



Le programme Participe-présent auprès d'âinés vivant avec une problématique de santé mentale ou des difficultés psychosociales affectant leur participation communautaire : résultats d'une étude pilote sur sa faisabilité

Article

Cite this article: Aubin, G., Parisien, M., Billette, V., Beauchamp, J., & Smele, S. (2024). Le programme Participe-présent auprès d'âinés vivant avec une problématique de santé mentale ou des difficultés psychosociales affectant leur participation communautaire : résultats d'une étude pilote sur sa faisabilité. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 43(1), 1–11.
<https://doi.org/10.1017/S0714980823000454>

Received: 30 July 2021
Accepted: 30 December 2022

Mots-clés:
participation communautaire; santé mentale; programme pour les âinés; faisabilité; communauté; étude pilote

Keywords:
community participation; mental health; program for older adults; feasibility; community; pilot study

Corresponding author:
La correspondance et les demandes de tirés-à-part doivent être adressées à : /
Correspondence and requests for offprints should be sent to: Ginette Aubin,
(ginette.aubin@uqtr.ca).

Ginette Aubin¹, Manon Parisien², Véronique Billette³, Julie Beauchamp⁴ and Sandra Smele⁵

¹Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC, Canada, chercheure member du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Montréal, QC, Canada, ²Institut universitaire sur la réadaptation en déficience physique de Montréal (IURDPM), Direction de l'enseignement universitaire et de la recherche, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Pavillon Lindsay, Montréal, QC, Canada, ³Coordonnatrice, Équipe de recherche en partenariat VIES (2006-2023), chercheure member du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Montréal, QC, Canada, ⁴Département de psychiatrie et de neurosciences, Université Laval, Pavillon Ferdinand-Vandry, Québec, QC, Canada, chercheure member du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Montréal, QC, Canada and ⁵Coordonnatrice du Domaine d'expertise en Vieillissements inclusifs, diversité, santé et bien-être (IDSB), Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS), Direction des affaires académiques, CIUSSS Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, Côte Saint-Luc, QC, Canada

Résumé

Les âinés qui vivent avec des problèmes de santé mentale ou des difficultés psychosociales sont souvent isolés et marginalisés. Le programme Participe-présent a été développé dans le but de promouvoir leur participation communautaire. Les objectifs de cette étude étaient de 1) décrire la pertinence, l'acceptabilité, et la faisabilité du programme lors de sa mise à l'essai et 2) d'explorer les bienfaits et les effets à court-terme du programme pour les participants. Vingt-trois âinés, quatre animateurs et trois responsables provenant de quatre organismes ont participé à l'étude. Les âinés ont été satisfaits de leur expérience de participation au programme et ont rapporté une meilleure connaissance des ressources et une plus grande satisfaction à l'égard de leur vie sociale. Les animateurs et les responsables d'organismes ont souligné l'adaptabilité de Participe-présent aux besoins de leur clientèle et à leur contexte de pratique, et ont identifié les facilitateurs et les obstacles à sa mise en œuvre. D'autres études mèneront à des recommandations favorisant le succès de la mise en œuvre de Participe-présent dans différents contextes.

Abstract

Older adults who live with mental health issues or psychosocial challenges are often isolated and marginalized. The Count Me In! program was developed with the aim of promoting their community participation. The objectives of this study were to 1) describe the relevance, acceptability, and feasibility of the program during a pilot study and 2) explore the benefits and the short-term effects of the program on participants. Twenty-three older adults, four facilitators and three directors from four organizations participated in the study. The older adults were satisfied with their experience of the program, and reported greater knowledge of resources and more satisfaction with their social life. The facilitators and organization directors highlighted the adaptability of the Count Me In! program to the needs of their clientele and to their practice environment and identified facilitators and obstacles related to its implementation. Further research will lead to recommendations that support the successful implementation of Count Me In! in different environments.

Introduction

Il est reconnu que la participation sociale a un effet positif sur la santé et le bien-être des personnes âinées (Gilmour, 2012; Raymond, Gagné, Sévigny, et Tourigny, 2008) et particulièrement pour la santé mentale (Maccourt, Wilson, et Tourigny-Rivard, 2011). Pour les âinés vivant avec une problématique de santé mentale (PSM), la participation à des activités récréatives

© Canadian Association on Gerontology 2023.
This is an Open Access article, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.



et sociales au sein de la communauté demeure néanmoins un défi important (Aubin et al., 2019; Nordström, Dunér, Olin, et Wijk, 2009). Ainsi, une diminution du réseau social, la perte de rôles sociaux significatifs de même que des difficultés physiques et cognitives (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier, et Clément, 2010; Nour et al., 2010; Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert, et Moscovitz, 2010) peuvent affecter la participation sociale de ces personnes. Conséquemment, plusieurs de ces aînés éprouvent un fort sentiment de vulnérabilité et d'impuissance (Martinson, Fagerberg, Lindholm, et Wiklund-Gustin, 2012) et sont à fort risque de vivre de l'isolement (Conseil national des aînés, 2014; Gagné et Poirier, 2018), de la marginalisation et de l'exclusion, en plus de vivre dans une situation de précarité financière (Dallaire, McCubbin, Provost et al., 2010; Gagnon, 2017). Ces aînés sont encore souvent confrontés à la stigmatisation mais aussi à l'auto-stigmatisation (Dallaire, McCubbin, Provost et al., 2010; Graham et al., 2003). Par ailleurs ce ne sont pas tous les aînés qui vont consulter des professionnels de la santé lorsqu'ils vivent des problèmes de santé mentale, souvent en raison des préjugés à l'égard de la maladie mentale (Gonçalves, Coelho, et Byrne, 2014).

Ainsi, au-delà des besoins de soins, celui d'être en présence d'autres personnes et d'avoir des activités sociales est parmi les moins comblés chez les aînés vivant avec une problématique de santé mentale (Futran et Draper, 2012). Chez certains de ces aînés, la participation sociale contribue à réduire les symptômes de dépression et à améliorer la santé mentale et la qualité de vie (Forsman, Nordmyr, et Wahlbeck, 2011). Il demeure que peu d'interventions psychosociales ont été développées ou adaptées spécifiquement pour ces aînés (Twamley, 2013). Aussi, les effets des interventions visant à réduire l'isolement chez les aînés vivant avec une problématique de santé mentale sont peu documentés (Biering, 2019) et peu d'études portent sur les effets de ces programmes sur la participation sociale (Bartels, DiMilia, Fortuna, et Naslund, 2018; Biering, 2019).

Les auteurs rappellent l'importance d'adapter les approches aux besoins spécifiques des aînés (Hirst, Lane, et Stares, 2013; Twamley, 2013), de rendre accessible des interventions psychosociales à ces aînés hors du milieu psychiatrique (Biering, 2019), et de former davantage d'intervenants à ces interventions (Biering, 2019; Twamley, 2013). À ce sujet, l'approche basée sur les forces, s'appuyant sur une vision positive des ressources de la personne et de son environnement (Rapp, 2004), cohérente avec le contexte du rétablissement en santé mentale, a été peu intégrée aux interventions auprès de ces aînés (Hirst et al., 2013). Dans la littérature recensée au moment de la présente étude, aucun programme visant à soutenir la participation communautaire ou la participation sociale des aînés vivant avec des difficultés psychosociales ou un PSM n'était offert dans la communauté par des intervenants n'appartenant pas au réseau de la santé ni à la psychiatrie.

Le programme Participe-présent

En réponse à ces besoins de participation sociale, une équipe formée d'intervenants du domaine de la santé et du milieu communautaire, de représentants des aînés et de chercheurs provenant du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) et de l'Équipe de recherche en partenariat Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES), ont coconstruit le programme Participe-présent, visant à promouvoir la participation communautaire des aînés qui vivent avec des PSM ou des difficultés psychosociales entraînant une altération de leur participation communautaire (ex. : deuil, isolement social) (Aubin et al., 2015; Parisien et al., 2017). Dans ce programme, la participation

communautaire est définie comme étant « l'utilisation, par les aînés, des divers services et ressources de leur communauté pouvant être sources d'activités et d'espaces de socialisation » (Parisien et al., 2017, pp. 188–189).

Ce programme, utilisant une approche centrée sur les forces et sur la promotion de la santé ainsi que des stratégies motivationnelles, vise à habiliter les personnes dans leur démarche vers une participation communautaire et à soutenir la création d'environnements favorables à l'inclusion de celles-ci. Il comporte quatre volets, soit un entretien individuel (volet 1), un atelier de groupe en 8 rencontres (volet 2), des visites d'organismes communautaires (volet 3) et des capsules médiatiques (volet 4). Le volet 2 porte sur huit thèmes liés à la participation communautaire et au vieillissement. Les thèmes et les objectifs des rencontres sont présentés dans l'annexe 1. Le quatrième volet vise la diffusion des réflexions des participants en ce qui a trait aux thèmes du programme, en vue de donner « une voix » à ceux-ci. Ces capsules peuvent prendre la forme de textes, de dessins et de peintures exposées sur place dans l'organisme hôte ou reproduites dans le journal du quartier ou l'infolettre de l'organisme par exemple. Le développement du programme, sa description et son contenu sont décrits plus en détails dans le guide d'animation (Parisien et al., 2018) et dans d'autres publications (Aubin et al., 2019; Parisien et al., 2017).

En résumé, les objectifs sont organisés en deux axes : les actions ciblant les personnes et celles ciblant leur environnement. Ainsi, Participe-présent vise à soutenir le développement et l'activation des compétences personnelles des participants, à consolider leurs connaissances des stratégies et des ressources favorisant la participation sociale, à renforcer leur sentiment d'efficacité personnelle et la reconnaissance de leurs propres forces et ressources, à optimiser leurs habiletés sociales et sociocognitives (ex. résolution de problèmes, communication), en vue ultimement d'augmenter leur participation communautaire. En ce qui concerne l'environnement, le programme vise à outiller les intervenants quant à la promotion de la participation sociale, à renforcer les collaborations locales entre les différentes organisations et à sensibiliser les organismes et la communauté aux besoins des aînés vivant avec des PSM ou des difficultés psychosociales. Par ailleurs, le programme étant à sa version initiale, il s'est avéré important de documenter des éléments influençant son implantation et connaître l'expérience des personnes y participant.

Réalisation d'une étude pilote

Une étude pilote de faisabilité a été réalisée lors de l'implantation initiale du programme Participe-présent. Elle visait à déterminer la pertinence de diffuser l'intervention plus largement aux différents milieux œuvrant dans le domaine de la santé mentale et du vieillissement.

Les objectifs visés par l'étude étaient donc de 1) décrire la pertinence,¹ l'acceptabilité, et la faisabilité du programme selon les participants aînés, les animateurs et les responsables des organismes ayant mis le programme à l'essai et 2) d'explorer les bénéfices et les effets à court-terme tels que perçus par les participants aînés.

¹Suivant Proctor et al. (2011), la **pertinence** concerne la perception de la pertinence ou de la compatibilité du programme avec l'organisme qui l'offre et de sa réponse à un besoin particulier d'un groupe de personnes. L'**acceptabilité**, quant à elle, est définie comme la perception des parties prenantes que le programme est agréable et satisfaisant, et la **faisabilité** est la mesure selon laquelle l'implantation ou l'offre du programme par les organismes est possible.

MÉTHODOLOGIE

Devis de l'étude

Suivant une perspective pragmatique (Johnson et Onwuegbuzie, 2004), cette étude s'est déroulée dans le contexte réel et habituel de l'offre d'activités des organismes participants. Dans une approche formative cohérente avec le stade d'implantation initial d'un programme (Chen, 2005), cette étude pilote a utilisé des méthodes qualitatives et quantitatives. Les recommandations de Proctor et al. (2011) en ce qui a trait à la consultation des différents types de participants pour répondre aux questions de recherche ont été observées. De même, l'identification des facilitateurs et obstacles lors de l'implantation d'un programme, tel que les caractéristiques de l'intervention et des facteurs d'ordre individuel, a été effectuée, comme le recommandent Brousselle, Champagne, Contantriopoulos, and Hartz (2011).

Pour répondre au premier objectif sur la pertinence, l'acceptabilité, et la faisabilité du programme, une approche qualitative descriptive a été utilisée. En ce qui concerne le deuxième objectif, soit l'exploration des bénéfices et des effets ressentis par les participants aînés à la suite du programme, une approche de nature mixte, soit qualitative descriptive et quantitative, sous la forme d'un devis pré-expérimental, sans groupe témoin, avec mesures pré et post-programme a été utilisée.

Recrutement des organismes

Les organisations où l'intervention a été implantée ont été recrutées à partir d'un échantillonnage par réseau. La coordonnatrice de recherche et une des chercheuses ont pris contact avec les responsables des organismes qui étaient reconnus pour offrir des services aux aînés qui présentent des PSM ou des difficultés psychosociales. Certains de ces organismes avaient déjà participé à d'autres projets avec le CREGÉS.

Critères d'inclusion des participants à l'étude

Les participants à l'étude sont 1) les aînés qui ont suivi le programme, 2) les animateurs du programme et 3) les responsables des organismes. Les participants aînés devaient répondre aux critères suivants : 1) être âgé de 55 ans et plus plutôt que 65 en raison du vieillissement précoce des personnes vivant avec des problèmes de santé nombreux et chroniques (Gagné et Poirier, 2018; Maccourt et al., 2011); 2) parler et comprendre le français; 3) présenter un PSM ou des difficultés psychosociales qui entravent ou pourraient entraver la participation communautaire, tel qu'identifié par la personne elle-même ou par les intervenants; 4) être capable d'adopter un comportement adéquat en situation de groupe; 5) avoir un niveau cognitif suffisant pour bénéficier d'un groupe de nature éducative (tel qu'évalué par les intervenants qui les référaient); et 6) accepter de participer au programme Participe-présent.

Les organismes participants ont été choisis et contactés sur la base que leur clientèle était hautement susceptible de présenter « un PSM ou des difficultés psychosociales qui entravent ou pourraient entraver la participation communautaire ». Les participants aînés étaient recrutés par les intervenants des organismes qui, de par la connaissance de leur clientèle, s'assuraient du niveau cognitif suffisant des participants potentiels, aucune autre évaluation de la cognition étant effectuée. Les problèmes de santé mentale et les difficultés psychosociales des participants aînés étaient auto-rapportés mais n'ont pas été contre-vérifiés auprès des professionnels traitants. D'autre part, le critère de l'âge n'a pas été imposé lors

du recrutement des participants par certains des organismes. En effet, leur mode de fonctionnement habituel excluait toute discrimination basée sur l'âge pour participer aux activités qu'ils offraient. Cette prérogative des organismes du milieu communautaire a donc été respectée. Ainsi, dans l'ensemble des organismes participants, le programme était offert à tous les membres selon leur processus d'offre de service habituels, par exemple, lors du lancement de la programmation saisonnière. Un seul organisme, celui rattaché au réseau de la santé, a procédé différemment, les participants étant sélectionnés par l'intervenante animatrice du programme.

Le recrutement des animateurs et des responsables s'est aussi fait par les organismes. Il s'agissait des intervenants qui faisaient habituellement l'animation d'activités dans ces organismes, intéressés à mettre le programme à l'essai, ainsi que les responsables des organismes qui avaient autorisé la mise à l'essai du programme dans leur organisme.

Collecte de données

Pour répondre au premier objectif sur la pertinence, l'acceptabilité et la faisabilité du programme, des entrevues semi-structurées ont été effectuées auprès des trois types de participants à l'étude : aînés, animateurs et responsables des organismes. Pour les aînés participant au programme, des questions ouvertes et à choix de réponse ont été posées afin de documenter leur appréciation du programme et leurs suggestions d'amélioration lors de la rencontre post-programme. Pour les animateurs et les responsables des organismes, une entrevue téléphonique post-programme comportant des questions ouvertes qui portaient sur leur appréciation du programme ainsi que sur les obstacles et facilitateurs à son implantation a été menée, adaptée de questionnaires utilisés dans d'autres études sur l'implantation de programme. Tous les participants ont complété un questionnaire sociodémographique.

Pour répondre au deuxième objectif, en ce qui a trait aux bénéfices, des questions ouvertes et à choix de réponse ont été posées aux participants afin de documenter leurs bénéfices ressentis à la suite de leur participation au programme. Pour documenter les effets, un questionnaire a été bâti spécifiquement pour cette étude, à partir d'outils de mesure complets ($n = 3$), de sections d'outils de mesure ($n = 3$) et de questions simples ($n = 5$) (Tableau 1). Ces instruments ont été choisis en fonction des objectifs du programme, de leurs qualités psychométriques, de la possibilité qu'ils soient utilisés par des membres de l'équipe de recherche sans exiger de formation spécifique, et de leur durée de passation. La majorité de ces instruments avaient déjà été testés auprès de représentants de la population cible en vue de s'assurer de leur pertinence et de leur facilité d'utilisation.

Procédures

Les personnes qui désiraient participer à l'étude ont été contactées après avoir donné leur autorisation à l'intervenant de l'organisme qu'elles fréquentaient. Elles pouvaient aussi s'identifier elles-mêmes à l'équipe de recherche. Lors de la prise de contact téléphonique, un membre de l'équipe vérifiait l'intérêt de la personne envers l'étude. Pour les besoins de cette étude, seules les données des personnes correspondant aux critères d'inclusion ont été incluses dans les analyses.

Des assistantes de recherche provenant de programmes universitaires et formées pour réaliser la collecte de données et des membres de l'équipe de recherche ont fait la passation des questionnaires et entrevues. Le questionnaire sociodémographique a été

Tableau 1. Description des outils de mesure qui composent le questionnaire

Objectifs/sous-objectifs du programme évalués	Description
Rehausser les compétences personnelles	
1.1 Augmenter les connaissances des stratégies et des ressources favorisant la participation	1.1 Question : Quel est votre niveau de connaissance des ressources et des services de votre quartier? avec une échelle de réponse de 0 (mauvais) à 5 (excellent).
1.2 Rehausser le sentiment d'efficacité personnelle	1.2 Sous-échelle « Social self-efficacy » du « Social Self-efficacy scale » de Sherer et al. (1982) traduit par Dumont, Gervais, Fougérollas, and Bertrand (2005), comportant 6 items avec une échelle à 5 niveaux a été utilisée, un score élevé indiquant un plus fort sentiment de compétence sociale.
1.3 Favoriser la reconnaissance de ses propres forces et de ses ressources	1.3.1 Section du questionnaire « Occupational Self-Assessment » en version française portant sur les forces personnelles (22 items avec une échelle à 4 niveaux), un score élevé indiquant un meilleur sentiment de compétence en lien avec ses forces personnelles, 1.3.2 Section du même outil, portant sur l'environnement de la personne (8 items avec une échelle à 4 niveaux), un score plus élevé indiquant un environnement dans lequel la personne éprouve peu de difficultés (Baron et al., 2002; Kielhofner, Dobria, Forsyth, et Kramer, 2010).
1.4 Renforcer les habiletés sociocognitives	1.4 Sous-échelle « Intégration sociale » de l'Outil d'identification des besoins de réadaptation (OIBR) (Belleville et Tremblay, 2013), comportant 11 items avec une échelle à 3 niveaux, un score élevé indiquant une meilleure intégration sociale et capacité de résolution de problèmes a été utilisée.
Augmenter la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales	
2.1 Augmenter leur utilisation des ressources offrant des activités	2.1.1 Question : Dans le dernier mois, avez-vous fait de nouvelles activités, utilisé de nouvelles ressources ou visité de nouveaux lieux dans votre communauté? (Choix de réponse : oui ou non) 2.1.2 Questionnaire sur l'engagement dans les activités significatives (version française de <i>Engagement in meaningful activity survey</i> de Eakman (2012)) (formé de 12 items, avec une échelle à 4 niveaux. Un score élevé indique que les activités sont significatives, répondent aux besoins et valeurs de la personne.
2.2 Optimiser les occasions d'échanges sociaux positifs	2.2.1 Question : Dans le dernier mois, avez-vous rencontré de nouvelles personnes? (choix de réponse oui ou non) 2.2. Question à choix de réponse à 4 niveaux sur la satisfaction de la vie sociale, un score élevé indiquant une plus grande insatisfaction de la vie sociale, provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada (2010) (Tableau CANSIM no 105 –0501). 2.2.3 Question : Comment décririez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale? avec une échelle à 4 niveaux, un score élevé indiquant un faible sentiment d'appartenance, 2.2.4 l'Échelle d'appartenance à la communauté (Peterson, Speer, & McMillan, 2008) (8 items avec échelle à 5 niveaux), un score élevé indiquant un fort sentiment d'appartenance et 2.2.5 l'Échelle de solitude (Russell et al., 1980, traduite par De Grace, Joshi, & Pelletier, 1993)(20 items avec une échelle à 4 niveaux), un score élevé indiquant un moindre sentiment de solitude

complété par les aînés avant le début du programme avec l'aide d'un assistant de recherche lors d'un appel téléphonique. Tel que suggéré par Proctor et al. (2011), la pertinence du programme a été évaluée par l'ensemble des participants, l'acceptabilité par les participants aînés et les animateurs, et la faisabilité par les animateurs et les responsables des organismes.

La durée des entrevues effectuées auprès des aînés avant le début du programme et après la fin du programme a varié entre une heure et une heure et demie. Ces entrevues ont été enregistrées pour faciliter les analyses. Deux participantes ont eu besoin de plus de temps et l'entrevue s'est déroulée en deux temps. Certains participants n'ont pas complété tous les questionnaires à la suite du choix des intervenants de limiter la quantité de questions à répondre en raison de la capacité de concentration réduite des participants de leur groupe, de l'abandon de certains participants et en raison de l'ajout ultérieur de questionnaires dans le contexte d'une étude pilote et de la co-construction du programme en cours à ce moment. Les animateurs et les responsables ont été contactés par téléphone pour compléter le questionnaire.

Description de la population à l'étude

Cinq organismes ont accepté de participer à l'étude, provenant de trois régions du Québec soit Montréal, Shawinigan et Québec, et ont chacun formé un groupe de participants. Quatre de ces

organismes provenaient du milieu communautaire. Parmi ceux-ci, trois offraient des activités variées (loisirs, éducation, soutien, etc.) aux personnes ayant une problématique de santé mentale. Un quatrième organisme était impliqué dans le soutien et l'accompagnement auprès des résidents d'une habitation à loyer modique (HLM) pour aînés. Le cinquième, affilié à un centre intégré de services sociaux et de santé, était un centre de jour pour les personnes ayant des problèmes de mobilité. Quatre responsables de ces organismes ont participé à l'étude. Seule la responsable de l'organisme offrant des services aux résidents aînés d'un HLM n'a pu être rejointe pour répondre aux questionnaires.

L'animation du programme a été effectuée par une personne dans trois des groupes, et par deux personnes dans les deux autres groupes. Au total, 5 animateurs, dont 4 femmes et un homme ont participé à l'étude. Ces personnes avaient des expériences, des formations et des professions variées (professionnelle et étudiante en travail social, éducatrice spécialisée, intervenante communautaire, conseiller en orientation).

Les cinq groupes ayant participé au programme totalisaient 42 participants. Parmi ceux-ci, 30 étaient âgés de plus de 55 ans (entre 55 et 84 ans). Par ailleurs, cinq participants provenant des différents organismes (un provenant d'un organisme en santé mentale et quatre d'un HLM) ont cessé leur participation avant la fin du programme et les données de 2 des participants sont complètement manquantes pour le 2^e temps de mesure. Ce sont

donc les données des 23 participants qui ont complété le programme qui sont présentées dans cet article. L'âge moyen de ce groupe était de 67,87 années ($ET = 7,96$), et le nombre moyen d'années d'éducation de 10,43 années ($ET = 4,09$). Presque les trois quarts des participants (74%) rapportent avoir ou avoir eu un problème de santé mentale au cours de leur vie et la moitié mentionnaient avoir ou avoir eu un diagnostic psychiatrique. Les diagnostics auto-rapportés incluent la dépression, l'anxiété, la schizophrénie, la psychose et le trouble de personnalité.

Les caractéristiques de ces participants sont décrites dans le tableau 2.

Analyses

Pour le volet qualitatif du projet, les réponses des animateurs et des responsables aux questionnaires téléphoniques ont été synthétisées et regroupées en fonction des objectifs de l'étude. Les réponses des participants aînés quant à leurs préférences et aux bénéfices ressentis ont été retranscrites et assujetties à une analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2016) avec une approche inductive. Une assistante de recherche, formée à cet effet, a identifié les thèmes à la suite de la codification manuelle des verbatims. Une des chercheuses (G.A.) a validé les thèmes identifiés dans un processus d'aller-retours jusqu'à l'obtention d'un consensus avec l'assistante de recherche. Pour ce qui est des données quantitatives, des analyses descriptives (fréquence et distribution), inférentielles (test de t) et des tests non-paramétriques (test des rangs de Wilcoxon) et test de McNemar ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS v 24.

Tableau 2. Caractéristiques des participants aînés ayant complété le programme ($n = 23$)

Variables continues [Moyenne (écart-type)]	
Age moyen	66.17 (8.06)
Niveau d'éducation (années)	11.00 (3.94)
Variables catégorielles [Fréquence (%)]	
Genre	
Femmes	17 (73.9)
Hommes	6 (26.1)
Vivant seul(e)	
Présence d'un problème de santé mentale au cours de la vie	17 (73.9)
Diagnostic psychiatrique auto-rapporté	
Dépression	7 (30)
Anxiété	5 (22)
Schizophrénie	3 (13)
Psychose	1 (4)
Tr. de la personnalité	1 (4)
Organisme de provenance	
Organisme communautaire offrant des services aux personnes vivant avec une problématique de santé mentale	8 (34.7)
Services pour les résidents aînés en HLM	7 (30.4)
Centre de jour pour les personnes avec une mobilité réduite	8 (34.8)

Considérations éthiques

Tous les participants ont été informés de la nature de l'étude et leur consentement à participer a été obtenu avant de commencer l'étude. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du CIUSSS de l'Est de l'île de Montréal ainsi que celui du CIUSSS Centre ouest de l'île de Montréal.

Résultats

L'analyse des données portait sur la pertinence de diffuser le programme Participe-présent aux différents milieux œuvrant dans le domaine de la santé mentale et du vieillissement. Plus spécifiquement, elle portait sur les questions 1) de la pertinence, l'acceptabilité et la faisabilité du programme, telles qu'elles sont perçues par les aînés, les animateurs et les responsables des organismes, et 2) les bénéfices et les effets ressentis par les participants aînés et les animateurs à la suite du programme.

Pertinence du programme

Le programme a été perçu comme pertinent par la majorité des participants. Les attentes générales rapportées initialement par une participante du centre de jour pour les personnes en perte de mobilité illustrent cette pertinence :

Je voudrais sortir de mon isolement, ça ça m'intéresse parce que je suis vraiment isolée. J'ai pas de famille, j'ai plus d'enfants. [...] Lundi, j'ai rencontré les gens de Participe-présent, c'est des gens que je connaissais pas, encore là ça va être une deuxième famille, je vais apprendre à les connaître individuellement. Ça va me faire sortir de ma maison, ça me fait sentir moins folle.

Pour les participants aînés, certains sujets abordés dans le programme ont été nommés comme étant particulièrement pertinents pour eux : le budget, les forces, l'écoute, la toile du réseau social (exercice fait lors de la rencontre 7), et le vieillissement. Les animateurs ont mentionné, de façon générale, que le programme répondait aux besoins de leur clientèle. Pour des participants dans un des groupes, le thème sur la participation citoyenne (voir annexe 1) s'est avéré être peu pertinent car cela ne correspondait pas à leur réalité et ils ne s'identifiaient pas à ce thème.

Les responsables des organismes ont indiqué que le programme était orienté vers les forces et l'« empowerment », que cela était particulièrement pertinent auprès des participants aînés et que cela correspondait aux valeurs de leur organisme. Ils ont jugé qu'il pouvait s'intégrer dans leur programmation d'activités et ont apprécié les bases théoriques solides du programme et son approche novatrice.

Acceptabilité du programme

Les participants aînés qui ont complété le questionnaire sur le programme à la fin de celui-ci ($n = 23$) ont été majoritairement satisfaits de leur participation au programme. Ils ont déclaré être très satisfaits du programme à 60,9%, être satisfaits à 30,4% et être peu satisfaits à 8,7%. En ce qui a trait aux réponses aux questions ouvertes sur les aspects les plus appréciés du programme, les thèmes suivants ont émergé de l'analyse : le plaisir d'être avec d'autres personnes, l'entraide dans le groupe, la possibilité d'apprendre de nouvelles choses (par exemple sur le budget, les forces,

le réseau social) ainsi que l'ambiance agréable et conviviale des rencontres de l'atelier. Tel qu'exprimé par un des participants, « J'ai apprécié les rencontres et de continuer à apprendre des choses ».

Des suggestions ont été exprimées par les participants aînés afin d'améliorer le programme. Par rapport à la constitution du groupe, il a été suggéré de le composer avec des personnes du même âge et de s'assurer d'avoir un nombre suffisant de participants. En ce qui concerne les séances, ils ont suggéré d'en augmenter la durée ou de prolonger le programme par l'ajout de séances supplémentaires. Par exemple, un participant a dit qu'il voulait que le programme soit « Plus long, plus de semaines... On avait un allant et hop! c'est fini. On a beaucoup appris mais ça pourrait continuer ». Ils ont aussi proposé d'approfondir ou d'ajouter des thèmes tels qu'aider son prochain, la communication, la santé mentale et ses défis au quotidien et de vulgariser davantage les termes employés. En ce qui a trait aux visites de ressources dans la communauté, trois suggestions ont été proposées par les participants : 1) tenir compte davantage des intérêts des participants, 2) considérer la facilité d'accès de ces ressources, et 3) augmenter le nombre de visites pendant la durée du programme. Finalement, en ce qui concerne l'animation et le fonctionnement du groupe, il a été proposé de trouver des moyens pour soutenir l'assiduité et la participation aux séances de groupe, d'assurer le respect des règles établies, que l'animateur ait une attitude calme et de s'assurer que les participants se sentent libres de s'exprimer.

Selon les animateurs, les activités proposées dans le programme ont soulevé l'intérêt des participants de façon générale et ont favorisé la création de liens entre les membres. Il est ressorti de l'analyse des données que le matériel du programme est adaptable : certaines activités ont été omises ou modifiées pour mieux répondre aux besoins des participants. Par exemple, pour certains groupes, les images proposées dans le cahier de l'animateur pour illustrer des concepts spécifiques à certains thèmes nuisaient à la compréhension et ont simplement été omises pour les activités suivantes. Il a été rapporté que les mises en situation rejoignent les participants (les exercices sont concrets); les outils sont simples à utiliser et les aspects didactiques du programme (ex. les plans de rencontre) facilitent son déroulement. Des thèmes ont été suggérés, tels que « comment faire des démarches » en vue d'intégrer une nouvelle ressource, la technologie (développer la confiance pour son utilisation), une rencontre pour s'amuser en groupe, l'alimentation et la santé mentale. Sur le plan pratique, l'offre d'une collation aux participants a été fort appréciée dans un des groupes.

Les obstacles identifiés par les animateurs étaient principalement liés à la quantité de matériel offert par le programme et le temps nécessaire pour en prendre connaissance ainsi qu'aux objectifs des rencontres qui n'étaient pas suffisamment spécifiques.

Faisabilité du programme

Les responsables des organismes (n = 4) ont mentionné que l'organisation matérielle et physique (par exemple, les locaux) avait été très facile, puisque les organismes possédaient déjà les ressources nécessaires. Le recrutement des participants s'est aussi avéré facile puisque le programme a été offert à la clientèle déjà en place et bénéficiant des services et des activités de leur organisme. Les personnes qui ont animé le programme faisaient aussi déjà partie des intervenants de ces organismes ce qui a facilité sa mise en œuvre puisque les participants étaient déjà familiers avec les lieux et les animateurs. Le fait qu'une stagiaire s'est jointe à un intervenant à l'animation d'un des groupes a aussi favorisé son implantation. De plus, concernant le contexte d'application, il est ressorti que les

horaires flexibles et les tâches de l'intervenant favorisaient la mise en place du programme. Le fait qu'au moins une intervenante sur place soit en faveur et « croit » en ce programme (un « champion ») était aussi un élément facilitant. La durée circonscrite du programme pouvait faciliter son offre à plusieurs groupes successifs. Des responsables des organismes ont suggéré de simplifier le matériel d'animation et d'ajouter un volet « consolidation des acquis ».

Les animateurs ont aussi identifié des facilitateurs et des obstacles à l'implantation du programme. Certains animateurs entrevoient déjà la possibilité d'offrir le programme dans d'autres points de service de leur organisme dès le début de la mise à l'essai. Par ailleurs, le manque de temps des animateurs pour la préparation des activités, et le temps considérable passé à organiser et réaliser les visites dans les organismes, a nui au déroulement du programme selon certains des organismes.

Une animatrice a préféré faire une rencontre de groupe initialement pour discuter des objectifs individuels, plutôt que des rencontres individuelles (volet 1). Cette adaptation au volet 1 permettait de diffuser de l'information plus détaillée au sujet du programme aux personnes intéressées et particulièrement d'établir des règles communes pour le bon fonctionnement du groupe, telles que le respect de la confidentialité. Cela offrait aussi la possibilité de faire une « séance d'essai » et de prendre une décision quant à l'engagement dans le programme. Cette animatrice proposait d'offrir une rencontre individuelle au besoin, mais aucun participant de son groupe n'a fait cette demande. Un autre groupe a plutôt choisi d'inviter des représentants d'organismes à une des rencontres du groupe plutôt que d'organiser des visites d'organismes (volet 3) en raison de problèmes de mobilité des participants. Les quatre autres groupes ont soit organisé des visites d'organismes en groupe ou en sous-groupes (3 organismes), soit ont accompagné les participants dans leurs démarches pour visiter ou joindre un organisme dans la communauté. L'accueil des participants par les organismes visités s'est généralement avéré positif et a permis l'inclusion des participants dans différentes ressources (par exemple, cuisine collective, Centre des femmes, Croix-Blanche). La visite d'un organisme a été plus compliquée à organiser pour un des groupes provenant d'un organisme en santé mentale : «... un refus parce que le directeur n'était pas disponible... [ils] cherchaient à avoir un intervenant d'expérience, peut-être en raison de la clientèle [note : référant au groupe de participants] » (animateur d'un organisme en santé mentale).

Trois des cinq groupes n'ont pas réalisé de capsule médiatique (le 4^e volet) par manque de temps, « il faudrait avoir plus de temps pour faire les capsules médiatiques » (animatrice du centre de jour pour les personnes à mobilité réduite) ou d'indications claires sur la façon de procéder : « Il faudrait que les instructions soient plus structurées à ce sujet et de l'inclure dans le volet 2 (atelier) » (animatrice d'un organisme en santé mentale). Des défis se sont manifestés dans certains contextes d'application, par exemple les difficultés à maintenir l'engagement de certains participants et les enjeux de la rétention des informations chez d'autres participants. Les difficultés d'engagement des participants d'un organisme en santé mentale pouvaient possiblement être expliquées comme suit selon l'animatrice : « Les visites sont peut-être un peu épuisantes [i.e., les démarches à faire] ... Lorsqu'il y a des exercices à faire [i.e., les activités en atelier], certaines personnes ont peur de ne pas faire la bonne chose, elles ont peur de l'échec ». Dans ce contexte, il a été proposé par un des animateurs de présenter deux formats pour offrir le programme : une structure organisationnelle plus rigide (inscription obligatoire et groupe fermé) et une structure plus flexible (ex. : café rencontres, table ronde, sans papier crayon).

D'autres défis ont porté sur la nécessité d'adapter rapidement les activités ayant un contenu écrit pour une personne analphabète. Les animateurs ont proposé d'ajouter des rencontres, de suggérer un temps de préparation pour les animateurs et de créer un cahier du participant pour aider à l'intégration des acquis.

Exploration des effets et des bénéfices perçus par les participants âgés

Des résultats significatifs en ce qui a trait aux effets ont été obtenus à la suite de l'analyse des réponses données à trois des questions simples utilisées dans le questionnaire et à un des questionnaires (tableau 3). D'abord, à la question sur les connaissances au sujet des ressources favorisant la participation (voir tableau 1, objectif 1.1), les participants ont rapporté avoir une meilleure connaissance des ressources de leur communauté, une participation à de nouvelles activités, l'utilisation de nouvelles ressources ou de visite de nouveaux lieux dans leur communauté et une augmentation de leur satisfaction de la vie sociale à la suite de leur participation au programme. Les résultats à l'Échelle de solitude (voir tableau 1, 2.2.5) suggèrent une diminution de leur sentiment de solitude après leur participation au programme (tableau 4). Les différences des résultats pré et post programme pour les autres outils n'ont pas atteint le seuil de signification.

Au plan qualitatif, certains bénéfices ont été plus souvent mentionnés par les participants en fin de programme. L'acquisition de connaissances, incluant les connaissances générales, et celles sur leur environnement social et sur leur communauté est nommée par plusieurs participants des différents groupes. Un participant dit : « [Le programme] m'a fait connaître d'autres personnes, d'autres horizons. Comme là j'ai le numéro de téléphone pour faire de la cuisine collective ». Le plaisir d'être ensemble, l'entraide entre les participants, et la diversité des rencontres sont mentionnés. Une participante parle des liens qui se sont approfondis : « On a appris à se connaître entre voisins, entre résidents, parce que même si on se

disait « bonjour » avant, ça veut pas dire qu'on se connaissait vraiment. On a pu donner notre opinion ». Sur le thème de la croissance personnelle, un autre rapporte ses réflexions sur le vieillissement : « Ça m'a fait réaliser que je vieillis et que j'ai besoin des autres, à petite dose, mais j'ai quand même besoin des autres, parce que c'est rassurant. ». La motivation à se mettre en action et à faire des activités dans la communauté sont aussi des bénéfices identifiés.

Je me suis rendue compte qu'en sortant plus, une amie à moi me dit que j'ai changé, que j'ai l'air plus ouverte, j'ai plus de joie de vivre. En sortant plus, ça ouvre les horizons. Ça va m'intéresser à sortir plus, je trouve ça intéressant. (Une participante au programme).

Discussion

Cette étude pilote visait à décrire la pertinence, l'acceptabilité, et la faisabilité du programme Participe-présent visant à soutenir la participation communautaire d'ânés vivant avec des difficultés psychosociales ou un PSM, ainsi que les effets et les bénéfices ressentis lors de sa mise à l'essai dans cinq organismes qui l'offraient pour la première fois. Les propos des participants âgés, des animateurs et des responsables des ressources à la suite de cette première expérience soutiennent la pertinence, l'acceptabilité et la faisabilité de ce programme pour la population visée. Il a été reconnu qu'il correspondait aux valeurs prônées par ces organismes quant à l'importance du développement du pouvoir d'agir (*empowerment*) des personnes âgées vivant avec un PSM ou des difficultés psychosociales à l'aide d'une approche axée sur les forces.

Quelques éléments du programme ont toutefois suscité des réflexions. La durée trop courte du programme a été rapportée affectant l'intégration et l'approfondissement du contenu du programme. D'autres interventions offertes par des intervenants du réseau de la santé et ayant un objectif similaire, telles que le programme « Helping older people experience success (HOPES) » (Mueser et al., 2010) ont une durée plus longue, soit une durée d'un an pour la période d'entraînement aux habiletés sociales et un an de suivi. À la suite d'une recension des écrits sur les interventions visant la participation sociale des âgés, Raymond et al. (2015) recommande aussi une durée de six mois de façon à ce que des liens se tissent entre les participants. Le programme Participe-présent a une durée plus courte, soit huit rencontres. Il a été initialement construit pour être offert facilement dans différents contextes du milieu communautaire et du réseau de la santé, sans exiger un engagement de très longue durée de la part des participants. D'autres programmes très populaires offerts dans la communauté ont une durée inférieure à celle suggérée par Raymond et al. (2015), soit dix semaines (Bier et al., 2015). Dans le guide d'animation du programme Participe-présent, il est suggéré de tenir compte des besoins des participants en termes de temps requis et de choix des activités pertinentes pour le groupe, en étalant le contenu sur un plus grand nombre de rencontres par exemple, pour une meilleure intégration et un approfondissement des connaissances et des expériences provenant du programme.

De plus, il se dégage des commentaires de certains participants qu'ils ne se sont pas toujours sentis suffisamment consultés lors des choix de certaines activités. Il est possible que certains animateurs aient pris des décisions à la place du groupe ou encore que des personnes ont senti qu'elles n'avaient pas suffisamment de choix.

Tableau 3. Résultats des questions simples du questionnaire avant et après le programme

Test des rang signés de Wilcoxon			
Évaluation effectuée des objectifs/sous-objectifs du programme	<i>n</i>	<i>z</i>	<i>p</i> (bilat)
Niveau de connaissance des ressources et des services de son quartier (objectif 1.1)	21	-2.537	.011*
Participation à de nouvelles activités, utilisation de nouvelles ressources ou visite de nouveaux lieux dans sa communauté (sous-objectif 2.1.1)	22	-2.121	.034*
Satisfaction de la vie sociale – question provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Statistique Canada (2010) (sous-objectif 2.2.2)	23	-2.326	.020*
Sentiment d'appartenance à sa communauté locale (sous-objectif 2.2.3)	22	-1.633	.102
Test de McNemar			
	<i>n</i>	<i>p</i> (bilat)	
Rencontre de nouvelles personnes dans le dernier mois (sous-objectif 2.2.1)	22	0.727	

Les résultats significatifs à .05 sont signalés par une étoile (*).

Tableau 4. Résultats des outils de mesure (complets ou sections d'outil) du questionnaire - avant et après le programme

	n	Test de T				t	p (bilat)	IC à 95%
		T1		T2				
Évaluation effectuée des objectifs/sous-objetsifs du programme		moy	é.t.	moy	é.t.			
Échelle Social self-efficacy du Social self-efficacy scale (objectif 1.2)	17	3.235	.840	3.431	.781	.652	.524	[-.442 - .834]
Occupational self-assessment questionnaire – Forces personnelles (sous-objectif 1.3.1)	22	3.007	.439	3.141	.460	1.840	.080	[-.018 - .286]
Occupational self-assessment questionnaire - Environnement (sous-objectif 1.3.2)	18	3.923	1.952	3.229	.515	-1.368	.189	[-1.766 - .377]
Sous-échelle de L'OIDR -Intégration sociale (objectif 1.4)	22	2.348	.377	2.352	.441	.051	.960	[-.134 - .141]
Engagement in meaningful activity survey (sous-objectif 2.1.2)	16	35.063	8.583	36.250	7.802	.524	.608	[-3.646 - 6.021]
Échelle d'appartenance à la communauté (sous-objectif 2.2.4)	20	30.700	7.861	31.350	5.585	.400	.694	[-2.753 - 4.053]
Échelle de solitude (sous-objectif 2.2.5)	16	2.802	.559	3.144	.651	2.738	.015*	[.075 - .608]

Les résultats significatifs à .05 sont signalés par une étoile (*).

Cela est surprenant, d'autant plus que ce programme est axé sur les forces et que le manuel d'animation souligne l'importance de mettre l'accent sur cet aspect du programme auprès des animateurs dans leurs interventions. Cela indique possiblement qu'une formation aux animateurs pourrait être requise afin de s'assurer que cette philosophie guide les interventions effectuées. Ce constat met en lumière le besoin d'auto-détermination des personnes et l'importance pour les animateurs d'y répondre en soutenant la capacité de choisir des participants du groupe (Hirst et al., 2013).

Quant à sa faisabilité, il s'est avéré être approprié auprès de groupes de personnes vivant avec des problématiques variées, tant en santé mentale que psychosociales, incluant des personnes avec des problèmes de mobilité. En effet, les intervenants de chacun des groupes ont adapté le contenu et les activités du programme selon les besoins des participants, bien que cela prenait du temps supplémentaire, selon leur capacité de compréhension et selon leur contexte de vie, par exemple. Le manque de confiance en soi et la crainte de l'échec rapportés comme des explications des difficultés d'engagement de certains participants vivant avec des enjeux de santé mentale, justifient l'importance d'être à l'écoute des besoins de ces personnes et d'adapter le programme en vue d'en faire une occasion de valorisation et de reconnaissance. En effet, les aînés qui ont vécu avec des enjeux de santé mentale ont souvent aussi expérimenté des pertes de rôles, des contraintes dans la pratique d'activités significatives, vécu de l'isolement et de la pauvreté ce qui a pu affecter leur perception de leur pouvoir d'agir et leur motivation (Dallaire, McCubbin, et Prévost, 2010; Dallaire, McCubbin, Provost et al., 2010).

Par ailleurs, bien des préjugés subsistent envers les personnes vieillissantes vivant avec des PSM en ce qui a trait à leur participation sociale (Aubin et Dallaire, 2018). Le défi rencontré par un des groupes quant à la visite d'un organisme dans la communauté (ex. refus d'un directeur de cet organisme de recevoir le groupe de participants en raison d'un manque d'intervenant spécialisé) (volet 3) l'illustre bien et confirme la nécessité d'une sensibilisation à la santé mentale et à ses enjeux ainsi qu'au vieillissement, tel stipulé dans le modèle logique du programme (Parisien et al., 2017).

Pour faciliter l'accès à des activités de loisir dans la communauté, des lignes directrices pour rendre les organismes communautaires de loisirs inclusifs pour les personnes vivant avec des enjeux de santé mentale a été développé par une équipe de chercheurs (Gallant et al., 2020). Parmi les actions proposées, ces auteurs suggèrent d'offrir une formation visant à démystifier les problèmes de santé mentale à laquelle participent des personnes ayant un vécu expérientiel (ayant une expérience d'un épisode de maladie mentale).

Plusieurs suggestions ont été exprimées pour améliorer la faisabilité du programme auprès des différentes populations. Ainsi, certains des éléments identifiés comme étant des obstacles au programme ont été révisés à la suite de cette étude. Par exemple, dans l'atelier (volet 2), les objectifs des différentes rencontres de groupe ont été clarifiés (voir Parisien et al., 2017). Pour ce qui est du volet 4, portant sur les capsules médiatiques, bien que plusieurs groupes de cette mise à l'essai ne l'aient pas réalisé, il demeure un outil disponible dont les groupes peuvent se servir au besoin, tel que mentionné dans le guide. Il sera intéressant dans les études futures d'explorer comment ce volet pourrait être davantage intégré à l'offre du programme, puisqu'il a comme objectif de « donner une voix à cette population susceptible de vivre de l'exclusion sociale [en vue de] permet[tre] de sensibiliser les citoyens et les membres des organisations » (Parisien et al., 2017, p. 9), et cette sensibilisation est intégrée à un des deux axes du programme.

Les résultats portant sur les effets et les bénéfices perçus par les participants aînés sont exploratoires, toutefois ils vont dans le même sens. Il ressort de l'analyse que le programme tend à faciliter l'acquisition de nouvelles connaissances en ce qui a trait aux ressources dans la communauté et à favoriser les échanges sociaux et la mise en action des participants. Cela correspond directement à quelques-uns des objectifs du programme, tels que le développement et l'activation des compétences personnelles, la consolidation de la connaissance des stratégies et des ressources favorisant la participation sociale, et l'optimisation des habiletés sociales et sociocognitives.

La variété de sources de données et la convergence des résultats quantitatifs et qualitatifs représentent les forces de cette étude. Parmi ses limites, on retrouve entre autres, des biais pouvant affecter la validité interne, par exemple la mesure des effets qui a changé au cours de l'étude (retrait et ajout de questionnaires), ou encore des événements qui ont pu se produire dans la vie des participants et qui ont pu influencer leurs réponses, ainsi que la mortalité expérimentale (Fortin et Gagnon, 2016). La validité externe a aussi pu être affectée en raison du risque de biais associé au désir de plaire à l'évaluateur, aux attentes des animateurs, ainsi que du biais de sélection (par exemple, les participants sont déjà parmi les plus actifs dans l'organisme) (Fortin et Gagnon, 2016). L'absence d'un groupe témoin limite aussi l'interprétation des résultats. D'autres limites concernent la validité de conclusions statistiques des résultats des questionnaires, dont le petit nombre de participants ayant répondu à certains des questionnaires, la multiplicité des questionnaires affectant, la puissance statistique et le risque d'erreur de 1^{ère} espèce (Fortin et Gagnon, 2016).

L'étude a porté uniquement sur la cible individuelle (les individus participants) du modèle logique et n'a pas exploré les retombées du programme sur les déterminants socio-organisationnels de la participation communautaire des aînés. Plusieurs animateurs ont choisi de ne pas implanter le volet des capsules médiatiques. Sans en être l'unique raison, ceci peut avoir contribué aux résultats mitigés au plan de certaines habiletés sociocognitives, telles que la prise de décision en groupe et la communication, ainsi qu'au plan du sentiment d'efficacité personnelle et d'appartenance. Bien qu'il y ait eu une rencontre préparatoire, l'implantation n'a pas été précédée par une formation formelle des animateurs. Ceci peut avoir altéré l'effet du programme sur certaines dimensions plus intimement reliées à l'actualisation de l'approche par les forces et à l'optimisation des habiletés sociales et sociocognitives. Aussi, considérant que l'étude exploratoire s'est réalisée au sein d'une démarche de co-construction, l'intervention a connu des ajustements en cours de mise à l'essai. Ces limites font en sorte que les résultats de cette étude doivent être interprétés avec prudence quant à une utilisation à une plus grande échelle.

Conclusion

Les résultats de cette étude exploratoire sur le programme Participe-présent, soulignent l'aspect prometteur de cette intervention pour répondre à un besoin des aînés vivant avec une problématique de santé mentale ou des difficultés psychosociales. D'autres études sont nécessaires pour valider les effets à long terme auprès de cette population et pour connaître les conditions d'implantation optimales. Une étude avec un groupe témoin auprès d'un plus grand échantillon serait souhaitable pour vérifier la capacité de l'intervention à améliorer les déterminants de la participation communautaire des aînés, y compris sur les facteurs socio-organisationnels ciblés par le programme. Ultimement, ce programme pourrait être animé par des pairs « aînés », en cohérence avec l'approche basée sur les forces. Le programme Participe-présent est accessible en ligne en français et en anglais gratuitement sur le site du CREGÉS à l'adresse suivante : <https://www.creges.ca/participe-present/>.

Remerciements

Un merci spécial aux participants aînés, aux animateurs et aux responsables des organismes ayant implanté le programme dans

leurs organismes. Ce projet a été subventionné par le Réseau québécois de la recherche sur le vieillissement (RQRV) et le manuel des intervenants a pu être publié grâce à l'aide financière de Bell Cause pour la cause.

Références

- Aubin, G. et Dallaire, B. (2018). Les personnes âgées qui vivent avec un problème de santé mentale : « il n'y a plus rien à faire avec elles ». In D. V. Billette, P. Marier, et A.-M. Séguin (Eds.), *Les vieillissements sous la loupe: entre mythes et réalités* (pp. 117–124). Québec : Presses de l'Université Laval.
- Aubin, G., Girard, K. A., Vigneault, L., Beaudin, C., Carbonneau, H., et Miaux, S. (2019, 22-24 octobre). L'expérience de l'inclusion et du loisir chez les aînés vivant avec une problématique de santé mentale [Communication]. Symposium international sur l'expérience inclusive de loisir, Trois-Rivières, Québec, Canada.
- Aubin, G., Parisien, M., Gilbert, N., Dallaire, B., Billette, V., et Beauchamp, J. (2019). The count me in! program: An innovative approach to supporting community participation for seniors living with psychosocial difficulties. *Canadian Journal of Community Mental Health*, *38*(1), 61–65. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2018-025>
- Aubin, G., Parisien, M., Therriault, P. Y., Nour, K., Billette, V., Belley, A. M., et al. (2015). Développement de programmes visant à soutenir l'autonomie de l'intégration dans la communauté d'aînés ayant une problématique de santé mentale. *Vie et vieillissement*, *13*(1), 11–16.
- Baron, K., et al. (2002). The Occupational Self Assessment (OSA) (Version 2.1). The Model of Human Occupation Clearinghouse, Chicago, Department of Occupational Therapy, College of Applied Health Sciences, University of Illinois.
- Bartels, S. J., DiMilia, P. R., Fortuna, K. L., et Naslund, J. A. (2018). Integrated care for older adults with serious mental illness and medical comorbidity: Evidence-based models and future research directions. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(1), 153–164. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.10.012>
- Belleville, M. et Tremblay, G. (2013). Validation d'un outil d'identification des besoins de réadaptation en santé mentale Phase 2. Joliette, Centre de réadaptation La Myriade. https://laresource.ca/images/ressources/validation_dun_outil_didentification_des_besoins_de_readaptation_en_sante_mentale_phase_2.pdf
- Bier, N., Lorthios-Guillemot, A., Nour, K., Parisien, M., Elleberg, D., et Laforest, S. (2015). Jog your mind: Methodology and challenges of conducting evaluative research in partnership with community organizations. *International Psychogeriatrics*, *27*(01), 79–94. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001306>
- Biering, P. (2019). Helpful approaches to older people experiencing mental health problems: A critical review of models of mental health care. *European Journal of Ageing*, *16*(2), 215–225. <https://doi.org/10.1007/s10433-018-0490-3>
- Brousselle, A., Champagne, F., Contantropoulos, A.-P., et Hartz, Z. (2011). *L'évaluation: Concepts et méthodes. Edition remise à jour*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H.-T. (2005). *Practical program evaluation assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Conseil national des aînés. (2014). Rapport sur l'isolement social des aînés 2013–2014. Repéré le 24 novembre 2014 à http://www.conseildesaines.gc.ca/fra/recherche_publications/isolement_social/page00.shtml.
- Dallaire, B., McCubbin, M., et Prévost, M. (2010). Vieillesse et trouble mental grave : questions de représentations, questions d'intervention. In M. Lagacé (Ed.), *L'agisme : comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec, Qc: Presses de l'Université Laval.
- Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N., et Clément, M. (2010). Cheminement et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves : perspectives d'intervenants psychosociaux. *La Revue canadienne du vieillissement*, *29*(2), 267–279. <https://doi.org/10.1017/S0714980810000164>
- De Grace, G. R., Joshi, P., et Pelletier, R. (1993). L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*(1), 12.

- Dumont, C., Gervais, M., Fougeyrollas, P., et Bertrand, R. (2005). La perception d'efficacité personnelle comme facteur associé à la participation sociale des adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral. *Revue Canadienne d'ergothérapie*, *72*(4), 222–233.
- Eakman, A. M. (2012). Measurement characteristics of the engagement in meaningful activities survey in an age-diverse sample. *American Journal of Occupational Therapy*, *66*(2), e20–e29.
- Forsman, A. K., Nordmyr, J., et Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, *26*(suppl 1), i85–i107. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>
- Fortin, M. F., et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition). Montréal: Chenelière éducation.
- Futeran, S., et Draper, B. M. (2012). An examination of the needs of older patients with chronic mental illness in public mental health services. *Aging and mental health*, *16*(3), 327–334. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.628978>
- Gagné, J., et Poirier M. (2018). *Viellissement et santé mentale: droits et accès aux services de santé mentale (rapport de recherche)*. Université TÉLUQ et Le collectif de défense des droits en santé mentale de Montréal Action Autonomie. Repéré le 26 mai 2021 à <https://r-libre.telug.ca/1458/>.
- Gagnon, F. (2017). Les aînés dans les logements HLM: Enjeux et questions démographiques. *Quadrilatère, la revue du Regroupement des Offices d'habitation du Québec*, *16*(1), 6–7.
- Gallant, K., Hutchinson, S., White, C. M., Hamilton-Hinch, B., Litwiller, F., Lauckner, H., et al. (2020). Reaching out to welcome in: Guidelines for socially inclusive recreation settings and programs for people with mental health challenges. *Leisure/Loisir*, *44*(3), 327–351. <https://doi.org/10.1080/14927713.2020.1780933>
- Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Statistique Canada. Rapports sur la santé*, *23*(4), 1–13. Repéré le 15 avril 2015 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2012004/article/11720-fra.pdf?st=BqAaq-M>.
- Gonçalves, D. C., Coelho, C. M., et Byrne, G. J. (2014). The use of healthcare services for mental health problems by middle-aged and older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *59*(2), 393–397. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2014.04.013>
- Graham, N., Lindsay, J., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R., et al. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: A technical consensus statement. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*(8), 670–678. <https://doi.org/10.1002/gps.876>
- Hirst, S. P., Lane, A., et Stares, R. (2013). Health promotion with older adults experiencing mental health challenges: A literature review of strength-based approaches. *Clinical Gerontologist*, *36*(4), 329–355. <https://doi.org/10.1080/07317115.2013.788118>
- Johnson, R. B., et Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, *33*(7), 14–26. <https://doi.org/10.3102/0013189x0333007014>
- Kielhofner, G., Dobria, L., Forsyth, K., et Kramer, J. (2010). The occupational self-assessment: Stability and the ability to detect change over time. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, *30*(1), 11–19.
- Maccourt, P., Wilson, K., et Tourigny-Rivard, M. F. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets de santé mentale pour les aînés canadiens*. Commission de la santé mentale du Canada. Repéré le 4 mai 2015 à <http://www.commissionsantementale.ca>.
- Martinsson, G., Fagerberg, I., Lindholm, C., et Wiklund-Gustin, L. (2012). Struggling for existence -Life situation experiences of older persons with mental disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, *7*, 18422. Repéré le 10 septembre 2014 à <https://doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18422>
- Mueser, K. T., Pratt, S. I., Bartels, S. J., Swain, K., Forester, B., Cather, C., et al. (2010). Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *78*(4), 561–573. <https://doi.org/10.1037/a0019629>
- Nordström, M., Dunér, A., Olin, E., et Wijk, H. (2009). Places, social relations and activities in the everyday lives of older adults with psychiatric disabilities: An interview study. *International Psychogeriatrics*, *21*(02), 401–412. <https://doi.org/10.1017/S1041610208008260>
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M., et Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement. Problèmes, répercussions et services. In M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier, et I. Olazabal (eds.), *Viellir au pluriel. Perspectives sociales* (pp. 135–160). Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Nour, K., Miranda, D., Regenstreif, A., Dallaire, B., Moscovitz, N., Hébert, M., et al. (2010). Guidelines for community-based team interventions for seniors with severe and persistent mental health problems living in the community. *Intervention*, *133*(2), 98–109.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4th ed). Paris: Armand Colin.
- Parisien, M., Nour, K., Belley, A. M., Aubin, G., Billette, V., et Dallaire, B. (2017). Participe-présent: Co-construction d'un programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales. *Santé Mentale au Québec*, *42*(1), 183–204. <https://doi.org/10.7202/1040250ar>
- Parisien, M., Nour, K., Belley, A. M., Billette, V., Aubin, G., et Regenstreif, A. (2018). *Participe-présent: Promouvoir la participation communautaire et la santé mentale des aînés* [Guide d'animation]. Centre affilié universitaire (CAU) en gérontologie sociale du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et Équipe en partenariat vieillissements exclusions sociales et solidarités (VIES). Repéré le 29 janvier 2018 à https://www.creges.ca/wp-content/uploads/2018/10/Guide_ParticipePresent_FR.pdf.
- Peterson, N. A., Speer, P. W., et McMillan, D. W. (2008). Validation of a brief sense of community scale: Confirmation of the principal theory of sense of community. *Journal of Community Psychology*, *36*(1), 61–73. <https://doi.org/10.1002/jcop.20217>
- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., et al. (2011). Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, *38*(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Rapp, C. (2004). Le suivi communautaire: Approche axée sur les forces. In R. Émard et T. D. Aubry (Eds.), *Le suivi communautaire en santé mentale : une invitation à bâtir sa vie* (pp. 31–65). Ottawa : Presses de l'Université d'Ottawa.
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Institut national de santé publique du Québec. Repéré le 8 avril 2015 à http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/859_rapportparticipationsociale.pdf.
- Raymond, E., Sévigny, A., Tourigny, A., Bonin, L., Guilbert-Couture, A., et Diallo, L. (2015). *Interventions évaluées visant la participation sociale des aînés: Fiches synthèse et outil d'accompagnement*. Québec: Institut national de santé publique du Québec et Direction de santé publique de la Capitale-Nationale.
- Sherer, M., Maddux, J., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., et Rogers, R. (1982). The social efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, *51*, 663–671.
- Statistique Canada. (2010). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Vieillesse en santé : Guide de l'utilisateur. Gouvernement du Canada, Ottawa. http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5146#tphp.
- Twamley, E. W. (2013). The future of psychosocial interventions for older adults with severe mental illness. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*(3), 215–217. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.11.021>

Annexe 1. Thématiques abordées et objectifs des 8 rencontres du programme Participe-Présent

Thématiques	Objectifs des rencontres
1. Participer, qu'est-ce que c'est?	<ul style="list-style-type: none"> • Faire connaissance. • Établir les normes du groupe, partager les attentes des participants. • Mieux connaître les différents volets du programme. • Préciser son objectif personnel en matière de participation. • Prendre conscience des barrières à la participation communautaire.
2. Miser sur les forces	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier ses propres forces (personnelles et environnementales). • Prendre conscience que ces forces peuvent favoriser la participation communautaire. • Produire la première capsule médiatique.
3. La communauté : source d'opportunités	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir les organismes qui seront visités. • Planifier les étapes des visites.
4. Le vieillissement : comment s'y adapter ?	<ul style="list-style-type: none"> • Démontir quelques mythes au sujet du processus de vieillissement. • Réfléchir à ce que le vieillissement représente pour les participants. • Identifier les attitudes et les stratégies qu'ils déploient déjà ou qu'ils pourraient adopter pour mieux s'adapter au vieillissement. • Mieux connaître les documents légaux en lien avec la gestion de sa personne et de ses biens (facultatif).
5. Dépenser pour participer ?	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguer ses besoins de ses envies quand il s'agit de dépenser son argent. • Sensibiliser aux principes de prévention de l'abus financier (facultatif). • Mieux connaître les ressources en matière de gestion des finances personnelles.
6. Communiquer : un outil pour participer	<ul style="list-style-type: none"> • Comprendre que les habiletés sociales représentent un aspect important de la participation communautaire. • Mettre en pratique certaines habiletés sociales de base telles que l'écoute et la communication affirmative.
7. Le réseau social : rester connecté	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaître les forces dans son réseau social. • Explorer les moyens concrets d'inclure la réciprocité et la reconnaissance dans ses relations sociales. • Identifier des actions pour aider à consolider son réseau social. • Faire un retour global sur les visites d'organismes.
8. La participation citoyenne : trouver sa voix	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier son sentiment d'appartenance à la communauté. • Connaître quelques façons et lieux pour exercer sa participation citoyenne. • Faire un retour sur la participation au programme et sur la poursuite de l'objectif personnel.