

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

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

PAR STÉPHANIE D'ANJOU-DUMONT

L'INCLUSION SOCIALE DES PERSONNES ÂGÉES PRÉSENTANT UNE  
PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE DANS LES CENTRES COMMUNAUTAIRES  
DE LOISIRS : LA PERCEPTION DES INTERVENANTS

13 DÉCEMBRE 2018

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 à remercier toutes les personnes ayant rendu possible la réalisation de ce projet de maîtrise. Tout d'abord, je voudrais remercier les participants qui ont pris part à cette étude pour leur générosité et leur partage, ce qui m'a permis d'en apprendre davantage quant à leurs perceptions concernant le sujet à l'étude ainsi que sur leurs expériences personnelles.

Je souhaite également remercier Mme Ginette Aubin, qui a supervisé ce projet tout au long de la maîtrise. Plus particulièrement, je la remercie pour son écoute et son soutien, qui m'ont guidée au travers les différentes étapes de ce projet et qui m'ont permis d'accomplir ce qui pour moi me semblait le plus gros défi de mes études en ergothérapie.

Finalement, je tiens à dire merci à toutes les personnes de mon entourage qui m'ont soutenue et qui ont cru en moi, c'est-à-dire ma famille, mes amies et mon conjoint. C'est en partie grâce à vous que j'ai pu accomplir ce projet. Vous avez su être compréhensif, à l'écoute et encourageant, tout au long de cette expérience.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIÈRES .....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ .....	viii
1. INTRODUCTION .....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	3
2.1. Problématique de santé mentale chez les aînés.....	3
2.1.1. Définition d'une personne aînée et d'un trouble de santé mentale .....	4
2.1.2. Épidémiologie .....	4
2.1.3. Facteurs de risque à l'apparition d'une problématique de santé mentale chez les aînés .....	5
2.1.4. Impacts des problématiques de santé mentale.....	6
2.2. De l'exclusion sociale vers l'inclusion sociale des personnes âgées .....	7
2.2.1. Définition et dimensions de l'exclusion sociale.....	7
2.2.3. Définition de l'inclusion sociale et les moyens d'y contribuer .....	9
2.3. Environnement inclusif .....	10
2.3.1. Définition d'un environnement inclusif .....	10
2.4. Organisme communautaire de loisirs.....	12
2.4.1. Définition d'un organisme communautaire de loisirs .....	12
2.4.2. Mission et valeurs des organismes communautaires de loisirs .....	12
2.5. Question et objectifs de recherche .....	13
2.6. Pertinence de cette étude.....	13
3. CADRE CONCEPTUEL .....	14
3.1. Caractéristiques et facteurs liés au voisinage.....	14
3.2. Ajustement de la personne/environnement .....	15
3.3. Réponses comportementales adaptées ou inadaptées .....	16
3.4. Résultante .....	16
3.5. Facteurs amplificateurs .....	17
4. MÉTHODE.....	18
4.1. Devis de recherche .....	18
4.2. Participants.....	18
4.2.1. Critères d'inclusion des participants .....	18
4.2.2. Recrutement des participants.....	19
4.3. Collecte de données.....	19

4.4. Analyse des données .....	20
4.5. Considérations éthiques .....	20
4.5.1. Risques et inconvénients .....	20
4.5.2. Avantages .....	20
4.5.3. Protection des données à caractère personnel .....	21
5. RÉSULTATS .....	22
5.1. Description des participants et des ressources communautaires.....	22
5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques .....	22
5.1.2. Expériences des participants avec des personnes présentant une problématique de santé mentale .....	23
5.2. Définitions d'une problématique de santé mentale selon les participants .....	23
5.3. Représentations des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale : point de vue des intervenants .....	24
5.4. Caractéristiques d'un environnement facilitant .....	26
5.4.1. Flexibilité.....	26
5.4.2. Adaptation physique de l'environnement.....	27
5.4.3. Disponibilité des ressources .....	27
5.4.4. Soutien social .....	28
5.4.5. Opportunités d'enrichissement et de croissance personnelle .....	30
5.5. Caractéristiques d'un environnement contraignant.....	30
5.5.1. Inaccessibilité .....	30
5.5.2. Stress social .....	31
5.5.3. Inadéquation des ressources .....	32
5.5. Ouverture face à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale .....	33
6. DISCUSSION .....	34
6.1. Rappel du but et des objectifs de recherche .....	34
6.2. Représentation des aînés avec une problématique de santé mentale .....	34
6.2.1. Définition variée d'une problématique de santé mentale .....	35
6.2.2. Représentation d'une personne âgée présentant une problématique de santé mentale .....	36
6.3. Expérience d'inclusion de ces personnes dans leur milieu .....	36
6.4. Caractéristiques d'un environnement facilitant et contraignant.....	37
6.4.1. Attitude accueillante et inclusive .....	37
6.4.2. Grande disponibilité des ressources selon les participants.....	37
6.4.3. Manque de connaissance et besoin d'être outillés.....	38
6.5. Forces et limites .....	38
6.6. Conséquences sur la pratique en ergothérapie .....	39
7. CONCLUSION.....	40
RÉFÉRENCES .....	41
ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE.....	47

ANNEXE B LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT .....	48
ANNEXE C FICHE D'IDENTIFICATION.....	51
ANNEXE D CANEVAS D'ENTREVUE .....	52

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1.	Caractéristiques des participants.....	22
Tableau 2.	Caractéristiques des ressources communautaires.....	23
Tableau 3.	Représentations des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale : point de vue des intervenants.....	26
Tableau 4.	Caractéristiques d'un environnement facilitant : perception des intervenants.....	30
Tableau 5.	Caractéristiques d'un environnement contraignant : perception des intervenants...	33

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

AQPAMM	Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
DSM-V	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5 <sup>e</sup> édition)
FQCCL	Fédération québécoise des centres communautaires de loisir
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OQLF	Office québécois de la langue française
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SACAIS	Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales



## RÉSUMÉ

**Problématique :** L'impact d'une problématique de santé mentale au quotidien chez les personnes âgées n'est pas négligeable. Cette population est touchée par la stigmatisation et les préjugés, ce qui l'entraîne à s'isoler et à diminuer sa participation sociale (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). En ce sens, il est intéressant d'approfondir les connaissances sur l'environnement inclusif dans le contexte des organismes communautaires de loisirs, ce qui est présentement peu étudié. **Objectifs :** Cette étude vise à documenter les perceptions et les expériences des intervenants de centres communautaires de loisirs face à l'utilisation de leurs services par des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. À cet égard, trois objectifs spécifiques sont poursuivis dans l'étude : 1) explorer comment ils se représentent les aînés avec une problématique de santé mentale, 2) explorer leurs expériences de l'inclusion de ces personnes dans leur milieu et 3) décrire les facilitateurs et les obstacles à l'inclusion de ces personnes dans leur milieu tels que perçus par les intervenants. **Cadre conceptuel :** Cette étude se base sur le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement (Glass et Balfour, 2003). **Méthode :** Un devis de recherche qualitatif descriptif a été utilisé. Des entrevues ont été réalisées auprès de quatre participants travaillant dans différents milieux communautaires de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Par la suite, les verbatims ont été transcrits et une analyse thématique a été effectuée. **Résultats :** De façon générale, les participants définissent une problématique de santé mentale selon les symptômes, les comportements problématiques associés ou le diagnostic. Les facteurs de l'environnement pouvant contraindre l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale sont leurs besoins de formation, du à manque de connaissance et un besoin d'être outillés, ainsi que les réactions des autres (participants ou intervenants) face aux comportements perturbateurs qu'ils peuvent avoir. L'approche humaine et inclusive des milieux communautaires ainsi que des intervenants eux-mêmes peut faciliter leur inclusion. **Discussion :** Il est possible de croire que l'expérience ou la présence de personnes présentant des problématiques de santé mentale dans l'entourage permet d'avoir une meilleure compréhension et représentation de ce qu'est une problématique de santé mentale. Malgré le fait que la majorité des participants ne soient pas intervenus auprès de personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu communautaire, ils ont tous rapporté qu'ils croient que cette clientèle a une place dans leur milieu et devrait être incluse. Ils présentent donc une grande ouverture face à l'inclusion de cette clientèle dans leur milieu. **Conclusion :** Les résultats de cette étude permettent de contribuer à l'avancement des connaissances en lien avec l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans la communauté. De plus amples études devraient être réalisées auprès d'un plus grand nombre de participants et d'organismes. Il serait également intéressant de questionner les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale sur le sujet et les personnes faisant partie des groupes afin d'avoir une meilleure compréhension de la situation.

**Mots-clés :** inclusion sociale ; personnes âgées; problématiques de santé mentale; organismes communautaires

## ABSTRACT

**Issue:** The impact in daily life of a mental health problem in the elderly is not negligible. This population is affected by stigmatization and prejudice, which leads it to isolate itself and reduce its social participation (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert and Moscovitz, 2010). In that sense, it is interesting to further knowledge about the inclusive environment in the context of community recreation organizations, which is currently poorly studied. **Objectives:** This study aims to document the perceptions and experiences of community recreation center stakeholders regarding the use of their services by seniors with a mental health problem. In this regard, three specific objectives are pursued in the study: 1) to explore how stakeholders represent seniors with a mental health problem, 2) to explore their experiences of including these people in their environment and 3) to describe facilitators and barriers to the inclusion of these people in their community as perceived by stakeholders. **Conceptual framework:** This study is based on the model of neighborhood effects on aging (Glass and Balfour, 2003). **Method:** A descriptive qualitative research design was used. Interviews were conducted with four participants working in various community settings in the Mauricie and Centre-du-Québec region. Subsequently, the verbatims were transcribed and a thematic analysis was carried out. **Results:** In general, participants define a mental health problem according to the symptoms, the associated problematic behaviors or the diagnosis. Environmental factors that may constrain the inclusion of older adults with a mental health problem are their training needs, which are driven by a lack of knowledge and a need to be equipped, as well as the reactions of others (participants or stakeholders) facing the disruptive behavior they may have. The human and inclusive approach of community settings as well as the caregivers themselves can facilitate their inclusion. **Discussion:** It is possible to believe that the experience or the presence of people with mental health problems in the entourage allow to have a better understanding and representation of what a problem of mental health is. Despite the fact that the majority of participants did not intervene with seniors with a mental health issue in their community, they all reported that they believe that this clientele has an important place in their community and that it should be included. They are therefore open-minded regarding the inclusion this clientele in their community. **Conclusion:** The results of this study contribute to the advancement of knowledge related to the inclusion of older people with mental health issues in the community. Further studies should be conducted with more participants and organizations as well as older adults with mental health issues or other group members. This would lead to a better understanding of the situation.

**Key words :** social inclusion; elderly; mental health issues; community organizations

## 1. INTRODUCTION

Au Québec, la proportion de personnes âgées représente 18 % de la population et ne cessera d'augmenter avec les années (Institut de la statistique du Québec, 2016). De plus, environ 13 % de cette population présente une problématique de santé mentale qui persiste depuis plus de douze mois (Statistique Canada, 2002). En considérant ces faits, il est possible de croire qu'il y aura une augmentation de la population des aînés présentant une problématique de santé mentale. D'autre part, les personnes âgées de 65 ans et plus, se perçoivent souvent en moins bonne santé mentale comparativement aux autres catégories d'âge (Institut de la statistique du Québec, 2015). L'impact d'une problématique de santé mentale au quotidien n'est pas négligeable. En effet, 6,6 % des incapacités chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles mentaux ou neurologiques (Organisation mondiale de la santé, 2017).

Par ailleurs, cette population est touchée par la stigmatisation et les préjugés, ce qui l'entraîne à s'isoler et à diminuer sa participation sociale (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). En ce sens, afin de contrer l'exclusion sociale, il serait possible d'optimiser leur participation sociale en favorisant des environnements inclusifs dans la communauté. Concernant le concept d'environnement inclusif, il est principalement étudié dans les milieux scolaires et de travail ainsi que les environnements physiques extérieurs dans la communauté en lien avec des personnes présentant des incapacités physiques ou intellectuelles. Toutefois, le phénomène de l'environnement inclusif auprès de personnes présentant des problèmes psychosociaux et appliqué aux organismes communautaires offrant des activités de loisirs ne semble pas avoir été étudié. Considérant que les actions et les attitudes de la communauté ont une influence sur l'inclusion sociale des personnes (Corporation for National and Community Service, 2004), il est justifié d'approfondir les connaissances sur l'environnement inclusif dans le contexte des organismes communautaires de loisirs non spécialisés en santé mentale auprès d'une clientèle âgée qui présente des problématique de santé mentale.

Cet essai a pour objectif de documenter les perceptions et les expériences des intervenants de centres communautaires de loisirs face à l'utilisation de leurs services par des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Tout d'abord, la problématique sur le sujet et les objectifs spécifiques de la recherche seront présentés. Par la suite, le cadre conceptuel ainsi que la méthode de recherche seront abordés. Ensuite, les résultats seront présentés et discutés pour

finalement conclure en abordant l'implication des résultats sur la pratique en ergothérapie et des suggestions pour approfondir le sujet avec de futures recherches.

## **2. PROBLÉMATIQUE**

Cette section aborde le contexte actuel concernant l'inclusion sociale des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les milieux communautaires non spécialisés en santé mentale. En premier lieu, l'état des connaissances concernant la problématique de santé mentale chez les aînés sera expliqué. En second lieu, le concept d'inclusion sociale sera présenté. En troisième lieu, le concept d'environnement inclusif sera défini avant de terminer avec l'énonciation de la question de recherche ainsi que les objectifs de l'étude.

### **2.1. Problématique de santé mentale chez les aînés**

Dans cette section, il sera question de définir ce qu'est une personne âgée dans le contexte social québécois actuel et de définir ce qu'est un trouble de santé mentale, considérant que jusqu'à maintenant dans la littérature, le terme problématique de santé mentale n'est pas clairement utilisé. Par la suite, les facteurs de risque de l'apparition d'une problématique de santé mentale chez les personnes âgées seront abordés, suivis de l'impact des problématiques chez cette clientèle.

Les problématiques de santé mentale sont souvent considérées comme un élément faisant partie du processus normal de vieillissement, plus particulièrement, du développement de maladies physiques ou de la détérioration des fonctions cognitives (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Toutefois, elles ne devraient pas être considérées systématiquement comme des conséquences liées au processus de vieillissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2011; Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). En d'autres mots, il n'est pas inévitable qu'une personne vieillissante développe une maladie mentale. Il est également possible que la problématique apparaisse plus tôt au cours de la vie et que la personne ait à faire face au processus de vieillissement avec cette problématique. Les personnes présentant des troubles mentaux graves auront à le vivre, considérant que leur problématique de santé mentale est souvent survenue à l'enfance ou à l'adolescence (Fleury et Grenier, 2012).

Il est également important de considérer qu'il est possible de présenter des problèmes de santé mentale, à toutes âges, sans toutefois avoir reçu de diagnostic de maladie mentale. La santé mentale peut être affectée par plusieurs événements dans la vie d'une personne sans qu'une maladie mentale survienne (Lemieux, 2009). Dans le même ordre d'idées, il se peut que la personne présente des symptômes d'une maladie mentale et que ceux-ci nuisent à la réalisation de

ses activités au quotidien. Dans ce cas, il est possible qu'elle ait besoin d'aide pour améliorer son fonctionnement au quotidien (Gouvernement du Canada, 2006).

### **2.1.1. Définition d'une personne âgée et d'un trouble de santé mentale**

Tout d'abord, selon l'Agence de la santé publique du Canada (2010), la population des personnes âgées se définit comme toutes personnes qui sont âgées de 65 ans et plus. De plus, le terme âgé représente également les personnes de cette catégorie d'âge. Considérant cette similitude, ces termes seront interchangeables tout au long de ce travail. Toutefois, il est important de tenir compte du fait que les personnes âgées vivant avec une problématique de santé mentale depuis plusieurs années peuvent présenter un vieillissement précoce (Dallaire, McCubbin, Provost, Carpentier et Clément, 2010).

Concernant les concepts de troubles mentaux et de maladies mentales, plusieurs définitions existent. Entre autres, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V) (American psychiatric association et coll., 2015) définit la maladie mentale comme : « un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif [...]. Quelle qu'en soit la cause originelle, il doit être considéré comme la manifestation d'un dysfonctionnement comportemental psychologique ou biologique de l'individu ». L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2018) utilise le terme troubles mentaux et suggère qu'ils sont caractérisés par : « une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux ». Le terme maladie mentale est employé par l'Agence de la santé publique du Canada (2015) et elle le définit par : « des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués ». Somme toute, ces définitions sont similaires sur certains points, soit un dysfonctionnement au niveau comportemental, émotionnel et des pensées. Toutefois, l'OMS ajoute un point dans sa définition, c'est-à-dire le niveau relationnel qui peut également être affecté.

### **2.1.2. Épidémiologie**

Les maladies mentales les plus fréquents chez les aînés sont les troubles de l'humeur, les troubles d'anxiété, les troubles cognitifs, les problèmes de consommation d'alcool et de médicaments ainsi que les troubles psychotiques. Parmi l'ensemble de ces troubles, la problématique la plus courante chez cette population est la dépression (Commission de la santé mentale du Canada, 2011). Les troubles mentaux graves sont également présents chez cette

clientèle et incluent la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, le trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques et le trouble bipolaire ou maniaco-dépressif. (Fleury et Grenier, 2012).

Concernant la prévalence, au Québec, environ 20% de la population souffre d'une maladie mentale, qu'elle soit diagnostiquée ou non (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Plus particulièrement, l'ampleur des problématiques de santé mentale est à considérer chez la population des aînés. En effet, elles touchent 20 à 25 % des aînés au Québec (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). Toujours au Québec, en excluant les troubles cognitifs liés au vieillissement, environ 12% des personnes âgées de la population générale présentent une maladie mentale (Préville, 2008, 2009). Chez plus de la moitié des aînés au Québec, des symptômes de dépression sont présents (Ayalon et autres, 2010). Plus précisément, chez les aînés vivant dans la collectivité, 15% présentent des symptômes dépressifs de manière significative (Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés, 2006). Chez les personnes âgées vivant à domicile, 12,7% présentent un trouble dépressif ou anxieux (Préville, 2007). Concernant les troubles psychotiques (schizophrénie et troubles délirants), ils sont présents chez 1 à 2 % des aînés. De plus, peu d'entre eux ont de premiers symptômes de trouble psychotique après l'âge de 65 ans (Commission de la santé mentale du Canada, 2011), ce qui signifie qu'ils vivent avec la maladie depuis l'enfance ou l'âge adulte.

### **2.1.3. Facteurs de risque à l'apparition d'une problématique de santé mentale chez les aînés**

Selon le Gouvernement du Québec (2017), les personnes âgées en perte d'autonomie font partie des personnes les plus à risque d'avoir une maladie mentale. Il existe plusieurs facteurs de risque à l'apparition d'une problématique de santé mentale, toutefois chez les aînés, les facteurs de risques peuvent différer (Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale (AQPAMM), 2018).

En effet, la présence de maladie chronique est considérée comme un facteur de risque (AQPAMM, 2018). Plusieurs auteurs rapportent également que les personnes âgées font face à des événements pouvant représenter des facteurs de risque, tels que des deuils, la retraite et la baisse de revenu (MacCourt, 2004 ; OMS, 2017). De plus, le fait que les personnes âgées sont plus vulnérables aux abus et à la maltraitance de tous types constitue également un facteur de risque au développement d'une problématique de santé mentale (AQPAMM; OMS).

Chez les aînés, les problèmes de santé physique, la douleur chronique, les différentes pertes au niveau social, physique et du travail sont des facteurs de risques qui concernent plus particulièrement la dépression (Gouvernement du Québec, 2018a). Selon une étude de Tong, Lai, Zeng, et Xu (2011), réalisée en Chine, les aînés vivant de l'exclusion sociale seraient plus à risque de développer des symptômes dépressifs. Cette étude confirme également la relation entre le fait qu'une personne âgée vive seule et les symptômes dépressifs, ce qui est également appuyé par Stahl, Beach, Musa et Schulz (2017). Il est important de considérer que chaque personne est unique et que l'apparition d'une problématique de santé mentale est la conséquence d'une combinaison de facteurs de risque (Gouvernement du Québec, 2018b).

#### **2.1.4. Impacts des problématiques de santé mentale**

La présence d'une problématique de santé mentale chez les personnes âgées peut avoir des répercussions dans leur quotidien. À ce sujet, des conséquences sont notées concernant la réalisation de leurs activités quotidiennes. En effet, 6,6% des incapacités chez les plus de 60 ans sont attribuées à des troubles mentaux ou neurologiques (OMS, 2017). Plus particulièrement, une étude rapporte que les personnes âgées avec un haut niveau de dépression présentent des limitations dans leur participation concernant leurs activités de loisirs (Pritchard et coll., 2015). Une autre étude suggère que les personnes âgées présentant un diagnostic de schizophrénie ont beaucoup de difficultés fonctionnelles, plus particulièrement concernant les soins personnels, les aptitudes sociales et les aptitudes à vivre en communauté, ainsi que des difficultés cognitives (Bartels, Mueser et Miles, 1997).

De plus, le fait d'avoir un trouble de santé mentale aurait possiblement une influence sur l'espérance de vie des individus de tout âge. Effectivement, les résultats d'une revue systématique suggèrent que le taux de mortalité des personnes présentant un trouble de santé mentale est plus élevé que pour la population générale (Walker, Druss et McGee, 2015). D'ailleurs, une étude danoise a démontré que l'espérance de vie est réduite chez les personnes présentant un diagnostic de dépression unipolaire et que ce type de diagnostic pourrait être un indicateur d'une mortalité précoce et d'une diminution de l'espérance de vie (Laursen, Musliner, Benros, Vestergaard et Munk-Olsen, 2016). Ces résultats concordent avec une seconde étude qui démontre un plus haut risque de mortalité chez les femmes présentant des symptômes dépressifs importants (Yaffe, Edwards, Covinsky, Li-Yung et Eng, 2003). Plus particulièrement, une autre étude suggère que le



taux de mortalité est également plus élevé pour les personnes présentant une problématique de schizophrénie (Olfson, Gerhard, Huang, Crystal et Stroup, 2015).

Au niveau social, les personnes ayant un trouble de santé mentale, peu importe leur âge, sont victimes de stigmatisation et ce peu importe le type de trouble (OMS, 2018). L'OMS définit la stigmatisation comme : « une marque de honte, de disgrâce, de désapprobation conduisant un individu à être évité et rejeté par les autres ». La stigmatisation envers cette clientèle est causée par des idées préconçues et erronées, des préjugés et des stéréotypes sur la maladie mentale qui sont véhiculés dans la société (OMS). D'ailleurs, la stigmatisation a un impact considérable dans la vie des personnes présentant un trouble de santé mentale. Plus concrètement, elle a un effet négatif sur le processus de guérison, l'accès aux services et sur leur intégration dans la communauté (OMS). Elle affecte également l'estime de soi de la personne et même ses possibilités de trouver un emploi ou un logement (Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP), 2014). Les personnes victimes de stigmatisation sont également plus susceptibles d'être réticent à demander de l'aide (AQRP). Une autre conséquence importante de la stigmatisation est l'autostigmatisation, c'est-à-dire que la personne qui est victime de ce phénomène adopte une attitude de stigmatisation envers elle-même (AQRP).

## **2.2. De l'exclusion sociale vers l'inclusion sociale des personnes âgées**

Comme mentionné précédemment, la stigmatisation a un impact sur l'intégration des personnes présentant un trouble de santé mentale. Plus particulièrement, les personnes âgées vivant avec une problématique de santé mentale sont touchées par la stigmatisation et les préjugés, ce qui entraîne de l'isolement, une diminution de la participation sociale et par le fait même de l'exclusion sociale (Nour, Dallaire, Regenstreif, Hébert et Moscovitz, 2010). Cette section aborde donc le concept d'exclusion sociale et, à l'inverse, le concept d'inclusion sociale.

### **2.2.1. Définition et dimensions de l'exclusion sociale**

Tout d'abord, le concept d'exclusion sociale peut se définir comme étant : « [une] action exercée par une société qui rejette hors d'elle-même un ou plusieurs de ses membres ou effet de cette action sur la ou les personnes à l'encontre desquelles elle s'exerce » (Franterm, 1984). Selon Lavoie et Guberman (2004), l'exclusion sociale fait référence à : « la mise à l'écart de certains segments de la population, par suite de rapports de force entre différents groupes aux intérêts et visions divergents, tant au plan des ressources ou conditions matérielles et symboliques qu'au plan

des liens sociaux ». Une autre définition de Billette et Lavoie (2010) et inspirée entre autres de ces auteurs suggère que l'exclusion sociale est :

un processus de non-reconnaissance et de privation de droits et de ressources, à l'encontre de certains segments de la population, qui se réalise à travers des rapports de force entre groupes aux visions et aux intérêts divergents. Ces processus mènent à des inégalités et, éventuellement, à une mise à l'écart dans sept dimensions de la vie en société.

Dans cette dernière définition, les processus de non-reconnaissance et de privation des droits et des ressources sont mis en lumière et seraient selon eux à l'origine de l'exclusion sociale (Billette et Lavoie). De plus, la non-reconnaissance justifierait la privation des droits et des ressources. En d'autres mots, le fait qu'un individu ou qu'un groupe ne soit pas reconnu au sein de la société fait en sorte qu'ils soient privés de leurs droits et des ressources offertes à l'ensemble des individus de la société. Les deux concepts précédents seront expliqués sous l'angle de l'inclusion sociale dans la section suivante. Billette et Lavoie perçoivent l'exclusion comme un processus, c'est-à-dire qu'une personne peut vivre de l'exclusion sans être exclue et suggèrent une conceptualisation multidimensionnelle. Ils suggèrent que l'état d'exclusion survient peu fréquemment (Billette et Lavoie). En ce sens, il est possible de vivre de l'exclusion dans certaines sphères de la vie sans toutefois être exclu. Billette et Lavoie donnent comme exemple une personne âgée ayant beaucoup de moyens financiers, mais vivant de l'exclusion sociale en raison de son orientation sexuelle (homosexualité). Il est possible que, dans son entourage familial, elle soit acceptée, mais qu'elle vive de l'exclusion à l'extérieur parce que l'homosexualité n'est pas valorisée dans la société. Par ailleurs, concernant les personnes âgées, les auteurs rapportent qu'elles ne sont pas exclues socialement. Cela ne veut pas dire qu'elles ne vivent pas des situations d'exclusions dans certaines sphères de leur vie et également en lien avec leur appartenance à un autre groupe social, par exemple les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Les différentes dimensions de l'exclusion sociale sont présentées ci-dessous.

Selon Billette et Lavoie (2010), il existe sept dimensions de l'exclusion sociale, soit l'exclusion symbolique, l'exclusion identitaire, l'exclusion sociopolitique, l'exclusion institutionnelle, l'exclusion économique, l'exclusion des liens sociaux significatifs et l'exclusion territoriale. En lien avec le projet de recherche, certaines dimensions sont plus pertinentes, soit l'exclusion symbolique, identitaire, économique et des liens sociaux significatifs. Celles-ci sont

donc expliquées. L'exclusion symbolique réfère aux images et aux représentations négatives associées à un groupe ou une personne, par exemple les préjugés face aux problématiques de santé mentale ou aux personnes âgées. L'exclusion identitaire est définie comme la réduction de l'identité au groupe d'appartenance de la personne, par exemple une personne qui est étiquetée par sa problématique de santé mentale et pour qui ses capacités et ses valeurs ne sont pas reconnues à leur juste valeur. Concernant l'exclusion économique, elle est définie par l'absence d'accès aux ressources tant financières que matérielles permettant de subvenir aux besoins de base. Enfin, l'exclusion des liens significatifs réfère à l'absence ou la perte de réseaux sociaux, ou encore au fait que les réseaux sociaux rejettent la personne. Avec de meilleures connaissances et compréhensions de l'exclusion sociale, il est possible d'intervenir en favorisant l'inclusion sociale, mais qu'est-ce que l'inclusion sociale ?

### **2.2.3. Définition de l'inclusion sociale et les moyens d'y contribuer**

Le concept d'inclusion social semble avoir été moins étudié que celui de l'exclusion sociale (Scharf et Keating, 2012). Également, Dallaire et McCubbin (2008) rapportent que pour le moment, il n'existe pas de définition acceptée par tous pour ce concept et que celles existantes ne sont pas assez justes et concises. Toutefois, Scharf et Keating suggèrent que l'inclusion sociale devrait être : « *a valuable goal for all societies marked by growing inequalities and by processes that exclude and marginalize key social groups* ». Dallaire et McCubbin ajoutent qu'il ne suffit pas d'éliminer les barrières à l'inclusion sociale, mais qu'il faut également s'impliquer et se mettre en action, afin de mettre en place des conditions favorisant l'inclusion sociale. Plus précisément, des efforts doivent être réalisés visant la participation sociale de tout individu et la reconnaissance de la valeur de chacun dans la société (Dallaire et McCubbin). D'autres auteurs définissent l'inclusion sociale comme étant :

un processus complexe de co-création d'un projet social qui reconnaît les possibilités et la diversité des participations de chacun, en tant que membre socialement valorisé. Ce projet social ne peut s'opérer sans reconnaissance et redistribution des ressources matérielles, mais aussi des droits, des pouvoirs et des possibilités. (Billette et coll., 2012)

Tout comme dans la définition de l'exclusion sociale, les concepts de reconnaissance et redistribution des droits et des ressources sont mis de l'avant. Ces mêmes auteurs ont défini ces deux concepts. La reconnaissance réfère au statut social, c'est-à-dire : « la reconnaissance pour tous du statut de partenaire à part entière de l'interaction sociale, et ce, peu importe nos

appartenances ou prescriptions identitaires» (Billette et coll.). Ils parlent également de : « redistribution des ressources (économiques, matérielles, territoriales), des chances, des droits et des pouvoirs qui permet à tous, dans toute leur diversité, d'avoir l'opportunité de vivre et de participer à un projet social commun avec des moyens réels » (Billette et coll.). Dans le cadre ce projet de recherche, la définition de Billette et coll. (2012) incluant les concepts de reconnaissance et de redistributions des ressources semble la plus pertinente et la plus complète.

Comment contribuer à l'inclusion sociale ? Billette et coll. (2012) proposent trois façons de favoriser l'inclusion sociale des personnes âgées, soit changer le regard porté sur cette population, leur offrir des conditions dans les milieux de vie adaptés à leur situation et repenser les politiques sociales. Tout d'abord, il faut changer les représentations sociales qui définissent les personnes âgées en prenant conscience des expériences qu'elles vivent dans la société. Pour ce faire, il est nécessaire d'avoir une curiosité et un désir de changer les choses. Ensuite, il est important de penser comment les milieux de vie, qui ne sont pas tous présentement adaptés à la situation des personnes âgées, pourraient répondre à leurs besoins. Finalement, les auteurs considèrent que les politiques sociales sont à la base des enjeux de redistribution des ressources face aux aînés. Il est possible de faire un lien entre les deux premières propositions et le projet de recherche, soit le regard porté sur les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale et les conditions offertes dans les organismes communautaires de loisirs pour cette clientèle. Mais concrètement, qu'est-ce qu'un environnement inclusif ?

### **2.3. Environnement inclusif**

Concernant le concept d'environnement inclusif, ils n'existent pas beaucoup d'études chez une clientèle présentant des problématiques de santé mentale. En effet, les données portent davantage sur les environnements de travail et scolaire et chez les clientèles présentant une problématique de santé physique.

#### **2.3.1. Définition d'un environnement inclusif**

Certaines définitions peuvent toutefois s'appliquer au contexte de ce projet de recherche. Plusieurs auteurs abordent ce concept pour une clientèle présentant des incapacités physiques. Certains d'entre eux parlent d'éducation inclusive comme étant : « une réforme holistique de l'éducation qui vise à soutenir et à accueillir la diversité chez les apprenants » (Mäkinen et Mäkinen, 2011). En d'autres mots, l'éducation inclusive ne fait pas référence au fait d'intégrer les

élèves dans un contexte scolaire, mais plutôt de créer un contexte scolaire qui prend en considération la diversité de chaque élève (Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), 2006). De façon plus générale, pour l'OPHQ, un environnement inclusif fait référence à : « un environnement physique, social et organisationnel (systémique) sans obstacle, accessible et répondant aux besoins de tous (ou au plus grand nombre possible) ». De plus, un environnement inclusif devrait être à la fois adapté aux personnes qui présentent des incapacités et à ceux qui n'en ont pas (Corporation for National and Community service, 2004). Plus concrètement, un environnement inclusif devrait mettre en valeur les notions de respect et de dignité et également faire preuve de flexibilité pour répondre aux besoins de chacun (Corporation for National and Community service). Selon cet organisme, l'environnement physique doit être inclusif, c'est-à-dire qu'il reflète un accès architectural universel. Par ailleurs, elle suggère de porter une attention particulière au langage employé auprès des personnes qui présentent des incapacités, ce qui peut avoir un impact sur les perceptions face à cette clientèle (Corporation for National and Community service). En d'autres mots, il est nécessaire d'utiliser un langage qui reflète l'inclusion de tous et chacun.

D'autre part, Charbonneau, Cantin et St-Onge (2015) ont abordé le concept d'expérience de loisir inclusive, qui s'explique par l'interaction entre :

l'accès aux espaces et équipements appropriés requis pour permettre une pratique de loisir significative répondant aux désirs et aspirations de la personne, une qualité de mise en relation significative et des interactions positives avec les autres participants ainsi que l'engagement dans une activité significative, adaptée aux capacités de la personne et qui lui permet de mettre à profit son plein potentiel.

Encore une fois, le concept réfère à une clientèle présentant des incapacités physiques, mais il est possible de croire que ce concept peut s'adapter aux problématiques de santé mentale, c'est-à-dire plutôt aux symptômes, aux comportements ainsi qu'aux difficultés psychosociales. Considérant que cette population vit de l'exclusion sociale et par le fait même présente une diminution de sa participation sociale, le type d'environnement ciblé dans le cadre de ce projet est le milieu communautaire, plus précisément les organismes communautaires de loisirs. En effet, ils représentent un milieu permettant de favoriser la participation sociale, qui se définit par le fait de : « prendre part à des activités de nature sociale, c'est-à-dire entretenir des relations significatives, faire

partie d'une communauté, et prendre part à des activités de groupe, de bénévolat ou de travail rémunéré (Gouvernement du Québec, 2018c) ». Avant même d'établir que les organismes communautaires représentent des environnements inclusifs, il faut savoir en quoi consiste plus particulièrement un organisme communautaire de loisirs.

## **2.4. Organisme communautaire de loisirs**

Tout d'abord, le concept d'organisme communautaire de loisirs est défini. Par la suite, la mission et les valeurs, d'un organisme communautaire de loisirs sont présentées.

### **2.4.1. Définition d'un organisme communautaire de loisirs**

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2014) et le Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales (SACAIS) (2010), les organismes communautaires de loisirs font partie du type d'organismes communautaires de milieux de vie et de soutien. Ce type d'organisme peut offrir des activités : « de soutien individuel, de groupe et collectif, des activités éducatives, des actions collectives ainsi que des activités promotionnelles et préventives » (MSSS). Ces milieux offrent à la population un endroit pour favoriser la rencontre et les échanges (SACAIS). De plus, la clientèle ciblée par ce type d'organisme représente des personnes qui présentent des caractéristiques communes et non pas uniquement des personnes en difficultés (MSSS). En d'autres mots, il fait partie du milieu de vie de la communauté et favorise le lien d'appartenance ainsi que l'entraide et l'action.

### **2.4.2. Mission et valeurs des organismes communautaires de loisirs**

En ce qui concerne la mission et les valeurs des organismes communautaires, la Fédération québécoise des centres communautaires de loisir (FQCCL) (2014) rapporte qu'ils ont comme mission de : « favoriser le développement holistique de la personne, de soutenir la famille et d'encourager l'implication des citoyens dans leur communauté locale, et ce, au moyen du loisir communautaire, de l'action communautaire et de l'éducation populaire ». De plus, ils ont comme valeurs l'accessibilité, la collaboration, l'entraide, l'implication et l'inclusion (FQCCL ).

## **2.5. Question et objectifs de recherche**

Considérant que les aînés vivant avec une problématique de santé mentale présentent une diminution de leur participation sociale et de l'exclusion sociale, il est possible de se questionner à savoir si les organismes communautaires de loisirs peuvent être des environnements inclusifs pour cette clientèle. Pour cette raison, ce projet de recherche a vu le jour et a pour but de documenter les perceptions et les expériences des intervenants de centres communautaires de loisirs face à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu. À cet égard, trois objectifs spécifiques sont poursuivis dans l'étude :

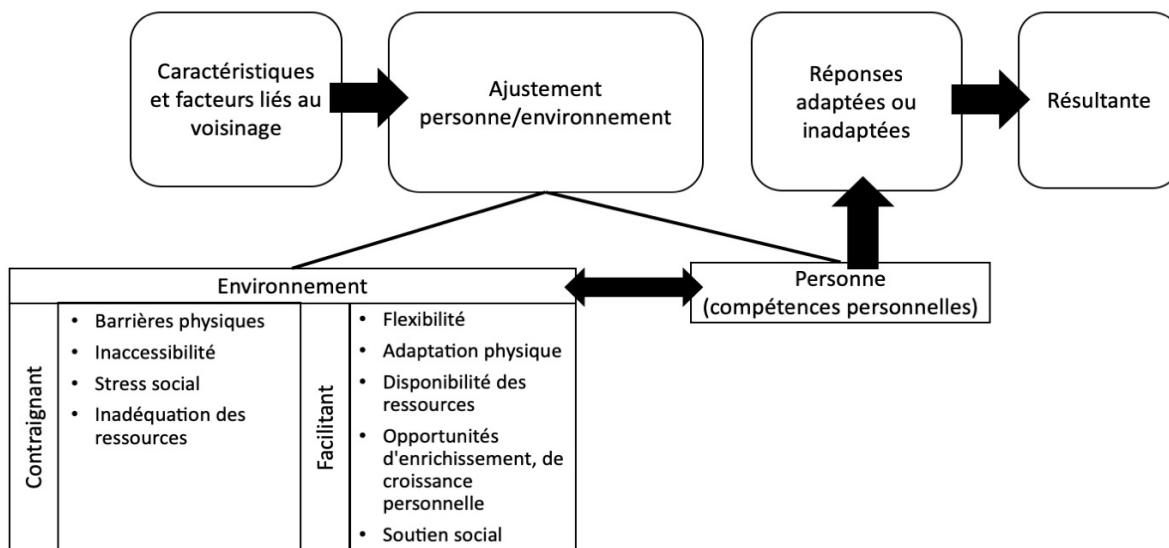
- 1) Explorer quelle est la représentation que se font les intervenants d'organismes communautaires de loisirs des aînés avec une problématique de santé mentale.
- 2) Explorer leurs expériences de l'inclusion de ces personnes dans leur milieu.
- 3) Décrire les facilitateurs et les obstacles à l'inclusion de ces personnes dans leur milieu tels que perçus par les intervenants d'organismes communautaires de loisirs.

## **2.6. Pertinence de cette étude**

Au plan professionnel, il est du rôle de l'ergothérapeute de favoriser la participation sociale des individus, ici les aînés vivant avec une problématique de santé mentale et d'intervenir auprès de l'environnement socioculturel afin qu'il réponde à leurs besoins (Ordre des ergothérapeutes du Québec, 2009). Des connaissances sur les milieux communautaires de loisirs permettraient de mieux comprendre la perception et la réalité des intervenants d'organismes communautaires en ce qui a trait à l'inclusion de ces personnes, considérant que qu'il existe présentement peu de connaissances sur le sujet. Par ailleurs, au plan scientifique, peu d'études ayant comme objet principal de recherche le point de vue des ressources communautaires quant à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu, semblent avoir été réalisées jusqu'à présent. De plus, au plan social, les connaissances sur les milieux communautaires et les résultats de cette étude permettront de mieux comprendre la perception et la réalité des intervenants d'organismes communautaires de loisirs en ce qui a trait à l'inclusion et favoriseront la recherche de solutions pour faciliter cette inclusion.

### 3. CADRE CONCEPTUEL

Cette section explique les bases théoriques qui guident ce projet. Elle porte sur le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement (Glass et Balfour, 2003). Ce modèle est inspiré du modèle écologique du vieillissement de Lawton et Nagemow qui propose une relation entre la personne et son environnement (2003, cité dans Glass et Balfour). En d'autres mots, l'interaction entre les compétences de la personne et les caractéristiques de l'environnement influence les comportements adoptés par la personne dans son environnement (Glass et Balfour). Comparativement à Lawton et Nagemow, Glass et Balfour suggèrent que les caractéristiques de l'environnement peuvent faciliter ou contraindre l'ajustement de la personne à son environnement. Leur modèle est présenté à la Figure 1 et illustre les liens entre les cinq composantes, étant les caractéristiques et facteurs du voisinage, l'ajustement personne-environnement, les réponses comportementales adaptatives, la résultante en matière de santé et de fonctionnement, ainsi que les facteurs amplificateurs (Glass et Balfour). Chacune de ces composantes sont présentées ci-dessous ainsi que leur lien avec les aspects de ce projet de recherche.



Adaptation de la figure de Glass, T.A. et Balfour, J.L. (2003) (traduction libre).

Figure 1. Le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement

#### 3.1. Caractéristiques et facteurs liés au voisinage

Le voisinage est décrit par les auteurs selon quatre catégories de facteurs, soit les conditions socio-économiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de



l'environnement ainsi que la présence des ressources et des services (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Il est également possible que ces dimensions fonctionnent indépendamment les unes des autres (Glass et Balfour, 2003). De plus, Glass et Balfour suggèrent que ces dimensions du voisinage influencent le niveau d'ajustement entre la personne et son l'environnement. Concernant les conditions socio-économiques, les auteurs suggèrent qu'il existe une relation entre cette composante ainsi que la santé et le bien-être des personnes âgées. De plus, ils reconnaissent l'importance de cette dimension puisqu'elle peut déterminer la disponibilité des services et des ressources, les caractéristiques de l'environnement physiques ainsi que le niveau d'intégration sociale, qui représentent les trois autres dimensions du voisinage (Glass et Balfour). Pour ce qui est de l'intégration sociale, elle est définie par trois aspects, soit le capital social qui réfère au niveau de confiance, à la stabilité ainsi que la volonté et les capacités de contrôle des résidents (Glass et Balfour). Le deuxième aspect est la peur des résidents dans leur voisinage et la présence de crimes dans le milieu. Le dernier aspect est la concentration en âges des résidents du voisinage, qui peut indiquer la présence de ressources et de réseaux sociaux de soutien dans le milieu.

### **3.2. Ajustement de la personne/environnement**

La deuxième composante du modèle est l'ajustement personne-environnement. Elle comprend deux sous-composantes, soit l'environnement et la personne. Plus précisément, concernant l'environnement, les auteurs suggèrent que certaines caractéristiques de l'environnement s'ajoutent aux caractéristiques du voisinage pour soutenir et renforcer les compétences de la personne (Glass et Balfour, 2003). De plus, ils décrivent l'environnement comme contraignant selon quatre caractéristiques qui sont les barrières physiques, l'inaccessibilité des services, le stress social ainsi que l'inadéquation des ressources. Considérant que ces caractéristiques sont peu définies dans les documents, des exemples, basés sur plusieurs définitions, sont présentés pour comprendre leurs applications dans le contexte des organismes communautaires. Les barrières physiques représentent les éléments de l'environnement qui restreignent la participation des individus, par exemple l'absence de rampe d'accès. Le fait de ne pas avoir accès à des services, par exemple aux soins de santé, en raison d'absence de transport en commun réfère au concept d'inaccessibilité des services. Le stress social peut être associé aux raisons qui causent un inconfort ou un malaise chez l'individu, par exemple le manque de soutien social, l'isolement, la stigmatisation et les préjugés de l'entourage. Concernant l'inadéquation des ressources, il est possible de faire référence, à titre d'exemple à une répartition des ressources

financières qui n'est pas équitable. Au contraire, l'environnement peut être facilitant et se caractériser par la flexibilité, l'adaptation physique, la disponibilité des ressources, la croissance personnelle et l'enrichissement de soi ainsi que le soutien social (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008 ; Glass et Balfour). La flexibilité peut référer au fait de faire des accommodements, par exemple d'ajuster les activités ou les interventions selon les besoins de l'individu. L'adaptation physique s'illustre par le fait de modifier l'environnement physique pour qu'il corresponde aux besoins de la personne. Concernant la disponibilité des ressources, la personne peut avoir accès à des ressources matérielles, financières ou humaines pour répondre à ses besoins. La croissance personnelle et l'enrichissement de soi peuvent être associés à tout ce qui permet à la personne de mieux se connaître et d'agir afin d'améliorer sa qualité de vie. Le soutien social peut s'illustrer par le sentiment d'appartenance à un groupe ou l'aide et l'écoute reçu de la part de l'entourage. Pour ce qui est de la sous-composante de la personne, elle se caractérise par les compétences de l'individu. Considérant que ce modèle est basé sur celui de Lawton et Nagemow, le concept de compétences personnelles se définit comme : « la limite supérieure théorique de la capacité de l'individu à fonctionner dans les domaines de la santé biologique, de la sensation, de la perception, du comportement moteur et de la cognition » (Lawton 1982, cité dans Cvitkovich et Wister, 2002, traduction libre).

### **3.3. Réponses comportementales adaptées ou inadaptées**

Les réponses comportementales sont divisées en quatre domaines, soit au niveau physique, cognitif, social et psychologique, et peuvent être adaptées ou inadaptées (Glass et Balfour, 2003). Les réponses comportementales possibles sont l'activité physique et cognitive vs la passivité, l'engagement social vs l'isolement, le « coping » actif vs passif ainsi que l'utilisation des services de santé vs les besoins médicaux non satisfait (Cardinal, Langlois, Gagné et Tourigny, 2008). Le choix des réponses comportementales dépend de l'ajustement personne-environnement (Glass et Balfour).

### **3.4. Résultante**

La résultante correspond à la santé et au fonctionnement de la personne. De façon optimale, l'objectif est que l'interaction entre la personne et l'environnement mène à l'utilisation de réponses adaptées qui soutiennent la santé et le fonctionnement de la personne (Glass et Balfour, 2003). La résultante est alors influencée par les réponses comportementales qui sont adoptées par la personne

et par le fait même, les caractéristiques de l'environnement et les compétences personnelles de l'individu (Glass et Balfour).

### **3.5. Facteurs amplificateurs**

Les auteurs identifient des facteurs amplificateurs, par exemple, une dépression, des troubles cognitifs ainsi que des maladies chroniques (Glass et Balfour, 2003). Ces facteurs peuvent avoir un impact sur l'ajustement de la personne à son environnement ainsi que sur les réponses comportementales qu'elle peut adopter (Glass et Balfour). En lien avec ce projet de recherche, il s'agit d'explorer comment le fait qu'une personne ait une maladie mentale est un facteur amplificateur qui affecte l'ajustement à son environnement et par le fait même l'adoption de comportements adaptés.

En somme, ce modèle est pertinent pour guider ce projet de recherche puisque l'objet à l'étude l'inclusion sociale. Ce modèle permet de comprendre comment les organismes communautaires peuvent faciliter ou contraindre l'inclusion de la personne âgée présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu et par le fait même représenter un environnement inclusif. En d'autres mots, il est question d'explorer comment les organismes facilitent ou contraignent l'ajustement de la personne à son environnement et l'adoption d'une réponse comportementale adaptée, entre autres l'engagement social. Par le fait même, l'adoption de ce genre de comportement favorise la santé et le fonctionnement de la personne. En somme la composante de ce modèle qui est approfondie dans ce projet est celle de l'environnement.

## **4. MÉTHODE**

La méthode de recherche utilisée pour mener ce projet de recherche sera présentée dans cette section. Tout d'abord, le devis de recherche sera abordé. Par la suite, la sélection des participants sera présentée. Ensuite, il sera question de la méthode de collecte et d'analyse des données. Pour terminer, les considérations éthiques seront abordées.

### **4.1. Devis de recherche**

Ce projet de recherche a pour but de documenter la perception et les attitudes des intervenants d'organismes communautaires de loisirs quant à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu. Pour ce faire, un devis de recherche qualitatif descriptif est utilisé (Fortin et Gagnon, 2010, p. 199). De plus, considérant que le sujet a été peu étudié jusqu'à présent, le type de recherche descriptif est cohérent avec le but de l'étude (Fortin et Gagnon, p. 65). Ainsi cet essai se concentre, plus précisément, sur les représentations des intervenants concernant cette population, leurs expériences d'inclusion de cette clientèle dans leur milieu ainsi que les facilitateurs et les obstacles à l'inclusion de cette clientèle.

### **4.2. Participants**

L'échantillon est composé de personnes qui animent des activités auprès d'une clientèle de personnes âgées de plus de 60 ans, qui accompagnent des participants âgés ou qui gèrent la mise en place de services offerts à cette clientèle. Les participants de l'étude proviennent de différents milieux communautaires en loisir des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

#### **4.2.1. Critères d'inclusion des participants**

Certains critères d'inclusion ont été élaborés pour cette étude, soit :

1. Personnes-ressources (intervenants, gestionnaires d'organismes de loisirs et/ou bénévoles) ayant une expérience d'au moins 2 années dans le milieu communautaire auprès des personnes âgées.
2. Personnes-ressources animant des activités auprès des personnes âgées, accompagnant des participants âgés ou gérant la mise en place des activités pour les personnes âgées dans le milieu.

3. Personnes-ressources recrutées dans des centres communautaires de loisirs ou organismes de loisirs des régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, non-spécialistes avec une clientèle en santé mentale, offrant des services aux personnes âgées ou les intégrant dans les activités.

#### **4.2.2. Recrutement des participants**

L'échantillonnage par convenance est la méthode utilisée pour recruter les participants. Elle permet d'accéder facilement et rapidement aux personnes correspondant aux critères d'inclusion précédemment ciblés (Fortin et Gagnon, 2010, p. 269-270). Tout d'abord, une discussion avec un organisateur communautaire, de la région du Centre-du-Québec, a permis de connaître et cibler les ressources potentielles dans la région correspondant aux critères d'inclusion visés. Par la suite, les responsables d'organismes et de ressources en loisirs dans des milieux communautaires ont été sollicités par un appel téléphonique ou en personne pour expliquer globalement le projet de recherche et demander leur intérêt à collaborer. Ils ont également ciblé les personnes-ressources pouvant participer à l'étude. Ces dernières ont été contactées pour planifier une rencontre comprenant l'entrevue. Un effort a été réalisé pour recruter des personnes provenant de différentes régions ou de différents secteurs, différents types d'organismes, et offrant différents types de services ou activités.

#### **4.3. Collecte de données**

La collecte de données est réalisée à l'aide de deux outils. Lors de la rencontre préalablement convenue avec la personne-ressource, un questionnaire sociodémographique est d'abord complété. Il est suivi de l'entrevue semi-structurée visant à mieux comprendre l'expérience vécue par des intervenants des milieux communautaires. Ce type d'outil offre l'occasion aux participants d'exprimer leurs sentiments ou leurs opinions concernant le sujet de la recherche. L'entrevue est guidée par canevas d'entrevue afin d'orienter la discussion. Une certaine flexibilité est présente dans l'utilisation de cet outil puisqu'il est possible d'approfondir les réponses en questionnant davantage (Fortin et Gagnon, 2016). Un canevas d'entrevue a été élaboré préalablement (voir annexe D). De plus, des vignettes ont été créées afin de faciliter la compréhension des participants concernant des comportements pouvant être manifestés par des personnes présentant une problématique de santé mentale. L'entrevue s'est déroulée en une seule séance d'approximativement 1 heure pour une majorité de participants.

#### **4.4. Analyse des données**

Une analyse de données qualitatives a été réalisée. En premier lieu, les entrevues ont été transcrites à l'aide du logiciel Word. En deuxième lieu, une analyse thématique a été réalisée (Fortin et Gagnon, 2016). De ce fait, les données ont été codées, c'est-à-dire qu'un code représentant un thème particulier a été associé à un segment de données dans le but de les classer, les ordonner et les repérer. Les thèmes déterminés font référence aux concepts du cadre conceptuel liés aux caractéristiques d'un environnement facilitant ou contraignant. Les thèmes ont ainsi été regroupés en catégories afin de décrire la problématique à l'étude (Fortin et Gagnon).

#### **4.5. Considérations éthiques**

Tous les participants ont reçu le formulaire d'information et de consentement. Ils ont pu poser des questions pour mieux comprendre le projet de recherche ainsi que leur implication au projet afin de s'assurer d'obtenir un consentement libre et éclairé. Leur consentement a été obtenu avant de réaliser l'entrevue. De plus, un certificat éthique (CER-18-244-07.18) a été émis par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Trois-Rivières considérant que le projet de recherche implique la participation d'êtres humains.

##### **4.5.1. Risques et inconvénients**

Des inconvénients possibles lors de la participation à cette étude ont été identifiés tel que, le temps passé à faire l'entrevue, des réactions de leur part face aux questions posées et une crainte de se sentir jugés en lien avec leurs réponses aux questions. Afin de diminuer ces inconvénients, des stratégies ont été utilisées, c'est-à-dire se soucier du respect de la durée de l'entrevue prévue et informer les participants que l'étude ne vise pas à les juger ou juger leurs services, mais bien à comprendre comment les organismes de loisirs favorisent l'inclusion de la population cible dans leur milieu.

##### **4.5.2. Avantages**

Les participants ne bénéficiaient d'aucun avantage direct en lien avec cette étude. Toutefois, le seul avantage indirect possible était la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'inclusion sociale dans la communauté des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale.

### **4.5.3. Protection des données à caractère personnel**

Les données recueillies ont été conservées par la chercheuse principale dans des fichiers protégés avec mot de passe dans un ordinateur sécurisé. Les documents en format papier ont été gardés dans une armoire sous clé dans le laboratoire de recherche du département d'ergothérapie. Les seules personnes qui avaient accès aux données seront les membres de l'équipe de recherche. L'enregistrement audio ont été détruit après la transcription des données. Les dossiers de recherche seront conservés un an après la fin de l'étude après quoi ils seront détruits à l'aide d'une déchiqueteuse ou seront effacés de façon définitive de l'ordinateur et du disque dur. De plus, afin d'assurer l'anonymat des participants, ils ont été identifiés par un code numérique. De cette façon, leur identité a été protégée.

## 5. RÉSULTATS

Dans cette section, les résultats de l'analyse des données qualitatives sont présentés. Tout d'abord, les caractéristiques des participants et des milieux communautaires sont présentées, au niveau sociodémographique et de leur expérience auprès de personne présentant une problématique de santé mentale. Par la suite, les divers thèmes qui émergent de l'analyse du contenu des entrevues sont rapportés. Des extraits de verbatim des entrevues sont également présentés afin de soutenir les résultats.

### 5.1. Description des participants et des ressources communautaires

#### 5.1.1. Caractéristiques sociodémographiques

Pour ce projet de recherche, quatre participants ont accepté de participer et ont réalisé l'entrevue. Les participants sont des femmes âgées de vingt-trois à soixante-dix-huit ans. Les postes occupés par les participantes, dans leur milieu communautaire respectif, sont animatrice (n=2), bénévole et responsable du secteur communautaire. De façon générale, les participantes possèdent entre trois à quinze ans d'années d'expérience dans le milieu communautaire et trois à trente ans d'expérience auprès d'une clientèle âgée. Les niveaux de scolarité des participants sont collégial (n=2) et universitaire (n=2). Deux des participantes travaillent dans le même milieu communautaire. Le tableau 1 présente les caractéristiques sociodémographiques.

Tableau 1.  
*Caractéristiques des participants*

Participant	Âge	Genre	Poste occupé	Nombre d'années d'expérience dans le milieu communautaire	Nombre d'années d'expérience auprès des personnes âgées	Niveau de scolarité	Ressource
1	23	F	Animatrice	3	3	Collégial	a
2	78	F	Animatrice	2	30	Universitaire	a
3	74	F	Aide-superviseur (Bénévole)	15	30	Universitaire	b
4	55	F	Responsable du secteur communautaire	8	8	Collégial	c

Concernant les milieux communautaires, les participantes du projet de recherche proviennent de trois milieux différents, tous situés dans la région de la Mauricie et du Centre-du-



Québec. Globalement, les activités qui sont offertes dans les ressources sont des activités de loisirs, de sport, culturelles, artistiques et sociales. Pour deux des trois milieux, la clientèle est variée et de tout âge. Le dernier milieu offre des services plus précisément à des personnes âgées. Deux des milieux reçoivent des subventions pour plusieurs clientèles et plusieurs programmes. Le tableau 2 présente les caractéristiques des milieux communautaires d'où les participants proviennent.

Tableau 2.  
*Caractéristiques des ressources communautaires*

<b>Ressource</b>	<b>Types d'activités offertes à la ressource</b>	<b>Clientèle ciblée par la ressource</b>	<b>Caractéristiques particulières</b>
a	Loisirs, sports, culturelles, artistiques	0-99 ans	Subventions gouvernementales (programme de rehaussement de la qualité de vie, subvention salariale, programme d'assistance financière aux centres communautaires de loisirs...)
b	Viactive (jeux, danse, discussions, vidéos, création)	Personnes âgées	s/p
c	Loisirs, sports, culturelles, alimentation	0-99 ans	Subventions gouvernementales (Parrainage, projet alimentaire, club loisir...)

### **5.1.2. Expériences des participants avec des personnes présentant une problématique de santé mentale**

Concernant l'expérience générale des participants avec les problématiques de santé mentale, la moitié d'entre eux rapportent avoir côtoyé des personnes avec une maladie mentale dans le cadre de leur travail ou dans leur voisinage, sans avoir eu à intervenir directement auprès de ces personnes. Une seule participante mentionne qu'elle est responsable d'un groupe comprenant seulement des personnes qui ont une problématique de santé mentale, mais qu'elle n'anime pas ce groupe. Tous les participants rapportent avoir été en contact de près ou de loin avec des personnes présentant des troubles cognitifs. Trois mentionnent la maladie d'Alzheimer comme trouble cognitif le plus commun.

### **5.2. Définitions d'une problématique de santé mentale selon les participants**

De façon générale, les participants définissent une problématique de santé mentale selon les symptômes, les comportements problématiques associés ou le diagnostic. Quelques participants rapportent les troubles cognitifs comme une problématique de santé mentale.

Certains participants définissent une problématique de santé mentale selon les symptômes qui y sont associés :

C'est la petite voix, y'entendent la petite voix pis euh elle crie parce qu'elle a peur que la petite voix pis elle fait tout selon la personne que elle est commandée par la voix intérieure. (Participant 2)

Ben y'en a de temps en temps qui sont déprimés. (Participant 3)

Les participants rapportent également des comportements problématiques associés à la problématique de santé mentale à titre de définition. Ils mentionnent des faits qui sont observables :

[...] pis euh avoir toute tout le temps toute bien placé si elle voit une poussière tant qu'elle pis si elle n'en voit une autre elle va la ramasser avant de partir. (Participant 2)

[...] y'en a qui se grattent souvent la ben pas cette année là, mais c'est comme un tic nerveux. (Participant 3)

Ben...des personnes qui pourraient être agressives, [...] j'essaie de voir parmi mes clients pis mes clientes qu'est-ce qui vivent là, des troubles de... pas qu'on diagnostique pour les enfants la mais de comportement pis tout ça j'en ai aussi (Participant 4)

La majorité des participants mentionnent des diagnostics de maladie mentale, par exemple la schizophrénie, la dépression, les troubles anxieux :

[...] euh disons des personnes avec des dépressions [...]. (Participant 1)

Ben la maladie mentale tu n'as plusieurs de sorte la t'as la schizophrénie, à part de ça la maladie mentale j'en ai pas connu d'autre, ah t'as l'hystérique aussi et puis avec des toc aussi c'est une maladie mentale ça. (Participant 2)

Euh bipolaire, je veux dire des troubles, ben des burn-out, des dépressions je sais pas si ça rentre [...] je connais la schizo, mais j'en côtoie pas, euh l'anxiété oui beaucoup beaucoup dans ma clientèle. (Participant 4)

### **5.3. Représentations des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale : point de vue des intervenants**

Les participants rapportent, de façon générale, que les personnes âgées présentant une problématique de santé mentale vivent de l'isolement. Un participant mentionne qu'à son avis, elles vivent encore plus d'isolement que les personnes âgées sans problématique de santé mentale :

[...] mais en plus quelqu'un qui a une maladie mentale qui est plus âgé je dirais que c'est encore plus d'isolement vu que t'sais à la base les personnes âgées sont plus isolées. (Participant 1)

Il rapporte également qu'il est possible que leur entourage manque de connaissance pour intervenir auprès de ces personnes :

[...] pis euh aussi j'ai l'impression que leur famille va moins s'en occuper aussi ou va pas savoir comment s'en occuper plus que si c'est un jeune enfant, ils ont comme, j'ai l'impression que les personnes alentour d'eux ils ont moins un sentiment de, un besoin des aider qui est fort que si c'était un jeune enfant par exemple ou un adolescent. (Participant 1)

Toujours en lien avec l'isolement, un participant mentionne que les personnes âgées avec une problématique de santé mentale peuvent être plus craintives et avoir peur de sortir selon leur condition :

[...] ils ont peur de sortir parce que sont âgées [...] maladie mentale c'est plus ils vieillisse plus ils ont des conseils des mauvais conseils dire ben fait attention t'es plus vieille fait attention y peut t'arriver quelque chose alors ça les met dans l'insécurité. (Participant 2)

Une autre caractéristique, abordée par un participant, est le fait que les personnes âgées, avec une problématique de santé mentale, présentent des habitudes de vie plus négligées :

[...] au niveau de l'alimentation ça l'air drôle, mais ils s'alimentent moins bien aussi [...] pis le sommeil tu la vois arriver la personne est cernée, as-tu bien dormi, non. (Participant 4)

Certaines difficultés au niveau cognitif sont également rapportées par des participants, par exemple le fait que les personnes répètent les mêmes choses :

... un des traits que moi je peux voir c'est qu'ils répètent souvent la même chose et qu'ils posent souvent la même question, moi je trouve c'est pas nécessairement l'Alzheimer, on dirait que c'est qu'ils ont moins de conversation, alors ils reviennent sur des affaires qui leur appartiennent à eux autres, de leur passé je sais pas trop. (Participant 3)

...la personne âgée moi je me dis c'est plus perte de mémoire, la perte de mémoire pour moi, pour eux autres une perte de mémoire ça peut être aussi des problèmes cognitifs [...]. (Participant 2)

Les troubles cognitifs sont également abordés par les participants comme pouvant être une problématique de santé mentale chez les aînés. Ils sont facilement associés aux personnes âgées. Le tableau 3 présente les catégories établies concernant les représentations qu'ont les intervenants des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Le Tableau 3 présente les résultats des sections 5.1. et 5.3. regroupés selon les composantes du Modèle Personne-Environnement-Occupation (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby et Letts,1996).

Tableau 3.  
*Représentations des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale :  
point de vue des intervenants*

Composantes	Éléments caractérisant les PA
Personne	Difficultés cognitives
	Symptômes
	Craintes et anxiété
	Isolement
Occupations	Habitudes de vie négligées
Environnement	Manque de connaissances de l'entourage par rapport à leurs besoins

#### 5.4. Caractéristiques d'un environnement facilitant

Les résultats concernant les caractéristiques d'un environnement facilitant, pouvant faire référence à un environnement inclusif, sont regroupés selon les thèmes du Modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement.

##### 5.4.1. Flexibilité

Un des thèmes qui ressort est la flexibilité, tout d'abord au niveau des intervenants. Les participants mentionnent qu'ils s'ajustent aux personnes et qu'ils adaptent leurs interventions et les activités aux personnes qu'ils ont dans leur groupe. De ce fait, ces personnes peuvent participer aux activités dans le groupe tout comme les autres :

Euh ben c'est sûr que ça prend beaucoup d'adaptation des 2 côtés, j pense que moi en tant qu'animatrice euh disons il faut que j'adapte toutes mes activités à chaque personne individuellement parce que même si y'ont toute la même problématique y'ont toutes des manières différentes d'y réagir. (Participant 1)

En général, quand on arrive ça coute juste 6\$, chaque personne, c'est sûr qu'y'en a qui oublie, dans ce temps-là on demande avez-vous apporté votre porte-monnaie aujourd'hui, avez-vous oublié de donner votre 6\$, on peut les aider à compter, [...] y peuvent, la personne ressource peut payer d'avance pour 4, 5 fois et la responsable nous dit si c'est payé d'avance. (Participant 3)

L'administration d'un milieu communautaire fait également preuve de flexibilité puisqu'elle offre, pendant une journée, l'opportunité de s'inscrire à un cours avant les inscriptions officielles.

[...] donc des places de cours là y'a une journée où ils peuvent venir s'inscrire, des places de disponibles, pis y sont référés par le [Organisme 1], sont référés par [Organisme 2], t'sais c'est des organismes qui ont des problématiques de maladie mentale [...]. (Participant 4)

#### **5.4.2. Adaptation physique de l'environnement**

Aucun élément pouvant se rapporter à l'adaptation physique de l'environnement n'a été rapporté par les participants.

#### **5.4.3. Disponibilité des ressources**

La disponibilité des ressources est également une caractéristique de l'environnement qui facilite l'inclusion des personnes âgées avec une problématique de santé mentale selon les participants. Il est possible de la catégoriser selon la variété des activités offertes, les ressources matérielles et financières. Un d'entre eux rapporte que le milieu communautaire offre une multitude d'activités, ce qui permet aux personnes de trouver facilement une activité qui les intéressent :

Ben justement vu qu'on a plein d'activités variées pour tous les âges je pense qu'elle pourrait trouver sa place pas mal n'importe quelles activités, même si j'les connais pas toutes là mais t'sais je sais qu'il y a des activités de chant alors si c'est une personne qui est plus extravertie peut-être que ce serait plus ce genre d'activité là ou les arts. (Participant 1)

Au niveau des ressources matérielles, deux participants rapportent que le milieu communautaire fournit tout le matériel nécessaire à la réalisation des activités et que les gens n'ont pas à déboursier de frais supplémentaires pour se procurer du matériel :

Dans le fond c'est nous qui fournit le matériel pour la majorité des activités [...].  
(Participant 1)

[...] pis nous autres on a toute, si t'avais vu moi j'appelle ça Toys'R'Us y'ont toute, toute, toute. (Participant 2)

Concernant les ressources financières, plusieurs milieux reçoivent des subventions gouvernementales permettant d'offrir gratuitement ou à faibles coûts des cours aux personnes. Tous les participants ont rapporté qu'au niveau financier il n'y a pas de contrainte pour inclure les personnes âgées avec une problématique de santé mentale dans leur milieu :

[...] mais au niveau financier, toute ça c'est vraiment pas vu que c'est gratuit souvent ou vraiment pas cher les activités là ben c'est vraiment pas une problématique à ce niveau-là. (Participant 1)

[...] nous on fait partie du club loisir, c'est des cours qui sont offerts à des gens un peu plus démunis [...] nous c'est sûr qu'on essaie d'avoir des prix qui sont abordables [...]. (Participant 4)

#### 5.4.4. Soutien social

Concernant le thème du soutien social, les participants l'abordent sous plusieurs angles, c'est-à-dire l'attitude générale du personnel des milieux communautaires, les compétences des intervenants en relation d'aide et le sentiment d'appartenance au groupe. La majorité des participants mentionnent que leur milieu communautaire est accueillant et qu'ils désirent inclure tout le monde :

[...] ben j'pense que c'est un centre qui accepte toute pis sont très humains très [...] tout le monde est accepté [...] Ici y'ont une approche humaine y vont prendre le temps de t'écouter, ceux qui fréquentent ici, ils ont toute le sourire alors t'sais, ils ont tout le personnel, [...] y'ont une très belle approche, alors demande pas pourquoi c'est rempli. (Participant 2)

Moi je pense que si elle comprend pas quelque chose pis qu'elle dérange beaucoup je m'assoierais peut-être avec elle si elle veut absolument participer parce que des fois on joue au bingo et a des jeux de société pis y'en a des fois qu'y'ont plus de misère à comprendre, dans ce temps-là on la matcherait avec un autre bénévole. (Participant 3)

[...] l'avantage avec une cuisine collective qui fait en sorte qu'ils viennent de tous les milieux parce que je veux pas une cuisine collective ou c'est juste de la

stigmatisation dans juste une catégorie mais c'est vraiment tout mélangé [...].  
(Participant 4)

Plusieurs participants mentionnent également qu'ils sont à l'écoute des membres de leur groupe, qu'ils les respectent en assurant la confidentialité lorsqu'ils interviennent auprès d'eux et qu'ils respectent leurs limites personnelles en référant les personnes au besoin. De façon générale, ils sont à l'écoute de leurs besoins et ils interviennent de manière individuelle:

[...]vérifier vraiment si, sans insister trop, si la personne aurait besoin de quelque chose ou si la personne voudrait parler pis souvent quand la personne nomme des choses, on la réfère un peu à d'autres services qu'ils connaissent peut-être pas.  
(Participant 1)

[...] je vais aller chercher le problème je vais aller essayer, mais quand c'est trop fort je réfère. (Participant 2)

Pis sans personne, je n'ai jamais parlé de ça aux autres que j'avais vu ça pis euh, quand est revenue un mois après ben c'est comme si elle avait été malade.  
(Participant 3)

Je vais demander aux gens qu'est-ce qui dérange, souvent après une activité on va demander avez-vous aimez ça ou y a-t-il quelque chose que vous voulez qu'on améliore, si la personne vient nous voir en disant ben cette personne-là m'a dérangée pour tel tel tel raison ben on va valider avec l'autre personne en parlant, le prochain coup très généralement. Jamais viser directement la personne. (Participant 4)

Certains participants ont également rapporté que les gens développent un sentiment d'appartenance dans le groupe et des relations sociales avec les autres membres du groupe :

[...] t'sais quand ils voient qu'ils ont à peu près le même âge pis qu'ils ont à peu près les mêmes idées ils vont, pis même là je suis sûre qu'il y en a qui se téléphonent, ils restent pas proche la mais ils vont pas s'voir, mais ils se téléphonent, ils deviennent chum je pense. (Participant 3)

[...] ils s'ouvrent après quelque mois de cuisine, [...] tu passes une journée à cuisiner avec le monde, les dames vont s'ouvrir, même les monsieurs vont s'ouvrir sur leur peine, sur leur vécu, y'en a un monsieur la dernière rencontre, mais il nous l'a dit, moi j'ai presque pas dormi de la nuit ça pas bien été pis y'avait les larmes aux yeux [...]. (Participant 4)

### 5.4.5. Opportunités d'enrichissement et de croissance personnelle

Aucune réponse formulée par les participants n'a pu être associée au thème opportunités d'enrichissement et de croissance personnelle, comme étant une caractéristique d'un environnement facilitant l'inclusion des personnes âgées qui présentent une problématique de santé mentale.

Le tableau 4 résume plus précisément les catégories établies pour chacun des thèmes du modèle abordés par les participants.

Tableau 4.  
*Caractéristiques d'un environnement facilitant : perception des intervenants*

Thèmes	Catégorie
Flexibilité	Ajustement des intervenants à la personne
	Adapter les activités et les interventions
Disponibilité des ressources	Variété des activités offertes
	Ressources matérielles
	Ressources financières
Soutien social	Attitude du personnel du milieu communautaire
	Compétences des intervenants en relation d'aide
	Sentiment d'appartenance au groupe

### 5.5. Caractéristiques d'un environnement contraignant

Les résultats concernant les caractéristiques d'un environnement contraignant sont également regroupés selon les thèmes du modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement, qui sont l'inaccessibilité, le stress social et l'inadéquation des ressources.

#### 5.5.1. Inaccessibilité

L'inaccessibilité n'est rapportée par aucun participant comme étant une caractéristique d'un environnement contraignant en ce qui a trait à l'inclusion des personnes âgées qui présentent une problématique de santé mentale.



### 5.5.2. Stress social

Le thème du stress social est rapporté par tous les participants et peut être catégorisé selon le manque de d'expérience et sentiment d'inconfort des intervenants auprès de cette clientèle, le besoin d'être outillés ainsi que les réactions de l'entourage (intervenants et membres du groupe) face aux comportements des personnes âgées avec une problématique de santé mentale. Plusieurs participants rapportent que le manque d'expérience peut nuire aux interventions :

[...] c'est sûr qu'au début quand on n'est pas habitué c'est un peu plus malaisant une personne mettons qui parle souvent de sa maladie [...]. (Participant 1)

[...] c'est dur de dire à quelqu'un qu'elle dérange alors peut-être plus au niveau des interventions qui serait plus compliqué. (Participant 1)

[...] c'est pas parce que tu vas étudier que tu maîtrises ta technique, la théorie, que tu vas de sentir à l'aise [...] faut que ça, ce soit un senti, un ressenti, il faut que ça vienne d'en dedans, c'est pas juste de la théorie de la tête, il faut que ça vienne de là aussi. (Participant 4)

Deux participants mentionnent également que les intervenants manquent de connaissances et devraient être outillés afin d'intervenir auprès de cette clientèle :

[...] moi j'me dit il y en a qui sont pas formé, il faudrait une formation, ça moi je dis ça assez souvent quand, n'importe quoi c'est du n'importe quoi, c'est vite fait, c'est pas préparé, c'est instantané là, n'importe quoi, t'sais en tout cas moi c'est là que j'dis qu'ils ont besoin. (Participant 2)

[...] garde là quand on va à la Croix Rouge comment ils t'installent pour aller sauver un noyé tu vas le sauver comment ben faut tu le saches pis ton cardio là, la réanimation alors là là il faut que tu sois, mais si ils n'ont pas de formation qu'est-ce que tu penses ils vont le faire instinctivement, ils l'ont vu faire, mais des fois tu peux attraper le sternum pis le casser, alors ça là, je donne un exemple là [...]. (Participant 2)

[...] ceux à date que je me suis aperçue qu'il avaient un problème de santé mentale, je m'en apercevais. Mais savoir avant, à condition qu'il nous donnent pas juste ça comme information, qui nous disent si elle fait ça ça, ça serait mieux de répondre comme ça, comme ça, comme ça. Tant qu'à me le dire, aussi ben de me donner des petits outils quoi faire s'il y a des comportements pas corrects qui arrivent. (Participant 3)

La majorité des participants rapportent que les réactions de l'entourage face aux comportements des personnes âgées présentant des problématiques de santé mentale peuvent contraindre leur inclusion dans leur milieu. L'entourage, c'est-à-dire les intervenants et les autres membres du groupe, peut avoir des préjugés et des comportements traduisant une attitude de stigmatisation envers la personne qui présente une problématique de santé mentale :

Encore une fois ce serait plus avec les autres personnes du groupe pis avec les autres intervenants que t'sais si l'hygiène, si le monde rit d'elle ou des choses comme ça, c'est plus compliqué [...]. (Participant 1)

[...] t'entends ça souvent et'une folle euh ca là les oreilles me sillent, ça là j'entends ça souvent parce que la madame qui vient de [faire une crise] et puis on essaye, on s'est plaint parce que c'est des gens qui écotent pis, mais euh c'est parce qu'y'ont toutes sortes de noms pis c'est ça [...]. (Participant 2)

[...] c'était en Tai chi je crois et le monsieur avait des flatulences, donc les dames ne trouvaient pas ça drôle, elles trouvaient ça vraiment pas drôle là [...] pis j'ai des dames qui m'avaient dit on veut pu suivre des cours avec ce monsieur-là parce que si y se réinscrit l'an prochain moi je penserais pas revenir. (Participant 4)

Au niveau de l'agressivité de la personne aussi les autres participants trouvent pas ça drôle, trouvent pas ça agréable non plus [...] ben le professeur avait peur, mais les autres participants aussi là [...] on peut parler avec le groupe sauf que c'est difficile après ça de ramener la situation. (Participant 4)

### **5.5.3. Inadéquation des ressources**

Un participant rapporte qu'ils ont dû cesser les sorties dans la région par manque de ressources financières. Les activités étaient réalisées directement dans le milieu communautaire et ne demandaient aucun autre déplacement. Les bénévoles et les membres du groupe n'avaient pas les moyens de payer le transport en commun pour des activités à l'extérieur :

[...] mais là c'était trop, le transport on a pas les moyens pour payer un autobus, y fallait trouver des bénévoles pour pouvoir nous transporter pis rendu là-bas, même aller au Cap de la Madeleine faut que tu payes [...]. (Participant 3)

Le tableau 5 résume plus précisément les catégories établies pour chacun des thèmes du modèle abordés par les participants.

Tableau 5  
*Caractéristiques d'un environnement contraignant : perception des intervenants*

Thèmes	Catégorie
Stress social	Manque d'expérience et sentiment d'inconfort des intervenants auprès de la clientèle
	Besoin des intervenants d'être outillés
	Réactions des autres (membres du groupe et intervenants)
Inadéquation des ressources	Manque de ressources financières

### **5.5. Ouverture face à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale**

Pour conclure, tout en considérant les résultats rapportés dans cette section, l'ensemble des participants ont rapporté que les aînés présentant une problématique de santé mentale ont une place dans leur milieu communautaire. Entre autres, un participant a mentionné que ces personnes ont une place comme tout autre individu dans son milieu :

Eh ben vu que le centre veut vraiment inclure tout le monde, je pense que la place qu'ils ont est vraiment légitime pis ... toutes les activités qu'on fait c'est pour les inclure à la base, je pense que c'est ça leur place. (Participant 1)

## **6. DISCUSSION**

Dans cette section, un retour sur les trois objectifs de recherche sera réalisé en lien avec les résultats obtenus, ainsi qu'avec d'autres écrits sur le sujet. Par la suite, les forces et les limites de ce projet de recherche seront présentées, pour terminer avec les conséquences de ce projet sur la pratique en ergothérapie.

### **6.1. Rappel du but et des objectifs de recherche**

Le but de cette étude était de documenter les perceptions et les attitudes des intervenants de milieux communautaires de loisirs face à l'utilisation de leurs services par des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Pour ce faire, la représentation des aînés avec une problématique de santé mentale selon les intervenants, leurs expériences d'inclusion avec ces personnes dans leur milieu ainsi que les facilitateurs et les obstacles à l'inclusion de ces personnes dans leur milieu ont été explorés, et ce toujours selon le point de vue de l'intervenant, du responsable ou du bénévole.

Tous les participants de ce projet étaient des femmes et de façon générale, les organismes communautaires présentent une plus grande proportion de femmes (Aubry, Didier et Gervais, 2005). Cela peut également être en lien avec le fait que le nombre de femme travaillant dans les domaines de l'enseignement, du droit et des services sociaux, communautaires et gouvernementaux a augmenté depuis plusieurs années par (Institut de la statistique du Québec, 2016). Est-ce que l'ouverture face à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les milieux communautaires de loisirs serait différente si les participants étaient majoritairement des hommes.

### **6.2. Représentation des aînés avec une problématique de santé mentale**

Le premier objectif était de documenter comment les participants se représentent une personne âgée présentant une problématique de santé mentale. Pour ce faire, ils ont, d'abord, décrit comment ils définissent une problématique de santé mentale, pour ensuite décrire les caractéristiques d'un aîné vivant avec ce type de problématique.

### **6.2.1. Définition variée d'une problématique de santé mentale**

Tout d'abord, la majorité des participants avait de la difficulté à donner une définition claire et exhaustive de ce qu'est une problématique de santé mentale et ne pouvait donner une réponse rapidement. Par ailleurs, les participants qui avaient une plus grande connaissance des problématiques de santé mentale avaient vécu des expériences dans le cadre de leur travail avec des personnes présentant une problématique de santé mentale. Il est possible de croire que l'expérience ou la présence de ces personnes dans l'entourage permet d'avoir une meilleure compréhension et représentation de ce qu'est une problématique de santé mentale.

La problématique de santé mentale la plus rapportée par les participants était la dépression. Il est possible que cela s'explique par le fait que la problématique la plus commune chez les personnes âgées est la dépression (MacCourt, Wilson et Tourigny-Rivard, 2011) et que plus de la moitié des aînés au Québec recevant des soins de santé à domicile présentent des symptômes dépressifs, sans avoir de diagnostic (Ayalon, Fialová, Areán et Onder, 2010).

De plus, tous les participants ont mentionné les troubles cognitifs comme étant une problématique de santé mentale, plus particulièrement la maladie d'Alzheimer. Il est possible de croire que ce résultat soit associé au fait que des documents de référence en santé mentale incluent les troubles cognitifs. En effet, le DSM-V inclut les troubles neurocognitifs comme étant des troubles mentaux (APA et coll., 2015). L'Association canadienne pour la santé mentale (2014) inclut également la démence dans les types de maladies mentales. De plus, il est possible de croire que les efforts de sensibilisation dans la société concernent davantage les troubles cognitifs et qu'un manque de sensibilisation concernant les problématiques de santé mentale soit soulevé. Cela pourrait expliquer le fait que les participants connaissent davantage les troubles cognitifs et les associent rapidement aux problématiques de santé mentale.

Également, sans pouvoir donner de diagnostic précis, les participants définissaient la problématique de santé mentale par des faits observables. En effet, ils ont nommé des comportements associés à des problématiques, par exemple le fait de toujours replacer les objets aux mêmes endroits et d'être déstabilisé lorsque les choses sont déplacées. Il est donc possible de croire que le diagnostic précis n'a pas tant de signification ou d'importance pour eux et que le diagnostic en soit n'influence pas leurs croyances envers cette clientèle. Considérant que les problématiques de santé mentale semblent être identifiées les symptômes observables qui y sont

associés, des campagnes de sensibilisation et d'éducatons pourraient être réalisées afin de favoriser la reconnaissance et la validation des symptômes.

### **6.2.2. Représentation d'une personne âgée présentant une problématique de santé mentale**

Une des caractéristiques représentant une personne âgée présentant une problématique de santé mentale mentionnée selon les participants est le fait que ces personnes soient isolées. Leurs observations concordent avec certains écrits qui suggèrent qu'une problématique de santé mentale peut avoir comme conséquence l'isolement social chez l'aîné (Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk et Aslan, 2012 ; Nikmat, Hashim, Omar et Razali, 2015). Considérant également que les personnes âgées souffrent souvent d'isolement (Conseil national des aînés, 2014), il est possible de croire que la combinaison avec une problématique de santé mentale augmente le risque d'isolement.

De plus, le fait que les personnes âgées avec une problématique de santé mentale soient victimes de préjugés et de discrimination est une caractéristique également rapportée par les participants. D'autres écrits rapportent également que les personnes vivant avec une problématique de santé mentale vivent de la stigmatisation et de la discrimination (Commission de la santé mentale du Canada, 2018 ; Organisation mondiale de la Santé, 2008).

Par ailleurs, des difficultés au niveau des habitudes de vie, par exemple l'alimentation et le sommeil, ont été rapportées comme étant une caractéristique d'une personne âgée présentant une problématique de santé mentale. En effet, d'autres écrits suggèrent que les problématiques de santé mentale peuvent avoir des répercussions sur la réalisation des activités quotidiennes des personnes qui en souffrent (Baker et Procter, 2014 ; Gouvernement du Québec, 2017). Les participants semblent donc à l'affût et sensibles aux signes des problèmes au plan du fonctionnement de la personne dans son quotidien. Il pourrait être pertinent de transmettre de l'information aux intervenants concernant les difficultés pouvant être vécus dans le quotidien chez les personnes vivant avec une problématique de santé mentale et des pistes de solutions pour les soutenir.

### **6.3. Expérience d'inclusion de ces personnes dans leur milieu**

Le deuxième objectif était d'explorer les expériences des participants concernant l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale.

La majorité des participants ont mentionné qu'ils ne sont pas intervenus directement auprès de personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu communautaire. Il serait toutefois possible qu'ils en aient eu dans leur groupe sans le savoir, par exemple une personne avec une problématique qui présente un état stable et qui n'a pas de comportement ou de symptôme qui pourrait être associé à une problématique de santé mentale. Une seule participante mentionne qu'elle est responsable d'un groupe composé uniquement de personnes présentant une problématique de santé mentale. Toutefois, il semble que ce soit le seul milieu qui offre cette opportunité. Par ailleurs, ils ont tous rapporté qu'ils croient que cette clientèle a une place dans leur milieu et devrait être incluse en principe. Il est possible de croire que cette grande ouverture quant à l'inclusion des populations plus démunies ou marginalisées peut également être en lien avec la mission et les valeurs des organismes communautaires de loisirs. En ce sens, ces valeurs transparaissent donc dans l'attitude et l'approche des milieux communautaires, incluant les intervenants, les responsables et les bénévoles.

#### **6.4. Caractéristiques d'un environnement facilitant et contraignant**

Le dernier objectif était de décrire les facilitateurs et les obstacles à l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans leur milieu, tels que perçus par les intervenants d'organismes communautaires de loisirs.

##### **6.4.1. Attitude accueillante et inclusive**

L'ensemble des participants ont rapporté que l'attitude des intervenants et du personnel du milieu communautaire peut favoriser l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Cet élément peut faire référence au concept du regard porté sur l'autre proposé par Billette et Lavoie (2012) pour contribuer à l'inclusion sociale. En effet, le fait que les intervenants soient ouverts à accueillir cette clientèle peut signifier qu'ils reconnaissent la place de ses individus à part entière dans leur milieu.

##### **6.4.2. Grande disponibilité des ressources selon les participants**

De façon générale, les participants rapportent que les ressources matérielles et financières sont disponibles dans leur milieu, qu'ils ont accès à beaucoup de matériel et que les organismes reçoivent des subventions afin d'offrir des services gratuits ou peu coûteux aux clientèles plus vulnérables. Considérant que la proportion de personnes, de tout âge, avec une problématique de santé mentale est plus grande chez une population à faible revenu (Caron et Liu, 2011) et que les

personnes âgées présentes de façon générale un plus faible revenu que la population générale (Institut de la statistique du Québec, 2018), il est possible de croire que ces milieux communautaires soient plus facilement accessibles pour eux. De plus, ils n'ont pas à déboursier de frais supplémentaires pour l'acquisition de matériel. Toujours en lien avec le revenu, le fait que certains milieux offrent le transport peut également faciliter l'accès aux personnes âgées présentant une problématique de santé mentale.

#### **6.4.3. Manque de connaissance et besoin d'être outillés**

Tous les participants ont rapporté qu'il serait important que les intervenants, les responsables ou les bénévoles soient mieux outillés afin de bien intervenir auprès de cette clientèle. Malgré le fait qu'ils mentionnent avoir une grande ouverture et une approche très humaine, ils rapportent un manque de connaissances et de compétences afin d'intervenir auprès d'eux. Leurs plus grands défis semblent être au niveau des interventions plus spécifiques et ponctuelles afin de gérer des comportements plus problématiques. Considérant qu'ils n'ont pas eu beaucoup d'expérience avec cette clientèle, il est possible de croire que cela peut avoir un impact sur leurs craintes et leurs habiletés à intervenir auprès d'eux, malgré le fait qu'ils soient très ouverts face à cette clientèle. En ce sens, des activités et/ou formations pourraient être offertes afin d'avoir une meilleure compréhension des problématiques de santé mentale et de connaître les interventions pouvant être réalisés auprès de cette population.

#### **6.5. Forces et limites**

Concernant les forces de cette étude, ce projet explore un sujet qui est peu abordés, soit l'inclusion sociale des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. De plus, la variété des organismes communautaires et des personnes ressources est également une force de cette recherche. Pour ce qui est des limites de ce projet de recherche, le nombre limité de participants ne permet pas d'atteindre la saturation théorique ni de généraliser les résultats à l'ensemble des intervenants provenant de milieux communautaires de loisir de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. En outre, les caractéristiques de l'environnement du modèle de Glass et Balfour (2003) ont été traduits. En ce sens, l'interprétation des termes est subjective au chercheur. Pour cette raison, les résultats ont pu être biaisés lors de l'analyse thématique.



## **6.6. Conséquences sur la pratique en ergothérapie**

Tout d'abord, considérant qu'un des rôles des ergothérapeutes est de revendiquer des possibilités occupationnelles pour des populations vulnérables ou marginalisées (Association canadienne des ergothérapeutes, 2012) et que ces professionnels ont comme valeur la participation et la justice occupationnelle, il va de soi qu'ils ont un rôle à jouer en lien avec l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les milieux communautaires de loisirs.

De plus, sachant que plusieurs ergothérapeutes travaillent avec une clientèle en santé mentale, ils pourraient être interpellés afin de mettre en place des stratégies pour outiller les intervenants, les responsables et les bénévoles des milieux communautaires sur les problématiques de santé mentale et les interventions à réaliser auprès de cette clientèle. Ils pourraient, plus concrètement, offrir des ateliers de formation sur les types de problématiques, les symptômes qui y sont associés et les difficultés vécus sur le plan occupationnel ainsi que sur les interventions concernant les comportements problématiques, par exemple l'agressivité. Le but ultime serait de favoriser l'inclusion de cette clientèle dans ces milieux et ainsi leur permettre d'avoir accès et de réaliser des activités de loisirs significatives qu'elle choisit.

## 7. CONCLUSION

Cette étude avait pour but de documenter les perceptions et les attitudes des intervenants de centres communautaires de loisirs face à l'utilisation de leurs services par des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. Elle visait d'abord à explorer comment les intervenants des milieux communautaires se représentaient les aînés avec une problématique de santé mentale. Par la suite, leurs expériences d'inclusion de cette clientèle dans leur milieu ont été explorées ainsi que les facteurs de l'environnement facilitant et contraignant l'inclusion de cette même clientèle. De façon générale, les personnes âgées avec une problématique de santé mentale vivent, selon les intervenants, les responsables ou les bénévoles, de l'isolement, des préjugés de la part des autres et des difficultés dans leurs habitudes de vie. Par ailleurs, les intervenants ont un désir d'inclure cette clientèle dans le milieu, mais soulèvent un manque de connaissance et un besoin d'être outillés pour intervenir auprès de cette clientèle. En général, les facteurs de l'environnement pouvant contraindre l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale sont leurs besoins de formation et les réactions des autres participants ou des intervenants face aux comportements perturbateurs que peut avoir cette clientèle. L'approche humaine et inclusive des milieux communautaires ainsi que des intervenants eux-mêmes peut faciliter l'inclusion des aînés avec une problématique de santé mentale.

Les résultats de cette étude permettent de contribuer à l'avancement des connaissances en lien avec l'inclusion des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans la communauté. Il serait pertinent de poursuivre ce projet de recherche avec un plus grand nombre de participants et d'organismes afin d'avoir une meilleure compréhension de la situation dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. De plus, il pourrait également être intéressant d'aller documenter la perception des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale concernant leur inclusion dans les milieux communautaires de loisirs ainsi que celle des autres personnes faisant partie du groupe, ce qui permettrait de connaître comment ces personnes vivent leurs expériences. Cela permettrait de comparer les perceptions des individus vivant avec une problématique de santé mentale, des membres du groupe et des intervenants et de comprendre les différences ou les ressemblances. Il est également possible que le fait de réaliser des études auprès de ces individus les sensibilise et améliore leurs connaissances concernant les problématiques de santé mentale.

## RÉFÉRENCES

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent. (2005). *Guide à l'intention des organismes communautaires*. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000053501.pdf>
- American psychiatric association., Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Association québécoise des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale. (2018). *Vieillesse et santé mentale*. Repéré à <https://aqpamm.ca/vieillesse-et-sante-mentale/>.
- Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. (2014). *La lutte contre la stigmatisation et la discrimination associées aux problèmes de santé mentale au Québec, Cadre de référence*. Repéré à <http://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/04/cadre-de-reference-GPS-SM.pdf>.
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2012). *Profil de la pratique des ergothérapeutes au Canada*. Repéré à [https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil\\_de\\_la\\_pratique\\_des\\_ergotherapeutes\\_au\\_Canada2012l.pdf](https://www.usherbrooke.ca/readaptation/fileadmin/sites/readaptation/documents/Profil_de_la_pratique_des_ergotherapeutes_au_Canada2012l.pdf)
- Association canadienne pour la santé mentale. (2014). *Les maladies mentales*. Repéré à <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2016/02/Mental-Illnesses-NTNL-brochure-FR-2014-web.pdf>
- Aubry, F., Didier, S. et Gervais, L. (2005). *Pour que travailler dans le communautaire ne rime plus avec misère : Enquête sur les avantages sociaux dans les organismes communautaires*. Repéré à <http://lecfp.qc.ca/wp-content/uploads/2016/11/2005-Travail.pdf>
- Ayalon, L., Fialová, D., Areán, P. A., et Onder, G. (2010). Challenges associated with the recognition and treatment of depression in older recipients of home care services. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 514-522. doi:10.1017/S1041610209991797
- Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H. et Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology And Geriatrics*, 55(3), 548-554. doi:10.1016/j.archger.2012.03.006
- Baker, A. E. Z. et Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 287-294. doi:10.3109/11038128.2014.894571
- Bartels, S. J., Mueser, K. T., et Miles, K. M. (1997). Functional impairments in elderly patients with schizophrenia and major affective illness in the community: Social skills, living skills, and behavior problems. *Behavior Therapy*, 28(1), 43-63. doi:10.1016/S0005-7894(97)80033-0

- Beyondblue. (2018). Repéré à <https://www.beyondblue.org.au/who-does-it-affect/older-people/risk-factors-for-older-people>
- Billette, V. et Lavoie, J.-P. (2010). Introduction : Vieillissements, exclusions et solidarités. Dans Charpentier, M., Guberman, N., Billette, V., Lavoie, J.-P., Grenier, A. et Olazabal (dir.), *Vieillir au pluriel : perspectives sociales* (p. 1-22). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Billette, V., Lavoie, J.-P., Séguin, A.-M., Van Pevenage, I., Lévy, J. J., Laflamme, D. et Wallach, I. (2012). Réflexions sur l'exclusion et l'inclusion sociale en lien avec le vieillissement. L'importance des enjeux de reconnaissance et de redistribution. *Frontières*, 25(1), 10-30.
- Cardinal, L., Langlois, M. C., Gagné, D. et Tourigny, A. (2008). *Perspective pour un vieillissement en santé : proposition d'un modèle conceptuel*. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860\\_PerspectiveVieillissementSante.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/860_PerspectiveVieillissementSante.pdf)
- Caron, J., et Liu, A. (2011). Factors Associated with Psychological Distress in the Canadian Population: A Comparison of Low-Income and Non Low-Income Sub-Groups. *Community Mental Health Journal*, 47(3), 318-330. doi:10.1007/s10597-010-9306-4
- Coalition canadienne pour la santé mentale des aînés (2006). Lignes directrices nationales de la CCSMA sur la santé mentale des aînés – Évaluation et prise en charge de la dépression. Repéré à <https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2018/01/Depression-final-french.pdf>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Repéré à [https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc\\_lignes\\_directrices\\_pour\\_les\\_aines\\_0.pdf](https://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2017-09/csmc_lignes_directrices_pour_les_aines_0.pdf)
- Commission de la santé mentale du Canada. (2018). *Stigmatisation et discrimination*. Repéré à <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/ce-que-nous-faisons/stigmatisation-et-discrimination>
- Conseil national des aînés. (2014). *Rapport sur l'isolement social des aînés 2013-2014*. Repéré à [https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Rapport\\_sur\\_isolement\\_social\\_des\\_aînés.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/nsc-cna/documents/pdf/policy-and-program-development/publications-reports/2014/Rapport_sur_isolement_social_des_aînés.pdf)
- Corporation for National and Community Service. (2004). *Inclusion, Creating an Inclusive Environment: A Handbook for the Inclusion of People with Disabilities in National and Community Service Program*. Repéré à <https://www.nationalservice.gov/sites/default/files/resource/inclusion.pdf>
- Cvitkovich, Y. et Wister, A. (2002). Bringing in the Life Course: A Modification to Lawton's. *Hallym International Journal of Aging*, 4 (1), 15-29. Repéré à: <https://pdfs.semanticscholar.org/77ba/eb0544e72603aa5b92f2b9824c901bc6e96d.pdf#page=17>

- Dallaire, B. et McCubbin, M. (2008). Parlons d'inclusion sociale. La théorie et la recherche à propos des personnes aux prises avec des handicaps psychosociaux. Dans E. Gagnon, Y. Pelchat et R. Édouard, (Dir.), *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion* (p. 251-266). Québec : Les 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. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 29(2), 267-279.
- Fédération québécoise des centres communautaires de loisir. (2014). *Mission*. Repéré à <http://www.fqccl.org/fr/federation/mission/>
- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Repéré à [https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)
- Fortin, M-F, et Gagnon, J (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Franterm. (1984). *Exclusion sociale*. Repéré à [http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8977024](http://www.granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8977024)
- Glass, T. A., Balfour, J. L. (2003). Neighborhoods, aging, and functional limitations. Dans I. Kawachi et LF. Berkman (dir.). *Neighborhoods and health*. (1e éd., p. 303-334). New-York: Oxford University Press.
- Gouvernement du Canada. (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf)
- Gouvernement du Québec. (2017). *Santé mentale (Maladie mentale)*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Gouvernement du Québec. (2018a). *Dépression*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/depression/>
- Gouvernement du Québec. (2018b). *Maladie mentale*. Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/>
- Gouvernement du Québec. (2018c). *Participation sociale et santé*. Repéré à <https://santemontreal.qc.ca/population/conseils-et-prevention/participation-sociale-et-sante/index.html#fichethematique-description>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Santé mentale 2012*.

- Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/portrait-sante-mentale.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Démographie : Le bilan démographique du Québec*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2016). *Portrait de la situation des Québécoises sur le marché du travail au cours des 35 dernières années*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/travail-remuneration/bulletins/cap-remuneration-201603.pdf>
- Institut de la statistique du Québec. (2018). *Le Québec chiffres en main*. Repéré à [http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR\\_qcem2018H00F00.pdf](http://www.bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01600FR_qcem2018H00F00.pdf)
- Laursen, T. M., Musliner, K. L., Benros, M. E., Vestergaard, M. et Munk-Olsen, T. (2016). Mortality and life expectancy in persons with severe unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 193, 203-207. doi:10.1016/j.jad.2015.12.067
- Lavoie, J.-P. et Guberman, N. (2004). *Vieillissements, exclusions sociales et solidarités : Pour une analyse du vieillissement sous l'angle de l'exclusion sociale*. Repéré à [http://www.vies.ucs.inrs.ca/wp-content/uploads/2015/06/2008\\_Cahier-CREGES-Cadre-Exclusion-sociale\\_LavoieGuberman.pdf](http://www.vies.ucs.inrs.ca/wp-content/uploads/2015/06/2008_Cahier-CREGES-Cadre-Exclusion-sociale_LavoieGuberman.pdf)
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., et Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. doi:10.1177/000841749606300103
- Lemieux, J. (2009). Prendre conscience de la stigmatisation en intervention : un pas important vers l'égalité social. *Le partenaire*, 18(1), p. 31-33.
- MacCourt, P. (2004). *Seniors Mental Health Policy Lens: An Instrument for developing policy, legislation, programs and services that promote and support the mental health of older adults*. Repéré à : <https://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/Agency%20Documents/Public20140906085751.pdf>
- Mäkinen, M., et Mäkinen, E. (2011). Enseigner dans un cadre inclusif : collaborer pour étayer. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 55(3), 41-56. doi:10.3917/nras.055.0041
- Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. (2004). *Cadre de référence en matière d'action communautaire*. Repéré à <http://www4.gouv.qc.ca/fr/Portail/citoyens/programme-service/Pages/Info.aspx?sqctype=sujet&sqcid=2236>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2014). *Programme de soutien aux organismes communautaires 2015-2016*. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-823-02W.pdf>

- Ministère de la santé et des services sociaux. (2015). Faire ensemble et autrement : Plan d'action en santé mentale 2015-2020. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>
- Nikmat, A. W., Hashim, N. A., Omar, S. A. et Razali, S. (2015). Depression and loneliness/social isolation among patients with cognitive impairment in nursing home. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16(2), 222-231.
- Nour, K., Dallaire, B., Regenstreif, A., Hébert, M., et Moscovitz, N. (2010). Santé mentale et vieillissement. Problèmes, répercussions et services. Dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J.-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (Eds.), *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales* (p. 135-160). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Office des personnes handicapées du Québec. (2006). *Les approches adaptatives et inclusives visant l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées : Précisions de l'Office des personnes handicapées du Québec sur le concept d'intégration sociale et les approches inclusives*. Repéré à [https://m.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre\\_documentaire/Memoires\\_et\\_avis/1199\\_Approches\\_adaptatives\\_et\\_inclusives.pdf](https://m.ophq.gouv.qc.ca/fileadmin/centre_documentaire/Memoires_et_avis/1199_Approches_adaptatives_et_inclusives.pdf)
- Office québécois de la langue française. (1989). *Organisme communautaire*. Repéré à [http://granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=17033125](http://granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=17033125)
- Office québécois de la langue française. (2011). *Organisme sans but lucratif*. Repéré à [http://granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id\\_Fiche=8361406](http://granddictionnaire.com/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8361406)
- Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S. et Stroup, T. S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry* 72(12). 1172–1181.
- Organisation mondiale de la Santé. (2008). *Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives*. Repéré à [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap\\_french.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf?ua=1)
- Organisation mondiale de la santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*. Repéré à <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Santé mentale : la charge cachée et indéterminée*. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs218/fr/>
- Préville, M., Grenier, S., Brassard, J., Boyer, R., Dube, M., Voyer, P., Punt, R., ... Cairney, J. (December 01, 2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 822-832.
- Préville, M., Vasiliadis, H.-M., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J., & Béland, S.-G. (2009). Use of Health Services for Psychological Distress Symptoms among Community-Dwelling Older Adults. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 28(1), 51-61. doi:10.1017/S0714980809090011

- Pritchard, E., Barker, A., Day, L., Clemson, L., Brown, T. et Haines, T. (2015). Factors impacting the household and recreation participation of older adults living in the community. *Disability & Rehabilitation*, 37(1), 56-63. doi:10.3109/09638288.2014.902508
- Scharf, T. et Keating, N. (2012). From exclusion to inclusion in old age. a global challenge. Dans T. Scharf et N. Keating (dir.), *From Exclusion to Inclusion in Old Age. A Global Challenge* (p. 1-16). Bristol, The Policy Press
- Secrétariat à l'action communautaire autonome et aux initiatives sociales. (2010). *Guide d'interprétation pour remplir certaines sections du formulaire de demande 2010-2011*. Repéré à [https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SACAIIS\\_f\\_0012\\_guide\\_interpretation.doc](https://www.mess.gouv.qc.ca/publications/pdf/SACAIIS_f_0012_guide_interpretation.doc)
- Statistique Canada. (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être*. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/enquetes/sante/escc.html>
- Statistique Canada. (2006). *Un portrait des aînés au Canada*. Repéré à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/89-519-x/89-519-x2006001fra.pdf?st=SzmjQxWP>
- Walker, E. R., Druss, B. G. et McGee, R. E. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications a systematic review and meta-analysis. *Jama Psychiatry*, 72(4), 334-341.
- Yaffe, K., Edwards, E., Covinsky, K., Li-Yung, L., et Eng, C. (2003). Depressive symptoms and risk of mortality in frail, community-living elderly persons. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 561-567. doi:10.1097/00019442-200309000-00011



## ANNEXE A CERTIFICAT D'ÉTHIQUE



### CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS

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

**Titre :** L'inclusion sociale des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les centres communautaires de loisirs: la perception des intervenants

**Chercheur(s) :** Stéphanie D'Anjou-Dumont  
Département d'ergothérapie

**Organisme(s) :** Aucun financement

**N° DU CERTIFICAT :** CER-18-244-07.18

**PÉRIODE DE VALIDITÉ :** Du 29 mai 2018 au 29 mai 2019

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

- Aviser le CER par écrit des changements apportés à son protocole de recherche avant leur entrée en vigueur;
- Procéder au renouvellement annuel du certificat tant et aussi longtemps que la recherche ne sera pas terminée;
- Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de la recherche;
- Faire parvenir par écrit au CER un rapport final dans le mois suivant la fin de la recherche.

Bruce Maxwell  
Président du comité

Fanny Longpré  
Secrétaire du comité

*Décanat de la recherche et de la création*

**Date d'émission :** 29 mai 2018

# ANNEXE B

## LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT



### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

<b>Titre du projet de recherche :</b>	L'inclusion sociale des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les centres communautaires de loisirs : la perception des intervenants.
<b>Chercheur responsable du projet de recherche :</b>	Stéphanie D'Anjou-Dumont (Étudiante), Département d'ergothérapie UQTR
<b>Membres de l'équipe de recherche :</b>	Ginette Aubin (Superviseure), Département d'ergothérapie UQTR

#### Préambule

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre l'inclusion sociale dans la communauté des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale, serait grandement appréciée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, veuillez prendre le temps de lire ce formulaire. Il vous aidera à comprendre ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche de sorte que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles au chercheur responsable de ce projet de recherche ou à un membre de son équipe de recherche. Sentez-vous libre de leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce formulaire avant de prendre votre décision.

#### Objectifs et résumé du projet de recherche

Le présent projet d'essai critique de maîtrise vise à documenter les perceptions et les attitudes des intervenants de centres communautaires de loisirs face à l'utilisation de leurs services par des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale. À cet égard, trois objectifs spécifiques sont poursuivis dans l'étude :

- 1) Explorer comment les intervenants d'organismes communautaires de loisirs se représentent les aînés avec une problématique de santé mentale.
- 2) Explorer leurs expériences d'intégration de ces personnes dans leur milieu.
- 3) Décrire les obstacles et les facilitateurs à l'inclusion de ces personnes dans leur milieu.

#### Nature et durée de votre participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste en une entrevue portant sur vos perceptions face à la participation des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans vos ressources et aux activités que vous leur offrez. La rencontre d'une durée approximative d'une heure sera enregistrée.



### **Risques et inconvénients**

Quelques inconvénients possibles, tels que le temps passé à faire l'entrevue, des réactions face aux questions posées et vous pourriez vous sentir jugés en lien avec vos réponses aux questions.

### **Avantages ou bénéfiques**

Le seul avantage indirect est la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'inclusion sociale dans la communauté des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale.

### **Compensation ou incitatif**

Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

### **Confidentialité**

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une code numérique assigné à votre nom. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai critique et de présentation lors d'un colloque dans le cadre de la maîtrise en ergothérapie, ne permettront pas de vous identifier.

Les données recueillies seront conservées dans une base de données protégée par un mot de passe. Les seules personnes qui y auront accès seront Stéphanie D'Anjou-Dumont (Chercheur) ainsi que Ginette Aubin (Superviseure de recherche). Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront détruites à la fin de la recherche et 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, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

### **Responsable de la recherche**

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec Stéphanie D'Anjou-Dumont : [stephanie.danjou-dumont@uqtr.ca](mailto:stephanie.danjou-dumont@uqtr.ca) ou Ginette Aubin : [Ginette.Aubin@uqtr.ca](mailto:Ginette.Aubin@uqtr.ca) ou 819 376-5011, poste 3744

### **Surveillance des aspects 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-18-244-07.18 a été émis le 29 mai 2018.

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](mailto:CEREH@uqtr.ca).



## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

### Engagement de la chercheuse ou du chercheur

Moi, Stéphanie D'Anjou-Dumont, 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 lu et compris la lettre d'information au sujet du projet L'inclusion sociale des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale dans les centres communautaires de loisirs : la perception des intervenants. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. 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.

Je consens à être enregistré.

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

Participant:	Chercheur :
Signature :	Signature :
Nom :	Nom :
Date :	Date :

**ANNEXE C**  
**FICHE D'IDENTIFICATION**

*Fiche d'identification*

**Participant**

Nom : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_

Genre :    Homme             Femme

Poste occupé : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience dans le milieu communautaire : \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience auprès des personnes âgées : \_\_\_\_\_

Niveau de scolarité : \_\_\_\_\_

**Ressource**

Nom de la ressource : \_\_\_\_\_

Types d'activités offertes par la ressource : \_\_\_\_\_

---

---

---

Clientèles ciblées par la ressource : \_\_\_\_\_

Caractéristiques particulières (exemple : subventions) : \_\_\_\_\_

---

---

---

## ANNEXE D CANEVAS D'ENTREVUE

### *Canevas d'entrevue*

#### **Représentations des personnes âgées avec une problématique de santé mentale par les participants**

1. *Pour vous, qu'est-ce que signifie une problématique de santé mentale ou la maladie mentale ?*
2. *Selon vous, quelles sont les caractéristiques d'une personne âgée présentant une problématique de santé mentale ?*

#### **Expériences auprès des personnes âgées présentant une problématique de santé mentale**

3. *Quelles sont vos expériences avec des personnes présentant une problématique de santé mentale ?*
4. *À votre connaissance, est-ce qu'il y a des personnes âgées avec une problématique de santé mentale qui fréquente votre ressource ?*
  - a. *Si oui, quelles sont les caractéristiques particulières que vous remarquez chez ces personnes ? (Autres questions possibles : Comment les décririez-vous ? Sans nommer la personne, est-ce que vous pouvez la décrire ? Comment est-elle différente des autres personnes ?)*
  - b. *Si non, pensez-vous qu'elles auraient une place dans votre milieu communautaire ? Comment verriez-vous la place d'une telle personne dans votre milieu ou vos activités ?*

#### **Facilitateurs et obstacles à l'inclusion de cette clientèle dans le milieu (en lien avec les deux vignettes cliniques)**

*Je vais maintenant vous lire deux vignettes qui représentent deux personnes qui ont une problématique de santé mentale et nous en discuterons ensemble. Voici la première :*

#### **Vignette clinique 1**

*Madame X participe à vos activités depuis peu de temps. Cette dame très extravertie s'habille de façon plutôt originale (vêtements très colorés et avec des motifs, beaucoup de maquillage, coiffure extravagante), mais son apparence est soignée. Elle mentionne souvent qu'elle a une maladie mentale (maladie bipolaire et trouble de personnalité)*

*limite) et rapporte à plusieurs reprises qu'elle a pris sa médication avant de venir à l'activité et que cela l'aide beaucoup. Pendant les activités, elle parle et rit fort ce qui semble déranger parfois les autres participants. Elle a une très bonne mémoire en général, mais elle a parfois de la difficulté à comprendre et suivre les consignes (ou les règles) de l'activité, ce qui fait que certaines personnes plus sensibles à sa situation lui proposent spontanément leur aide. D'autres sont incommodés par cela.*

5. *Avez-vous déjà vécu une situation semblable ? Comment réagiriez-vous face à cette situation ? Croyez-vous que cette personne a sa place dans vos activités, services... ?*
6. *Comment voyez-vous votre rôle (ou le rôle des intervenants) auprès d'une telle personne ? Seriez-vous à l'aise d'intervenir auprès d'elle pour l'aider et la soutenir à s'intégrer davantage dans le milieu ou les activités ?*
  - a. *Si oui, que feriez-vous concrètement ?*
  - b. *Si non, pour quelles raisons ?*
7. *Quels défis/obstacles (et facilitateurs en 2 questions) pourraient être rencontrés concernant l'inclusion de cette dame dans votre milieu ?*

*Voici la deuxième vignette :*

#### **Vignette clinique 2**

*Madame Y s'est présenté pour la première fois il y a deux semaines. Cette semaine, elle s'est présentée à l'activité avec une apparence négligée (cheveux ébouriffés, vêtements amples et plus ou moins propres, mauvaise hygiène, yeux cernés). Quelques membres du groupe en parlent et trouve que l'humeur de la dame a changé. Elle semble avoir moins d'énergie et d'intérêt et s'implique moins dans les activités. En effet, elle ne prend plus part aux discussions et ne veut plus participer aux prises de décision.*

8. *Avez-vous déjà vécu une situation semblable ? Comment réagiriez-vous face à cette situation ? Croyez-vous que cette personne a sa place dans vos activités, services... ?*

9. *Comment voyez-vous votre rôle (ou le rôle des intervenants) auprès d'une telle personne ? Seriez-vous à l'aise d'intervenir auprès d'elle pour l'aider et la soutenir à s'intégrer davantage dans le milieu ou les activités ?*
- a. Si oui, que feriez-vous concrètement ?*
  - b. Si non, pour quelles raisons ?*
10. *Quels défis/obstacles (et facilitateurs en 2 questions) pourraient être rencontrés concernant l'inclusion de cette dame dans votre milieu ?*