un lieu lors de sa dernière production, mais ne les a pas disposé selon leur disposition géographique réelle. Lors du processus de production, les deux participantes n'ayant pas placé les lieux conformément à la réalité ont tous deux exprimé ne pas avoir le sens de l'orientation spatiale.

Les lieux ont été représentés en trois dimensions pour la participante #1 (vus de face), alors qu'ils ont plutôt été représentés sous forme de carrés ou de cercles dans les productions des autres participantes. Parfois, les lieux ne sont pas dessinés : les participantes ont simplement écrit le nom du lieu à un endroit sur la feuille et l'ont mis en relation avec les autres lieux.

Les productions occupent, pour la majorité, l'ensemble de la feuille utilisée. Il n'y a seulement que la participante #4 qui a fait sa production en trois feuilles, utilisant seulement le quart supérieur d'une grande feuille, les deux tiers d'une petite feuille ainsi que très peu d'espace (deux lieux et deux rues représentés) sur une troisième feuille.

5.3.3. Contenu

Dans les six productions analysées, une moyenne de $9,0 \pm 5,4$ lieux par production a été identifiée par les participantes, avec une étendue allant de 1 lieu à 15 lieux. La participante #1 a seulement identifié, lors de sa production initiale, son milieu de vie. Cependant, pour tous les participantes, d'autres lieux n'étant pas représentés ont été abordés durant les discussions entourant la production. Ces lieux n'ont pas été représentés soit parce qu'ils n'étaient pas significatifs pour les participantes, soit parce que la participante s'est abstenu de le mettre parce qu'elle se croyait incapable de le dessiner. Sur ces six productions, quatre contiennent des lieux qui sont à l'extérieur de la ville où la participante demeure. Une de ces productions, soit la production finale de la participante #1, contient également des êtres humains faisant partie de son entourage. Seulement deux des cartes (faites par participantes #2 et #4) contiennent des éléments servant de repères géographiques, comme par exemple des noms de rue, des lieux importants de la ville, un chemin de fer, etc. Ces noms de rue et le nom de certains lieux ont cependant été retirés dans le cadre de cet essai afin de maintenir la confidentialité des participantes.

5.3.4. Comparaison entre les productions initiales et finales

Pour la participante #1, on remarque un grand changement entre la production initiale et finale (voir Annexe C). Pour le processus de production, le crayon de plomb a été utilisé dans les deux cartes mentales. La production initiale a été faite sur une feuille $8\frac{1}{2}$ po x 11 po, alors que la production finale a été faite sur une feuille 9 po x 12 po. Pour la forme, la participante a dessiné ses lieux vus de face dans ses deux productions. La participante avait utilisé l'ensemble de la feuille pour sa production initiale, alors qu'elle a plutôt fait des dessins au centre de la feuille à sa

production finale. Dans le contenu, le nombre de lieux identifiés a passé de un seul à cinq. On retrouvait initialement seulement son milieu de vie, alors que dans le produit final, on retrouve son milieu de vie ainsi que celui de membres de sa famille (sœur, fils) et d'un ami, en plus d'un élément de l'environnement physique de son milieu de vie (balançoire). Pour les deux productions, d'autres lieux que ceux identifiés ont été abordés lors de l'entrevue, comme un restaurant, un parc et une clinique médicale.

Quant à la participante #3, il y a quelques changements dans le contenu et la forme de la carte mentale (voir Annexe E). En effet, la participante avait utilisé un feutre de couleur initialement alors qu'elle a plutôt opté pour un crayon de plomb dans sa production finale. Elle a cependant conservé la même taille de feuille. Initialement, la participante avait fait une deuxième production en utilisant des formes pré découpées, ce qui n'a pas été le cas dans lors de la rencontre d'évaluation finale. Quant à la forme, la participante a représenté les lieux initialement par des formes associées à un nom, alors qu'elle a seulement écrit le nom des lieux lors de sa deuxième production. On remarque que, dans les deux dessins, des tracés ont été faits pour relier les différents lieux entre eux. En regard au contenu, le nombre de lieux identifiés est passé de quatorze à huit. Les lieux étant à la fois dans la production initiale et la production finale sont son milieu de vie, l'épicerie, la salle de bingo, un lieu de loisir et deux lieux de services. Le parc, le restaurant, le magasin, la clinique médicale, la plage, la piscine et le jardin communautaire ne se retrouvent plus dans la carte finale. La participante a identifié de nouveaux lieux fréquentés dans sa production finale, soit la banque et le club de pétanque.

5.4. Dimension physique

Dans cette section, les résultats obtenus à l'Évaluation des habitudes de déplacements ainsi qu'à certaines questions ciblées sur la carte mentale produite par les participants seront présentés en lien avec la dimension physique. En premier lieu, les résultats seront comparés entre les participants, puis les différentes entre les résultats initiaux et finaux des participants #1 et #3 seront présentées.

5.4.1. Évaluation des habitudes de déplacements

Lors de la collecte de données initiale, le score global moyen obtenu est de $49,5 \pm 21,8$ sur une possibilité de 120, avec une étendue allant de 23 à 75 sur 120. Le score obtenu pour chacune des participantes est présenté dans la Figure 2. Plus le score obtenu est élevé, plus cela signifie que la personne se rend dans chacune des aires de mobilité très fréquemment et ce, sans l'aide d'une personne ou d'une aide-technique.

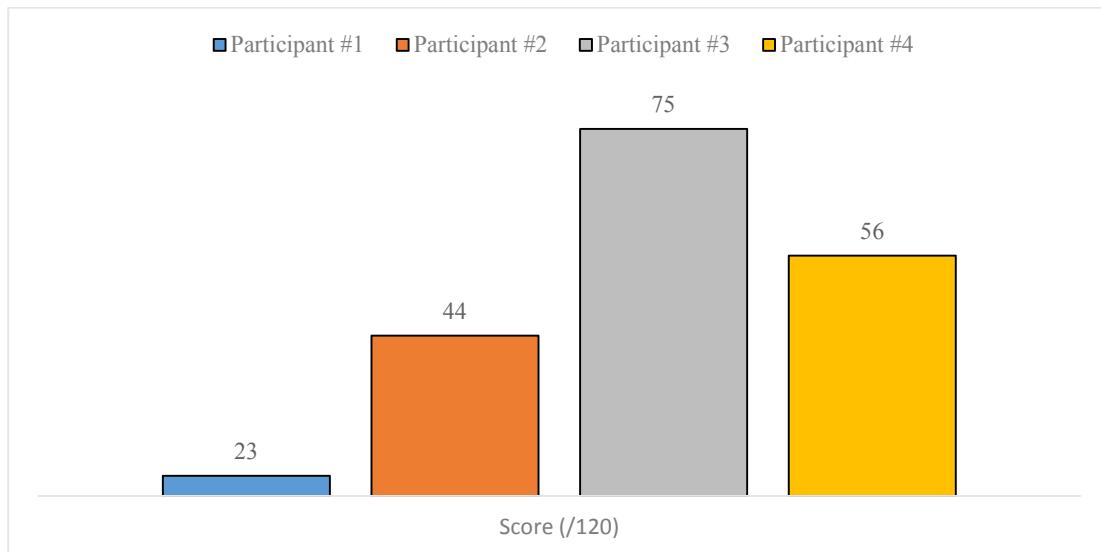


Figure 2. Score global initial obtenu à l'Évaluation des habitudes de déplacements

En ce qui concerne les scores des sous-échelles (voir Figure 3), soit les scores relatifs aux aires de mobilité maximale atteinte, trois participantes se rendent dans l'aire de mobilité 5, soit à l'extérieur de sa ville de résidence. Par contre, il n'y a que la participante #4 qui se déplace de façon indépendante et sans aide-technique jusque dans l'aire de mobilité 5. Les participantes 1 et 2 nécessitent une assistance humaine à partir de l'aire de mobilité 4 (délimitée par sa ville), et la participante #3 nécessite quant à elle une assistance humaine pour l'aire de mobilité 5 (en dehors de sa ville). Les scores pour chacune des participantes pour le LS – Indépendant (aire de mobilité maximale atteinte sans aide-technique ni humaine) et pour le LS – Équipement (aire de mobilité maximale atteinte avec une aide-technique) sont identiques entre eux puisqu'aucune participante n'utilise une aide-technique à la marche.

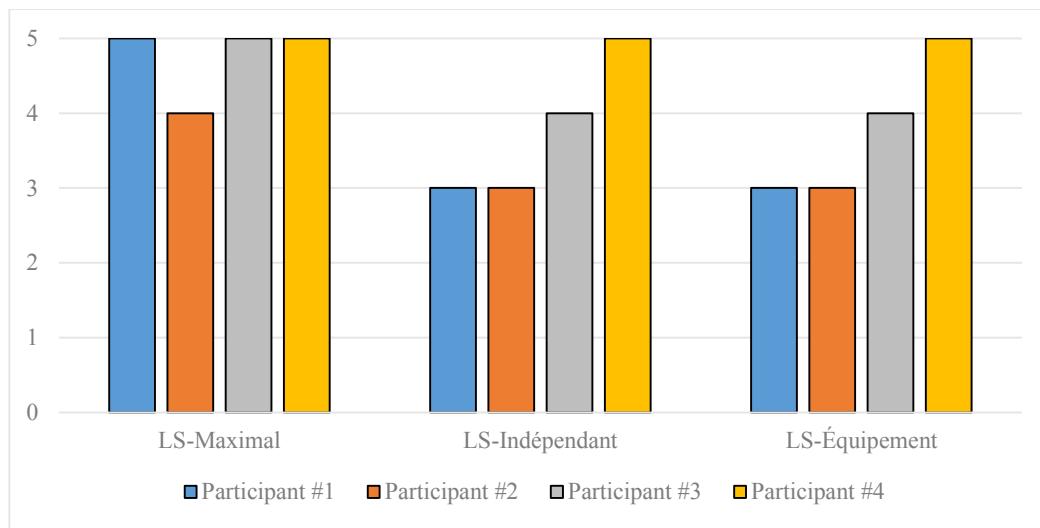


Figure 3. Scores initiaux obtenus pour chacune des participante quant à l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal), à l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide-technique (LS-Indépendant) et à l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide-technique (LS-Équipement).

Suite au processus d'accompagnement, on remarque que les scores globaux (scores composés) des participantes #1 et #3 ont très peu changé. Le score de la participante #1 a augmenté de deux points, alors qu'il a baissé d'un point pour la participante #3 (voir Figure 4).

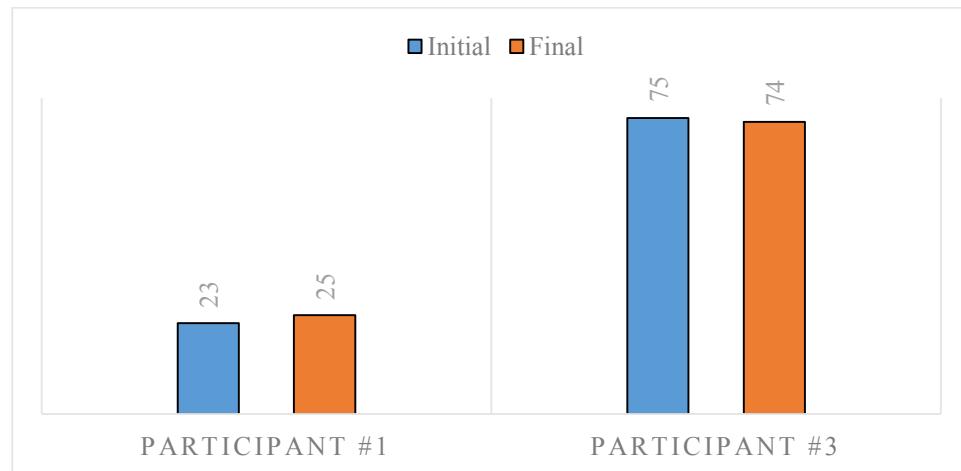


Figure 4. Scores globaux obtenus lors des collectes de données initiales et finales (/120)

Quant aux scores obtenus aux aires de mobilité (voir Figure 5), on peut voir que les participantes #1 et #3 se rendent encore jusque dans l'aire de mobilité 5. Par contre, la participante #1 se déplace de façon indépendante seulement dans les aires 1 et 2 (domicile et espace autour de

son domicile) alors qu'elle se rendait seule jusque dans l'aire de mobilité 3 (voisinage) lors de la collecte de données initiale. Pour la participante #3, on remarque qu'elle se déplace maintenant de façon indépendante jusque dans l'aire de mobilité 5 (extérieur de la ville), alors qu'elle ne se rendait que jusque dans l'aire 4 auparavant (espace délimité par sa ville).

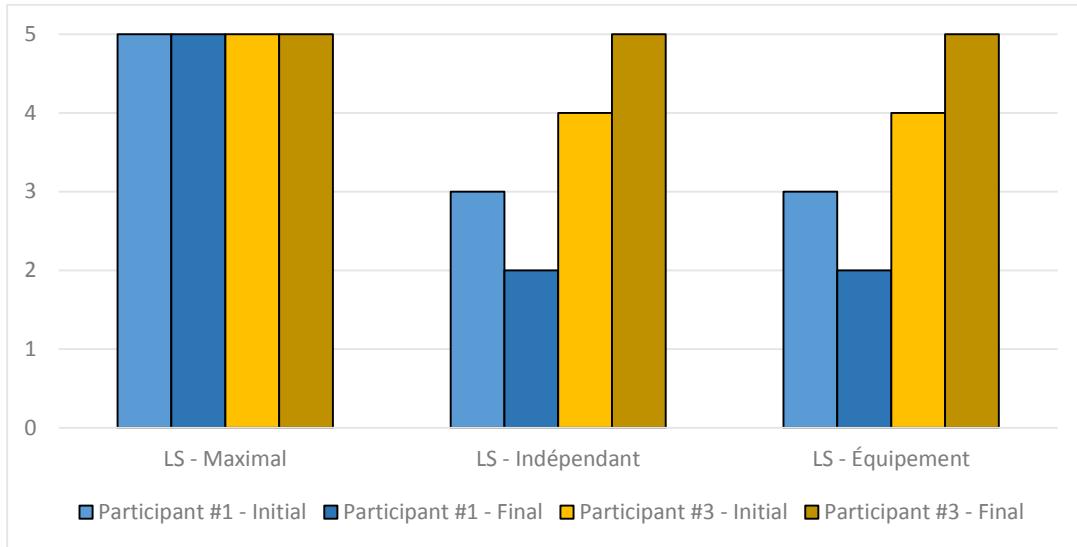


Figure 5. Scores initiaux et finaux obtenus pour chacune des participantes quant à l'aire de mobilité maximale atteinte (LS-Maximal), à l'aire de mobilité maximale atteinte sans aide humaine ni aide-technique (LS-Indépendant) et à l'aire de mobilité maximale atteinte avec une aide-technique (LS-Équipement).

Les changements dans les différents scores des deux participantes ne sont pas significatifs au plan statistique. Cependant, on peut observer plusieurs changements lorsque les réponses aux différentes questions sont observées (voir Annexe G).

Pour la participante #1, il n'y a eu aucun changement pour l'aire de mobilité 1, mais elle se rend plus fréquemment dans l'aire de mobilité 2. Lors de la collecte de données initiale, elle se rendait de façon autonome dans l'aire de mobilité 3 et n'allait pas dans l'aire de mobilité 4. Par contre, au moment de la collecte de données finale, elle ne se rendait plus dans l'aire de mobilité 3, et allait dans l'aire de mobilité 4 avec l'aide d'une personne. Enfin, aucun changement n'est observé pour l'aire de mobilité 5.

Pour la participante #3, aucun changement n'est observé dans les aires de mobilité 1 et 2. On note cependant une augmentation dans la fréquence à laquelle la participante se rend dans l'aire

de mobilité 3, et qu'elle nécessite dorénavant l'aide d'une personne pour se rendre dans l'aire de mobilité 4. Enfin, la participante se rend moins fréquemment dans l'aire de mobilité #5, mais le fait maintenant de façon autonome.

En somme, la mobilité de la participante #1 et de la participante #3 demeure stable suite au processus d'accompagnement. La participante #1 est cependant moins indépendante dans ses déplacements, puisqu'elle passe maintenant du temps dans sa ville plutôt que dans son voisinage et qu'elle nécessite l'assistance d'une personne pour la conduire en ville. La fréquence des sorties de la participante #3 demeure stable mais sont dorénavant plus réalisées dans son voisinage qu'à l'extérieur de sa ville. On note une diminution de son indépendance à se déplacer à l'intérieur de sa ville puisqu'elle nécessite l'aide d'une personne pour la conduire, mais se rend maintenant de façon autonome à l'extérieur de sa ville.

5.4.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale

Les questions posées afin de documenter la dimension physique de l'intégration communautaire des participantes portaient sur les éléments suivants: 1) où est-ce que les participantes passent le plus de leur temps; 2) comment est-ce qu'elles se rendent aux lieux identifiés; 3) quelles activités sont réalisées dans ces endroits; 4) à quelle fréquence est-ce qu'elles se rendent dans ces lieux; 5) s'il y a d'autres endroits fréquentés qui ne sont pas sur la carte mentale; 6) s'il y a des endroits où elles aimeraient aller et quel est l'obstacle les empêchant de s'y rendre; et 7) s'il y a des endroits où elles allaient avant et qu'elles n'y vont plus actuellement, et la raison de ce changement. Les réponses spécifiques à chacune des participantes sont présentées dans le Tableau 6 de l'Annexe H.

L'endroit où les participantes (N) passent le plus de leur temps (identifié par une flèche verte dans les Annexes C à F) est commun à toutes les participantes, soit leur milieu de vie, et n'a pas changé entre l'entrevue initiale et finale pour les participantes #1 et #3.

Pour le mode de déplacement, les participantes se rendent dans les lieux en marchant (N = 2), à bicyclette (N = 1), en transport collectif (N = 1) et en voiture (N = 4). Cependant, une seule des quatre participantes a un permis de conduire, et les trois autres dépendent d'un membre de la famille pour leurs déplacements. Le mode de déplacement est demeuré le même pour la

participante #1 (se faire conduire en voiture), alors qu'il a légèrement changé pour la participante #3 (ne se déplace plus en marchant).

Les activités réalisées dans les lieux identifiés par les participantes sont des activités de soins personnels ($N = 4$), des activités productives (bénévolat, cours; $N = 2$), des activités de la vie domestique (faire ses courses, entretien ménager, transactions bancaires; $N = 4$), des activités de loisirs (marche, télévision, jeux, tricot, bingo, cartes, ordinateur, jardinage, lecture, cinéma, activités organisées; $N = 4$) et des activités de socialisation avec des amis et des membres de la famille (discussions et jeux; $N = 2$). La participante #1 a cessé de prendre des marches et de faire des mots-croisés entre les deux rencontres d'évaluation, mais a remplacé ces activités par une plus grande variété de loisirs (tricot, dessin, écouter de la musique, se bercer, bingo) et participe aux tâches de la vie domestique de son milieu de vie (met la table dans la salle à manger commune). Pour la participante #3, on note l'arrêt de certaines activités comme le jardinage, le magasinage, la marche et aller manger au restaurant, mais on remarque l'ajout d'une activité de bingo avec un Club et l'ajout d'une activité domestique (transactions bancaires). Deux raisons peuvent expliquer l'arrêt des activités, soit qu'une des activités est saisonnière (jardinage), et les finances personnelles de la participante #3.

La fréquence à laquelle chaque participante se rend dans les lieux qu'elle a identifiés est présentée de façon détaillée dans l'Annexe H. Lorsque l'on compare la situation initiale à celle finale pour les participantes #1 et #3, on remarque que la participante #1 se rend plus fréquemment chez sa sœur, va à la même fréquence chez son fils et va maintenant chez un ami et à la balançoire extérieure de son milieu de vie de façon hebdomadaire. La participante #3, quant à elle, se rend à la même fréquence dans les lieux identifiés, à l'exception d'un lieu de services où il s'y rend une fois de plus par semaine.

Toutes les participantes ont abordé des lieux ne figurant pas sur leur carte mentale lors de l'entrevue initiale et finale. Ces lieux étaient, entre autres, des lieux de services (clinique médicale, pharmacie, magasins, restaurants, hôpital), des environnements naturels (parc, voisinage) et des milieux de vie de membres de la famille.

Toutes les participantes ont identifié un lieu où elles aimeraient aller ou une sortie qu'elles aimeraient faire. Ces lieux se rapportent davantage à des activités de loisir (visite d'un sanctuaire, un voyage, la bibliothèque, un centre commercial, aller plus souvent au bingo), et les obstacles identifiés portent sur les finances personnelles, la disponibilité d'un transport, des peurs ou insécurités, la condition de santé ainsi que l'absence de gens pour accompagner la participante dans l'activité identifiée.

« J'y vais pas parce que... Je suis pas en forme. Je me dis : il faut que je sois en forme, je vais y aller. Si je ne suis pas en forme, j'irai pas. » (Participante #1, entrevue finale)

« C'est loin un petit peu. On n'est pas comme à Trois-Rivières, il n'y a pas des autobus de ville. » (Participante #3, entrevue finale)

La participante #1 a mentionné, lors des deux entrevues, ne plus se rendre dans certains endroits pour ne pas revivre d'ancien souvenir, et ne plus prendre de marche puisqu'elle n'avait plus personne pour l'accompagner. La participante #3 a cessé d'aller au jardin communautaire entre les deux rencontres d'évaluation puisque la saison ne se prêtait plus au jardinage. Enfin, la participante #4 a cessé d'aller chez une amie, puisque cette dernière a déménagé dans la dernière année. Cette question n'a pas été posée à participante #2.

« Ah non, j'veux pas retourner à des places que j'ai déjà été. J'veux pas me rappeler des souvenirs là, c'pas bon pour moi. » (Participant #1, entrevue initiale)

« Non pas toute seule, accompagnée. J'ai trop peur toute seule encore. J'y va toute seule en arrière parce que c'est moins dangereux là mais en avant j'ai peur des autos qui passent. Ça ça va trop vite... Est dangereuse cette rue-là. » (Participante #1, entrevue initiale)

« C'est une crainte que j'ai, je pense. Quand je suis avec quelqu'un, ben j'ai moins peur. » (Participant #1, entrevue finale)

« J'y vais plus, est rendue ben trop loin pour moi. A m'a lâché. » (Participant #4)

5.5. Dimension sociale

Dans cette section, les résultats obtenus à l'Échelle de provisions sociales ainsi qu'à certaines questions ciblées sur la carte mentale produite par les participantes seront présentés. En premier lieu, les résultats seront comparés entre les participantes, puis les différentes entre les résultats initiaux et finaux des participantes #1 et #3 seront présentées.

5.5.1. Échelle de provisions sociales (EPS-10)

Lors de la collecte de données initiale, le score global moyen obtenu est de $32,0 \pm 5,6$ sur une possibilité de 40, avec une étendue allant de 27 à 39 sur 40. Le score obtenu pour chacune des participantes est présenté dans la Figure 6. Plus le score obtenu est élevé, plus cela signifie que la disponibilité du soutien social d'une personne est élevée.

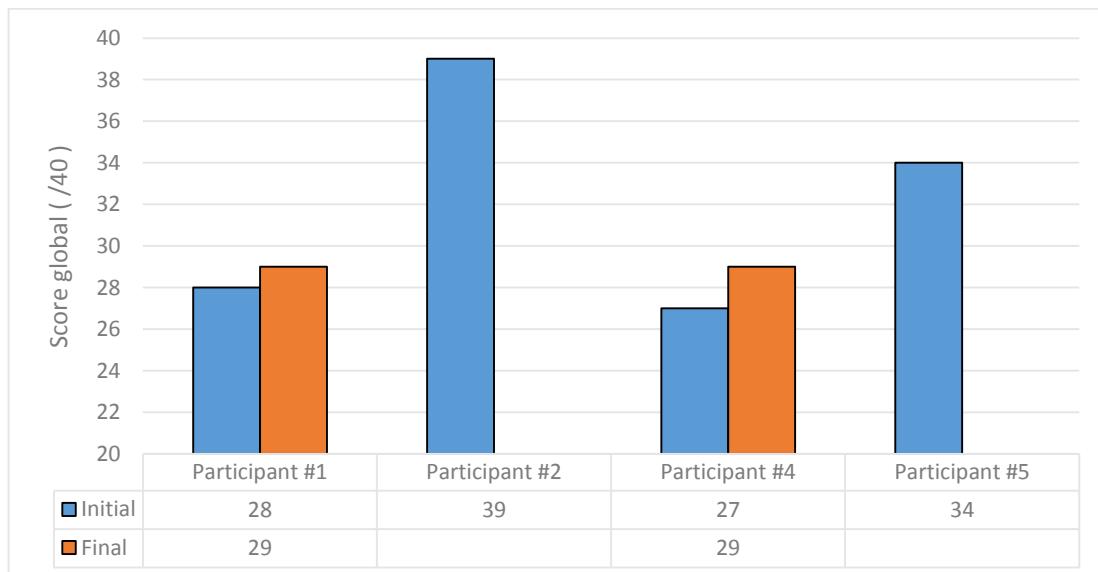


Figure 6. Scores globaux obtenus à l'EPS-10 pour chacun des participants aux collectes de données initiales et finales

Suite au processus d'accompagnement, on remarque que les scores globaux des participantes #1 et #3 ont très peu changé. Le score de la participante #1 a augmenté d'un point, alors qu'il a augmenté de deux points pour la participante #3 (voir Figure 6). Cela veut donc dire

qu'il n'y a pas eu de changement majeur suite au processus d'accompagnement quant à la disponibilité du soutien sociale de ces participantes.

En ce qui concerne les scores des sous-échelles (voir Figure 7), on note une variabilité dans les scores obtenus pour le soutien émotif, l'intégration sociale et la réassurance de sa valeur, alors que les scores sont plus homogènes pour l'aide tangible et matérielle et l'orientation. Pour le soutien émotif et l'intégration sociale, le score moyen est de $6,5 \pm 1,3$ (min = 5, max = 8). Pour la réassurance de sa valeur, le score moyen est de $6 \pm 1,8$ (min = 4, max = 8). Enfin, pour l'aide tangible et matérielle ainsi que l'orientation, le score moyen est de $6,5 \pm 1,0$ (min = 6, max = 8). Plus le score obtenu à chacun des indicateurs est élevé, plus cela signifie que l'indicateur est présent chez la participante. Ces scores moyens montrent donc que les différents indicateurs sont assez présents pour les participants. Par contre, on peut voir que les participantes #2 et #4 ont obtenu des scores plus élevés que les participantes #1 et #3, ce qui laisse croire qu'elles ont déjà un environnement social plus soutenant avant le début du processus d'accompagnement.

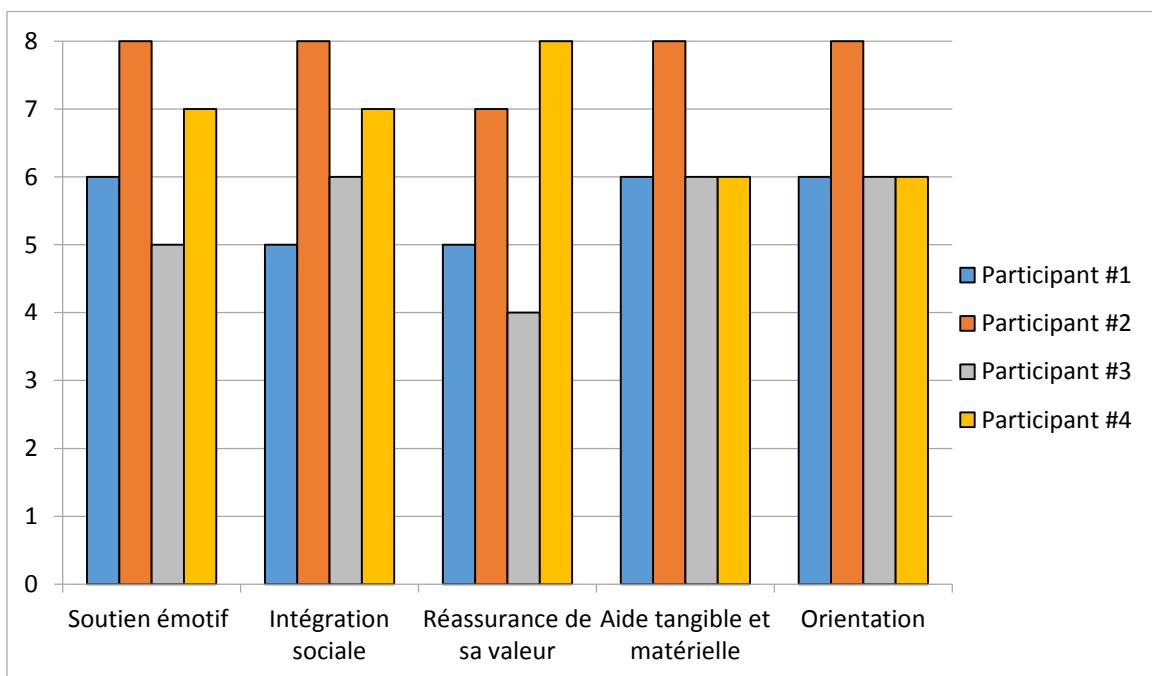


Figure 7. Scores initiaux obtenus pour chacune des participantes aux sous-échelles de l'ÉPS-10 (/8)

Lorsque l'on regarde les différences obtenues entre les scores initiaux et finaux aux sous-échelles de l'ÉPS-10 pour les participantes #1 et #3 (voir Figure 8), on peut voir qu'il y a eu quelques changements. Pour la participante #1, aucun changement n'est observé pour le soutien émotif, l'intégration sociale, l'aide tangible et matérielle ainsi que l'orientation. On note seulement une amélioration d'un point au score de la réassurance de sa valeur, ce qui veut dire selon cet outil, qu'elle se perçoit dorénavant plus compétente et valorisée par son entourage social. Pour la participante #3, il n'y a aucun changement pour le soutien émotif et l'intégration sociale. La réassurance de sa valeur a augmenté de deux points, l'aide tangible et matérielle a diminuée d'un point et l'orientation a augmenté d'un point. Cela veut donc dire qu'elle se perçoit plus compétente et valorisée par son entourage social, qu'elle a plus l'impression d'avoir une personne ressource pour la conseiller, mais qu'elle a moins de personnes dans son entourage sur qui compter pour l'aider en cas de besoin.

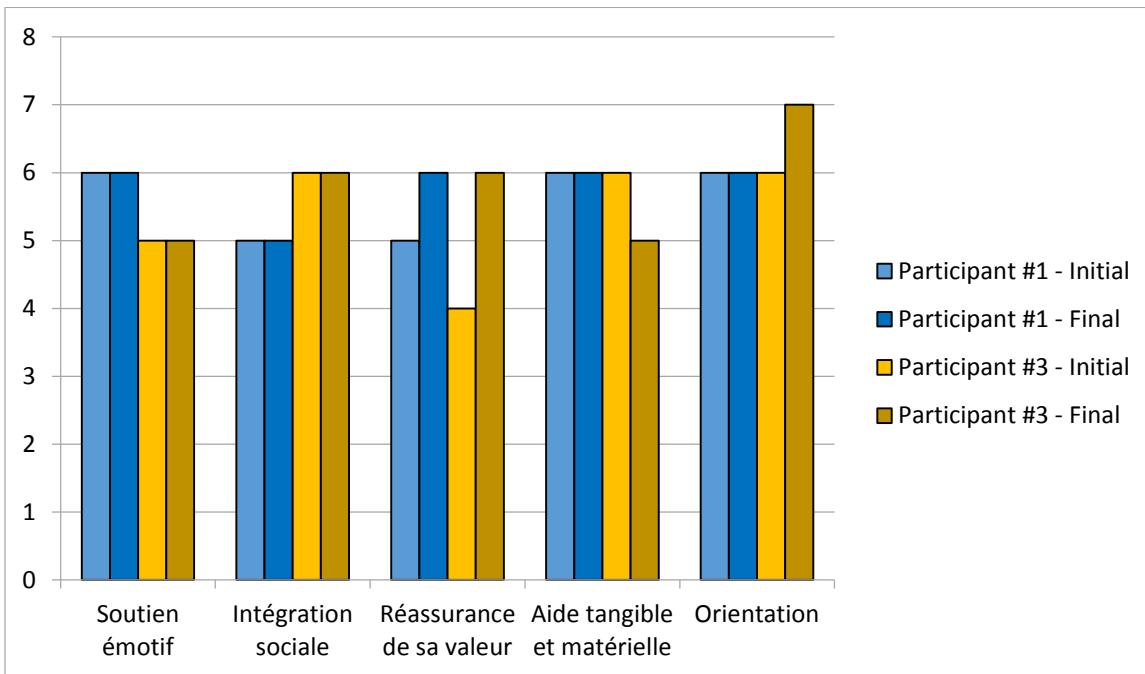


Figure 8. Scores obtenus aux sous-échelles de l'ÉPS-10 lors des collectes de données initiales et finales des participantes #1 et #3 (/8)

5.5.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale

Les questions posées afin de documenter la dimension sociale de l'intégration communautaire des participantes portaient sur les éléments suivants: 1) où se situe la communauté

qu'elles ont identifiée dans l'ISC-2; 2) avec qui est-ce qu'elles passent du temps dans les différents lieux identifiés; 3) s'il y a des endroits ou des gens qui les acceptent; 4) s'il y a des endroits ou des gens qui ne les acceptent pas; 5) s'il y a des endroits où c'est plus facile de s'intégrer; et 6) s'il y a des endroits où c'est plus difficile de s'intégrer. Les réponses spécifiques à chacune des participantes sont présentées dans le Tableau 7 de l'Annexe I. À noter que seule la question « Avec qui passez-vous du temps dans les différents endroits sur votre carte ? » a été posée lors de l'entrevue initiale. Les autres questions ont été ajoutées pour l'entrevue finale afin de bonifier la perception des participantes en regard à leur environnement social. La question initiale était également posée lors de l'entrevue finale à des fins de comparaison.

Bien que la question n'ait pas été posée à toutes les participantes au moment de la collecte de données initiale, on peut voir que deux des quatre participantes ont représenté sur leur carte mentale le lieu identifié comme étant leur communauté. En effet, pour la participante #1, sa communauté initiale et finale est son milieu de vie, lequel est représenté sur ses deux productions. La participante #3 a également identifié la même communauté à l'entrevue initiale et à l'entrevue finale, et ce lieu de loisir est représenté sur ses deux productions. Pour les participantes #2 et #4, elles ont identifié, lors de la collecte initiale, un groupe d'amies comme étant leur communauté. Or, ces amies n'ont pas été représentées directement sur leur production, alors il n'est pas possible d'affirmer qu'elles font partie de leur carte mentale.

Lors de l'entrevue initiale, toutes les participantes ont mentionné voir, dans les lieux identifiés, au moins un membre de leur famille et un(e) ami(e). La participante #1 a également mentionné son accompagnatrice du projet APIC, et la participante #3 a aussi identifié son conjoint. Les participantes #2, #3 et #4 ont également dit entrer en contact avec les membres du personnel de divers lieux de services et de loisirs.

Lorsque l'on compare la situation initiale à celle finale pour la participante #1, le seul changement dans son environnement social est l'ajout d'un ami qu'elle voit fréquemment comme mentionné à la section portant sur la dimension physique.

« C't'un ami oui. Ça fait des années qu'on se connaissait. V'là 15 ans, on s'est connu, on s'est reconnu v'là 5 ans, pis là v'là 3 ans on s'est encore vu. Pis là c'est

dans ce temps-ci. J'ai été...Comme hier j'y ai été. Passer la journée avec lui. C'est l'fun. [...] J'aime ben aller chez lui. » (Participant #1, parlant de son nouvel ami, entrevue finale)

Pour la participante #3, on note le retrait d'amis et de membres de la famille parmi les personnes fréquentées. Lors de la rencontre initiale, elle mentionnait voir à l'occasion sa belle-sœur et le conjoint de cette dernière lorsqu'elle se rendait en randonnée dans un parc. Lorsque questionnée sur sa propre famille, la participante #3 a répondu : « J'en ai pas d'famille par ici ». Elle rencontrait également une amie lors de ses sorties au restaurant. L'absence de ces personnes dans ses réponses données lors de l'entrevue finale peut être expliquée en partie par le fait que la participante #3 n'a identifié ni le parc ni le restaurant dans sa carte mentale finale.

Aucun endroit n'est identifié par les participantes #1 et #3 concernant les lieux où elles ne sont pas acceptées. La participante #3 justifie d'ailleurs cela de la façon suivante: « C'est parce que si je vais à une place et que je ne suis pas acceptée, je n'y retourne plus, c'est tout. ». Donc, ces participantes évitent ou s'abstiennent de fréquenter des lieux où elles ne se sentent pas acceptées.

Par contre, ces deux participantes ont été en mesure d'identifier des lieux où elles se sentent acceptées. Pour la participante #1, c'est principalement chez les membres de sa famille et son nouvel ami. La compétence et l'ouverture de ces personnes l'aident à se sentir acceptée, tel qu'elle le mentionne dans l'extrait suivant: « Ils me connaissent, ils savent comment me prendre et comment faire avec moi. ». Elle se sent également acceptée par les gens de son milieu de vie. Pour la participante #3, c'est principalement dans les lieux de services et de loisirs fréquentés qu'elle se sent acceptée.

Par rapport à l'intégration sociale, la participante #1 croit qu'il est plus facile de s'intégrer chez son fils. Par contre, elle trouve plus difficile de s'intégrer chez son nouvel ami, tel qu'elle le décrit dans l'énoncé suivant:

« Mais on fait rien que commencer là. Fait que je sais pas si... il est ben content, mais il est ben content de venir me ramener, aussi. Il veut pas déranger... euh... ma façon de vivre là, il veut pas déranger non plus. » (Participant #1, entrevue finale)

La participante #3 trouve qu'il est plus facile de s'intégrer dans les lieux de loisirs et de services où elle est en contact avec d'autres personnes aillant une situation de vie similaire à la sienne. Des lieux de services pour la population générale, soit la banque et l'épicerie, ont cependant été identifiés par la participante comme étant des endroits où il est plus difficile pour elle de s'intégrer.

5.6. Dimension psychologique

Dans cette section, les résultats obtenus à l'Indice de sentiment de communauté 2 ainsi qu'à certaines questions ciblées sur la carte mentale produite par les participantes seront présentés. En premier lieu, les résultats seront comparés entre les participantes, puis les différences entre les résultats initiaux et finaux des participantes #1 et #3 seront présentées.

5.6.1. Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2)

La communauté identifiée par les participantes a été propre à chaque participante et n'a pas changé entre la collecte de donnée initiale et finale pour les participantes #1 et #3. La participante #1 a identifié son milieu de vie et la participante #3 a identifié un lieu de loisirs pour les deux collectes de données, et les participantes #2 et #4 ont identifié initialement un groupe d'ami(e)s comme communauté.

Lors de la collecte de données initiale, le score global moyen obtenu est de 45 ± 11 sur une possibilité de 72, avec une étendue allant de 28 à 55 sur 72. Le score obtenu pour chacune des participantes est présenté dans la Figure 9. Plus le score obtenu est élevé, plus cela signifie que le sentiment de communauté d'une personne est élevé.

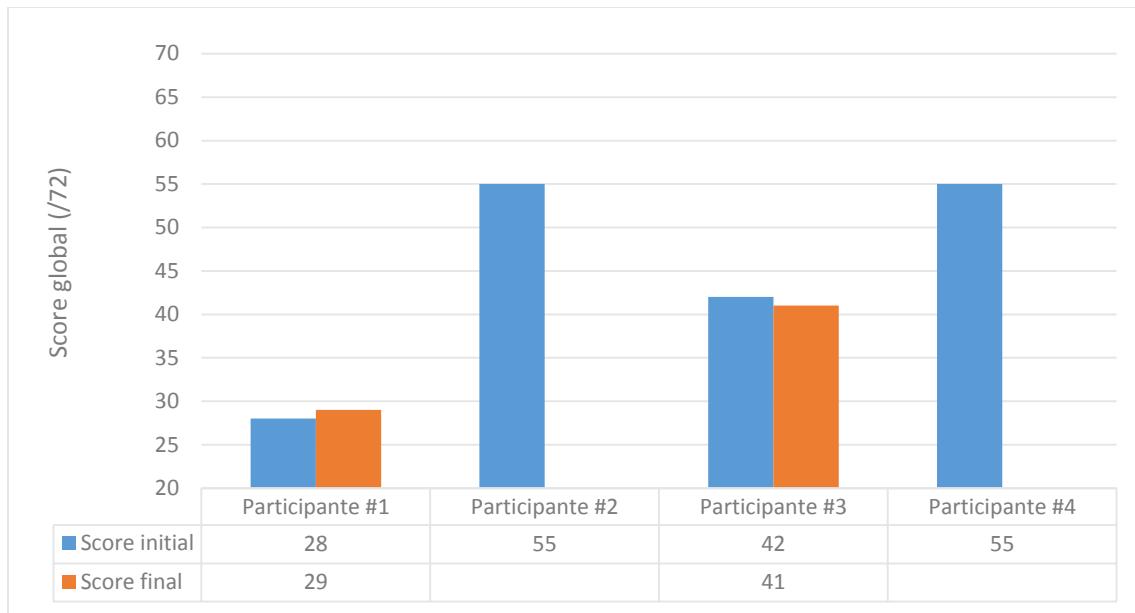


Figure 9. Scores globaux obtenus à l'ISC-2 pour chacune des participantes aux collectes de données initiales et finales.

Suite au processus d'accompagnement, on remarque que les scores globaux des participantes #1 et #3 ont très peu changé. Le score de la participante #1 a augmenté d'un point, alors qu'il a diminué d'un point pour la participante #3 (voir Figure 9 ci-haut). Cela veut donc dire qu'il n'y a pas eu de changement majeur suite au processus d'accompagnement quant au sentiment de communauté ressenti par les participantes selon cet outil.

Il a été demandé aux participantes d'identifier le niveau d'importance à faire partie de leur communauté à chacune des rencontres d'évaluation. Les résultats sont présentés dans la Figure 10. Trois des quatre participantes (#2, #3 et #4) considéraient comme très important de faire partie de leur communauté lors de la collecte de données initiale. La participante trouvait tout de même cela important. Lors de la collecte de données finale, la participante #3 a indiqué qu'il était toujours très important pour elle de faire partie de sa communauté, alors que la participante #1 est passée de « Important » à « Relativement important ». Faire partie de sa communauté est donc, dorénavant, un peu moins important pour elle.

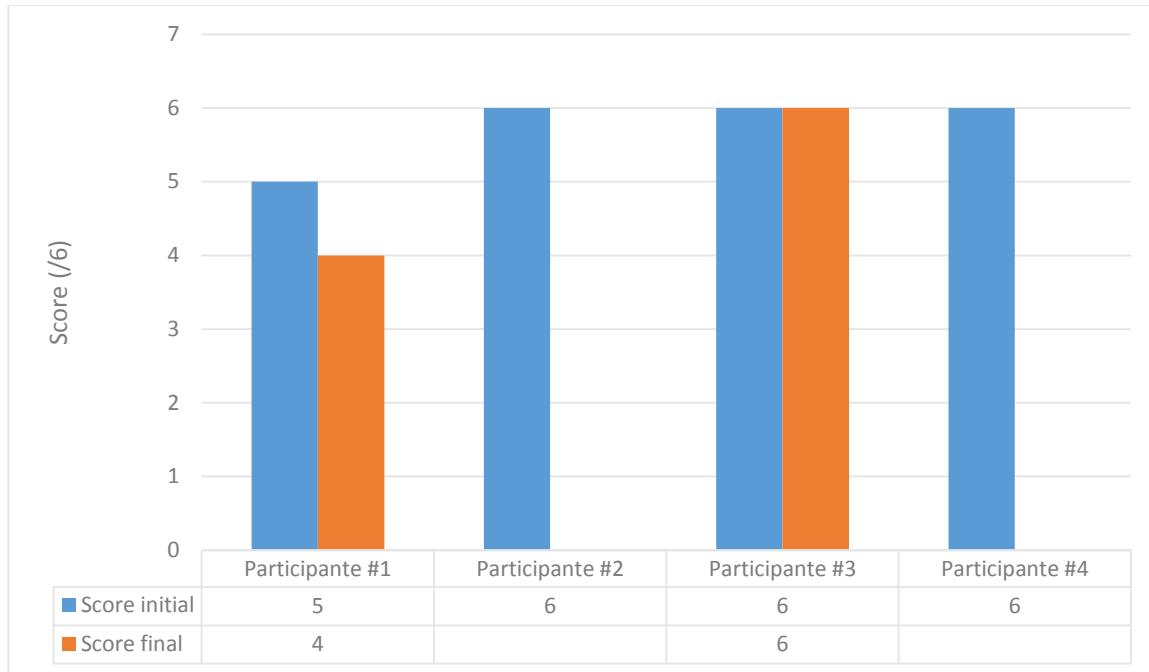


Figure 10. Scores initiaux et finaux obtenus pour chacune des participantes en regard au degré d'importance accordé à faire partie de la communauté identifiée

En ce qui concerne les scores des sous-échelles (voir Figure 11), on note une variabilité dans les scores obtenus aux sous-échelles par les participantes. Pour la satisfaction des besoins, le score moyen est de $11,3 \pm 3,8$ (min = 6, max = 14). Pour la participation, le score moyen est de $11,3 \pm 2,1$ (min = 9, max = 13). Pour l'influence, le score moyen est de $10,5 \pm 2,9$ (min = 7, max = 14). Enfin, pour la connexion émotive partagée, le score moyen est de $12,0 \pm 5,2$ (min = 6, max = 18). Plus le score obtenu à chacun des indicateurs est élevé, plus cela signifie que l'indicateur est présent chez la participante. Ces scores moyens montrent donc que les différents indicateurs sont assez présents pour les participantes #2 et #4, alors qu'ils le sont un peu moins pour les participantes #1 et #3. En effet, on peut voir que les participantes #2 et #4 ont obtenu des scores plus élevés que les participantes #1 et #3, ce qui laisse croire qu'elles ressentent, initialement, un sentiment de communauté plus important avant le début du processus d'accompagnement.

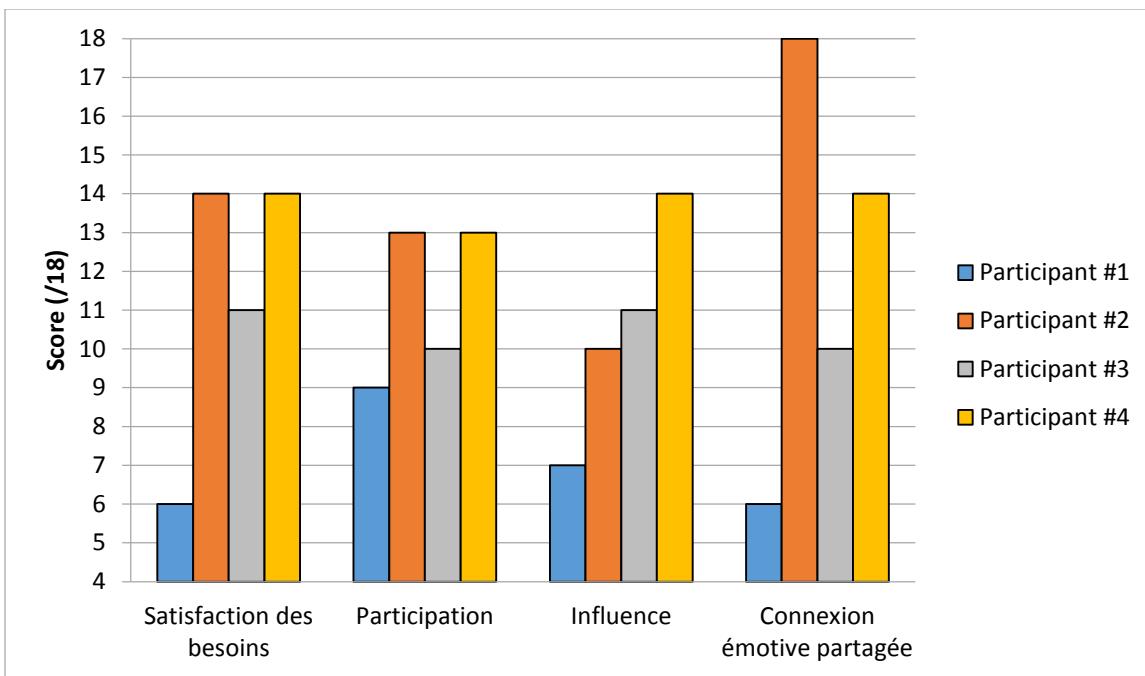


Figure 11. Scores initiaux obtenus pour chacune des participantes aux sous-échelles de l'ISC-2

Lorsque l'on regarde les différences obtenues entre les scores initiaux et finaux aux sous-échelles de l'ISC-2 pour les participantes #1 et #3 (voir Figure 12), on peut voir qu'il y a eu quelques changements. Pour la participante #1, aucun changement n'est observé pour la participation, l'influence et la connexion émotive partagée. On note seulement une amélioration d'un point au score de la satisfaction des besoins, plus précisément au niveau de la perception que les membres de sa communauté ont des besoins, des objectifs et des priorités similaires. Pour la participante #3, il n'y a aucun changement pour la satisfaction des besoins et la connexion émotive partagée. La participation a augmenté d'un point et l'influence a diminué de deux points. Plus précisément, pour la participation, les énoncés montrent que la participante reconnaît plus les membres de sa communauté et croit que celle-ci a plus d'éléments la distinguant des autres communautés, mais croit maintenant faire moins d'effort et investir moins de temps pour en faire partie. Pour l'influence, les énoncés montrent que la participante #3 croit avoir maintenant moins d'influence sur sa communauté et que celle-ci a moins de bons leaders.

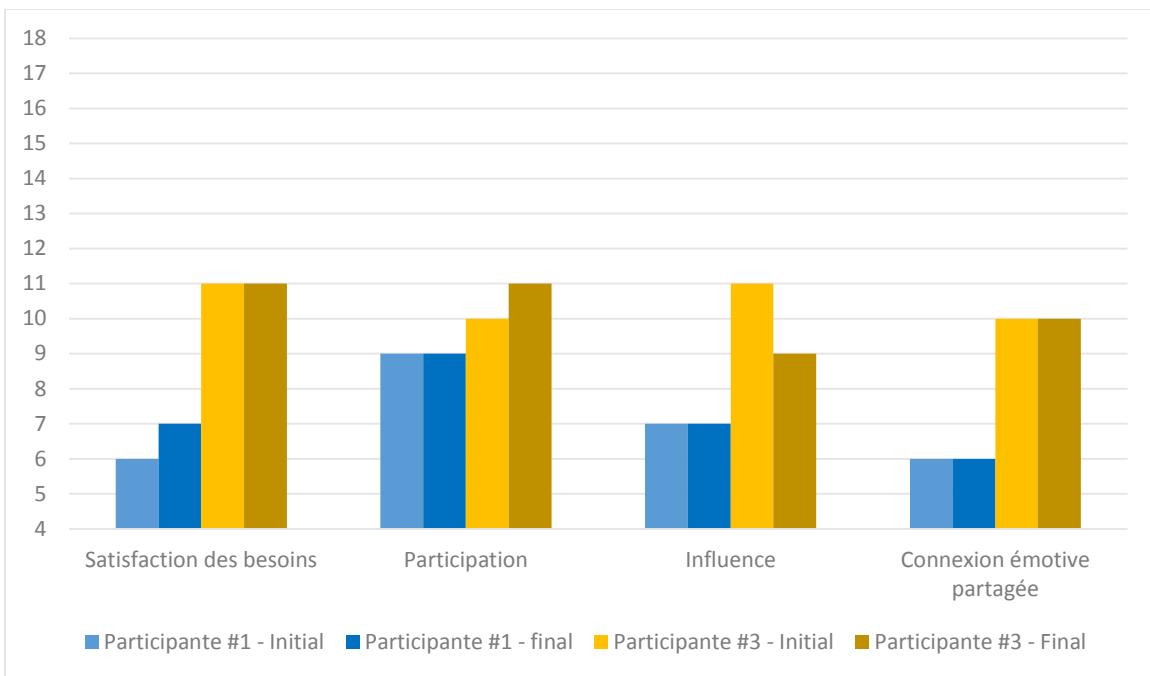


Figure 12. Scores obtenus aux sous-échelles de l'ISC-2 lors des collectes de données initiales et finales des participantes #1 et #3 (/18)

5.6.2. Entrevue suivant la production de la Carte mentale

Les questions posées afin de documenter la dimension psychologique de l'intégration communautaire des participantes portaient sur les éléments suivants: 1) lequel des endroits identifiés est le plus important; 2) où est ressenti le plus grand sentiment d'appartenance; 3) à quel lieu est associé le plus grand sentiment d'attachement; 4) s'il y a des éléments particulièrement aimés dans les lieux identifiés; 5) s'il y a des éléments moins aimés dans les lieux identifiés; et 6) s'il y a des problèmes ou des difficultés vécus dans les endroits identifiés. Les réponses spécifiques à chacune des participantes sont présentées dans le Tableau 8 de l'Annexe J. À noter que la question « À quel endroit êtes-vous le plus attaché ? » a été posée seulement lors de l'entrevue initiale de la participante #4 et lors des entrevues finales des participantes #1 et #3. Cette question a été jugée pertinente à poser suite aux premières entrevues avec les participantes #1, #2 et #3.

Pour le lieu le plus important pour les participantes (identifié par une flèche rouge dans les Annexes C à F), les réponses obtenues sont très variables et ont également changé entre l'entrevue initiale et finale pour les participantes #1 et #3. On retrouve le milieu de vie d'une participante, le milieu de vie de certains membres de la famille, un lieu de services et un lieu associé à une activité de loisir. Initialement, pour la participante #2, le lieu le plus important pour elle était la maison

d'un membre de sa famille (mère), alors que pour la participante #4, c'était ses balades en voiture qui étaient les plus importantes. Pour la participante #1, elle a d'abord identifié la maison de son fils lors de l'entrevue initiale, puis a identifié la maison de son ami lors de l'entrevue finale. Enfin, pour la participante #3, sa clinique médicale était initialement son endroit le plus important, alors que ce dernier est dorénavant son milieu de vie.

« Ben, de la minute que je suis sortie d'ici, moi je suis correcte. J'aime bien aller chez Jean-Guy. Dans ces temps-ci oui. » (Participante #1, entrevue finale)

« Ma mère. Parce que j'aime bien ma mère. » (Participante #2)

Pour le lieu où les participantes ont le plus grand sentiment d'appartenance (identifié par une flèche bleue dans les Annexes C à F), les réponses sont encore une fois très variables. On retrouve des milieux de vie, des milieux de vie de membres de la famille et un lieu de loisirs. D'abord, pour la participante #1, elle ressentait un grand sentiment d'appartenance à son milieu de vie lors de l'évaluation initiale. Ce dernier a changé suite au processus d'accompagnement et est maintenant la maison de son fils. Pour la participante #2, elle avait un sentiment d'appartenance chez sa mère. Pour la participante #3, il n'y a eu aucun changement entre l'entrevue initiale et finale. Elle ressent un sentiment d'appartenance à un lieu de loisirs qu'elle fréquente. Enfin, pour la participante #4, elle disait appartenir à son milieu de vie.

« Icitte. J'pense que c'est la seule place que j'appartiens. » (Participante #1, parlant de son milieu de vie, entrevue initiale)

« Oh. Oh. Chez mon gars peut-être, quand je vais là. Je sens... oui, j'aime ben mon gars. » (Participante #1, entrevue finale)

« Ben chez ma mère. J'ai même la clé. J'ai même la clé d'la maison. » (Participante #2)

Initialement, la participante #4 ressent un sentiment d'attachement avec son milieu de vie. Lors de l'entrevue initiale, les participantes #1 et #3 ont quant à elles identifié respectivement la maison d'un ami et un lieu de loisir comme étant l'endroit où elles ont un sentiment d'attachement.

Parmi les éléments particulièrement aimés dans les différents lieux identifiés par les participantes, on retrouve la réalisation de certaines activités, la rencontre de gens ou des membres de la famille et certaines caractéristiques de l'environnement social et physique des participantes. Plus précisément, pour la participante #1, elle appréciait initialement la nourriture et visiter sa famille. Après le processus d'accompagnement, elle a mentionné aimer avoir de la compagnie, la nourriture et faire des activités. Pour la participante #2, c'est surtout le service à la clientèle reçu dans les différents lieux de services identifiés qu'elle aime beaucoup. La participante #3 a fourni des réponses similaires aux deux entrevues. Apprendre de nouvelles choses, faire des courses (magasiner, épicerie), rencontrer des gens et jouer au bingo et à l'ordinateur sont les éléments se répétant dans les deux entrevues. Initialement, elle avait également identifié apprécier se relaxer, et lors de l'entrevue finale, elle a mentionné aimer le confort et la tranquillité de son logement ainsi que l'aide offerte dans les différents lieux de services. Enfin, pour la participante #4, elle aime particulièrement les balades en voiture, la nature, la nourriture thaïlandaise et l'herboristerie.

« Ah y'a toute ! Quand moi j'suis là chez eux, eux autres... Moi c'est le cœur qui marche. Quand j'ves là. Toute, j'aime toute. Même si y me font courir, même si y me font faire des choses, j'aime toute pareil. J'aime ça, c'est moi qui veut y aller, fait que j'y va. Pis mes gars c'est pas pareil. » (Participante #1, parlant de ce qu'elle aime chez ses fils, entrevue initiale)

« Non... Ben, j'aime... J'aime regarder la télévision. J'aime ça. J'aime manger aussi, fait que... Ça dépend des places, là, y en a que je triche. Mais euh, à part de ça, j'aime pas mal tout... Qu'est-ce qu'ils m'offrent là, les journées. » (Participante #1, entrevue finale)

« J'aime ben les services qui rendent à la quincaillerie, à pharmacie aussi. La courtoisie des lieux, toute ça... » (Participante #2)

« Où c’que j’apprends j’aime ça. À [nom d’un lieu de services] c’est bon aussi, tu rencontres du monde pis qu’est-ce qu’on peut aller chercher là ben on n’a pas besoin de l’acheter. Mais le bingo, c’est l’fun. Quand j’y vas pis que j’gagne, j’suis ben contente. Quand j’gagne pas ben j’suis ben déçue. J’aime relaxer. Jouer avec l’ordinateur. » (Participante #3, entrevue initiale)

« [Mon loyer] c’est confortable, c’est tranquille. À [lieu de loisirs] c’est autre chose, il y a des ordinateurs, on peut jouer avec l’ordinateur. Pis rencontrer du monde aussi, c’est important. J’aime faire l’épicerie ! [Lieu de services] ça nous aide. On donne 5\$ pis on... ils nous donnent pas mal d’affaires, ça nous fait économiser sur l’épicerie. [Lieu de services] c’parce qu’on apprend. [Au bingo] c’est quand qu’on gagne de l’argent. Mais ça fait passer une veillée aussi parce que mon chum il travaille de soir, pis quand je ne sais pas quoi faire, ben, je vais au bingo. » (Participante #3, entrevue finale)

Les éléments moins appréciés sont assez uniques à chacune des participantes. En effet, la participante #1 a initialement mentionné ne pas aimer la propriétaire de sa résidence en lien avec un conflit survenu. Lors de la collecte de données finale, ce conflit était maintenant réglé et la participante a plutôt identifié cette fois ne pas aimer les baisses d’énergie ressenties lorsqu’elle réalise des activités. La participante #2 a mentionné ne pas avoir d’élément qu’elle aime moins dans les lieux identifiés. La participante #3 a initialement identifié les mauvaises nouvelles médicales et les gens dérangeants qui parlent fort comme étant des éléments moins aimés. Lors de l’entrevue finale, ce qu’elle aimait moins était les propos déplacés que certaines personnes lui adressaient à l’occasion. Enfin, pour la participante #4, c’est surtout de faire des courses (épicerie, magasinage) qui est peu apprécié.

« Ah y’a la patronne. La patronne une fois a m’a répondu bête pis j’ai pas aimé ça. J’y avais dit j’avais d’la misère à manger, pis a me croyait pas elle là. [...] A dit «Si vous mangez pas, on va vous envoyez d’icitte». Quand a m’a dit ça là, ça m’a fait mal. Depuis c’temps-là, j’mange pareil là mais j’mange de force. Parce que j’ai peur de m’en aller. J’voudrais pas, j’trop bien icitte. » (Participante #1, entrevue initiale)

« Je viens fatiguée. Ça dépend des places, là, je vais venir plus fatiguée que d'autres places. L'énergie que je perds un peu, ouin. » (Participante #1, entrevue finale)

« Des fois y'a la clinique, on n'aime pas tout l'temps ce qui ont à nous annoncer. Mais des fois aussi quand tu vas au restaurant, y'a plein de monde pis y'en a ben... Ça parle fort, pis ça dérange les autres un peu. Des fois c'est moins tranquille. » (Participante #3, entrevue initiale)

« Ben c'est sûr qu'on est en public hein, il y a toutes sortes de monde. Ça, ça fait partie des choses que j'aime moins, là. Il y a tout le temps du monde qui ont quelque chose à dire, hein ? Ben des fois, c'est envers moi, là. » (Participante #3, entrevue finale)

Parmi toutes les participantes, seule la participante #4 a été en mesure d'identifier un problème qu'elle vit dans les lieux identifiés sur sa carte mentale. En effet, elle souffre de solitude et a de la difficulté à trouver une personne avec qui réaliser ses activités. La participante #1, elle, mentionne clairement ne pas vouloir avoir de problème, ce qui explique pourquoi elle n'en a identifié aucun.

« Fille moi j'aime pas les problèmes. J'en ai assez eu là. » (Participante #1, entrevue initiale)

Pour résumer, le lieu important pour les participantes était très variable, mais constituait soit le milieu de vie, celui d'un membre de la famille ou d'un ami, ou un lieu de services ou de loisirs. Après le processus d'accompagnement, les deux participantes n'avaient plus le même lieu comme endroit le plus important pour elles. Il y avait également une variabilité dans les réponses obtenues concernant le lieu où les participantes ressentaient le plus grand sentiment d'appartenance (milieu de vie, milieu de vie de famille et ami, lieu de services ou de loisirs). Suite au processus d'accompagnement, la participante #1 n'avait plus le même lieu comme endroit où elle a le plus grand sentiment d'appartenance, alors que la participante #3 a conservé le même lieu. Le sentiment d'attachement est également propre à chacune des participantes, soit un milieu de vie, la maison d'un ami et un lieu de loisir. Parmi les éléments aimés, on retrouve la réalisation de

certaines activités (ex. : manger, regarder la télévision, les balades en voiture, le bingo, le magasinage), la rencontre de gens ou des membres de la famille et certaines caractéristiques de l'environnement social et physique des participantes. Les éléments moins aimés sont aussi la réalisation de certaines activités (ex. : faire l'épicerie, magasiner), certaines caractéristiques de l'environnement social, les baisses d'énergie associées aux activités ainsi que les mauvaises nouvelles reçues. Une seule participante a identifié un problème rencontré dans les lieux fréquentés. Il semblerait que la solitude et la difficulté à trouver un partenaire d'activités s'avèrent problématiques.

5.7. Passation des outils d'évaluation avec la population à l'étude

Les ajustements suggérés dans la section 5.2 ont donc été inclus dans l'administration des différents outils. La section « Méthode » présente de façon détaillée l'administration des outils avec les participantes à l'étude.

L'administration de l'ÉPS-10 s'est bien déroulée avec l'ensemble des participantes. Certains mots ou questions ont été reformulés pour assurer la juste compréhension des participantes lorsque celles-ci le demandaient. Par contre, les réponses étaient peu nuancées et ne reflétaient pas toujours la verbalisation associée à la réponse. Par exemple, les participantes pouvaient s'exclamer « Oh oui ! » et verbaliser avoir plusieurs personnes dans leur entourage pour les conseiller en cas de besoin. Cependant, lorsque les choix de réponse leur étaient présentés, très peu utilisaient le choix « Fortement d'accord » et optaient plutôt pour le « D'accord ». Il est donc pertinent de se questionner sur la compréhension des participantes en regard aux nuances offertes dans les choix de réponse, ou s'il devrait y avoir moins de choix de réponse.

L'administration de l'Évaluation des habitudes de déplacements s'est également bien déroulée. Globalement, les participantes répondraient facilement aux questions et étaient capables de fournir des exemples de sortie pour corroborer leurs réponses. Il n'y a eu que la participante #1 avec laquelle l'administration s'est avérée plus problématique. En effet, cette participante rapporte avoir beaucoup de difficultés avec sa mémoire et elle se disait parfois incapable de se rappeler si elle était sortie, ou quand elle avait effectué une sortie. Un autre point à considérer est le fait que dans certains cas, les participantes étaient confrontées à une situation de vie particulière au moment

de l'entrevue. Par exemple, la participante #4 était malade et venait de sortir d'une hospitalisation au moment de l'entrevue initiale. Donc, en analysant ses déplacements dans les quatre dernières semaines, ses résultats n'étaient pas représentatifs de ses déplacements usuels, et cela altérait de façon importante son score global. Enfin, il y a une certaine ambiguïté quant à la cotation de l'outil. En effet, certaines participantes utilisaient parfois plusieurs modes pour se déplacer, et elles se retrouvaient donc à avoir parfois besoin d'une aide humaine alors qu'elles étaient parfois autonome pour d'autres déplacements. Cependant, l'outil prend en considération seulement si la personne a besoin ou non d'aide. Dans le cadre de cet essai, les participantes ont été cotées de la façon la plus sévère, soit en considérant qu'elles avaient besoin d'une aide humaine même si ce n'était requis que pour un seul déplacement. Cela a donc eu un impact important également sur leur score global, ce qui peut affecter l'analyse des résultats de cette étude.

Pour l'ISC-2, l'administration de l'outil a été plus ardue. En effet, la plupart des questions ont dû être reformulées et expliquées aux participantes puisque ces dernières ne comprenaient pas leur sens. Dans d'autres situations, les participantes étaient en accord avec une partie de l'énoncé, et en désaccord avec l'autre partie. Elles avaient donc du mal à se prononcer sur ces énoncés. Comme avec l'ÉPS-10, les réponses étaient peu nuancées, ce qui peut amener un questionnement quant à la compréhension des participantes en regard à la différence entre chacun des choix de réponse.

Enfin, pour la carte mentale, plusieurs constats peuvent être faits. D'abord, ce médium a été apprécié des participantes et a facilité les échanges. La production papier a aidé grandement l'étudiante-chercheure à questionner les participantes sur des points précis de la production sans avoir à prendre beaucoup de notes. La consigne a généralement été bien comprise. Cependant, comme mentionné précédemment, certaines participantes étaient plus réticentes et ont dû être encouragées par l'étudiante-chercheure. La production d'un petit exemple et la suggestion de lieux à mettre sur la carte a également été un élément facilitant pour la production de la carte mentale. Les formes pré découpées n'ont pas été utilisées spontanément par les participantes. Toutefois, pour la participante #3, ces formes lui ont permis d'organiser sa production afin de placer ses lieux selon leur configuration géographique réelle. Ce médium a également permis de documenter d'autres éléments de la vie des participantes qui n'ont pas nécessairement fait l'objet d'une question. Par

exemple, toutes les participantes ont identifié, lors de l'entrevue initiale, une problématique qu'elles vivaient à ce moment de leur vie, comme un conflit avec l'environnement social, une possible situation d'abus et même de la maladie grave chez un membre de la famille. Donc, cet outil a permis de documenter divers éléments en plus des dimensions physique, sociale et psychologique de l'intégration communautaire.

6. DISCUSSION

6.1. Retour sur les objectifs de recherche

Ce projet de recherche avait pour but de décrire la perception des personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale ou une problématique psychosociale participant au projet APIC en regard à leur intégration communautaire, plus particulièrement à la dimension physique, sociale et psychologique. Également, ce projet avait pour but de décrire le processus de passation des outils d'évaluation, particulièrement la carte mentale, et les enjeux que l'administrateur peut rencontrer en les utilisant avec cette clientèle.

6.2. Informations obtenues dans les cartes mentales

Il est intéressant de constater que les cartes mentales obtenues sont très similaires à celles obtenues par Townley, Kloos et Wright (2009). En effet, le nombre moyen de lieux identifiés ainsi que l'étendue (moyenne : 9; étendue : 1-15) est similaire à celui obtenu par ces auteurs (moyenne : 7,44; étendue : 4-14). Également, un pourcentage similaire de production était conforme avec la disposition géographique réelle dans ces deux études, soit 60 % dans cette étude et 65 % dans l'étude de Townley, Kloos et Wright (2009). Un autre élément comparable est les façons très diversifiées de représenter les lieux, surtout en regard aux repères géographiques et à la perspective utilisée. Enfin, les types de lieux identifiés dans les deux études sont similaires. On retrouve le milieu de vie, les lieux sociaux (famille, ami) et de loisirs, et les lieux de services dans l'ensemble des productions. Seule la participante #3 a indiqué un lieu de productivité, et les participantes #2 et #3 ont indiqué des lieux de santé (pharmacie, clinique médicale, hôpital), semblables aux participants de l'étude de Townley, Kloos et Wright (2009). Il est intéressant de voir que, contrairement à l'étude de ces auteurs, les participantes ont aussi indiqué des lieux représentant un environnement naturel dans leurs cartes mentales. Ceci est possiblement expliqué par le fait que, contrairement à l'étude de ces auteurs, l'étudiante-rechercheure a spécifié que les lieux n'étaient pas obligatoirement des environnements construits, comme des bâtiments.

6.3. Dimension physique

Les résultats de l'Évaluation des habitudes de déplacements montrent que la mobilité de la participante #1 et de la participante #3 demeure stable suite au processus d'accompagnement. Elles

se rendent sensiblement dans les mêmes aires de mobilité à la même fréquence et avec le même type d'aide ou de façon indépendante. La participante #1 est cependant moins indépendante dans ses déplacements, mais sort plus fréquemment et plus loin de chez elle, puisqu'elle passe maintenant du temps dans sa ville plutôt que dans son voisinage et qu'elle nécessite l'assistance d'une personne pour la conduire en ville. La fréquence des sorties de la participante #3 demeure stable mais sont dorénavant plus réalisées dans son voisinage qu'à l'extérieur de sa ville. On note une diminution de son indépendance à se déplacer à l'intérieur de sa ville puisqu'elle nécessite l'aide d'une personne pour la conduire, mais se rend maintenant de façon autonome à l'extérieur de sa ville.

De façon plus générale, les participantes sont dépendantes d'une personne pour réaliser la plupart de leurs déplacements, et passent plus de temps dans leur milieu de vie ainsi que sur le terrain de leur domicile plutôt que dans leur voisinage, ville ou à l'extérieur de leur ville. Ces résultats sont corroborés par les résultats obtenus avec la carte mentale. En effet, on observe que le lieu le plus investi par les participantes est leur milieu de vie, et que le processus d'accompagnement n'a pas modifié cela. Cet investissement du milieu de vie est cohérent et surpassé même les résultats de l'étude de Townley, Kloos et Wright (2009), où 72 % de leur participants passaient le plus de leur temps à la maison. Ces résultats peuvent refléter un certain isolement chez cette clientèle. Également, la dépendance envers autrui pour les déplacements s'est reflétée dans les verbalisations des participantes lors de l'administration de la carte mentale. D'ailleurs, ce manque de disponibilité du transport a été souligné comme étant parfois un obstacle à la réalisation d'activités dans la communauté.

La carte mentale a également permis d'observer divers changements dans les activités réalisées, de documenter les endroits où les participantes aimeraient aller et les obstacles qui les en empêchent ainsi que les endroits où elles se rendent et à quelle fréquence elles s'y rendent. D'abord, on remarque que le processus d'accompagnement a permis aux participantes #1 et #3 de s'investir dans de nouvelles activités qui sont poursuivies ou qui vont être poursuivies suite à l'arrêt de l'accompagnement. La participante #1 s'investit dans plus d'activités de loisirs, notamment au sein de sa résidence, et participe maintenant à une tâche domestique. Pour la participante #3, une

activité de loisir saisonnière ainsi que la participation à un nouveau groupe font maintenant partie de ses activités significatives.

Cependant, on remarque une certaine discordance entre les réponses obtenues avec l'Évaluation des habitudes de déplacements et avec la carte mentale en regard à la fréquence à laquelle les participantes se rendent dans les différents lieux et aires de mobilité. Initialement, la participante #1 a dit ne pas aller dans l'aire de mobilité 4 (dans sa ville), alors qu'elle a mentionné lors de la réalisation de la carte mentale se rendre chez sa sœur environ une fois aux deux mois. Également, lors de l'évaluation finale, elle a mentionné se rendre moins de une fois par semaine dans sa ville, alors qu'avec la carte mentale, elle a affirmé aller chez un ami de façon hebdomadaire. Pour la participante #3, c'est initialement qu'elle a mentionné se rendre de quatre à six fois par semaine à l'extérieur de sa ville, alors que lors de la discussion suivant la production de la carte mentale, elle a identifié se rendre à l'extérieur de sa ville pour jouer au bingo seulement trois fois par semaine. Également, elle mentionne se rendre plus fréquemment dans son voisinage que lors de l'évaluation initiale, mais a pourtant déménagé durant le processus d'accompagnement et est maintenant beaucoup plus loin des lieux qu'elle fréquente. Plutôt que d'être dans son voisinage, ceux-ci sont maintenant dans les limites de sa ville et elle nécessite de l'assistance pour s'y rendre.

Ces discordances montrent qu'il est intéressant d'utiliser ces deux outils d'évaluation en complémentarité afin de trianguler les informations. Le score obtenu à l'Évaluation des habitudes de déplacements pourrait être différent si le questionnaire était coté avec les informations obtenues avec la carte mentale, mais il est également possible que les participantes aient pensé à d'autres sorties effectuées lors de la passation de l'outil quantitatif et que ces sorties n'aient pas été représentées sur la carte mentale et donc, n'aient pas été abordées. Il est également possible que leur problématique de santé mentale ait un impact au niveau cognitif, ce qui pourrait expliquer les variations dans les réponses aux différents outils d'évaluation. Il pourrait donc être pertinent de procéder à l'ajustement ou à une révision des réponses de l'Évaluation des habitudes de déplacements avec les participantes suite à la passation de la carte mentale pour valider les réponses données.

L'étendue des déplacements est assez similaire entre les participantes, puisqu'elles se rendent toutes dans les mêmes aires de mobilité et ce, malgré la nécessité pour certaines d'avoir une assistance pour s'y rendre. Ceci est d'ailleurs similaire aux résultats obtenus par Townley, Kloos et Wright (2009) qui ont observé qu'il n'y avait pas de différence dans l'étendue des déplacements entre le fait d'avoir ou non un permis de conduire et une voiture à sa disposition.

En somme, le projet APIC a eu comme effet d'ajouter des activités dans le quotidien des participantes, autant dans le milieu de vie qu'à l'extérieur de celui-ci, mais n'a eu que peu d'influence sur les aires de mobilité atteintes. De plus, certains changements dans la mobilité (fréquence des sorties, lieux visités, aide requise) des participantes et dans la réalisation de certaines activités sont attribuables à des facteurs externes, comme un déménagement, un changement de saison et une plus grande disponibilité de leur entourage. Cela pourrait donc vouloir dire que les participantes s'actualisent principalement dans les mêmes lieux suite à leur participation au projet APIC.

6.4. Dimension sociale

Les résultats obtenus à l'ÉPS-10 montrent que la participante #2 a obtenu un score presque parfait (39/40), ce qui signifie que son environnement social est disponible et comble ses besoins. C'est d'ailleurs peut-être pour cette raison que cette participante n'a pas senti le besoin d'avoir un accompagnement pour l'aider dans la réalisation d'activités, ce qui l'a amené à abandonner le projet APIC. Pour la participante #4, elle a également un environnement plus soutenant que les participantes #1 et #3.

Pour ces deux dernières participantes, la disponibilité de leur soutien social a légèrement augmenté suite au processus d'accompagnement. On remarque que les deux participantes se sentent davantage compétentes et valorisées par leur entourage. Cet élément est d'ailleurs abordé par la participante #1 dans la discussion suivant la production de la carte mentale. En effet, elle mentionne participer maintenant à certaines activités de sa résidence, comme le dessin, et le produit final de ces activités est souvent exposé aux autres résidents. La participante a d'ailleurs mentionné recevoir des compliments sur la qualité de certaines de ses productions et apprécier cela.

La participante #3 a moins de gens sur qui compter en cas de besoin bien qu'elle perçoive avoir plus de gens avec qui discuter de situations ou de décisions importantes. Elle explique d'ailleurs cette situation par le fait qu'elle demeure maintenant seule plutôt qu'avec son conjoint et qu'il n'y a personne dans son bloc d'appartements pour l'aider en cas de besoin.

La carte mentale a permis de valider certaines informations, mais a également permis d'aller chercher plusieurs informations complémentaires. On observe donc que toutes les participantes ont un réseau social composé d'au moins un membre de la famille et d'un(e) ami(e). La participante #1 compte maintenant un ami de plus dans son réseau social, qui est une personne significative pour elle puisqu'il lui donne le sentiment d'être acceptée malgré une difficulté à s'intégrer. La participante #3 compte, quant à elle, moins de personne dans son environnement social, ce qui est possiblement expliqué par une fréquentation diminuée de certains lieux et par son déménagement. Elle se sent bien acceptée au sein des établissements de loisirs et de services qu'elle fréquente, à l'exception de la banque et de l'épicerie où elle sent qu'il y est plus difficile de s'intégrer. Les deux participantes ne fréquentent pas de lieu où elles ne se sentent pas acceptées. Toutes les participantes ont abordé, autant lors des productions initiales et finales, les dynamiques entourant certaines de leurs relations sociales. On remarque particulièrement des changements positifs pour la participante #1 qui a réglé un conflit avec un membre de son entourage, qui a un nouvel ami et qui discute davantage avec les autres membres et le personnel de la résidence. Ces dynamiques sociales ont donc fort probablement une influence sur leur intégration communautaire ainsi que sur leur sentiment d'appartenance à leur communauté.

En somme, certains changements ne sont pas dus au projet APIC, comme l'ajout de certaines relations sociales, mais le projet a tout de même eu un impact positif en regard au sentiment de compétence et de valorisation des participantes. En effet, le projet APIC a amené les participantes à pratiquer de nouvelles activités à travers lesquelles elles se sentent bien et reçoivent de la rétroaction positive provenant de leur environnement social. Il est possible de penser que c'est peut-être cette augmentation de la valorisation et de sentiment de compétence qui aurait entraîné une augmentation de confiance en soi, ce qui aurait permis l'ajout de certaines relations sociales. Donc, il est possible que le projet APIC ait pu contribuer indirectement à l'augmentation du nombre de relations sociales des participantes.

6.5. Dimension psychologique

Les résultats de l'ISC-2 montrent que les participantes #2 et #4 ont obtenu un score global plus élevé que les participantes #1 et #3, démontrant que leur sentiment de communauté est initialement plus fort. Pour la participante #1, le sentiment que les membres de sa communauté ont des besoins, des objectifs et des priorités similaires est dorénavant plus grand, et il est également moins important pour elle de faire partie de sa communauté. La participante #3, quant à elle, se sent qu'elle a moins d'influence sur sa communauté et qu'il y a moins de bons leaders au sein de celle-ci, croit investir moins de temps et d'effort pour en faire partie, mais se sent plus capable de reconnaître les membres de sa communauté et de les distinguer des autres communautés.

Pour les résultats de la carte mentale, il est intéressant de constater que pour la majorité des participantes, la communauté identifiée dans l'ISC-2 se retrouve dans leur carte mentale. Ceci montre donc que leur communauté fait référence à un lieu auquel elles accordent de l'importance. Un autre fait intéressant est que le lieu considéré comme étant le plus important par les participantes, en considérant autant les productions initiales que finales, est différent pour chacune des participantes. Il s'agit autant du milieu de vie que de lieu de services, de loisirs, d'environnement naturel ou de milieu de vie de membres de la famille ou d'amis. Également, le lieu où les participantes ressentent le plus grand sentiment d'appartenance varie beaucoup. La participante #3 a identifié autant lors de la rencontre initiale que la rencontre finale un lieu de loisir, alors que les autres participantes ont identifié soit le milieu de vie, soit celui d'un membre de la famille. Le sentiment d'attachement est également différent d'une participante à l'autre. Cela montre donc que même si les participantes ont certaines caractéristiques similaires, il n'est pas possible d'établir un portrait commun pour cette clientèle en regard à leurs perceptions de la dimension psychologique de leur intégration communautaire.

Si l'on regarde les convergences entre le lieu où les participantes passent le plus de leur temps, le lieu le plus important, celui où elles ont le plus grand sentiment d'appartenance et celui où elles sont le plus attachées, on remarque qu'il n'y a aucune convergence complète chez ces participantes. En effet, il n'y a aucun lieu qui remplit tous ces rôles à la fois. Par contre, il y a tout de même certaines convergences chez les participantes. D'abord, il y a une convergence initialement chez la participante #1 entre le lieu où elle a le plus grand sentiment d'appartenance

et celui où elle passe le plus de temps (milieu de vie). Puis, lors de la rencontre finale, il y a une convergence entre le lieu où elle est attachée et celui qui est le plus important pour elle (maison d'un ami). Ensuite, pour la participante #2, la maison de sa mère est à la fois l'endroit où elle ressent un sentiment d'appartenance et celui qu'elle considère comme étant le plus important. Pour la participante #3, il n'y avait initialement aucune relation entre les lieux identifiés sur sa carte mentale, puisque les trois lieux donnés comme réponse étaient tous différents. Par contre, lors de la rencontre finale, son milieu de vie était l'endroit le plus important et où elle passait le plus de son temps, et un lieu de loisir était un endroit où elle se sentait attachée et où elle ressentait un sentiment d'appartenance. Enfin, pour la participante #4, il y a une convergence entre le lieu où elle passe le plus de son temps, celui où elle a le plus grand sentiment d'appartenance et celui où elle ressent de l'attachement (milieu de vie).

Donc, en dépit du sentiment d'appartenance et du temps passé dans le milieu de vie, les lieux se rapportant à l'environnement social (famille, amis) sont souvent les lieux le plus importants pour les participants. Même si la plupart des lieux identifiés sur les cartes sont des lieux de services, ils sont très peu investis affectivement.

Ces résultats ne rejoignent pas ceux obtenus par Townley, Kloos et Wright (2009). En effet, le milieu de vie était l'endroit le plus important pour 45 % des participants, et était celui ayant le plus grand sentiment d'appartenance pour 55 % des participants. De plus, 58 % des participants avaient le même lieu identifié comme le plus important, celui où ils avaient le plus grand sentiment d'appartenance et où ils passaient le plus de leur temps. Les lieux de services étaient également beaucoup investis chez leurs participants, ce qui n'est pas le cas dans l'étude actuelle. Il est possible que cette différence soit due aux questions et à la compréhension par exemple, que les participantes à l'étude actuelle ait fait davantage de distinction entre les différents concepts (importance, appartenance et attachement). Il est à noter que le concept d'attachement a été ajouté suite aux premières évaluations effectuées avec la carte mentale et aux explications données par les participantes #1, #2 et #3.

En somme, le projet APIC a eu peu d'effets sur la dimension psychologique de l'intégration communautaire des participantes selon l'ISC-2. En effet, leur scores à l'évaluation du sentiment de communauté est restée la même, et leur vision de celle-ci a très peu changé. D'ailleurs, ces

changements ainsi que ceux observés avec la carte mentale sont probablement plus attribuables à des facteurs externes au projet APIC, notamment le déménagement de la participante #3 et le début d'une nouvelle amitié chez la participante #1. Il est pourtant intéressant d'observer que les perceptions subjectives dans cette dimension obtenues à l'aide de la carte mentale évoluent avec le temps de façon positive dans cette étude.

6.6. Retour sur les outils d'évaluation

L'Évaluation des habitudes de déplacements est un outil très intéressant pour documenter les déplacements d'une personne, leurs fréquences ainsi que le niveau d'autonomie de la personne pour se rendre dans les différents lieux. Il est également assez court à administrer. Cependant, il offre un portrait transversal de la situation d'une personne dans le temps, et ce portrait peut facilement être affecté par différents événements de la vie d'une personne. Dans cette présente étude, la passation de l'outil a dû être adaptée pour une participante puisque cette dernière avait été hospitalisée et venait juste de retourner à la maison lorsqu'elle a été évaluée. Il a donc été question de documenter ses habitudes de déplacements normales plutôt que celles des quatre dernières semaines qui n'étaient pas du tout représentatives. Également, le système de cotation laisse une zone grise quant au niveau d'autonomie de la personne dans ses déplacements. En effet, si une personne se rend à l'extérieur de sa ville en autobus pour une activité et en se faisant conduire par son mari pour se rendre à une autre activité, la personne est à la fois autonome et dépendante dans cette aire de mobilité. Or, la cotation ne prend pas en considération cet élément, et le niveau inférieur est retenu, ce qui affecte le score du participant et reflète donc moins bien le degré d'autonomie réel du participant.

Pour l'Échelle de provisions sociales, le temps d'administration a été très satisfaisant et les questions ont généralement été bien comprises par les participantes. Par contre, il est pertinent de se questionner sur la compréhension des participantes en regard aux choix de réponse offerts pour manifester leur degré d'accord ou de désaccord. Dans le cadre de cet essai, les participantes ont peu nuancé leurs réponses, et celles-ci n'étaient pas toujours cohérentes avec les verbalisations complémentaires données par les participantes. Cet outil a été validé auprès d'une vaste population ($N = 2433$) ayant des caractéristiques très diversifiées, et comprenant 21,46 % de personnes âgées de 55 ans et plus (Caron, 2013). Cependant, aucun participant dans cette étude de Caron (2013)

n'avait de problématique en santé mentale. Or, certaines études, dont celle de Bunce, Tzur, Ramchurn, Gain et Bond (2008), ont démontré que les troubles de santé mentale peuvent avoir un impact significatif sur certaines des habiletés cognitives des personnes âgées. Il serait donc intéressant de valider cet outil auprès de personnes âgées ayant une problématique de santé mentale afin de confirmer ses propriétés métrologiques avec cette clientèle. Considérant que les scores des deux participantes ayant cessé ou moins bénéficié du processus d'accompagnement étaient plus élevés, il pourrait être intéressant de considérer cet outil (score global) pour discriminer les personnes quant à leurs besoins au niveau de la dimension sociale.

Pour l'ISC-2, le temps de passation a également été satisfaisant. Cependant, la compréhension des énoncés a été très ardue pour les participantes et les réponses, tout comme dans l'ÉPS-10, ont été très peu nuancées. Cet outil a été validé dans plusieurs pays d'Amérique du Nord et du Sud, d'Asie et du Moyen-Orient, et auprès de groupes provenant de différents milieux et contextes (ville, banlieue, campagne, université, communauté virtuelle, etc.) (Paradis, s.d.). Or, les problématiques de santé mentale ne font pas partie des caractéristiques des populations à l'étude. De plus, l'outil a été beaucoup testé auprès d'étudiants et d'employés. Il est donc pertinent de questionner la validité écologique de cet outil auprès de la population étudiée dans le cadre de cet essai en regard au niveau de littératie des participants. En effet, le niveau de langage utilisé dans les énoncés pourrait être à l'origine des difficultés de compréhension des participantes. Il pourrait donc être pertinent de simplifier les énoncés et de les valider avec cette clientèle, ou encore d'utiliser un autre outil d'évaluation validé avec cette clientèle.

Enfin, pour la carte mentale, le temps de passation a été relativement court et toutes les participantes ont apprécié de la réaliser malgré certaines réticences. Cet outil a permis de documenter les trois dimensions de l'intégration communautaire, en recueillant par exemple, des informations comme l'étendue des déplacements, les lieux fréquentés et investis, la valeur accordée à ces lieux, la nature, l'étendue et la dynamique des relations sociales ainsi que le sentiment d'appartenance à certains lieux. Les forces relevées de cet outil sont d'abord qu'il est un médium expressif, même ludique, qui permet et facilite les échanges. Aussi, la carte mentale permet de documenter la personne dans sa globalité (autant ses capacités que son environnement, ses ressources, ses activités et ses déplacements), et l'activité en soi peut être évaluée en observant

les composantes cognitives et affectives en lien avec la réalisation du dessin. Enfin, cet outil est facilement adaptable et l'évaluateur peut orienter les questions et la discussion pour obtenir les informations souhaitées. Toutefois, cet outil comporte également certaines limites. En effet, il apparaît évident qu'il est plus difficile à utiliser avec des gens ayant des limitations cognitives. Ceci requiert des ajustements et parfois un accompagnement assez soutenu dans la réalisation de la tâche (donner des exemples, des suggestions, etc.). Enfin, il est probable que le niveau d'intérêt des participants envers le dessin peut affecter leur engagement dans la tâche et la production.

6.7. Forces et limites de l'étude

Cette section présente les forces et les limites de l'étude en considérant le cadre conceptuel choisi, la méthode utilisée ainsi que les analyses effectuées et les résultats obtenus.

6.7.1. Forces

Cette étude comporte plusieurs forces lorsque l'on regarde le cadre conceptuel et la méthode utilisés. D'abord, le cadre conceptuel proposé par Wong et Solomon (2002) permet d'analyser le concept d'intégration communautaire en profondeur et de considérer tous les éléments pertinents lors de la collecte de données et de l'analyse des résultats. Ensuite, l'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation, soit la carte mentale, est un élément positif puisque cette recherche permet l'avancement des connaissances par rapport à cet outil encore trop peu utilisé en ergothérapie. Une autre force de cette étude est l'utilisation de quatre outils d'évaluation, dont trois outils quantitatifs et un qualitatif. Ceci a permis de recueillir la perception autant subjective qu'objective des participantes et de pouvoir trianguler les informations obtenues. Enfin, les trois outils d'évaluation quantitatifs utilisés ont été choisis en raison du fait qu'ils ont été validés auprès de différentes clientèles et ont tous obtenu de bonnes propriétés métrologiques.

6.7.2. Limites

Cependant, cette étude comporte également certaines limites. En effet, bien que les outils aient de bonnes propriétés métrologiques, ils n'ont pas été validés avec la clientèle à l'étude dans la présente recherche. Il se peut donc que la validité externe en ait été affectée. Une autre limite présente dans cette étude est la mortalité expérimentale. Au départ, quatre participantes ont été rencontrées, mais seulement deux ont pu compléter le processus d'accompagnement et ont donc

pu fournir des données finales à analyser. Ceci fait donc en sorte que l'échantillon obtenu est très petit, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population et l'atteinte de la saturation théorique. En effet, avec seulement deux participantes, il est plus difficile de se prononcer avec certitude sur les impacts réels que le processus d'accompagnement a sur la perception de l'intégration communautaire des participantes. Enfin, la variabilité observée dans le processus d'accompagnement (fréquence des rencontres, variabilité dans les temps de collecte de données) peut avoir affecté la validité interne de l'étude. En effet, ne pas avoir reçu l'accompagnement de façon comparable ni durant la même période de temps peut avoir amené des variables confondantes dans l'étude rendant difficile d'affirmer la relation causale directe entre les résultats obtenus et le processus d'accompagnement. Il faut cependant noter que le projet APIC a été élaboré afin d'être individualisé aux besoins de chaque personne, donc la standardisation n'était pas recherchée.

6.8. Implications pour la pratique

Les résultats de la présente étude suggèrent que plusieurs personnes parmi la population de personnes âgées ayant un trouble de la santé mentale ou une problématique psychosociale sont vulnérable à risque d'isolement et de restrictions occupationnelles, et avec un réseau social assez limité. Il apparaît donc important, notamment pour les ergothérapeutes, d'agir afin de briser cet isolement et de promouvoir la participation occupationnelle de cette clientèle. Comme il a été vu dans cette étude, le projet APIC est applicable avec cette clientèle et apporte certains bénéfices. On peut également penser qu'il prévient la détérioration de la situation d'isolement des personnes accompagnées. Il est donc un projet pertinent à expérimenter dans la communauté.

D'ailleurs, une des compétences du Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada (2012) mentionne que l'ergothérapeute doit agir en tant qu'agent de changement, notamment à travers les compétences « Promouvoir les possibilités occupationnelles, le rendement occupationnel et la participation occupationnelle des clients » et « Promouvoir les besoins occupationnels associés aux déterminants de la santé, au bien-être et à l'équité pour les clients recevant des services ». Également, la Charte d'Ottawa (Organisation mondiale de la santé, 1986) mentionne l'importance de promouvoir la santé et de faire de la prévention notamment en s'engageant auprès de partenaires afin de créer des milieux et des modes de vie sains.

Donc, l'ergothérapeute pourrait travailler en collaboration avec les établissements de santé et les organismes communautaires afin d'implanter ce programme dans une perspective de prévention et de promotion de la santé auprès d'une population vulnérable. De par sa formation, l'ergothérapeute est habilité à détecter les personnes à risque, à identifier les obstacles à la participation occupationnelle et à trouver des solutions afin d'habiliter le client à s'engager dans des occupations signifiantes pour lui. Le projet APIC serait donc une ressource intéressante à laquelle l'ergothérapeute pourrait référer des clients qui pourraient bénéficier de l'accompagnement citoyen.

Enfin, cette étude a permis l'avancement des connaissances en ergothérapie quant à l'utilisation d'un nouvel outil d'évaluation, soit la carte mentale. Cet outil s'est révélé fort intéressant autant pour les clients que les ergothérapeutes. Cette étude permet de mettre certaines balises quant à la façon d'administrer l'outil en proposant un guide méthodologique aux ergothérapeutes qui voudraient l'utiliser dans leur pratique. Également, il est fortement suggéré d'appliquer cet outil à différentes clientèles ou pour aller chercher d'autres types d'informations afin d'explorer davantage son applicabilité en ergothérapie.

7. CONCLUSION

Cette étude a permis de documenter la perception des personnes âgées ayant un trouble de santé mentale ou une problématique psychosociale de leur intégration communautaire ainsi que les changements qu’apporte le projet APIC sur leurs perceptions. Il en ressort que le projet APIC a eu comme effets d’augmenter le nombre d’activités auxquelles les participantes s’adonnent (dimension physique) et d’améliorer leur sentiment de compétence et de valorisation (dimension sociale), mais a eu peu d’effets sur le sentiment d’appartenance à la communauté (la dimension psychologique). D’autres changements ont été observés chez les participantes, mais ceux-ci sont davantage attribuables à des facteurs externes qu’au projet APIC. Aussi, la carte mentale s’avère être un outil intéressant pour documenter l’intégration communautaire d’une personne et peut s’inscrire comme complément d’informations avec des outils quantitatifs. Enfin, il est à noter que certaines difficultés ont été rencontrées avec les outils d’évaluation choisis, mais ceux-ci ont tout de même certains points forts à considérer.

D’autres recherches demeurent nécessaires pour se prononcer avec certitude sur les impacts qu’a le projet APIC sur la perception des aînés ayant une problématique de santé mentale. Pour ces recherches, il serait pertinent d’utiliser un échantillon de plus grande taille. Également, il serait intéressant d’adapter les outils d’évaluation quantitatifs afin de les rendre plus faciles à comprendre, d’offrir des choix de réponse plus nuancés et ainsi, de rendre les résultats obtenus plus représentatifs de la situation réelle des participants. La carte mentale utilisée dans ce projet pourrait également être soumises à d’autres clientèles et à d’autres situations afin de documenter son applicabilité en ergothérapie.

Enfin, bien que des possibilités d’amélioration pour les recherches futures soient présentes, il en demeure que la présente étude a permis de démontrer la pertinence d’un programme d’intégration communautaire comme le projet APIC. Les ergothérapeutes peuvent avoir un grand rôle dans l’intégration d’un tel projet, et il apparaît que d’autres outils intéressants peuvent être développés pour les aider dans l’évaluation de l’intégration communautaire de leurs clients.

RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). Maladie mentale. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/index-fra.php>
- American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4e éd. rév.; traduit par J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq). Paris, France : Masson.
- Arcand, M., & Hébert, R. (2007). Précis pratique de gériatrie (3e éd.). Acton Vale, Québec : Edisem, Maloine.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique de l'ergothérapie au Canada*. Ottawa : CAOT Publications ACE.
- Association canadienne pour la santé mentale. (2015). Mythes et réalités sur la maladie mentale. Repéré à http://www.cmha.ca/fr/mental_health/mythes-et-realites-sur-la-maladie/#.Ve9CdPl_Okp
- Association québécoise de gérontologie. (2012). Qu'est-ce que l'âgisme?. Repéré à <http://www.agisme.info/260/Qu'est-ce-que-l-agisme-.gerontologie>
- Auger, C., Demers, L., & Gélinas, I. (2008). Évaluation des habitudes de déplacements - version canadienne française du UAB Life-Space Assessment (LSA-F). Repéré à <http://www.criugm.qc.ca/la-recherche/outilscliniques/128-lsa-f.html>
- Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Jutai, J., Guérette, C., & Deruyter, F. (2009). Development of a French-Canadian version of the life-space assessment LSA-F: Content validity, reliability and applicability for power mobility device users. *Disability & Rehabilitation: Assistive Technology*, 2009, 4(1), 31-41.
- Bartels, S. J., & Pratt, S. I. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: Recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381-385.
- Belmin, J. (2009). *Gériatrie*. Paris: Elsevier Masson.
- Bonder, B. R. (2010). *Psychopathology and function* (4e éd.). Thorofare, New Jersey: SLACK Incorporated.
- Bonder, B., & Dal Bello-Haas, V. (2009). *Functional performance in older adults* (3e éd.). Philadelphia: F.A. Davis Company.

- Bunce, D., Tzur, M., Ramchurn, A., Gain, F., & Bond, F. W. (2008). Mental health and cognitive function in adults aged 18 to 92 years. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 63B (2), 67-74.
- Burns, V. (2010). Les personnes âgées isolées socialement : pas aussi « à risque » qu'on le pense. *Pluriâges*, 1(2), 12-13.
- Caron, J. (2013). Une validation de la forme abrégée de l'échelle de provisions sociales : L'ÉPS-10 items. *Santé Mentale Au Québec*, 38(1), 297-318.
- Chan, D. V., Helfrich, C. A., Hursh, N. C., Sally Rogers, E., & Gopal, S. (2014). Measuring community integration using geographic information systems (GIS) and participatory mapping for people who were once homeless. *Health and Place*, 27, 92-101.
- Chan, K., Evans, S., Ng, Y.-L., Chiu, M. Y.-L., & Huxley, P. J. (2014). A concept mapping study on social inclusion in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 119(1), 121-137.
- Conseil des aînés du Québec. (2010). Avis sur l'âgisme envers les aînés : état de la situation. Repéré à http://www.agisme.fr/IMG/pdf/Avis_sur_l_agisme_envers_les_aines.pdf
- Dallaire, B., McCubbin, M., Carpentier, N., & Clément, M. (2009). Representations of elderly with mental health problems held by psychosocial practitioners from community and institutional settings. *Social Work in Mental Health*, 7(1-3), 139-152.
- Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., Kroon, H. D., & Heeren, T. J. (2004). Supported living in residential homes for the elderly: Impact on patients and elder care workers. *Aging & Mental Health*, 8(5), 460-468.
- Depla, M. F. I. A., de Graaf, R., van Busschbach, J. T., & Heeren, T. J. (2003). Community integration of elderly mentally ill persons in psychiatric hospitals and two types of residences. *Psychiatric Services*, 54(5), 730-735.
- Dijkers, M. (2000). The Community Integration Questionnaire. Repéré à <http://www.tbims.org/combi/ciq>
- Escolar Chua, R. L., & de Guzman, A. B. (2014). Effects of third age learning programs on the life satisfaction, self-esteem, and depression level among a select group of community dwelling Filipino elderly. *Educational Gerontology*, 40(2), 77-90.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Gouvernement du Canada (2014). *Statistiques sur la santé mentale*. Récupéré sur Instituts de recherche en santé du Canada. Repéré à: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/47914.html>

Hebblethwaite, S., & Pedlar, A. (2005). Community integration for older adults with mental health issues: Implications for therapeutic recreation. *Therapeutic Recreation Journal*, 39(4), 264-276.

Institut de la Statistique du Québec. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>

Institut de la Statistique du Québec. (2014). Le bilan démographique du Québec. Repéré à http://www.bdsd.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01614FR_Bilandemo2014F00.pdf

Johnson, K., & Davis, P. K. (1998). A supported relationships intervention to increase the social integration of persons with traumatic brain injuries. *Behavioral Modification*, 22(4), 502-528.

Larousse. (2014). *Le Grand Larousse illustré* (Édition 2015). Paris: Larousse.

Lessard R., A. (2013). Les cartes mentales en classe : des exemples. Repéré à <http://www.ecolebranchee.com/2013/11/05/les-cartes-mentales-en-classe-des-exemples/>

McColl, M.A., Davies, D., Carlson, P., Johnston, J., & Minnes, P. (2001). The Community Integration Measure: Development and preliminary validation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82, 429-434.

Moser, G., & Weiss, K. (2003). *Espaces de vie : Aspects de la relation homme-environnement*. Paris: A. Colin.

Organisation mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Vieillissement. Repéré à <http://www.who.int/topics/ageing/fr/>

Paradis, E. (s.d.). Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2). Contexte, instrument et instructions de calcul. Repéré à [www.senseofcommunity.com/files/SCI2_versionFR%20\(2\).doc](http://www.senseofcommunity.com/files/SCI2_versionFR%20(2).doc)

Rowntree, B. (1997). Les cartes mentales, outil géographique pour la connaissance urbaine. Le cas d'Angers (Maine-et-Loire). *Norois*, 176, 585-604.

- Therriault, P.-Y., Lefebvre, H., Guindon, A., Levert, M.-J., & Briand, C. (2013). Accompagnement citoyen personnalisé en intégration communautaire: Un défi pour la santé mentale ? Santé Mentale Au Québec, 38(1), 165-188.
- Townley, G., Kloos, B., & Wright, P. A. (2009). Understanding the experience of place: Expanding methods to conceptualize and measure community integration of persons with serious mental illness. *Health and Place*, 15(2), 520-531.
- Townley, G., Miller, H., & Kloos, B. (2013). A little goes a long way: The impact of distal social support on community integration and recovery of individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 52(1-2), 84-96.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation* (N. Cantin, Trans. 2e éd.). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Vézina, J., Cappeliez, P., & Landreville, P. (2007). *Psychologie gérontologique* (2e éd.). Montréal: G. Morin.
- Wong, Y.-L. I., Matejkowski, J., & Lee, S. (2011). Social integration of people with serious mental illness: Network transactions and satisfaction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 38(1), 51-67.
- Wong, Y.-L., & Solomon, P. (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, 4(1), 13-28.

ANNEXE A

GUIDE MÉTHODOLOGIQUE POUR L'ÉLABORATION DE LA CARTE MENTALE

OBJECTIF DE L'ACTIVITÉ

Cette activité vise à ce que la personne représente l'environnement dans lequel elle vit et habite, et exprime son expérience de cet environnement. Cet environnement inclut son chez soi, mais peut aussi inclure son voisinage, sa ville et plus. En dessinant les différents endroits qu'elle fréquente dans sa vie quotidienne, la personne représente sa communauté, son milieu de vie, son « monde » et permet de documenter son intégration dans la communauté. La partie narrative qui suit la production vise à mettre en mots ce qu'elle a représenté en dessin.

MATÉRIEL

- Feuilles blanches 8½ po x 11 po, 9 po x 12 po et 11 po x 14 po
- Crayons de plomb
- Crayons de couleur
- Feutres de couleur
- Efface
- Taille-crayon
- Formes (carrés, rectangles, ronds) en papier ou carton de différentes tailles et couleurs
- Colle en bâton

CONSIGNES DE L'ACTIVITÉ

Avant de commencer, l'intervenant explique l'objectif de cette activité et s'assure que la personne a bien compris. Puis les consignes suivantes sont données :

« Svp, utilisez une feuille et les crayons de votre choix pour dessiner la carte des endroits qui sont importants pour vous, les endroits que vous fréquentez et les endroits où vous voyez des gens (famille/amis/etc.). Pour réaliser la carte, imaginez que vous êtes un petit oiseau qui voit ces endroits. Ces endroits peuvent ne pas être des bâtiments (ex .: parc). Vous pouvez dessiner ces endroits de la manière que vous voulez. La qualité du dessin n'est pas évaluée et il n'y a pas de mauvais choix ou de mauvais dessin. Vous avez jusqu'à 20 minutes pour faire le dessin. Informez-moi lorsque vous aurez terminé et nous discuterons ensemble pour que vous puissiez me présenter et m'expliquer votre dessin. »

Si la personne hésite, l'intervenant peut encourager la personne à initier le dessin. Il est possible de lui donner des suggestions pour commencer le dessin, par exemple, « Voulez-vous commencer par votre maison (appartement, logement) ? ». Il est aussi possible de lui remettre des formes variées en carton qui pourront représenter les lieux de l'environnement de la personne et être collées sur la feuille de papier.

QUESTIONS À POSER EN LIEN AVEC LA PRODUCTION

Après ou pendant que la personne présente les éléments de sa carte, les questions ci-dessous peuvent servir à alimenter la discussion (pas nécessairement dans cet ordre) :

- Parlez-moi des différents lieux que vous avez représentés...

Dimension physique:

- Que faites-vous aux différents endroits identifiés sur votre carte ?
- Est-ce que toutes les activités que vous faites se déroulent dans les endroits sur votre dessin ?
- Où passez-vous le plus de votre temps ?
- Comment vous rendez-vous aux différents endroits sur votre carte ?
- À quelle fréquence allez-vous dans les endroits identifiés sur votre carte ?
- Y a-t-il d'autres endroits que vous fréquentez et qui ne sont pas sur votre carte (ex. : endroits qui sont un peu moins importants) ?
- Y a-t-il des endroits où vous n'allez pas, mais que vous aimeriez aller ? Qu'est-ce qui vous empêche d'y aller ?
- Y a-t-il des endroits où vous alliez et que vous n'allez plus ? Qu'est-ce qui a changé/qui fait que vous n'y allez plus ?

Dimension sociale

- Avec qui passez-vous du temps dans les différents endroits sur votre carte ?
- Y a-t-il des endroits où vous n'allez pas, parce que vous ne vous sentez pas bienvenue? Pas accepté(e) par les autres?
- Est-ce qu'il y a des endroits, des gens ou des groupes de personnes qui vous acceptent **OU** avec lesquels vous avez l'impression d'être accepté ?
- À l'inverse, est-ce qu'il y a des endroits, des gens ou des groupes de personnes qui ne vous acceptent pas **OU** avec lesquels vous avez l'impression de ne pas être accepté ?
- Y a-t-il des endroits où c'est plus facile de s'intégrer ?
- À l'inverse, y a-t-il des endroits où c'est plus difficile de s'intégrer ?

Dimension psychologique

- Où se situe la communauté que vous avez identifiée dans le questionnaire de tout à l'heure ?
- Lequel de ces endroits est le plus important pour vous ?
- Où sentez-vous le plus grand sentiment d'appartenance ?

- À quel endroit êtes-vous le plus attaché(e) ?
- Y a-t-il des choses que vous aimez particulièrement dans les endroits que vous fréquentez ? **OU** Qu'est-ce que vous aimez des endroits que vous fréquentez ?
- Y a-t-il des choses que vous aimez moins/qui vous déplaisent dans les endroits que vous fréquentez ? **OU** Qu'est-ce que vous aimez moins/qu'est-ce qui vous déplaît dans les endroits que vous fréquentez ?
- Vivez-vous des difficultés ou des problèmes lorsque vous allez à certains endroits sur votre dessin ?

Cet outil a été développé par Ginette Aubin et Alexandra Groleau, dans le cadre du projet d'intégration de la maîtrise en ergothérapie d'Alexandra Groleau. Il est encore en développement. Pour toute information sur cet outil, vous pouvez contacter ginette.aubin@uqtr.ca

ANNEXE B
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



LETTRE D'INFORMATION POUR LES ACCOMPAGNÉS

**Invitation à participer au projet de recherche intitulé
Étude exploratoire de l'implantation et des effets d'un programme d'Accompagnement
Personnalisé d'Intégration Communautaire (APIC) sur la participation d'aînés ayant une
problématique de santé mentale et à risque d'isolement social**

Chercheurs : Ginette Aubin, Ph.D, département d'ergothérapie UQTR;

Pierre-Yves Therriault, Ph.D., département d'ergothérapie, UQTR;

Valérie Bourgeois-Guérin, Ph.D., département de psychologie, UQAM

Coordonnatrice du projet : Marie-Josée St-Pierre, erg., candidate au Ph.D.

Recherche financée par : Le Réseau Québécois de recherche sur le Vieillissement

Votre participation à la recherche en tant que personne accompagnée serait grandement appréciée. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Objectifs de la recherche

L'objectif général de la présente étude est d'adapter et de valider une intervention APIC auprès d'aînés ayant une problématique telle que la dépression et l'anxiété et l'isolement. Le programme d'Accompagnement Personnalisé d'Intégration Communautaire (APIC), est une pratique qui vise à ce que la personne aînée soit soutenue dans ses démarches d'intégration dans la communauté. Ce programme consiste en un suivi hebdomadaire de trois heures réalisé par un accompagnateur-citoyen, au cours duquel celui-ci incite la personne accompagnée à accomplir des activités dans sa communauté. Plus précisément, cette étude vise à:

- 1) s'assurer que cette intervention répond aux besoins des personnes âgées ayant une problématique de santé mentale et à risque d'isolement social dans la région de la Mauricie;
- 2) Mesurer la satisfaction et explorer les bénéfices perçus par les participants à la suite du programme.
- 3) Documenter l'implantation de cette intervention, la satisfaction et l'appréciation des participants.

Projet no. CER-14-206-07.15
Certificat émis le 10 novembre 2014

Pour mener à bien le projet, nous aurons besoin de la participation de quatre personnes aînées qui ont de tels besoins et qui acceptent d'être accompagnées dans une démarche d'intégration communautaire. Nous sollicitons votre participation à ce titre.

Nature de votre participation

Si vous acceptez de participer à ce projet, votre participation devrait s'étaler sur environ 6 mois.

La nature de votre participation consistera :

1. à rencontrer un membre de l'équipe de recherche pour remplir des questionnaires portant par exemple sur votre situation actuelle, vos capacités, votre horaire. Il y aura deux rencontres au début du processus et deux à la fin de celui-ci pour une durée d'environ 60- 75 minutes par rencontre. Chaque entrevue sera enregistrée à l'aide d'un magnétophone et des notes seront prises dans le but de conserver ces informations.

2. à rencontrer, pendant environ 24 semaines, un accompagnateur pour vous soutenir dans une démarche d'intégration communautaire. Les rencontres sont hebdomadaires, d'une durée d'environ 3 heures. Il est possible que la durée varie un peu dépendant des activités que vous ferez. Au cours de ces rencontres, vous allez discuter avec l'accompagnateur au sujet de vos intérêts et des choses que vous aimez faire et que vous souhaitez faire. Celui-ci va vous accompagner à faire les activités que vous aimez et que vous souhaitez faire à l'extérieur de votre domicile, en trouvant avec vous des solutions et des actions à entreprendre et en s'assurant que vous avez les meilleures conditions pour favoriser votre intégration dans la communauté.

Toutes les rencontres avec les membres de l'équipe de recherche se dérouleront dans les locaux de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les rencontres avec l'accompagnateur se dérouleront au départ à votre domicile et par la suite, dans la communauté. Vous devrez vous déplacer par vos propres moyens. Vous ne pourrez utiliser le véhicule de l'accompagnateur. Vous serez aussi responsable des coûts des activités auxquelles vous participerez. Nous estimons que votre participation totale à ce projet sera d'environ 150 heures.

Voici un tableau résumant les rencontres de recherche auxquelles vous participerez dans ce projet au début et à la fin de l'étude.

Première rencontre :			
Outil	Durée	Fréquence	Effectué par
Questionnaire « Profil de la personne »	40-60 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Coordonnatrice de recherche
Entrevue complémentaire	10-15 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Coordonnatrice de recherche
Questionnaire sur l'engagement dans les activités significatives	10 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Coordonnatrice de recherche

Deuxième rencontre			
Carte mentale et description	Entre 30 et 50 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Assistante de recherche
Évaluation des habitudes de déplacements	9 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Assistante de recherche
Échelle de provisions sociales (EPS-10)	10 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Assistante de recherche
Indice de sentiment de communauté 2 (ISC-2)	15 minutes	2 fois : au début et à la fin de l'accompagnement	Assistante de recherche

Risques, inconvénients, inconforts

Il n'y a pas de risques physiques associés à ce projet. Vous pourrez, à tout moment, prendre une pause au cours d'une rencontre, si vous en sentez le besoin.

Par ailleurs, il est possible que vous ressentiez une gêne par rapport à une question lors des rencontres. Si tel est le cas, nous vous invitons à en faire part à votre accompagnateur ou au membre de l'équipe de recherche. Il est important de savoir que ces questions n'ont pas pour but de vous juger. Enfin, le principal inconvénient lié au projet est le temps passé à y participer.

Bénéfices

Vous pourrez bénéficier d'un accompagnement hebdomadaire d'environ trois heures par semaine pour effectuer des activités pour vous permettre une intégration possible en société et de briser la solitude et l'isolement afin d'en venir à un mieux-être. Vous pourriez aussi contribuer à l'avancement des connaissances au sujet de l'intégration communautaire et de la participation sociale des personnes aînées ayant une problématique de santé mentale.

Confidentialité

Seuls les renseignements nécessaires au bon déroulement du projet seront recueillis et consignés dans un dossier de recherche. Les données recueillies seront utilisées dans le seul but de répondre aux objectifs scientifiques du projet.

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

Les données recueillies seront conservées par la chercheure principale dans des fichiers protégés avec mot de passe et les documents en format papier seront gardés dans une armoire sous clé dans le local de recherche du département d'ergothérapie. Les seules personnes qui y auront accès seront les membres de l'équipe de recherche. L'enregistrement audio sera détruit après la transcription des données et les transcriptions seront détruites un an après la fin de l'étude.

Les questionnaires seront conservés un an après la fin de l'étude après quoi ils seront détruits. Les informations obtenues dans cette étude ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document. Les informations obtenues ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

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

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la coordonnatrice du projet à l'adresse électronique « marie-josee.st-pierre@uqtr.ca ». Vous pouvez aussi communiquer avec la chercheure principale à l'adresse électronique « ginette.aubin@uqtr.ca » ou à son bureau au 819-376-5011, au poste 3744.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-14-206-07.15 a été émis le 10 novembre 2014.

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



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ACCOMPAGNÉ

Engagement des chercheurs

Moi, Ginette Aubin (chercheure principale), je m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir reçu, les informations concernant le projet « **Étude exploratoire de l'implantation et des effets d'un programme d'Accompagnement Personnalisé d'Intégration Communautaire (APIC) sur la participation d'aînés ayant un trouble mental et à risque d'isolement social.** » J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. J'accepte que les entrevues individuelles soient enregistrées à l'aide d'un magnétophone. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

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

Participante ou participant:	Chercheur ou représentant des chercheurs:
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

ANNEXE C
CARTES MENTALES DE LA PARTICIPANTE #1

En bleu, lieu où la personne a le plus grand sentiment d'appartenance, en rouge, l'endroit le plus important, en vert, l'endroit où la personne passe le plus de son temps.

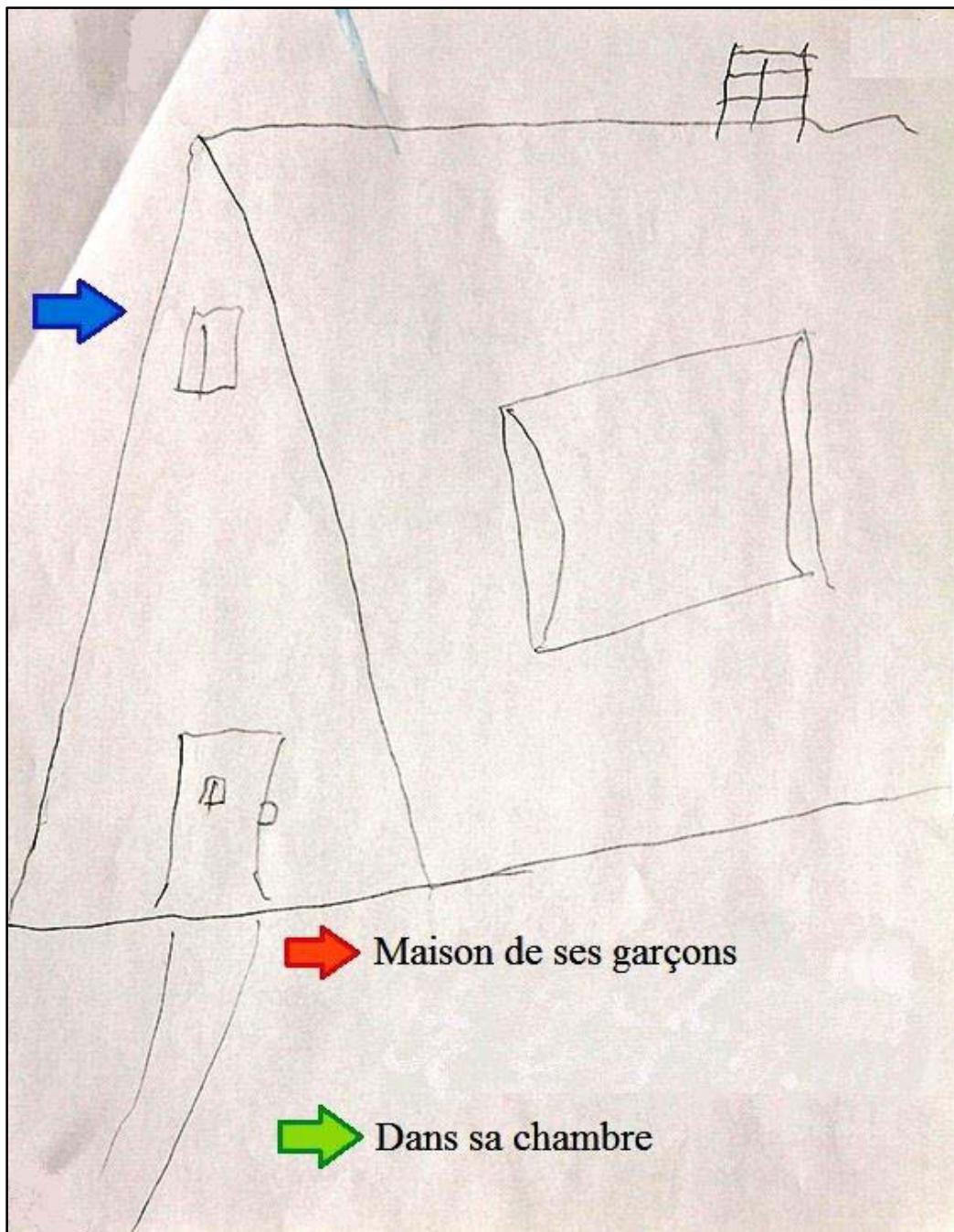


Figure 13. Carte mentale initiale de la participante #1

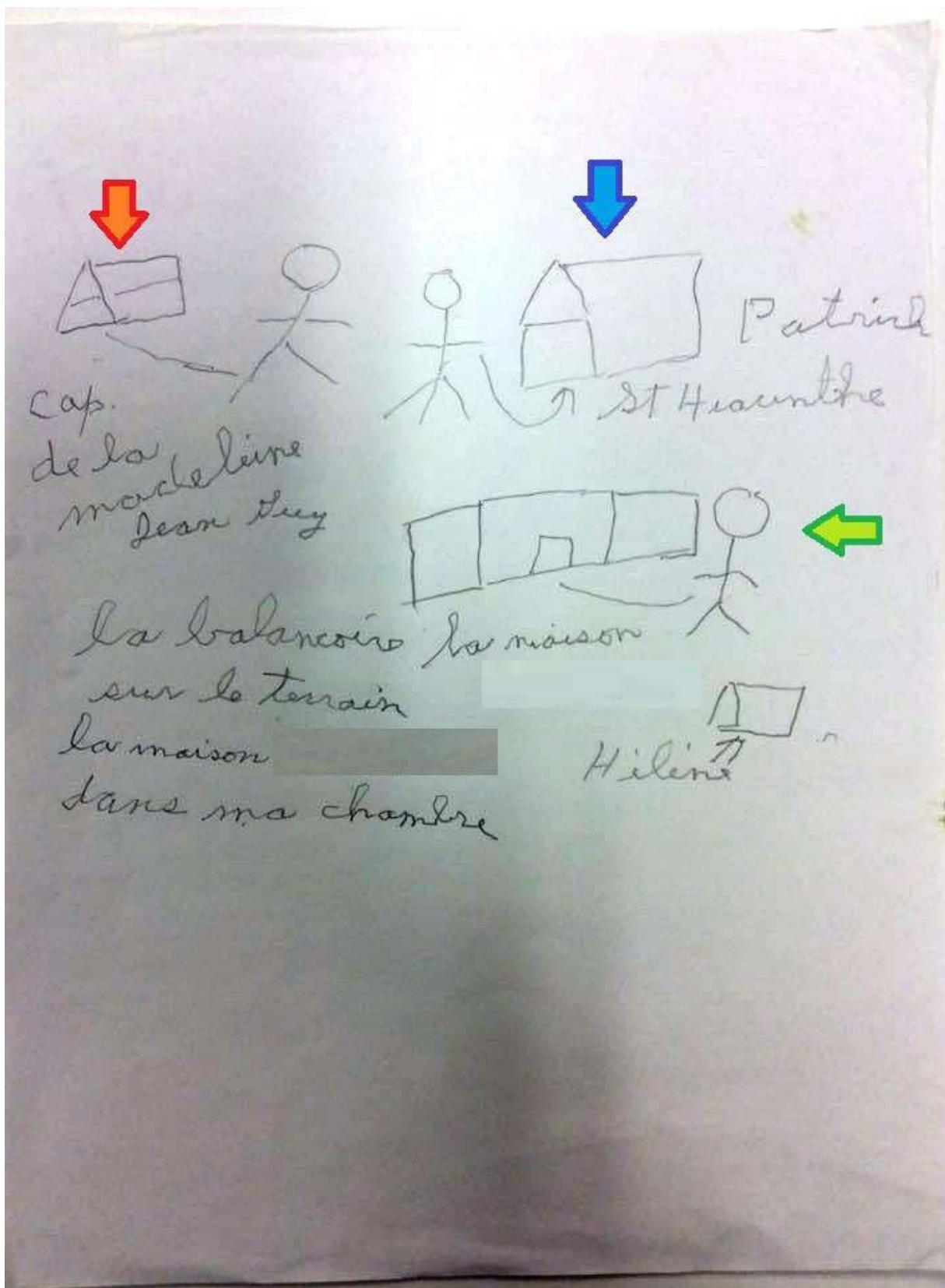


Figure 14. Carte mentale finale de la participante #1

ANNEXE D
CARTE MENTALE INITIALE DE LA PARTICIPANTE #2

En bleu, lieu où la personne a le plus grand sentiment d'appartenance, en rouge, l'endroit le plus important, en vert, l'endroit où la personne passe le plus de son temps.

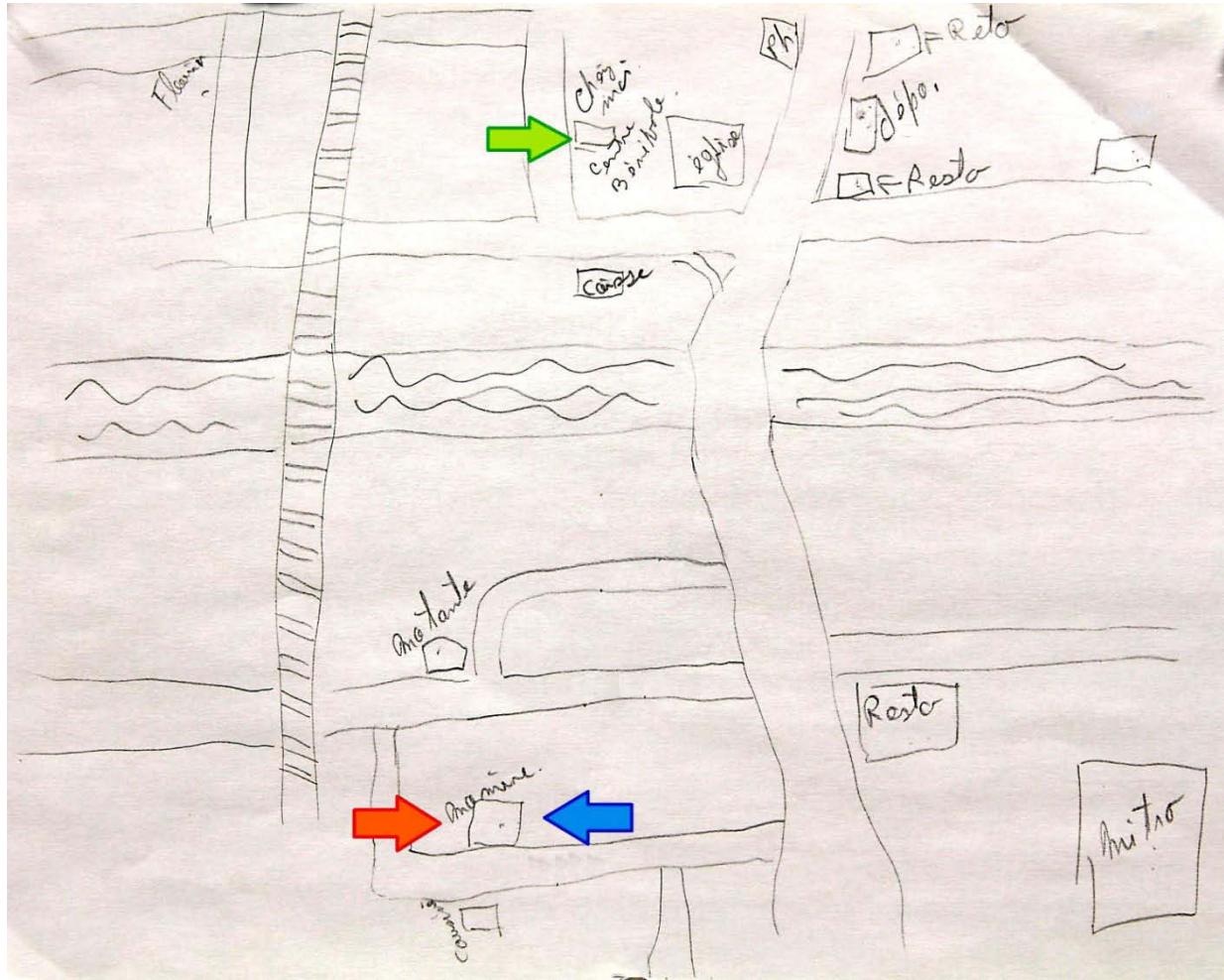


Figure 15. Carte mentale initiale de la participante #2

ANNEXE E
CARTES MENTALES DE LA PARTICIPANTE #3

En bleu, lieu où la personne a le plus grand sentiment d'appartenance, en rouge, l'endroit le plus important, en vert, l'endroit où la personne passe le plus de son temps.

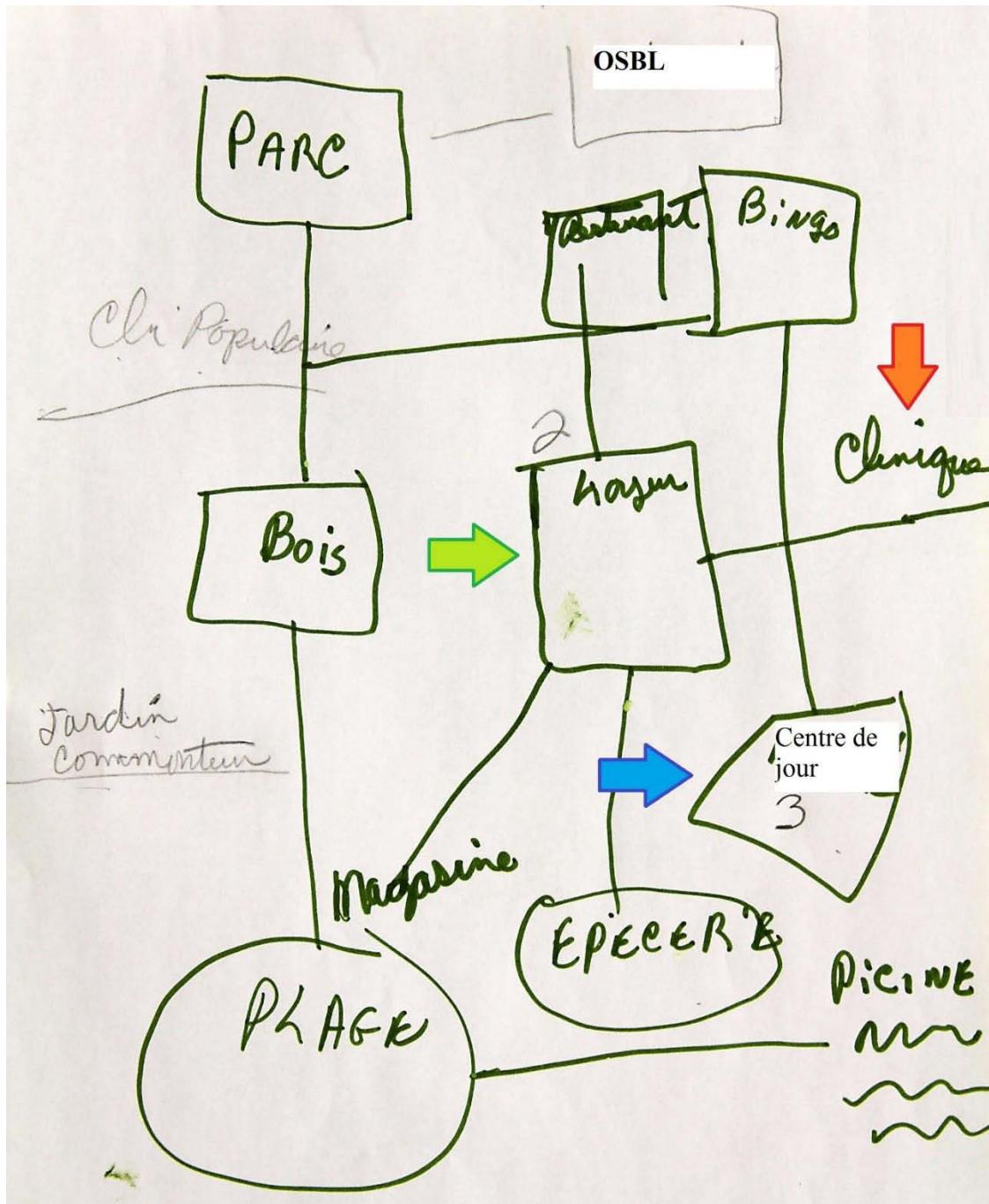


Figure 16. Carte mentale initiale de la participante #3

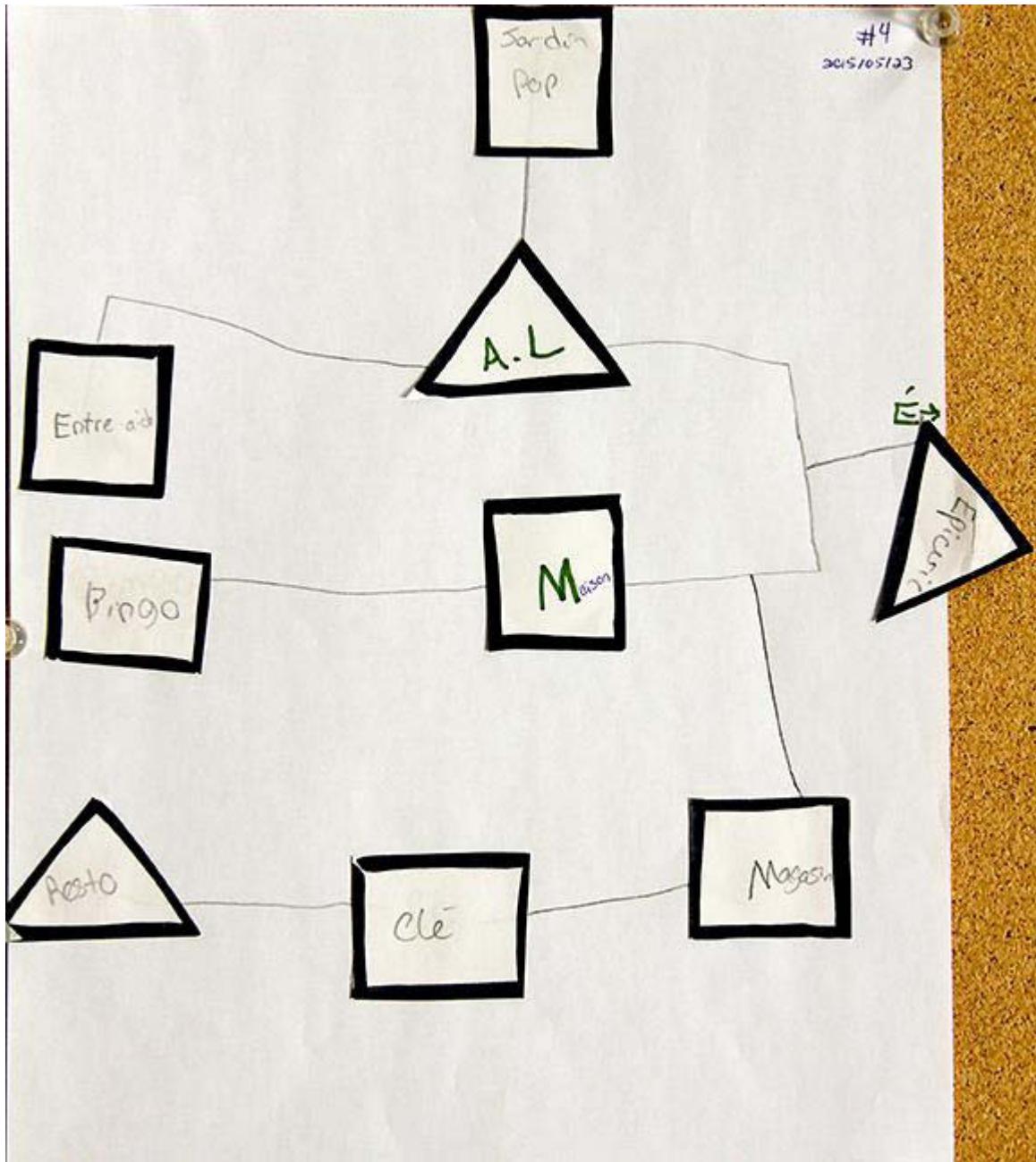


Figure 17. Carte mentale initiale de la participante #3 avec les formes prédécoupées.

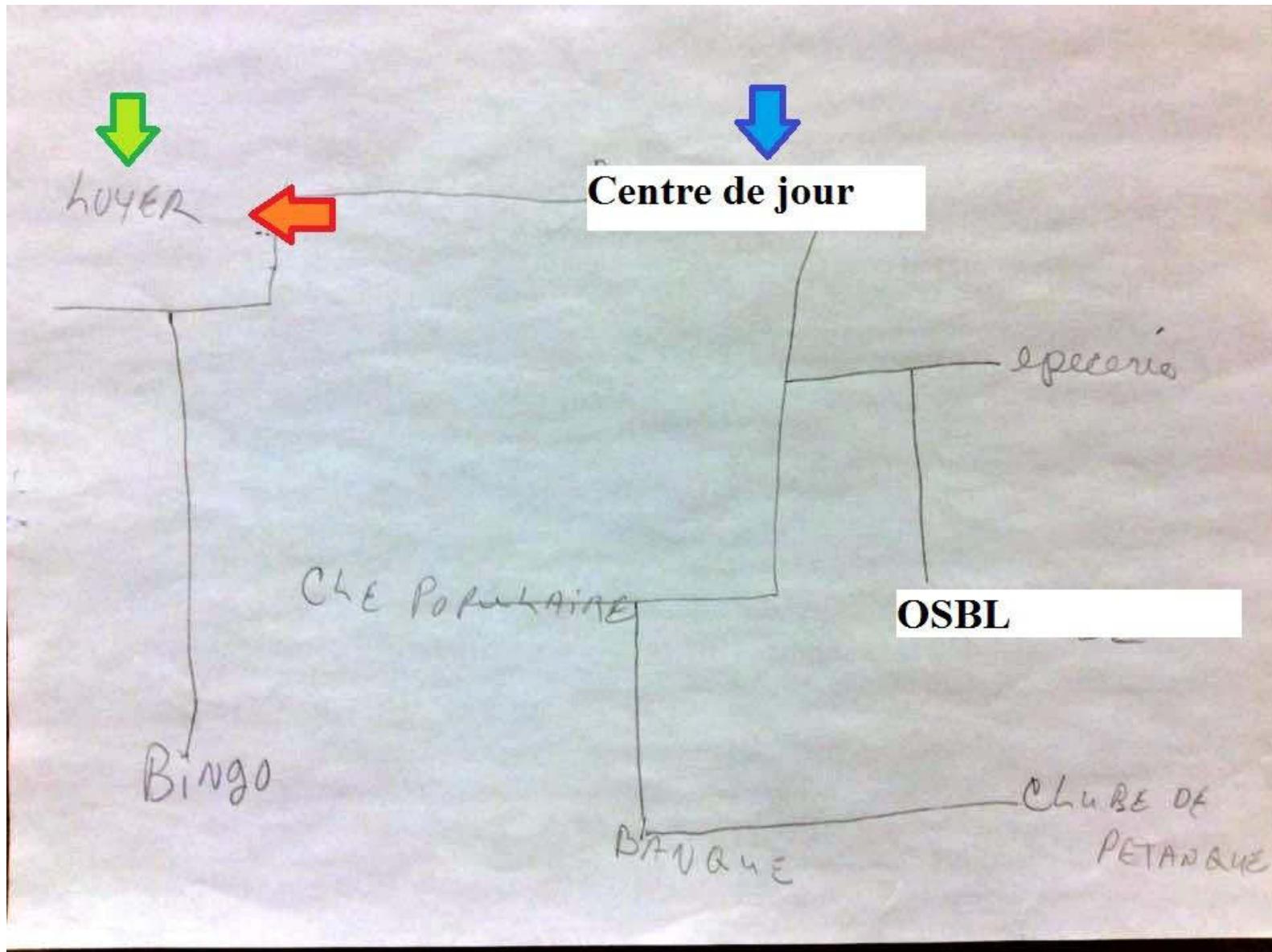


Figure 18. Carte mentale finale de la participante #3

ANNEXE F

CARTE MENTALE INITIALE DE LA PARTICIPANTE #4

En bleu, lieu où la personne a le plus grand sentiment d'appartenance, en rouge, l'endroit le plus important, en vert, l'endroit où la personne passe le plus de son temps.

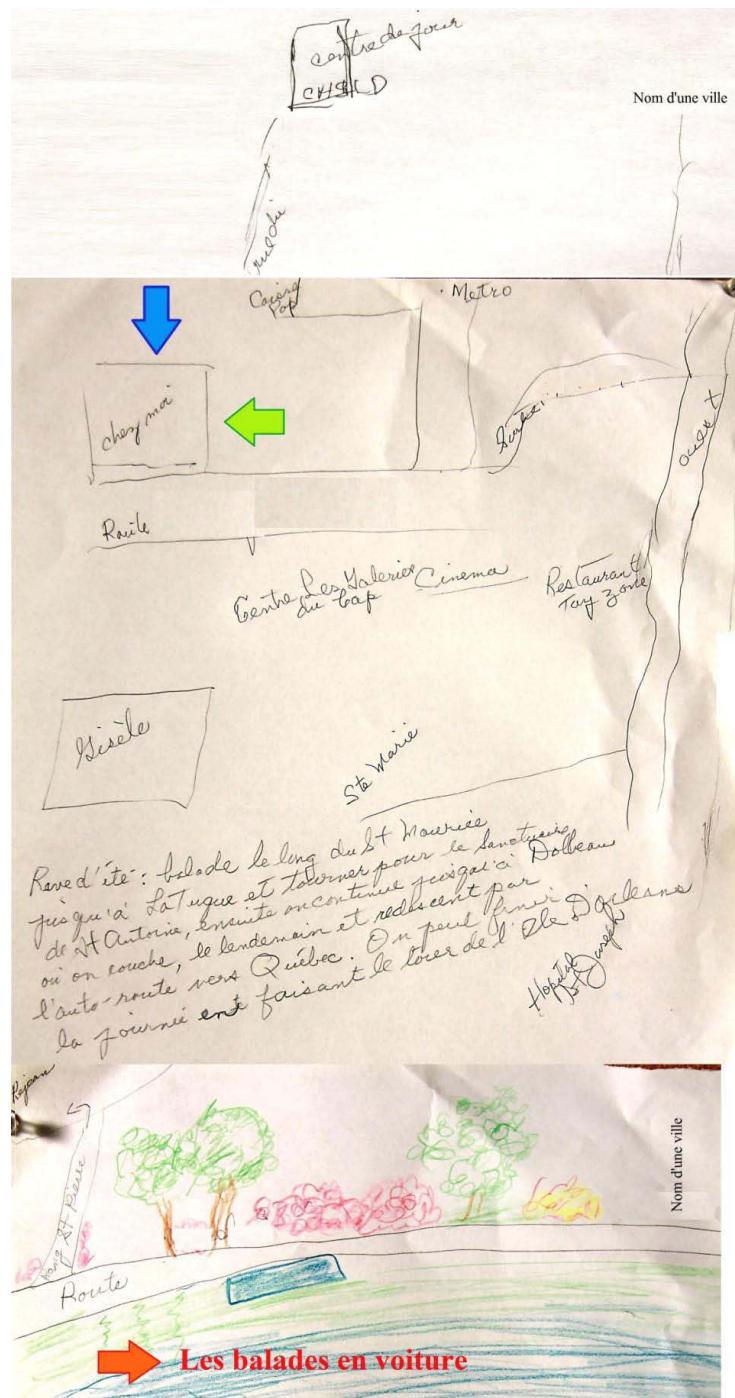


Figure 19. Carte mentale initiale de la participante #4

ANNEXE G
RÉPONSES OBTENUES À L'ÉVALUATION DES HABITUDES DE DÉPLACEMENT
POUR LES COLLECTES DE DONNÉES INITIALE ET FINALE CHEZ LES
PARTICIPANTS #1 ET #3

Tableau 5. Réponses à l'Évaluation des habitudes de déplacement des participantes #1 et #3

Aire de mobilité	Question	Participant #1		Participant #3	
		Avant	Après	Avant	Après
#1 Domicile	Y êtes-vous allé ? Fréquence ? Comment ? Avec aide-technique Avec l'aide d'une personne	Oui Tous les jours Marche Non Non	Oui Tous les jours Marche Non Non	Oui Tous les jours Marche Non Non	Oui Tous les jours Marche Non Non
#2 Espace autour du domicile	Y êtes-vous allé ? Fréquence ? Comment ? Avec aide-technique Avec l'aide d'une personne	Oui Moins de 1 fois par semaine Marche Non Non	Oui 1 à 3 fois par semaine Marche Non Non	Oui Tous les jours Marche Non Non	Oui Tous les jours Marche Non Non
#3 Voisinage	Y êtes-vous allé ? Fréquence ? Comment ? Avec aide-technique Avec l'aide d'une personne	Oui Moins de 1 fois par semaine Marche Non Non	Non N/A N/A N/A N/A	Oui 1 à 3 fois par semaine Marche Non Non	Oui 4 à 6 fois par semaine Marche Non Non
#4 Ville	Y êtes-vous allé ? Fréquence ? Comment ? Avec aide-technique Avec l'aide d'une personne	Non N/A N/A N/A N/A	Oui Moins de 1 fois par semaine Voiture Non Oui	Oui 4 à 6 fois par semaine Marche Non Non	Oui 4 à 6 fois par semaine Voiture Non Oui
#5 Extérieur de sa ville	Y êtes-vous allé ? Fréquence ? Comment ? Avec aide-technique Avec l'aide d'une personne	Oui Moins de 1 fois par semaine Voiture Non Oui	Oui Moins de 1 fois par semaine Voiture Non Oui	Oui 4 à 6 fois par semaine Autobus Non Oui	Oui 1 à 3 fois par semaine Autobus Non Non

ANNEXE H
**RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION PHYSIQUE DES PARTICIPANTS POSÉES SUITE À
LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE**

Tableau 6. Réponses aux questions en lien avec la dimension physique de l'intégration communautaire

	Participant #1 Initial	Participant #1 Final	Participant #2 Initial	Participant #3 Initial	Participant #3 Final	Participant #4 Initial
Passe le plus de temps	Milieu de vie	Milieu de vie	Milieu de vie	Milieu de vie	Milieu de vie	Milieu de vie
Comment ils se rendent	Se fait conduite	Se fait conduire	En marchant, en bicyclette ou en se faisant conduire	En marchant, en se faisant conduire et en transport collectif	En se faisant conduire et en transport collectif	En voiture
Activités réalisées	Routine de soins personnels, marche, discussions, jeux avec petits-enfants, manger, mots-cachés, télévision.	Routine de soins personnels, discussion, jeux avec petits-enfants, manger, télévision, écouter de la musique, se bercer, tricot, bingo, dessin, mettre la table.	Routine de soins personnels, entretien ménager, aller chercher son courrier, faire ses courses, transactions bancaires, bénévolat, discussions, jouer aux cartes, ordinateur, bingo, lecture, télévision, manger.	Routine de soins personnels, faire ses courses, cours (ex.: estime de soi), manger, bingo, magasiner, marche, ordinateur, activités organisées, jardinage.	Routine de soins personnels, faire ses courses, cours, transactions bancaires, bingo, ordinateur, activités organisées.	Routine de soins personnels, faire ses courses, magasinage, manger, ballade à pied ou en voiture, herboristerie, cinéma, activités organisées du Centre de jour.
Fréquence	Milieu de vie: tous les jours Chez son fils: 1 fois par mois Chez sa sœur: 1 fois par 2 mois Restaurant: 1 fois par mois ou 2 mois	Milieu de vie: tous les jours Chez son fils: 1 fois par mois ou par 2 mois Chez sa sœur: 1 fois par mois Chez son ami et balançoire: 1 fois par semaine	Milieu de vie: tous les jours Pharmacie: 1 fois aux 2 semaines Dépanneur et épicerie: 1 fois par semaine Fleuriste: 1 fois par 3 mois Restaurant, quincaillerie, caisse populaire et chez sa tante: 1 fois par mois Chez sa mère: 2 à 3 fois par mois	Milieu de vie: tous les jours Épicerie/magasin: 1 fois par semaine Clé populaire: 2 fois par semaine Centre de jour: 3 fois et plus par semaine Parc: 2-3 fois par année OSBL: 1 fois par semaine Restaurant: 1-2 fois par semaine	Milieu de vie: tous les jours Épicerie: 1-2 fois par semaine Clé populaire: 3 fois par semaine Centre de jour: 2-3 fois par semaine Club de pétanque: 1 fois par semaine OSBL: 1 fois par semaine Bingo: 2-3 fois par semaine Restaurant: 1-2 fois par semaine	Milieu de vie: tous les jours Épicerie, centre de jour, chez sa sœur, cinéma, restaurant, : 1 fois par semaine Caisse populaire: 1 fois par mois Ballade en voiture: quelques fois par semaine

				Bingo: 3 fois par semaine Médecin: 1 fois par 3 mois		
Autres endroits pas sur la carte mentale	Clinique médicale, magasin, voisinage, parc, maison de ses fils, maison de sa sœur, restaurant.	Magasin, restaurant.	Clinique médicale, hôpital, centre commercial.	Aucun	Pharmacie, hôpital, clinique médicale, restaurant, jardin communautaire, magasins.	Pharmacie, milieu de vie de sa sœur.
Lieux où aimeraient aller et obstacle	Sanctuaire du Cap, personne pour l'accompagner.	Aimerait sortir plus souvent, peur et insécurité à sortir seule.	Au centre commercial, limité par ses finances et le transport.	Aimerait aller plus souvent au bingo, limité par ses finances.	Bibliothèque, la distance entre son logement et la bibliothèque est un obstacle.	Faire un voyage en voiture, n'a personne pour l'accompagner dans ce voyage.
Lieux où allaient avant, raison de l'arrêt	Plusieurs, ne veut pas revivre d'ancien souvenir.	Sortir prendre des marches, n'a personne pour l'accompagner, insécurité à sortir seule.	Non évalué.	Non évalué.	Jardin communautaire, hors saison au moment de l'entrevue finale.	Chez une amie, celle-ci a déménagé il y a un an.

ANNEXE I
RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION SOCIALE DES PARTICIPANTS POSÉES SUITE À LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE

Tableau 7. Réponses aux questions en lien avec la dimension sociale de l'intégration communautaire

	Participant #1 Initial	Participant #1 Final	Participant #2 Initial	Participant #3 Initial	Participant #3 Final	Participant #4 Initial
Gens vus dans les lieux	Amie à la résidence, famille (fils, sœur, petits-enfants), accompagnatrice.	Amie à la résidence, ami, famille (fils, sœur, petits-enfants), accompagnatrice.	Une amie, les employés des lieux de service, famille (mère, sœurs, tante, cousine), frère d'une amie.	Conjoint, amis, connaissances, personnel médical, famille, clients et intervenants du Centre de jour.	Conjoint, connaissances, personnels et intervenants des lieux de service.	Un ami, sœur, personnels des lieux de service.
Où est la communauté	N/É	C'est son milieu de vie.	N/É	N/É	C'est le Centre de jour.	N/É
Endroits ou gens qui les acceptent	N/É	Chez son fils, chez son ami, chez sa sœur. Dit qu'elle doit être bien acceptée dans son milieu de vie.	N/É	N/É	Le Centre de jour, Clé Populaire, un OSBL, au bingo	N/É
Endroits ou gens qui ne les acceptent pas	N/É	Aucun.	N/É	N/É	Ne va plus dans les endroits où elle n'a pas été acceptée.	N/É
Endroits où c'est plus facile de s'intégrer	N/É	Chez son fils.	N/É	N/É	Le Centre de jour, la Clé Populaire	N/É
Endroits où c'est plus difficile de s'intégrer.	N/É	Chez son ami, car début de relation.	N/É	N/É	Banque, épicerie	N/É

ANNEXE J
**RÉPONSES AUX QUESTIONS EN LIEN AVEC LA DIMENSION PSYCHOLOGIQUE DES PARTICIPANTS POSÉES
 SUITE À LA PRODUCTION DE LEUR CARTE MENTALE**

Tableau 8. Réponses aux questions en lien avec la dimension psychologique de l'intégration communautaire

	Participant #1 Initial	Participant #1 Final	Participant #2 Initial	Participant #3 Initial	Participant #3 Final	Participant #4 Initial
Lieu le plus important	Maison de son fils	Maison de son ami	Maison de sa mère	Clinique médicale	Milieu de vie	Balade en voiture
Lieu où sentiment d'appartenance	Milieu de vie	Maison de son fils	Maison de sa mère	Lieu de loisir (Centre de jour)	Lieu de loisir (Centre de jour)	Milieu de vie
Lieu d'attachement	Non évalué.	Maison de son ami	Non évalué.	Non évalué.	Lieu de loisir (Centre de jour)	Milieu de vie
Éléments aimés	Visiter sa famille, la nourriture.	Avoir de la compagnie, faire des activités, la nourriture, la télévision.	Le service à la clientèle reçu dans les lieux de services.	Rencontrer des gens, apprendre de nouvelles choses, magasiner, jouer au bingo, relaxer et jouer à l'ordinateur.	Confort et tranquillité du logement, rencontrer des gens, jouer à l'ordinateur, apprendre des nouvelles choses, faire l'épicerie, jouer au bingo, l'aide offerte.	Aime beaucoup la nature, manger du thaï, l'herboristerie, les balades en voiture.
Éléments moins aimés	La propriétaire de la résidence (conflit)	Baisse d'énergie dans la réalisation d'activités	Aucun élément	Les mauvaises nouvelles médicales, les gens dérangeants et qui parlent fort.	Propos méchants envers elle provenant des autres personnes.	N'aime pas faire l'épicerie, magasiner
Problèmes ou difficultés vécus	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Trouver quelqu'un avec qui réaliser ses activités. La solitude est un ennemi.