



Colloque 604

Le vieillissement de la population : Comment peut-on favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés?

 **88^E CONGRÈS**

**Du
jamais
su**

3 – 7 mai 2021
Université de Sherbrooke
Université Bishop's

Comité organisateur

Mélanie Levasseur, erg., Ph.D., professeur titulaire, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV, CIUSSS de l'Estrie), Université de Sherbrooke

Carine Bétrisey, Ph.D., CdRV, CIUSSS de l'Estrie, Université de Sherbrooke

Daniel Naud, Ph.D., CdRV, CIUSSS de l'Estrie

Anne-Lou McNeil-Gauthier, Médecine résidente en santé publique et médecine préventive, Direction de la Santé publique Montérégie, Université de Sherbrooke

Comité scientifique

David Lussier, M.D., FRCPC, Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Université de Montréal

Christian Bocti, M.D., FRCPC, Clinique de la Mémoire et Centre de Recherche sur le Vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS, Université de Sherbrooke

Yves Couturier, Ph.D., Université de Sherbrooke

André Tourigny, M.D., MBA, FRCPC, Université Laval, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA), VITAM Centre de recherche en santé durable, Centre de recherche du CHU de Québec

Ce document ne peut servir à des fins commerciales. Il est possible de le reproduire et de l'utiliser à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, à condition d'en mentionner la source.

© Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2022

Couverture, images : © [Centre for Ageing Better](#), Royaume-Uni.

Pour citer cet acte de colloque

Levasseur, M., Bétrisey, C., Naud, D., McNeil-Gauthier, A.-L. (2021). *Le vieillissement de la population : Comment peut-on favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés?* Actes de colloque, Sherbrooke, 5-6 mai, l'ACFAS.

Pour citer une présentation individuelle

[Nom de l'auteur], [Initiale(s) du prénom]. (2021). [« Titre de la présentation »]. Dans *Le vieillissement de la population : Comment peut-on favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés ?*, sous la direction de M. Levasseur, C. Bétrisey, D. Naud et A.-L. McNeil-Gauthier, [pagination]. Actes de colloque, Sherbrooke, 5-6 mai, l'ACFAS.

Remerciements

Nous remercions nos partenaires pour leur soutien financier, matériel et humain : Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH) Programme Connexion, Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ), Réseau québécois de recherche sur le vieillissement (RQRV), CdRV, CIUSSS de l'Estrie, Fondation AGES, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Petits Frères et Université de Sherbrooke; nos collègues Trang Nguyen, Marie-Hélène Lévesque et Véronique Gagnon-Coderre; Éva Mascolo-Fortin, référente de l'Acfas; ainsi que l'ensemble des présentateurs, incluant les personnes aînées, et les participants qui ont fait le succès de ce colloque.

TABLE DES MATIÈRES

1. Introduction.....	4
2. Continuum d'interventions innovantes pour optimiser la participation sociale : une réponse pour favoriser davantage et mieux un mode de vie sain et actif des aînés	6
3. Évaluation ministérielle des projets pilotes de gériatrie et de gérontologie sociale.....	16
4. Ajouter de la vie aux années : la démarche de gériatrie sociale en action pour les aînés de trois régions du Québec	19
5. L'isolement social et la solitude : zoom sur les interventions innovantes et prometteuses chez les aînés de l'arrondissement montréalais du Sud-Ouest.....	26
6. La participation sociale et citoyenne chez les personnes de 85 ans et plus à Montréal : comment garantir une équité d'accès aux opportunités ?.....	30
7. Des milieux de vie au cœur d'une collectivité impliquée	35
8. Le Collectif aînés isolement social ville de Québec 2016-2019 : qu'avons-nous appris?	40
9. Les Réseaux locaux de services. Élément de la politique publique de la participation en santé et services sociaux au Québec.....	44
10. Réduire le risque de déclin cognitif et de démence	47
11. La justice occupationnelle : une approche qui favorise un vieillissement en santé.....	52
12. Caractéristiques environnementales favorisant la participation sociale : développement d'un outil d'intervention adapté aux particularités de la population québécoise vieillissante	55
13. Les athlètes âgés : un modèle pour mieux comprendre la relation entre le cœur et le cerveau?	58
14. La qualité de vie liée à la santé et la participation sociale des personnes âgées souffrant de perte auditive et de leurs proches.....	63
15. La communication en temps de pandémie : quel est l'impact des mesures sanitaires sur les personnes présentant une déficience auditive?.....	67
16. L'avenir prometteur de la gériatrie et de la gérontologie sociale!.....	71

Introduction

Le colloque intitulé **Le vieillissement de la population : comment peut-on favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés ?** est un événement virtuel de deux jours qui s'est déroulé les 5 et 6 mai 2021, dans le cadre du 88^e congrès annuel de l'Acfas. Le colloque a regroupé plus de 150 participants, soit des chercheurs, des professionnels, des décideurs, des étudiants et des participants du grand public, dont des aînés. L'inclusion de trois ateliers, de périodes de questions et de séances de réseautage a donné lieu à des échanges entre participants et spectateurs. Enfin, la présentation de capsules vidéo de 180 secondes a permis à des étudiants de développer leurs compétences en transfert de connaissances, en plus de faciliter l'accès à des travaux diversifiés sous une forme vulgarisée.

Objectif

Le colloque visait à générer des échanges, du réseautage et l'identification des défis et des opportunités pour favoriser davantage et mieux le vieillissement actif et la participation sociale des aînés.

Afin de répondre à ces objectifs, trois thèmes principaux ont été abordés :

- ❖ **Le vieillissement actif et en santé** : comment le définir et le modéliser? Comment le mesurer? Quelles sont les meilleures pratiques pour le favoriser?
- ❖ **La participation sociale et citoyenne des aînés** : comment la définir et la mesurer? Comment l'évaluer? Quelles sont les meilleures pratiques pour la favoriser?
- ❖ **Les opportunités et les défis de la recherche en vieillissement actif et en participation sociale** : comment opérationnaliser les résultats de la recherche pour maximiser leurs retombées? Comment impliquer de façon optimale les patients partenaires? Comment la recherche-action peut-elle être davantage favorisée?

Résultats

Les thèmes abordés ont démontré l'importance de l'intersectorialité, du transfert des connaissances, de la relève étudiante et des partenariats. L'intersectorialité des intervenants ainsi que la diversité et l'originalité des travaux présentés ont encouragé le partage d'expertises variées, ont souligné l'importance et le succès des projets en gériatrie et gérontologie sociale (GGS) et ont consolidé le partenariat entre les secteurs communautaire, académique et politique, pour la promotion de la GGS. Enfin, le transfert des connaissances a été un aspect central du colloque, menant à la mise en ligne des 21 présentations et tables-rondes au format vidéo, ainsi que la diffusion de ces actes de colloque qui présentent de manière succincte 14 projets de recherche des participants et leurs collaborateurs.

Implications

Il est attendu que le colloque conduise à des améliorations dans les pratiques, les interventions et les politiques publiques. Les intervenants seront davantage en mesure de rejoindre les aînés en situation d'isolement social ou de vulnérabilité, et ce, afin de les informer et de leur permettre d'améliorer et de préserver leur santé, leur bien-être physique, social et mental, leur autonomie et leur qualité de vie. Les aînés et leurs proches seront ainsi mieux accompagnés vers les ressources répondant à leurs besoins. Enfin, les acteurs de la communauté seront davantage mobilisés à participer aux mécanismes de concertation intersectorielle assurant une meilleure complémentarité et comblant les lacunes des soins de santé et des services sociaux.

Pour de plus amples renseignements sur la programmation et pour visionner les capsules vidéo des présentations, vous pouvez visiter le : <https://www.acfas.ca/evenements/congres/programme/88/600/604/c>

Continuum d'interventions innovantes pour optimiser la participation sociale : une réponse pour favoriser davantage et mieux un mode de vie sain et actif des aînés

Mélanie Levasseur, erg., Ph.D.^{1,2}, Marie-Hélène Lévesque, erg., M. Erg., M.Sc.^{1,2}, Carine Bétrisey, Ph.D.^{1,2}, Anne-Lou Mc Neil-Gauthier^{1,2}, Daniel Naud, Ph.D.¹, Véronique Gagnon-Coderre, B.Sc.^{1,2}, Dany Baillargeon, Ph.D.^{1,2}, André Tourigny, M.D.^{3,4}, Kateri Raymond, erg., M. Erg.^{1,2}, Dolores Majón Valpuesta, Ph.D.^{1,2}, Trang Nguyen, B.A.^{1,2}, Agathe Chaintre Prieur^{1,2}, Janie Gobeil, M. Erg., M.Sc.^{1,2}, Julie Lacerte, erg.^{1,2}, Yves Couturier, Ph.D.², Banty Cherif^{1,2}, M.A., Florence Côté, erg., M. Erg.^{1,2}, Sandra Houde^{1,2}

1 Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie – CHUS | 2 Université de Sherbrooke | 3 Institut national de santé publique du Québec | 4 Université Laval

 Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Rédigé comme suite au colloque « Le vieillissement de la population : comment peut-on favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés? » qui a eu lieu les 5 et 6 mai 2021 dans le cadre du 88^e congrès de l'Acfas, cet article présente une partie des échanges qui ont été mis en commun d'experts, de citoyens et de chercheurs, et qui ont permis de réfléchir à la façon de promouvoir des environnements inclusifs et valorisant la place des aînés dans la société. Déterminant clé d'un vieillissement sain et actif, la participation sociale se définit par l'implication d'une personne dans les activités qui lui procurent des interactions avec les autres (Levasseur et al., 2010b) dans la vie communautaire et dans des milieux partagés et importants, de façon évolutive, selon le temps disponible et en fonction de ce qui est désiré et signifiant pour elle (Levasseur et al., 2022). En contexte de pandémie, il est possible de rejoindre les aînés, de soutenir le maintien de leurs interactions et de leurs liens sociaux et, ultimement, de prévenir leur déconditionnement sur les plans physique, cognitif, psychologique et social. À ce jour, les interventions visant la participation sociale des aînés demeurent toutefois peu nombreuses et souvent discontinues. Afin de favoriser un mode de vie sain et actif des aînés et d'optimiser le déploiement de projets sur la gériatrie et gérontologie sociale, il est essentiel d'intervenir à travers un continuum d'interventions, tant à l'échelle des **individus, de groupes ou de collectivités** (Levasseur, 2016). Présenté dans le cadre du Colloque, le programme de recherche de notre équipe cible le développement et l'évaluation

d'un continuum d'interventions innovantes pour favoriser la participation sociale, de même que le vieillissement actif et en santé des aînés. Plus spécifiquement, notre équipe étudie la participation sociale de populations spécifiques (échelle individuelle) telles que les baby-boomers, les aînés en situation de vulnérabilité ou ayant une déficience auditive, ainsi que les personnes atteintes de Dystrophie myotonique de type 1 (DM1). À l'échelle des groupes et des collectivités, notre programme de recherche propose l'évaluation et l'intégration de trois interventions traditionnelles : 1) l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC); 2) le programme Remodeler sa vie®; et 3) les environnements inclusifs (voir ci-dessous). Enfin, notre programme inclut la mise en place d'une stratégie collective d'envergure pour rompre avec l'âgisme.

Des profils de participation sociale diversifiés

Le profil de participation sociale des différentes populations, qu'elles soient aînées ou non, est hautement diversifié et requiert une compréhension approfondie de leurs situations et besoins spécifiques. Par exemple, pour les aînés de la génération du Baby-Boom, dont la participation sociale s'exprime souvent à travers le bénévolat, il importe que les organisations revoient leurs stratégies de recrutement et de pérennisation des bénévoles, et ce, afin de leur offrir une multiplicité d'opportunités qui tient compte de leur histoire et qui promeut le développement de relations sociales et de rôles signifiants pour eux (Majón-Valpuesta & Levasseur, 2021). Similairement, il est nécessaire de mieux comprendre les circonstances (par ex. : complications biologiques, psychologiques, sociales, économiques ou environnementales) susceptibles de placer les aînés en situation de vulnérabilité, c'est-à-dire d'augmenter leur risque d'être blessés, lésés ou de vivre des difficultés d'adaptation et de mener à des conséquences sur leur vie (Levasseur, Lussier-Therrien, et al., 2021). Afin de favoriser la participation sociale de ces aînés en situation de vulnérabilité, leurs besoins, leur sentiment d'identité et d'appartenance (Dattilo et al., 2018) ainsi que le sens qu'ils donnent à leur vie doivent être considérés (Jopp et al., 2016). Par ailleurs, puisqu'elle touche près des deux tiers des personnes âgées de plus de 65 ans au Canada, la perte d'audition devient une préoccupation sociale et sanitaire primordiale (Ciorba et al., 2012), notamment par ses associations avec les troubles neurocognitifs majeurs, le déclin cognitif, la dépression et la diminution de la qualité de vie (Shan et

al., 2020). La participation sociale des aînés ayant une déficience auditive fait ainsi l'objet d'une revue de portée ayant pour but d'établir l'étendue des recherches sur ce sujet et d'identifier les facteurs et les interventions influençant l'inclusion et l'exclusion des aînés vivant avec cette déficience. Enfin, nos résultats indiquent que la participation des personnes atteintes de la DM1 se détériore au fil du temps de façon très hétérogène (Raymond et al., 2019) et que leur environnement social (par ex. : soutien des proches) et physique (par ex. : accessibilité et proximité des lieux communautaires) l'influence de façon importante (Raymond et al., 2020, 2021).

Interventions innovantes en matière de participation sociale

Première de trois interventions innovantes, l'**APIC** vise à favoriser la réalisation d'activités sociales et de loisir significatives pour l'aîné, ainsi que la reprise de son pouvoir d'agir (CAB MRC Coaticook, 2017). Sur une période de 6 à 12 mois, cette intervention individuelle consiste en une rencontre hebdomadaire entre un accompagnateur et un aîné ayant des incapacités. L'accompagnateur aide l'aîné à surmonter les obstacles identifiés afin d'accomplir des activités qui lui tiennent à cœur. L'APIC, tel qu'il est mis en œuvre par des accompagnateurs formés, supervisés et rémunérés par des fonds de recherche, est faisable et peut accroître la mobilité, la participation sociale et les loisirs pour les aînés en perte d'autonomie (Levasseur et al., 2016b) ou ayant des troubles de santé mentale (Aubin & Therriault, 2018). Les organismes communautaires peuvent soutenir l'implantation de l'APIC (Aubin, 2018), notamment en faisant appel à des bénévoles, et ce, même en milieu rural (Lacerte et al., 2017). Pour une implantation fructueuse, il importe cependant que ces organismes prennent appui sur une collaboration des différentes instances concernées par le bien-être des aînés, notamment le réseau de la santé et des services sociaux. Il faut également que des opportunités de participation sociale inclusives soient offertes dans la collectivité (Lacerte et al., Sous presse). Trois études sur l'APIC sont aussi en cours, dont une auprès d'aînés avec une atteinte visuelle (Pigeon et al., 2018), une auprès d'aînés immigrants ayant des incapacités (Banty Cherif, 2022) et une auprès d'aînés en perte d'autonomie dans deux régions métropolitaines et une région urbaine du Québec (Levasseur et al., 2016a). Cette dernière étude permettra d'évaluer le rapport coût-efficacité de l'APIC et ses effets sur la santé et la participation sociale des aînés, incluant l'utilisation des services de santé et d'aide à domicile. De premiers

résultats de cette étude ont montré qu'en contexte d'implantation communautaire, l'APIC influencerait positivement la santé mentale, la participation sociale et la satisfaction envers la vie des aînés, mais influencerait peu leur santé physique (Gobeil et al., Soumis pour publication). Ces bienfaits étaient toutefois surtout perçus par les accompagnateurs et moins mis en évidence par les questionnaires remplis par les aînés. Cette divergence s'expliquerait notamment par certains chevauchements et ambiguïtés dans l'échelle de participation sociale (Gobeil et al., 2021), un questionnaire mesurant la fréquence de réalisation de 10 types d'activités, nécessitant de poursuivre la réflexion sur la validité apparente et de contenu des instruments d'évaluation lors d'études sur les interventions innovantes telles que l'APIC.

Constituant une deuxième intervention innovante, le **programme Remodeler sa vie** (*Lifestyle Redesign*[®]) fait appel à l'ergothérapie préventive afin d'encourager le développement de modes de vie sains et signifiants et d'optimiser la participation sociale des aînés par l'exploration, la reprise, l'intégration et le maintien d'activités porteuses de sens dans leur quotidien (Levasseur, Lévesque, et al., 2017; Turcotte, Carrier, Pedneault, et al., 2018). D'une durée de 6 à 9 mois, cette intervention combine des rencontres individuelles mensuelles et des séances de groupe hebdomadaires au cours desquelles une douzaine de thèmes (par ex. : alimentation, gestion du stress, relations interpersonnelles) sont abordés. Puisque les pratiques ergothérapeutiques actuelles sont principalement orientées vers l'optimisation de la sécurité à domicile et la réalisation d'activités quotidiennes (Gobeil & Levasseur, 2018; Turcotte et al., 2015), cette intervention préventive demeure peu utilisée en ergothérapie (Turcotte, Carrier, Roy, et al., 2018). Deux études sont en cours, l'une pour adapter le programme à la télésanté, l'implanter dans un CIUSSS et explorer ses effets (Levasseur, Charron, et al., 2021) et l'autre pour comprendre comment et pourquoi le programme fonctionne pour certaines personnes et dans différentes situations. Les résultats de nos travaux antérieurs (Lévesque & Levasseur, 2019) confirment, de façon sans équivoque, la pertinence d'intégrer le programme à la pratique, tout en abordant les défis qu'elle comporte (par ex. : durée du programme). En contrepartie, de nombreux facilitateurs à l'implantation du programme (par ex. : résultats probants) de même que cinq conditions essentielles (appui des décideurs; partage d'expertise; fédération de partenaires; accès aux ressources et poursuite de la recherche) ont été

soulignés (Lévesque et al., 2021). Nos résultats soutiennent également l'importance de poursuivre l'évaluation de l'impact économique (rapport coût-efficacité; Lévesque & Levasseur, 2018) et des effets de cette intervention récemment traduite et adaptée au contexte québécois (Levasseur, Lévesque, et al., 2017). Cette évaluation fera d'ailleurs l'objet d'un premier essai clinique à répartition aléatoire réalisé en contexte clinique québécois.

Troisièmement, un **environnement inclusif** pour les aînés, tel que préconisé par l'Organisation mondiale de la Santé avec les communautés amies des aînés, encourage le vieillissement actif en optimisant la santé, la participation et la sécurité. De récents résultats ont permis de cartographier le potentiel de participation sociale (Naud & Levasseur, 2021), lesquels encourageront les interventions qui ciblent l'environnement local en offrant, par exemple, un meilleur accès aux transports adaptés et plus de possibilités d'interactions sociales aux aînés vivant dans des quartiers plus jeunes (Levasseur et al., 2020). De plus, des collectivités peuvent implanter des initiatives pour développer des Communautés bienveillantes à l'égard des aînés, lesquelles incluent des structures et des services accessibles et inclusifs pour les aînés ayant différents besoins et capacités, incluant en milieu rural (Clément et al., 2018). Par ailleurs, une étude élargie sur la participation sociale des aînés dans les milieux de vie collectifs montre que certaines caractéristiques de l'environnement, telles que des espaces communs utilitaires, pourraient mener à des interactions sociales signifiantes, permettant ainsi de développer le sentiment d'appartenance à la communauté chez les résidents (Nguyen & Levasseur, 2021). Des études en cours visent à mieux comprendre comment, c'est-à-dire par quels mécanismes et dans quels contextes, les caractéristiques environnementales conviviales pour les aînés favorisent la santé positive, la participation sociale et l'équité en santé des Estriens (Maclure et al., Soumis pour publication), des Québécois (McNeil-Gauthier et al., 2021) ou des Canadiens (Levasseur, Dubois, et al., 2017) vieillissants. Les résultats de ces études pourraient nourrir les réflexions lors d'élaboration de politiques publiques pour favoriser la mise en place d'environnements où il fait bon vieillir.

Une stratégie pour rompre avec l'âgisme

Malgré ces trois interventions innovantes visant à favoriser un vieillissement actif et en santé ainsi que la participation sociale des aînés, l'âgisme, soit la discrimination

fondée sur l'âge, entrave l'efficacité des actions visant à favoriser la participation sociale. Afin de déterminer un plan d'action pour rompre avec l'âgisme et de réduire ses conséquences sur la santé, l'intégration sociale et le pouvoir d'agir des aînés, une recherche-action est ainsi menée par et pour les aînés (Levasseur, Baillargeon, et al., 2021). Une recension réaliste des écrits mettra en évidence quelles interventions fonctionnent pour quel public, dans quelles circonstances, comment et pourquoi (Bétrisey et al., 2021). De plus, les aînés et l'ensemble de la population seront invités à dialoguer sur ce thème lors de forums d'informateurs clés, d'un hackathon – soit un événement fédérant des gens d'horizons variés autour de ressources ou de données – et d'une grande interaction faisant appel à un site Web, aux médias traditionnels, aux médias sociaux et à une exposition de photos éphémère et itinérante (Baillargeon et al., 2021). Une meilleure compréhension des environnements inclusifs et de la rupture avec l'âgisme permettra de mettre en lumière les composantes des municipalités ou des communautés les plus conviviales pour favoriser un vieillissement actif des aînés et, par exemple, d'identifier à quels endroits il serait le plus approprié d'implanter l'APIC ou le programme Remodeler sa vie®.

S'appuyant sur trois interventions et une approche innovante clé pour favoriser davantage et mieux un mode de vie sain et actif des aînés, ce programme de recherche vise à optimiser le déploiement de projets sur la gériatrie et gérontologie sociale en valorisant la place des aînés et l'utilisation des ressources des collectivités. Ainsi, le continuum d'interventions composé de l'APIC, du programme Remodeler sa vie® et des environnements inclusifs pour les aînés ainsi qu'un plan d'action pour rompre avec l'âgisme, pourraient contribuer à assurer un vieillissement sain et actif des aînés.

Ensemble vers un changement de paradigme

Que ce soit par le biais de la recherche, de grandes orientations gouvernementales, de projets pilotes ou de l'évolution de la gériatrie et de la gérontologie sociale au Québec, ce colloque a permis de réunir une diversité d'acteurs clés qui appellent, de façon concertée, à un changement de paradigme vers une approche axée sur la promotion d'un vieillissement actif et d'une participation sociale accrue des aînés. Afin de mieux lutter contre l'isolement social, il importe de continuer à travailler ensemble et à développer et évaluer des pratiques innovantes, et ce, pour rejoindre les aînés

dans leur milieu de vie, comprendre leur contexte, les outiller pour améliorer leur santé et leur bien-être et coconstruire, avec eux, leur juste place dans la société.

Références

- Aubin, G. (2018). L'accompagnement personnalisé pour l'intégration communautaire des aînés vivant avec un problème de santé mentale : Facilitateurs et obstacles selon les partenaires. *Vie et vieillissement*, 15(3), 68-76.
- Aubin, G., & Therriault, P.-Y. (2018). L'accompagnement citoyen pour l'intégration des aînés ayant un trouble mental. *Gérontologie et société*, 40(3), 165-180.
- Baillargeon, D., Levasseur, M., & Bétrisey, C. (Réalisateur). (2021, mai 6). *La grande interaction pour rompre avec l'âgisme (GIRA). Engager le dialogue entre la recherche et les citoyens pour rompre avec l'âgisme*. 88e congrès annuel de l'Association francophone pour le savoir (Acfas). <https://vimeo.com/552420877>
- Banty Cherif. (2022). *Favoriser la participation sociale des aînés immigrants ayant des incapacités grâce à un accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire* [Mémoire de recherche présenté dans le cadre de la maîtrise en gérontologie en vue de l'obtention du grade de maîtrise en gérontologie]. Université de Sherbrooke.
- Bétrisey, C., Carrier, A., Beaulieu, M., Tourigny, A., Lagacé, M., Baillargeon, D., Cohen, A., Lord, S., Giroux, S., Morin, C., Kirouac, L., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Stratégies pour rompre avec l'âgisme envers les aînés : Résultats d'une recension réaliste*. <https://vimeo.com/552420877>
- CAB MRC Coaticook (Réalisateur). (2017, septembre 21). *Le bénévolat d'accompagnement personnalisé auprès d'aînés*. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=KTkz2ar4UJs>
- Ciorba, A., Bianchini, C., Pelucchi, S., & Pastore, A. (2012). The impact of hearing loss on the quality of life of elderly adults. *Clinical interventions in aging*, 7, 159-163. <https://doi.org/10.2147/CIA.S26059>
- Clément, A.-P., Dijlas, D., Vinet, T., Aubin, A., Demers, K., & Levasseur, M. (2018). Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and involving rural older Canadians in the development of their community. *Aging Clinical and Experimental Research*, 30(7), 845-859.
- Dattilo, J., Mogle, J., Lorek, A. E., Freed, S., & Frysinger, M. (2018). Using self-determination theory to understand challenges to aging, adaptation, and leisure among community-dwelling older adults. *Activities, adaptation & aging*, 42(2), 85-103. <https://doi.org/10.1080/01924788.2017.1388689>
- Gobeil, J., Dubois, M.-F., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Mesure de la participation sociale : Réflexion sur la validité apparente et de contenu d'une échelle de fréquence mensuelle de réalisation d'activités sociales et de loisirs*. <https://vimeo.com/538859722>
- Gobeil, J., & Levasseur, M. (2018). Portrait de la pratique des ergothérapeutes du Québec auprès des aînés : Vers des interventions davantage axées sur la participation sociale ? *Vie et vieillissement*, 15(3), 46-52.
- Janie Gobeil, Marie-France Dubois, & Mélanie Levasseur. (Soumis pour publication). *Influence of APIC (Personalized citizen assistance for social participation) on health, social participation, and life satisfaction of older adults with disabilities : A mixed methods study integrating perspectives from older adults and attendants*.
- Jopp, D. S., Boerner, K., Cimarolli, V., Hicks, S., Mirpuri, S., Paggi, M., Cavanagh, A., & Kennedy, E. (2016). Challenges experienced at age 100 : Findings from the Fordham Centenarian Study. *Journal of Aging & Social Policy*, 28(3), 187-207. <https://doi.org/10.1080/08959420.2016.1163652>

- Lacerte, J., Provencher, V., & Levasseur, M. (2017). Accroître la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté—Implantation d'un accompagnement-citoyen personnalisé. *Actualités ergothérapeutiques*, 19(4), 27-28.
- Lacerte, J., Provencher, V., & Levasseur, M. (Sous presse). L'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) offert par des bénévoles : Une avenue prometteuse pour agir sur la participation sociale des aînés. *Occupation : ergothérapeute*, 2(3).
- Levasseur, M. (2016). Developing and evaluating a continuum of innovative interventions promoting health and social participation in older adults. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 59, e35. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2016.07.080>
- Levasseur, M., Baillargeon, D., Giroux, S., Cohen, A. A., Bétrisey, C., Marika, L.-T., Tourigny, A., Lord, S., Morin, C., Carrier, A., Kirouac, L., Lagacé, M., & Beaulieu, M. (2021, mai 6). *Rupture avec l'âgisme : Co-construction d'un plan d'action intersectoriel favorisant une santé, une valorisation et une participation sociale accrues des Québécois vieillissants*. <https://vimeo.com/552420877>
- Levasseur, M., Charron, S., & Lévesque, M.-H. (2021, septembre 24). *Partenariat innovant entre les milieux clinique, académique et de recherche pour l'implantation du programme Remodeler sa vie adapté à la télésanté : L'ergothérapie préventive en réponse à la directive ministérielle pour prévenir le déconditionnement d'aînés*.
- Levasseur, M., Dubois, M.-F., Généreux, M., Menec, V., Raina, P., Roy, M., Gabaude, C., Couturier, Y., & St-Pierre, C. (2017). Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity : A study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12889-017-4392-7>
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016a). Personalized citizen assistance for social participation (APIC) : A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016b). Personalized citizen assistance for social participation (APIC) : A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Levasseur, M., Lévesque, M., Beaudry, M., Larivière, N., Filiatrault, J., Parisien, M., Couturier, Y., & Champoux, N. (2017). Impacts of the French lifestyle redesign®, a preventive occupational therapy intervention. *Innovation in Aging*, 1(suppl_1), 913-913. <https://doi.org/10.1093/geroni/igx004.3270>
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Dubois, M.-F., Boissy, P., Naud, D., Dubuc, N., Coallier, J.-C., Calvé, J., & Audet, M. (2022). Scoping study of definitions of and instruments measuring vulnerability in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(1), 269-280. <https://doi.org/10.1111/jgs.17451>
- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., & Tremblay, L. (2022). Scoping study of definitions of social participation : Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and Ageing*, 51(2). <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>
- Levasseur, M., Naud, D., Bruneau, J.-F., & Généreux, M. (2020). Environmental Characteristics Associated with Older Adults' Social Participation : The Contribution of Sociodemography and Transportation in Metropolitan, Urban, and Rural Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228399>

- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Lévesque, M.-H., Delli-Colli, N., Larivière, N., Filiatrault, J., Poulin, V., Provencher, V., Giroux, D., Lagueux, É., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Relever les défis de la pandémie grâce au programme Remodeler sa vie® : Conditions essentielles à une implantation réussie*. <https://vimeo.com/538859768>
- Lévesque, M.-H., & Levasseur, M. (2018). Lifestyle Redesign® : Des résultats économiques probants et inspirants pour innover en promotion de la santé! *Actualités ergothérapeutiques*, 20(4), 16-17.
- Lévesque, M.-H., & Levasseur, M. (2019). *Préimplantation du Lifestyle Redesign® : Qu'en pensent les partenaires-experts*.
- Maclure, M., Bouffard, A., Morin, M.-K., Renaud, C., Tessier-Buisson, I., & Levasseur, M. (Soumis pour publication). *Importance de la nature, des opportunités d'activités, de leur accessibilité et de leur publicisation pour favoriser la santé positive, la participation sociale et l'équité en santé d'Estriens âgés*.
- Majón-Valpuesta, D., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *La participation sociale et le bénévolat : Des opportunités pour la génération des baby-boomers*. <https://vimeo.com/540629409>
- McNeil-Gauthier, A.-L., Martin-Milot, D., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Comment favoriser le vieillissement en bonne santé au travers d'environnements favorables : Développement d'un modèle contexte-mécanisme-résultante*. <https://vimeo.com/542687568>
- Naud, D., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Développement de l'Indice du potentiel de participation sociale (IPPS), un outil d'intervention adapté aux particularités de la population québécoise vieillissante*. <https://vimeo.com/showcase/colloque604>
- Nguyen, T., & Levasseur, M. (2021, mai 6). *Comment les milieux de vie collectifs favorisent la participation sociale des aînés : Résultats d'une recension élargie*. <https://vimeo.com/539349447>
- Pigeon, C., Renaud, J., & Levasseur, M. (2018, juillet). *Improve integration of visually impaired older adults with the support of community volunteers*. <https://simul-europe.com/2018/isprm/HtmlPage1.html?prodId=ISPR8-2738.pdf.jpg>
- Raymond, K., Levasseur, M., & Gagnon, C. (2021, mai 6). *Vieillir avant le temps : Comment participer pleinement lorsqu'on vieillit avec une maladie neuromusculaire*. <https://vimeo.com/538859902>
- Raymond, K., Levasseur, M., Gallais, B., Richer, L., Laberge, L., Petitclerc, E., Mathieu, J., & Gagnon, C. (2020). Predictors of participation restriction over a 9-year period in adults with myotonic dystrophy type 1. *Disability and Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1837264>
- Raymond, K., Levasseur, M., Mathieu, J., & Gagnon, C. (2019). Progressive Decline in Daily and Social Activities : A 9-year Longitudinal Study of Participation in Myotonic Dystrophy Type 1. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(9), 1629-1639. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.01.022>
- Shan, A., Lin, F. R., & Nieman, C. L. (2020). Age-related Hearing Loss : Recent Developments in Approaching a Public Health Challenge. *Current Otorhinolaryngology Reports*, 8(1), 24-33. <https://doi.org/10.1007/s40136-020-00271-0>
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Desrosiers, J., & Levasseur, M. (2015). Are health promotion and prevention interventions integrated into occupational therapy practice with older adults having disabilities? Insights from six community health settings in Québec, Canada. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(1), 56-67. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12174>
- Turcotte, P.-L., Carrier, A., Pedneault, S., & Levasseur, M. (2018). *Revisiter la participation sociale des aînés par la recherche participative et la pensée design*. 15(3), 33-39.

Turcotte, P.-L., Carrier, A., Roy, V., & Levasseur, M. (2018). Occupational therapists' contributions to fostering older adults' social participation : A scoping review. *British Journal of Occupational Therapy*, 81(8), 427-449. <https://doi.org/10.1177/0308022617752067>

Évaluation ministérielle des projets pilotes de gériatrie et de gérontologie sociale

Jean-Philippe Marquis¹, M.A., Marie-Hélène Brie¹, M.A., Geneviève Boucher¹, M.Sc.

¹ Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux

Récemment, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) s'est engagé à mettre en place des mesures de gériatrie et de gérontologie sociale (GGS) afin de mettre en œuvre des actions concrètes mieux adaptées aux aînés isolés et en situation de vulnérabilité. Afin d'honorer cet engagement, le MSSS a commencé, dès le printemps 2019, des travaux permettant le déploiement de trois projets pilotes de GGS dans différentes régions du Québec. Ces projets sont opérés par : 1) le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'île-de-Montréal (CIUSSS – CCSMTL); 2) la Fondation AGES; et 3) l'organisme communautaire Les Petits Frères. Cet engagement de la part du MSSS s'explique notamment par le vieillissement démographique qui constitue un enjeu majeur pour la gestion de la santé et des services sociaux au sein des provinces et à l'échelle du pays.

Actuellement, de nombreux soins et services de santé et sociaux de proximité sont offerts aux aînés en fonction de leurs besoins. Parmi ceux-ci, notons les services de soutien à domicile (SAD) disponibles par l'entremise du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), le programme des initiatives de travail de milieu auprès des aînés en situation de vulnérabilité (ITMAV) qui rejoignent et soutiennent des aînés en situation de vulnérabilité ou à risque de fragilisation ainsi que les divers services offerts par les organismes communautaires et les entreprises d'économie sociale. Cependant, des défis demeurent afin de mieux desservir la clientèle isolée ou en situation de vulnérabilité. Un premier enjeu consiste à repérer ces personnes dans leur milieu et à entrer en contact avec elles afin de leur offrir des soins et des services visant à préserver ou à améliorer leur santé et leur autonomie. Ensuite, il importe d'assurer un filet de sécurité autour des personnes à risques ou en situation de vulnérabilité, et ce, en renforçant la synergie entre le RSSS et le milieu

communautaire, en misant sur la complémentarité des services et en mobilisant tous les acteurs d'une communauté.

C'est donc dans l'optique de répondre à ces défis que les projets pilotes de GGS ont vu le jour. Bien que différents dans leur forme et leur démarche, ces projets ont plusieurs éléments en communs. D'une part, ils privilégient tous mettre en place des mécanismes de concertation et de coordination entre le RSSS, les organismes communautaires et la communauté afin de créer des alliances intersectorielles. Ils offrent également de la formation et guident leurs partenaires afin de repérer, soutenir et accompagner de façon adéquate les personnes âgées isolées ou en situation de vulnérabilité. D'autre part, les projets pilotes visent à mettre en place différentes interventions directes auprès des aînés : repérer les aînés en situation d'isolement ou de vulnérabilité, analyser leurs besoins dans leur globalité, intervenir selon leurs besoins, les référer aux bons services sociaux et de santé ou communautaires, les soutenir dans leur parcours de soins et de services et assurer leur sécurité (filet de sécurité). Ainsi, les projets pilotes visent à renforcer la capacité des réseaux locaux de services (RLS) de rejoindre sa population âgée en situation d'isolement ou de vulnérabilité, de veiller à sa sécurité, d'assurer une meilleure continuité entre le continuum du RSSS et la communauté pour ces personnes, ainsi qu'à mettre en œuvre des actions préventives et proactives réalisées pour elles dans le respect de leurs choix. Ultimement, ces actions doivent permettre de diminuer l'isolement des aînés vulnérables et d'améliorer leur participation sociale, de maintenir ou d'améliorer l'état de santé de cette population et leur qualité de vie, et ce, en agissant précocement dans leur milieu.

La Direction générale des aînés et des proches aidants (DGAPA) a mandaté la Direction de l'évaluation (DÉ) pour évaluer la mise en œuvre des projets pilotes de GGS. Les résultats de l'évaluation s'adresseront principalement à la Direction de la bientraitance et de la lutte contre la maltraitance et l'isolement social (DBLMIS), dans l'optique de leur fournir les outils nécessaires à l'identification des mesures de GGS les plus porteuses et des arrimages gagnants avec les programmes en place afin de guider un déploiement national de ces services aux aînés.

L'évaluation des projets pilotes de GGS se décline en deux objectifs, soit : 1) évaluer le déploiement et la mise en œuvre des projets pilotes de gériatrie et de

gérontologie sociale; et 2) documenter les effets perçus des mesures de gériatrie et de gérontologie sociale déployées dans le cadre des projets pilotes. Pour y parvenir, l'équipe d'évaluation cherche à :

- comprendre les composantes et les visées des trois projets pilotes;
- évaluer le processus de déploiement des trois projets pilotes et identifier les enjeux rencontrés ainsi que les solutions mises de l'avant;
- recueillir la perception des acteurs sur la valeur ajoutée et les effets des différentes composantes des projets de GGS;
- identifier les composantes des projets pilotes les plus porteuses dans l'optique d'un déploiement national.

La collecte de données se déroule sur cinq sites où des projets pilotes de GGS sont mis en œuvre. Pour répondre aux objectifs d'évaluation, plusieurs sources de données sont utilisées : des données qualitatives et quantitatives sont recueillies à partir d'une analyse documentaire et d'entrevues individuelles ou de groupes de discussion auprès d'informateurs clés. De plus, il est prévu que des questionnaires soient menés auprès de partenaires et d'usagers des projets pilotes. Les entrevues individuelles et les groupes de discussion sont enregistrés avec l'accord des participants et sont transcrits en verbatims. Une grille d'analyse est utilisée afin de coder les données de nature qualitative issues des verbatims et l'analyse des données est effectuée en suivant les règles de base de l'analyse de contenu thématique de type catégoriel. Quant aux données provenant des questionnaires, elles seront colligées puis analysées par l'entremise du logiciel Excel.

Au moment d'écrire ces lignes, l'équipe d'évaluation avait rédigé le cadre d'évaluation et complété la première collecte de données (objectif 1). La deuxième collecte de données (objectif 2) sera réalisée au printemps et à l'été 2021 puis le rapport final sera achevé à l'automne 2021. La suite des travaux reste toutefois tributaire du niveau de maturité atteinte par les projets pilotes et de la faisabilité de collecter l'information en contexte de pandémie de COVID-19.

Ajouter de la vie aux années : la démarche de gériatrie sociale en action pour les aînés de trois régions du Québec

Stéphane Lemire¹, M.D., M.Sc., FRCPC, Élie Belley-Pelletier¹, M.A.

¹ Fondation AGES

Le modèle de gériatrie sociale (GS) en communauté développé par la [Fondation AGES](#) prend racine dans une expérience clinique et communautaire menée sur le territoire desservi par le Service amical Basse-Ville à Québec (SABV) entre 2014 et 2017, tout en ayant fait l'objet d'une co-construction soutenue par la participation de plus de 300 personnes lors de deux forums de gériatrie sociale organisés par la Fondation. Depuis 2019, la Fondation AGES bénéficie d'un [soutien gouvernemental](#) pour expérimenter l'approche à plus grande échelle dans trois régions (Basse-Ville de Québec, MRC des Basques et Laval). Nous présentons donc une synthèse des bases théoriques de l'approche et du travail de [co-construction effectué lors des forums](#). Puis, nous décrivons les leviers permettant la mise en œuvre du modèle de GS de la Fondation dans les trois régions identifiées pour les projets pilotes. Aussi, considérant l'expérience acquise sur le terrain, nous discutons des défis relevés et des stratégies qui favorisent le développement de l'approche de GS tel que vécu par les équipes de GS et celle de la Fondation.

La santé des aînés représente un défi important pour plusieurs raisons. Notre société possède très peu de notions quant au vieillissement normal et les moyens de le distinguer d'un [vieillissement « pathologique » ou accéléré](#). Alors que l'âge croissant s'accompagne souvent de plusieurs maladies chroniques concomitantes, les systèmes de santé occidentaux demeurent hospitalo-centristes et axés davantage sur les soins aigus. Aussi, le suivi de ces conditions et l'impact de la polypharmacie associée demeure souvent au mieux épisodique. Une multitude d'intervenants, pourtant présents dans le quotidien des aînés, ne sont pas mis à contribution pour améliorer leur santé, tandis qu'ils sont aux premières loges pour effectuer le repérage de situations problématiques au niveau des [déterminants de la santé](#), qu'ils soient cliniques ou sociaux. Aussi, les principes d'intervention pour l'amélioration de la santé et de l'autonomie des aînés sont connus, mais demeurent peu mis en œuvre hors des

milieux spécialisés ([annexe A](#)). Ces principes ont guidé l'élaboration du projet au SABV en 2014 (annexe B) et nous ont menés jusqu'aux forums de GS.

Le premier forum, tenu en 2016, permit de synthétiser le travail accompli depuis l'émergence du projet au SABV, tout en dressant plusieurs constats quant à la situation prévalant pour les aînés, leurs proches et les dispensateurs de services sur le terrain et leurs gestionnaires. De plus, les participants révélèrent trois principes fondamentaux devant guider le développement de la GS (la proximité, la communauté et le respect du droit à l'autodétermination des aînés), tout en suggérant des pistes d'amélioration et d'apprentissage pour une diffusion du modèle à grande échelle. Le second forum, tenu en 2018, permit de présenter l'évolution proposée du modèle, d'en valider l'opérationnalisation envisagée via des [équipes de gériatrie sociale](#) en communauté, de renforcer l'ancrage clinique de l'approche au sein de l'écosystème de soutien communautaire par l'intégration d'infirmières et d'insister sur l'importance de la mobilisation et de la concertation de tous les acteurs concernés comme ingrédient clé du développement des équipes de GS par l'emphase sur la *philosophie* de gériatrie sociale ([annexes C et D](#)). Dans ce modèle, les sentinelles sont les personnes offrant des services directement aux aînés et sont formées pour effectuer le repérage de situations problématiques quant à la santé. Ils accèdent à des personnes ayant une fonction de navigation et accompagnement et dont les observations touchent l'ensemble des dimensions importantes pour lesquelles des interventions reconnues ont un effet salutogénique. Ces navigateurs sont soutenus directement par une infirmière du réseau public de façon à résoudre rapidement des enjeux cliniques potentiels et soutenir les pratiques des sentinelles et navigateurs.

La mise en œuvre des projets commence à partir de juin 2019 et la fin de la phase 1 est prévue en juin 2021. Plusieurs défis ont été rencontrés dans l'opérationnalisation du modèle de GS développé. Évidemment, la pandémie de COVID-19 constitue le plus grand défi rencontré, mais a permis de mettre à profit l'expertise des équipes. Par ailleurs, le modèle de GS exige la mise en place de différentes composantes dont l'effet est synergique à terme. Dans tous les projets, une des premières difficultés a été d'identifier et de dégager une ressource infirmière, notamment en raison de la pandémie, mais également en lien avec les processus administratifs impliqués ainsi qu'aux contraintes de main-d'œuvre. Pour pallier ces

défis, différentes formules ont été explorées afin de maintenir la collaboration intersectorielle entre les secteurs communautaires et cliniques. Par exemple, à Québec, une infirmière à temps plein a été dégagée tandis que dans le projet de la MRC des Basques, c'est une kinésiologue avec le soutien d'une infirmière de l'équipe SAD qui s'est jointe à l'équipe. Un autre enjeu de taille dans l'implantation a été celui d'établir une complémentarité avec les ressources en présence dans chaque milieu, ce qui n'est pas une mince tâche considérant les grandes différences entre les modalités d'application des territoires. En somme, plusieurs défis ont dû être surmontés, mais des leviers importants pour la suite se sont ainsi révélés.

Ces leviers ont permis de faciliter le déploiement des projets de GS et permettront de faire évoluer les prochains. L'appui politique par le gouvernement est d'ailleurs un de ces leviers déterminants, au-delà du financement public. Par ailleurs, la mise en valeur de la mobilisation des communautés et la collaboration intersectorielle par le recours aux meilleures pratiques (par ex. : développement d'une cartographie sociale, soutien au traitement des divergences locales, formations, etc.) représentent des leviers primordiaux pour éviter les duplications et le déploiement de la GS à plus large échelle. Ceci contribue à créer un écosystème cohérent au service des aînés où les obstacles entre l'expression d'un besoin et les ressources pour y répondre sont réduits au minimum. De plus, il devient alors possible de transmettre des compétences en lien avec la santé des aînés au plus grand nombre pour effectuer du repérage au sein de la communauté. Le recours aux forces en place consolide les liens humains existants, favorise la continuité relationnelle et informationnelle et limite le besoin de recruter du nouveau personnel et permet même la valorisation des rôles existants et la rétention de personnel. La mise en place de communautés de pratiques pour les navigateurs et infirmières permet le partage de connaissances, de bons coups (tout en ouvrant la porte aux réflexions sur les moins bons) et d'outils de façon à favoriser leur pertinence et appropriation. Enfin, les projets pilotes en cours favorisent l'expérimentation sur le terrain dans l'optique de soutenir l'évolution d'un modèle de GS pertinent à l'échelle du Québec.

Au final, de l'idée originale au modèle actuellement en déploiement, nous soulignons l'importance d'une approche inductive et itérative dans le développement et la mise à l'échelle d'un modèle complexe comme celui de GS. Les apprentissages

acquis face aux défis rencontrés en cours de développement, de la validation de l'intuition scientifique initiale par l'expérimentation directe tel que vécu au SABV, en passant par le co-développement d'un modèle opérationnalisable à large échelle, demeurent essentiels, tout comme le soutien à la mobilisation et la concertation sur le terrain. Dans le futur, la mise à l'échelle provinciale du modèle de GS exigera qu'on intègre tous ces éléments.

Références

De l'importance de l'évaluation clinique

- Stuck, Andreas E., Harriet U. Aronow, Andrea Steiner, Cathy A. Alessi, Christophe J. Büla, Marcia N. Gold, Karen E. Yuhas, Rosane Nisenbaum, Laurence Z. Rubenstein, et John C. Beck. « A Trial of Annual In-Home Comprehensive Geriatric Assessments for Elderly People Living in the Community ». *New England Journal of Medicine* 333, n° 18 (2 novembre 1995): 1184-89. <https://doi.org/10.1056/NEJM199511023331805>.
- Stuck, Andreas E., Matthias Egger, Andreas Hammer, Christoph E. Minder, et John C. Beck. « Home Visits to Prevent Nursing Home Admission and Functional Decline in Elderly People: Systematic Review and Meta-Regression Analysis ». *JAMA* 287, n° 8 (27 février 2002). <https://doi.org/10.1001/jama.287.8.1022>.
- Huss, A., A. E. Stuck, L. Z. Rubenstein, M. Egger, et K. M. Clough-Gorr. « Multidimensional Geriatric Assessment: Back to the Future Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials ». *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences* 63, n° 3 (1 mars 2008): 298-307. <https://doi.org/10.1093/gerona/63.3.298>.
- Mayo-Wilson, Evan, Sean Grant, Jennifer Burton, Amanda Parsons, Kristen Underhill, et Paul Montgomery. « Preventive Home Visits for Mortality, Morbidity, and Institutionalization in Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis ». Édité par Hemachandra Reddy. *PLoS ONE* 9, n° 3 (12 mars 2014): e89257. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0089257>.

Évaluation écologique

- Provencher, Véronique, Louise Demers, Lise Gagnon, et Isabelle Gélinas. « Impact of Familiar and Unfamiliar Settings on Cooking Task Assessments in Frail Older Adults with Poor and Preserved Executive Functions ». *International Psychogeriatrics* 24, n° 5 (mai 2012): 775-83. <https://doi.org/10.1017/S104161021100216X>.

Intervention ciblant les incapacités

- Gill, Thomas M., Dorothy I. Baker, Margaret Gottschalk, Peter N. Peduzzi, Heather Allore, et Amy Byers. « A Program to Prevent Functional Decline in Physically Frail, Elderly Persons Who Live at Home ». *New England Journal of Medicine* 347, n° 14 (3 octobre 2002): 1068-74. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa020423>.

Interventions dans la communauté

- Daniels, Ramon, Erik van Rossum, Luc de Witte, Gertrudis IJM Kempen, et Wim van den Heuvel. « Interventions to Prevent Disability in Frail Community-Dwelling Elderly: A Systematic Review ». *BMC Health Services Research* 8, n° 1 (décembre 2008): 278. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-278>.
- Beswick, Andrew D, Karen Rees, Paul Dieppe, Salma Ayis, Rachael Gooberman-Hill, Jeremy Horwood, et Shah Ebrahim. « Complex Interventions to Improve Physical Function and Maintain

Independent Living in Elderly People: A Systematic Review and Meta-Analysis ». *The Lancet* 371, n° 9614 (mars 2008): 725-35. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6).

Approches d'implantation

Campbell, M. « Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health ». *BMJ* 321, n° 7262 (16 septembre 2000): 694-96. <https://doi.org/10.1136/bmj.321.7262.694>.

Horgan, Salinda. « Designing integrated care for older adults living with complex and chronic health needs: a scoping review ». *Provincial Geriatrics Leadership Office*, 2020.

Annexes

A-Synthèse informelle des modalités nécessaires pour éviter une trajectoire de vieillissement accéléré et le cercle vicieux de la fragilité

- Évaluation clinique (rôles complémentaires des professionnels de la santé, particulièrement des infirmières et médecins)
- Évaluation écologique
- Actions ciblant les incapacités (gestion des maladies chroniques sous-jacentes, réadaptation et *reablement*, compensation par des ressources humaines ou techniques)
- Exercices à composantes multiples (force, flexibilité, force et endurance musculaire, santé cardio-vasculaire)
- Objectifs réalistes et en lien avec les aspirations des personnes (dont *goal attainment scaling*)
- Plan d'intervention unique et surtout cohérent entre les différents intervenants
- Suivi des personnes et continuité relationnelle et informationnelle

Sources : Forums de gériatrie sociale 2016 et 2018; [S. Lemire et E. Proteau-Dupont, Présentation par affiche, ACG, 2015](#) et 2016; S. Lemire, Présentation à l'Association des médecins-gériatres du Québec, 2016

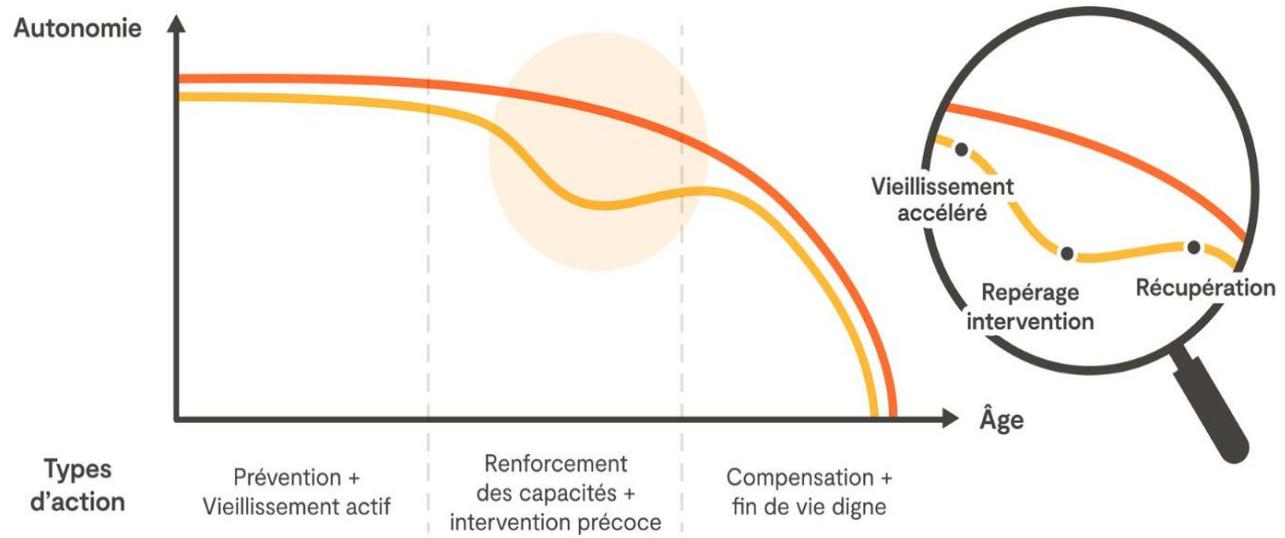
B-Synthèse sommaire des processus clés dans les programmes d'intervention à domicile auprès des aînés (S. Lemire et E. Proteau-Dupont, Présentation par affiche, ACG, 2015 et 2016)

- Sélection de quatre méta-analyses récentes concernant les interventions complexes en communauté
- Révision des articles sources (22)
- Extraction des processus clés et de la composition des équipes

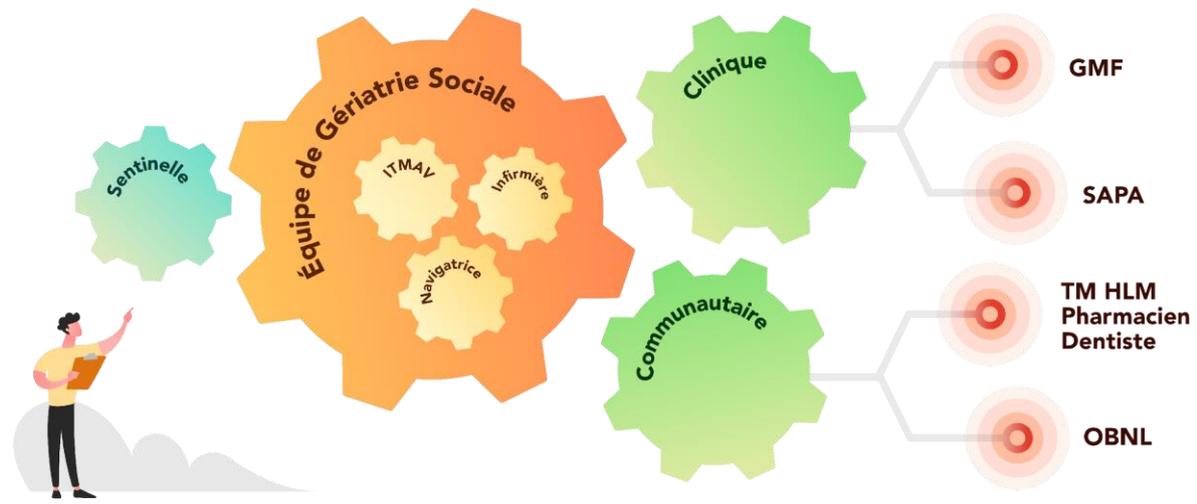
	Total (/22)	Proportion(%)
Single care plan	19	86%
Elements of Chronic Care Model****	18	82%
Initial multidimensional assessment	16	73%
Prescriptions/ referrals given	14	64%
Telephone calls	13	59%
Frequent follow up	13	59%
Social services	11	50%
Coordinating local services	10	45%
Geriatric primary care at home	9	41%
Medical advices	7	32%
Supporting caregivers	6	27%
Physical therapy	5	23%
Paraclinical tests	5	23%
Other processes less than 15%		
Professional staff	Total (/22)	Proportion (%)
N or NP or RN	16	73%
GNP	2	9%
Social Worker	6	27%
Physiotherapist /physical therapist	6	27%
Other professionnall less than 10%		

Medical and managerial staff	Total (/22)	Proportion (%)
Physician	7	32%
Geriatrician	3	14%
Manager staff /Coordinator / director	5	23%

C- Représentation conceptuelle de trajectoires de vieillissement normal et accéléré et des opportunités d'intervention et de récupération



D- Représentation contextuelle des composantes du modèle de GS



L'isolement social et la solitude : zoom sur les interventions innovantes et prometteuses chez les aînés de l'arrondissement montréalais du Sud-Ouest

Marie Bernard¹, M.Sc., Julie Levesque², M.A.

1 Université de Montréal | 2 Institut national de santé publique du Québec

Objet : présentation des principaux résultats d'une étude exploratoire qualitative conduite en 2019 sur les interventions innovantes et prometteuses visant à prévenir et réduire l'isolement social et la solitude dans un arrondissement montréalais.

Méthode : le cadre conceptuel de Jopling (2015) a orienté l'élaboration du canevas d'entrevue de huit acteurs clés répartis dans les différents quartiers de l'arrondissement du Sud-Ouest. Il a de plus agi comme modèle théorique servant de base comparative entre le modèle théorique et la réalité du terrain. La collecte de données s'est concentrée sur les interventions proposées par les organismes communautaires et les services sociaux locaux.

Résultats :

Facteurs sociaux contribuant à l'isolement social :

La pénurie de logements abordables et la pauvreté sont des facteurs sociaux majeurs contribuant à aggraver l'isolement social et la solitude. **La méconnaissance du système** contribue aussi à aggraver l'isolement social. Pour une personne aînée, cela peut compromettre la possibilité de rester à domicile. **Les méthodes d'attribution du financement** ont un impact sur la coopération entre organismes. Parfois, la survie d'un organisme a priorité sur les activités avec les partenaires. Cela a un impact sur le type de services offerts à la population. **Le roulement de personnel**, en particulier dans le milieu communautaire, a un impact sur les personnes isolées pour qui perdre une relation significative peut entraîner des répercussions importantes sur sa santé.

Les trois axes d'intervention du modèle de Jopling (2015)

1. Les services de base (rejoindre – comprendre – soutenir)

Rejoindre les personnes isolées ou souffrant de solitude constitue un grand défi car en général, celles-ci ne vont pas vers les services offerts. Il faut donc les trouver, gagner leur confiance afin d'être en mesure de les soutenir à travers les besoins qu'elles expriment. Parmi les stratégies utilisées par les **organismes communautaires** pour rejoindre les personnes isolées, on retrouve : le bouche-à-oreille, les références provenant des organismes partenaires, les membres de la famille qui effectuent des recherches, la publicité, un site Web et une page Facebook. Les **travailleurs de milieu** sont très actifs pour rejoindre, comprendre et soutenir les personnes isolées. Ceux-ci servent aussi de pont entre les personnes isolées et les ressources. Dans les milieux de vie, les intervenants organisent des activités prétextes et en profitent pour faire du repérage et créer des liens. Les interventions de porte-à-porte dans les HLM permettent de rejoindre les personnes les plus isolées et vulnérables de la société. L'intervention PARI le Projet d'Action, de Référence et d'Intervention de la petite Bourgogne en est un bon exemple. La stratégie du porte-à-porte fait partie d'un ensemble **d'interventions co-construites** par une dizaine d'organismes du quartier qui visent à réduire l'isolement social.

Les facteurs facilitants : la possibilité d'allouer suffisamment de temps pour développer une relation de confiance qui souvent se développe à travers des activités et des rencontres informelles; l'importance de mobiliser un réseau local d'intervenants et de co-construire des interventions adaptées aux besoins des personnes dans leur milieu de vie.

Les obstacles les plus souvent rapportés : le manque de reconnaissance de ce type d'interventions qui limite les actions des intervenants des services sociaux (le temps requis pour développer la relation à travers des relations informelles n'est pas reconnu par le réseau); la non-reconnaissance de la problématique de l'isolement social restreint aussi l'accessibilité à des services en CLCS; et enfin, rejoindre les personnes vivant en logements privés pose un réel défi.

2. Les interventions directes visent à renforcer les relations existantes, en créer de nouvelles et à changer les manières de penser.

Les appels et visites d'amitié sont des interventions populaires, en particulier auprès des personnes âgées de 80 ans et plus. L'introduction de la personne isolée aux

ressources et aux individus de sa communauté permet de créer de nouvelles relations et de renforcer le réseau. Avoir une relation de confiance bien établie avec la personne isolée permet d'aborder les distorsions cognitives et d'instaurer une vision positive des relations sociales.

Les facteurs facilitants : l'accompagnement direct vers les ressources ainsi que la connaissance des ressources offertes dans le quartier. Partir des besoins exprimés est un facteur déterminant ainsi que posséder des ponts avec le système de santé.

Les obstacles les plus souvent rapportés : les interventions souvent trop brèves du réseau de la santé et des services sociaux (SSS) n'octroient pas le temps nécessaire pour établir une relation de confiance. L'enjeu de l'isolement social chez les aînés n'est pas encore tout à fait reconnu, en particulier dans le système de santé. Ceci crée des barrières pour la prise en charge.

3. Les facilitateurs structurels représentent toutes les interventions qui contribuent à développer et à renforcer les liens sociaux, par exemple : les approches voisinage; le développement des communautés; les activités bénévoles et la vision positive du vieillissement.

Les facteurs facilitants : la mise à contribution des forces locales; la collaboration entre organismes municipaux, communautaires, SSS, Sécurité (services policiers), commerçants et les pharmaciens et le financement de coordonnateurs d'interventions co-construites partenariales.

Les obstacles les plus souvent rapportés : le travail en silo et par problématique; la compétition avec d'autres enjeux sociaux et de santé; les priorités de financement cycliques.

Enfin, les services passerelles efficaces pour réduire l'isolement social sont le transport et l'utilisation de la technologie. Actuellement, les organismes qui œuvrent auprès des aînés bénéficient de financement pour le transport, en particulier pour les rendez-vous médicaux, mais cela est insuffisant pour combler les besoins. Il existe un enjeu de trou de services, ne serait-ce que pour soutenir les activités de la vie quotidienne ou domestique. Plusieurs organismes communautaires pour personnes aînées offrent des ateliers de formation sur l'utilisation des médias

sociaux et sur la navigation sur Internet. L'obstacle principal, relevé par les participants, est le coût des appareils (téléphone intelligent, tablette, ordinateur) ainsi que le coût des abonnements Internet. Les personnes isolées habitant dans les logements privés n'ont souvent pas les ressources financières pour bénéficier d'un accès à Internet à la maison.

Conclusion : la plupart des interventions proposées par le modèle de Jopling (2015) ont cours dans le milieu du Sud-Ouest. Des améliorations telles que l'augmentation des ressources financière allouées aux organismes communautaires pourraient contribuer à réduire le roulement de personnel et à favoriser la concertation entre les organismes du milieu. L'augmentation des ressources financières allouées au transport des personnes isolées bonifierait l'offre de service déjà en place. L'accessibilité aux soins psychologiques s'avère primordiale, en particulier pour les personnes souffrant de solitude. Ces soins devraient idéalement être inclus dans les démarches d'actions concertées du milieu afin de garantir un accompagnement constant et le maintien des relations établies dans le milieu communautaire.

L'amélioration de l'accès aux professionnels de la santé et l'importance du lien professionnel-patient pourraient faire l'objet de mesures telles que : 1- une formation sur les impacts et manifestations de la solitude et de l'isolement social dans le but de mieux identifier les personnes potentiellement isolées afin de mieux répondre à leurs besoins et de les connecter aux services ; 2- le renforcement des collaborations entre les organismes communautaires et le système de santé.

Les enjeux de pauvreté et d'accès à des logements abordables et convenables font déjà partie des préoccupations gouvernementales, mais ils devraient aussi être abordés sous l'angle des problématiques d'isolement social qu'ils créent.

Références

Jopling, K. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. Age UK & Campaign to End Loneliness. <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>

La participation sociale et citoyenne chez les personnes de 85 ans et plus à Montréal : comment garantir une équité d'accès aux opportunités ?

Paule Lebel¹, M.D., M.Sc., Valérie Lemieux¹, erg. M.Sc.

¹ Direction régionale de santé publique de Montréal, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

Cette communication présente les facteurs d'influence de la participation sociale et citoyenne chez les personnes de 85 ans et plus vivant dans la communauté à Montréal. Cette présentation vise à mettre en lumière les spécificités de la participation sociale des personnes de 85 ans et plus et explorer les mesures qui peuvent être mises en place pour assurer une équité d'accès aux opportunités de participation sociale à tous les âges incluant au *quatrième* âge.

Les connaissances actuelles sur la participation sociale montrent qu'elle constitue un déterminant de la santé des personnes âgées, y compris celles qui sont âgées de 85 ans et plus. À l'âge très avancé, l'état de santé est le facteur principal qui influence le niveau de participation sociale. La « mort sociale », quant à elle, constitue un drapeau rouge, signe de fragilisation qui peut même annoncer le décès prématuré des personnes.

L'étude ayant mené aux résultats présentés s'est déroulée sous forme de groupes de discussion entre octobre 2017 et décembre 2018, auprès de participants âgés de 56 à 98 ans résidant dans la communauté des cinq territoires du CIUSSS de Montréal.

Une bonne proportion des groupes comprenait des personnes de 85 ans et plus, ce qui a permis de braquer les projecteurs sur ce groupe de la population. Le recrutement s'est fait à travers différents canaux en vue de rejoindre une diversité intéressante de participants.

Le déroulement de chaque groupe s'est réalisé sans enregistrement, avec le soutien de deux preneuses de notes présentes, pour s'assurer que les participants puissent concentrer leur attention sur l'expression de leur vécu, de façon libre sans sentir la pression d'une enregistreuse. Pour la même raison, le choix a été fait de ne

pas passer de questionnaire sociodémographique, ce qui s'est avéré être une limite au moment de l'analyse des résultats, réduisant la possibilité d'approfondir certaines tendances en fonction de profils, notamment les personnes qui habitent seules, qui ont vécu un veuvage ou qui vivent dans la pauvreté. Toutefois, les principaux constats dégagés semblent transversaux à l'ensemble des profils de population des 85 ans et plus.

Lors des groupes de discussion, cinq questions ouvertes étaient posées : 1) Quels sont vos activités de participation sociale? 2) Qu'est-ce que ça vous apporte? 3) Au cours des dernières années, qu'avez-vous dû abandonner? 4) Et pourquoi? 5) Est-ce que vous avez déjà été traité différemment en raison de votre âge?

Les notes détaillées des discussions ont été codées avec le logiciel QDA Miner (Provalis Research, 2016) à l'aide d'un arbre de codage structuré à partir d'un cadre d'analyse préliminaire inspiré des travaux d'Émilie Raymond sur la participation sociale (2008, 2012) et de Kate Jopling (2015) sur la solitude et l'isolement social qui comprend une typologie d'activités sociales, des facteurs prédisposants et structurels qui influencent la participation sociale ainsi que de services passerelles qui permettent d'accéder aux opportunités de participation sociale.

En fonction des occurrences d'activités de participation sociale mentionnées par les participants de 85 ans et plus en comparaison avec l'ensemble des participants, on constate que, même au grand âge, il persiste une grande diversité d'activités réparties selon les catégories suivantes : 1) entretenir des liens avec ses proches; 2) activités individuelles en contexte social; 3) activités de groupe, avec un but commun; 4) activités structurées donc le bénévolat ou le travail rémunéré; 5) activités d'engagement social, avec un certain niveau de responsabilité sociale; 6) activités d'influence sociale, avec un certain niveau de revendication, de militance et de défense de droits. L'engagement social, souvent plus énergivore et à plus long terme, était la forme de participation sociale le moins souvent exprimé.

Les principaux facteurs d'influence de la participation sociale, pour lesquels il existe un potentiel d'action par les acteurs du vieillissement en santé, ont été présentés à travers le cadre d'analyse retravaillé à la lueur des thèmes émergents

des groupes de discussion. Quelques exemples sont présentés dans les prochaines sections.

La résilience

Il est possible de renforcer la capacité de résilience des individus qui se définit comme « la capacité de s'adapter en fonction des éléments de contexte ». La résilience des personnes âgées semble permettre de faire le pont entre les facteurs prédisposants, qui sont des facteurs internes individuels, et les facteurs externes structurels, environnementaux et liés aux normes sociales, aux politiques, aux systèmes en place.

Un des exemples chez les personnes de 85 ans et plus qui était fréquemment mentionné était le **cycle déprise-reprise**. La déprise permet de se détacher d'activités pour concentrer ses énergies vers d'autres activités qui sont plus significatives.

Les services passerelles : l'usage des technologies

Le contexte pandémique de la COVID-19 a montré l'importance des technologies pour éviter l'isolement social, et de « fracture technologique » pour les personnes âgées qui ne sont pas en mesure de les utiliser. Si cette fracture est bien réelle pour certains, la non-utilisation des outils numériques pouvait aussi parfois s'avérer volontaire, voire idéologique. Il existe donc un groupe de personnes âgées qui n'utilise pas les nouvelles TICS par choix conscient.

De plus, à tout coup, lorsque les personnes âgées parlaient des TICS et de leur usage, celles-ci mentionnaient le besoin d'avoir un accès à une ressource d'aide en chair et en os pour le débogage et aussi l'acquisition, l'installation et l'utilisation des appareils numériques : téléphone, tablette, ordinateur ou nouvelles applications.

Les facteurs sociaux

Ces facteurs sont liés à la vision du vieillissement, aux dynamiques sociales. D'une part, le phénomène de quatre générations qui se côtoient, qui bouleverse les dynamiques familiales, semble saillant. Il est inédit dans l'histoire de voir quatre, voire cinq générations se côtoyer. Parmi les participants de 85 ans et plus aux groupes de discussion, plusieurs étaient arrière-grands-parents. Ceux-ci exprimaient que souvent, ils se sentaient un peu en dehors du noyau familial. Ils/elles avaient de la difficulté à se trouver une place dans l'unité familiale.

D'autre part, les personnes âgées de 85 ans et plus ont mis en relief que plusieurs politiques d'organisation, notamment dans la programmation d'activités, reposaient sur une vision erronée du grand âge. Ces personnes notaient que tout était rendu soit ludique, soit ultra-simplifié, et qu'ils/elles ne se retrouvaient pas du tout dans ce genre d'image du grand âge.

La médiation sociale

La médiation sociale est un service passerelle apparu à la suite de l'analyse de contenus des groupes de discussion. Il s'agit en effet d'une ressource, un catalyseur de relations sociales, souvent une personne qui offre un service pour faciliter la connexion aux autres.

Quelques pistes d'action ou de réflexion issues de la démarche de recherche auprès des personnes âgées de 85 ans et plus sont présentées :

1. Accroître la vigilance lors des périodes de transition (déménagement, deuil, etc.) qui peuvent être des moments de bascule et de perte de liens sociaux importants;
2. Promouvoir des initiatives de médiation sociale, de *trait d'union*, qui peuvent être vues comme une forme de service passerelle;
3. Soutenir l'accès et les compétences en littératie numérique tout en n'oubliant pas ceux et celles qui ne sont pas des internautes ou utilisateurs/trices par choix;
4. Lutter contre l'âgisme sous toutes ses formes;
5. Renforcer les liens de réciprocité intergénérationnelle égalitaire, et non uniquement des liens suggérant que les personnes âgées sont celles ayant besoin d'aide ou de soutien;
6. Raffermer les liens intergénérationnels familiaux dans un contexte de quatre générations.

Références

Jopling, K. (2015). Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life. Age UK & Campaign to End Loneliness. <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>

- Provalis Research. (2016). QDA Miner (Lite) [Microsoft Windows]. Provalis Research. <https://provalisresearch.com/fr/>
- Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. DSP de l'ASSS de la Capitale-Nationale, INSPQ, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.
- Raymond, É., Sévigny, A., & Tourigny, A. (2012). *Participation sociale des aînés : La parole aux aînés et aux intervenants [Social participation of seniors: What seniors and stakeholders have to say]*. Institut national de santé publique du Québec, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval, Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec.

Des milieux de vie au cœur d'une collectivité impliquée

Patrick Fougeyrollas¹, Ph.D., Nathalie Tremblay², M.A.

1 Université Laval, Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale (CIRRIIS), Réseau international sur le processus de production du handicap (RIPPH) | 2 Direction des services aux aînés, aux proches aidants et en ressources intermédiaires et de type familiales, Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée (PHSSLD) : des milieux de vie qui nous ressemblent (MSSS & Gouvernement du Québec, 2021)

Cette politique énonce des orientations générales et inclusives qui s'appliquent à tous les types d'hébergement de longue durée ainsi qu'à toutes les clientèles susceptibles d'y résider. Elle met de l'avant une approche novatrice adaptée aux besoins des adultes hébergés ainsi qu'à la réalité des proches aidants, tout en soutenant l'intégration des milieux de vie dans la communauté.

Les milieux d'hébergement visés : centres d'hébergement de soins de longue durée; ressources intermédiaires; ressources de type familial; maisons des aînés et alternatives.

Ainsi que tous les usagers adultes qui y vivent : personnes âgées en perte d'autonomie; personnes ayant une déficience ou un trouble du spectre de l'autisme; personnes présentant un trouble mental; personnes vivant avec une dépendance ou en situation d'itinérance.

Vision

Pour la personne, un parcours vers une ressource d'hébergement et un vécu au sein de ce milieu de vie doit s'inscrire le plus possible en continuité avec son histoire et son expérience de vie, ses valeurs, ses préférences, ses besoins, sa culture et sa langue.

Le milieu de vie évolue et s'adapte aux divers besoins de la personne et lui permet de se sentir chez elle, de maintenir les liens avec ses proches, de poursuivre et de développer l'exercice de ses rôles sociaux tout en ayant accès aux soins de santé requis.

Principes directeurs

- Respecter la dignité de la personne.
- Permettre l'exercice des droits de la personne et soutenir son autodétermination.
- Actualiser l'approche de partenariat entre l'utilisateur, les proches et les acteurs du système de santé et des services sociaux.
- Viser le mieux-être de la personne hébergée.
- Personnaliser les soins, les services et le milieu de vie de la personne.
- Promouvoir et actualiser la bientraitance.

Orientations dans une perspective de participation sociale

Considérer la personne dans sa globalité et soutenir sa participation dans le maintien et le développement de ses capacités : vise une approche de partenariat qui considère les besoins, les préférences des personnes et les reconnaît en tant qu'expertes de leurs projets de vie (capables de faire des choix et de participer aux décisions qui les concernent).

Développer des milieux de vie inclusifs et évolutifs : vise à développer un milieu qui reconnaît les besoins affectifs et respecte l'intimité des personnes, leur diversité sexuelle et de genre ou culturelle.

Soutenir la participation sociale en partenariat avec les acteurs de la communauté : vise à soutenir la pleine réalisation des habitudes de vie, des rôles sociaux et de la participation aux activités de sa communauté et à valoriser ces milieux au sein des communautés.

La participation sociale est le résultat de l'interaction dans le présent et de façon continue entre une personne singulière et son milieu de vie réel.

La participation sociale n'est pas une qualité personnelle ni le résultat déterminé d'un diagnostic, de déficiences ou d'incapacités. Il est impossible de la prédire. La participation sociale est toujours située dans l'espace et le temps. Elle est dynamique (Fougeyrollas, 2021).

Quand les capacités cognitives laisseraient croire à l'impossibilité de les rejoindre, de les stimuler, l'attention doit se porter sur l'environnement, sur l'ambiance du milieu de vie, sur la découverte de facilitateurs forgés sur mesure selon l'identité de chacun, son histoire, son parcours de vie et ses passions. C'est toujours de la création, des essais et erreurs de la part d'une équipe interdisciplinaire interne et externe à l'établissement, dans laquelle la personne et ses proches sont parties prenantes.

Dans participation sociale, il y a participation. Ceci réfère au fait d'être partie prenante dans tout ce qui concerne notre vie. C'est un processus participatif orienté vers l'autodétermination de chacun, selon ses préférences, son sentiment de sécurité, de confiance, de plaisir, de ce qui fait sens pour chacun en continuité de son histoire de vie.

Dans participation sociale, il y a aussi une notion d'action, mouvement, réalisation d'activités qui sont toujours sociales, culturelles, autant dans le mode de réalisation des activités de la vie quotidienne, que pour habiter son espace de vie, le personnaliser.

Dans la perspective du modèle social anthropologique de développement humain d'interaction personne/environnement, la qualité de la participation sociale dépend et nécessite des milieux de vie ouverts, stimulants, pour réaliser quelque chose que la personne apprécie (Fougeyrollas et al., 2018).

Quel est le potentiel du milieu d'hébergement de se transformer pour le mieux-vivre et le mieux-être de tous les résidents avec les personnes qui les assistent, les accompagnent? Comment éviter de faire et de penser à la place de, de prendre en charge et de décider unilatéralement. Il faut reconnaître le caractère essentiel de l'accès aux soins de qualité, mais comment ne pas tout ramener à la thérapie? Comment valoriser l'assistance, l'accompagnement dans la réalisation des habitudes de vie selon les besoins de chacun, selon les besoins collectifs aussi?

La participation sociale n'implique pas obligatoirement des activités avec d'autres et des liens sociaux. Ce que l'on est ou fait seul est partie intégrante de la participation sociale si cela est source de bien-être, de plaisir, d'imaginaires toujours construits avec le bagage socio-culturel et le parcours de vie de chacun. La

participation sociale dépend aussi de facilitateurs liés à l'architecture, à la décoration et à l'organisation de l'espace collectif, à la lumière, aux couleurs, aux odeurs, à l'accès inclusif aux lieux de rencontre et de divertissement, aux conditions propices à l'intimité, aux attitudes, comportements et compétences du personnel, des proches, ainsi qu'aux moyens matériels, financiers, technologiques mis à leur disposition pour de bonnes pratiques d'intervention et d'accompagnement. Cela doit se traduire par une culture organisationnelle de bienveillance. Une organisation permettant la souplesse, l'innovation et le temps requis pour tisser des liens, percevoir les besoins et offrir du soutien personnalisé.

Le grand défi est d'enrichir les possibilités contextuelles physiques et sociales de situations de participation sociale plutôt que de situations d'exclusion ou de handicap.

Il est important de prendre conscience collectivement que les principes fondamentaux de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (Nations Unies, 2014) s'appliquent à tous les âges du développement humain. Y compris pour les personnes âgées dont les capacités sont menacées par l'accroissement des risques autant physiologiques et psychologiques que provenant de leur milieu de vie.

La PHSSLD (MSSS & Gouvernement du Québec, 2021) invite à ouvrir les établissements vers la collectivité. Elle invite à ce que se tissent plus de liens de proximité avec les municipalités et les acteurs publics, communautaires et privés. Toutes occasions de sorties, de liens sociaux, de participation aux activités communautaires, de loisirs et culturelles, aux célébrations qui rythment la vie collective est une possibilité d'accomplissement, de résurgences de souvenirs, d'un temps qui passe plus rapidement, plus intensément et facilite le maintien de la qualité de vie des résidents au sein d'un espace résidentiel évoluant au rythme des dynamiques de sa collectivité d'appartenance.

Choisir le maintien des capacités, l'autonomisation et la qualité de la participation sociale comme objectif premier des milieux de vie, c'est le beau défi de création de ces possibilités, de ces ouvertures, de ces solidarités locales avec les acteurs du monde ordinaire. Il s'agit de développer des projets sur une base

participative, dans des espaces de citoyenneté où les personnes âgées en perte de capacités fonctionnelles et cognitives sont écoutées et respectées dans leurs différences et identités singulières. Qu'elles fassent partie à part entière du projet inclusif de la diversité sociale sur le territoire de la municipalité dans laquelle se trouve l'installation résidentielle.

Conclusion

La finalité des milieux d'hébergement d'accroître les possibilités de participation sociale des résidents ne peut se réaliser sans concertation de proximité inscrite dans le développement de l'habitat local de toute la population.

Références

- Fougeyrollas, P. (2021). Classification internationale 'Modèle de développement humain-Processus de production du handicap' (MDH-PPH, 2018). *Kinésithérapie, la Revue*, 21(235), 15-19. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2021.04.003>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux & Gouvernement du Québec. (2021). *Des milieux de vie qui nous ressemblent : Politique d'hébergement et de soins et services de longue durée*. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-814-01W.pdf>
- Nations Unies. (2014). *Convention relative aux droits des personnes handicapées*. Nations Unies.

Le Collectif aînés isolement social ville de Québec 2016-2019 : qu'avons-nous appris?

André Tourigny^{1,2,3,4}, M.D., MBA

1 Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) | 2 Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA) | 3 VITAM Centre de recherche en santé durable | 4 Centre de recherche du CHU de Québec

Un appel de propositions du gouvernement fédéral a été lancé en 2015 sur le thème de l'isolement social dans le cadre du Programme Nouveaux Horizons pour les aînés (PNHA). L'isolement social, défini par le fait d'établir de rares contacts avec autrui ou des contacts de piètre qualité (Conseil national des aînés, 2016), est un véritable enjeu social en raison de sa fréquence, de ses nombreuses conséquences sur la santé et de la présence de plusieurs facteurs de risque (Bureau et al., 2017). C'est dans ce contexte qu'a été créé le Collectif aînés isolement social - ville de Québec soutenu par un cadre conceptuel développé pour l'organisme Age UK (Jopling, 2015).

Les objectifs poursuivis par le Collectif consistaient à sensibiliser la population de la ville de Québec à l'enjeu de l'isolement social et à réduire la proportion de personnes aînées de 65 ans et plus isolées socialement vivant dans 11 secteurs géographiques de la ville. Cinq projets étaient menés par quatre organismes partenaires du Collectif : le Centre d'action bénévole du Contrefort (CABC), Accès Transports Viabiles (ATV), le Réseau québécois de villes et villages en santé (RQVVS), l'Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA).

Le premier projet du CABC « **Aînés-nous à vous aider!** » visait à repérer des personnes aînées qui vivent de l'isolement et à faire le pont entre leurs besoins et les ressources dans les 11 secteurs de la ville de Québec. Le deuxième projet « **L'isolement social n'est pas une fatalité !** » se déclinait en sept activités. Certaines visaient les personnes aînées (par ex. : dîners rencontres « Re-traiter sa retraite »), d'autres s'adressaient aux intervenants et bénévoles œuvrant auprès des personnes aînées (par ex. : formations) et des activités s'adressaient au grand public (par ex. : pièce de théâtre sur l'âgisme).

Le projet « **TanGo 2** » d'ATV comprenait 11 marches exploratoires et des consultations auprès de personnes âgées pour identifier les éléments positifs et négatifs des espaces dans lesquels elles vivent. Il visait aussi à collaborer avec différentes instances pour apporter des améliorations facilitant les déplacements, former des intervenants œuvrant auprès des personnes âgées pour favoriser le transfert de connaissances concernant le recours aux services de transport existants.

« **Nos aînés au cœur du voisinage** » du RQVVS visait le développement d'une mobilisation d'intervenants à travers l'offre d'ateliers de travail intersectoriels sur le voisinage, l'animation d'une communauté de pratique, l'accompagnement de groupes et la création de liens avec la ville. Une mobilisation des citoyens était aussi visée via l'offre de formations, le recrutement de porte-paroles, le recours aux médias sociaux.

L'IVPSA avait la responsabilité du **Plan d'impact** consistant, entre autres, à mettre en place la structure du Collectif et en assurer la coordination, effectuer le suivi des divers plans et évaluer les résultats atteints par le Collectif.

Afin de mesurer l'atteinte ou non des objectifs établis, plusieurs outils de collecte ont été utilisés. Les constats et enseignements tirés de ce projet sont faits à l'aide des éléments clés associés aux phases d'émergence, d'expérimentation et d'appropriation du processus d'innovation sociale (Réseau québécois en innovation sociale, 2011).

Les résultats liés à l'objectif de sensibilisation. Le Collectif a permis de faire connaître et de maintenir visible l'enjeu de l'isolement social des personnes âgées dans la ville de Québec. Les capsules vidéo et radiophoniques développées par le Collectif, de même que les conférences, animations d'ateliers et apparitions médiatiques ont contribué à la prise de conscience du public.

Les résultats liés à la réduction de l'isolement social. Sur la base de deux sondages populationnels (et non des participants aux projets) auprès d'un échantillon de la population âgée, on note une tendance à la hausse de l'isolement social des personnes âgées de 65 ans et plus entre l'automne 2016 et l'hiver 2019. Plusieurs

hypothèses sont formulées pour expliquer ce résultat dont le peu de temps pour avoir un impact populationnel tel que visé par le PNHA (Tourigny et al., 2021).

Constats et enseignements. En phase d'émergence, la mise en place d'un tel Collectif demande beaucoup de temps, de l'énergie, des efforts et la consultation d'un grand nombre de personnes avant le démarrage des projets. Ceci est d'autant plus vrai lorsque le facteur déclencheur est un appel de projets. Les échéanciers courts pour y répondre peuvent nuire à l'obtention de l'appui de collaborateurs essentiels comme les villes ou des établissements de santé en raison des étapes nécessaires à franchir.

En phase d'expérimentation, la définition du schéma de transformation sociale (STS), qui implique l'identification des axes, des indicateurs pour chacun des projets, ainsi que des objectifs communs, nécessite de nombreuses rencontres et plusieurs échanges entre les partenaires. S'il est jugé utile, sa conception requiert de bien doser l'effort à consentir.

La composition du Collectif a facilité le partage des savoirs expérientiels et scientifiques contribuant au processus de co-construction. De plus, les communications étaient jugées bonnes entre organismes du Collectif, mais auraient pu être améliorées auprès des intervenants « terrains ».

Les collaborateurs et les partenaires ont manifesté un haut degré de satisfaction pour les actions menées en commun. Le Collectif a conduit à des améliorations en matière de réseautage et de dispensation de services par les organismes. Il a contribué à mettre de l'avant le rôle indispensable des intervenants et des travailleurs de milieu qui œuvrent auprès des personnes âgées isolées de la ville de Québec. Il a favorisé l'articulation des modèles théoriques avec la réalisation d'activités sur le terrain.

Compte tenu du fort roulement de personnel, il y a lieu d'institutionnaliser le Collectif pour que les organismes l'ancrent davantage dans leur structure décisionnelle, dans leur propre fonctionnement et aient un mécanisme de suivi pour assurer la continuité lors de départs.

En phase d'appropriation, selon plusieurs, les liens créés dans le cadre du Collectif allaient se maintenir dans le temps. La volonté d'agir de concert sur

l'isolement social et de poursuivre des projets collectifs du même type allait perdurer. Des activités des projets, des pratiques et des approches collectives avaient des chances d'être pérennisées.

Références

- Bureau, G., Cardinal, L., Côté, M., Gagnon, É., Maurice, A., Paquet, S., Rose-Maltais, J., & Tourigny, A. (2017). *Rejoindre, comprendre et accompagner les personnes âgées isolées socialement : Une trousse d'accompagnement*. FADOQ – Régions de Québec et Chaudière-Appalaches.
- Conseil national des aînés. (2016). *Rapport sur l'isolement social des aînés, 2013-2014*.
- Jopling, K. (2015). *Promising approaches to reducing loneliness and isolation in later life*. Age UK & Campaign to End Loneliness. <https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising-approaches-to-reducing-loneliness-and-isolation-in-later-life.pdf>
- Réseau québécois en innovation sociale. (2011). *Favoriser l'émergence et la pérennisation des innovations sociales au Québec Synthèse des travaux de la communauté d'intérêt sur l'innovation sociale*. Université du Québec.
- Tourigny, A., Frappier, A., Vézina, A., & Fortier, M. (2021). *Plan d'impact 2016—2019 Collectif aînés isolement social – ville de Québec—Rapport final*. Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval (IVPSA). <https://www.ivpsa.ulaval.ca/publications/plan-dimpact-2016-2019-collectif-aines-isolement-social-ville-de-quebec-rapport-final>

Les Réseaux locaux de services. Élément de la politique publique de la participation en santé et services sociaux au Québec

Yves Couturier¹, Ph.D., Maxime Guillette¹, Ph.D.(c), Séverine Lanoux¹, Ph.D.

¹ Université de Sherbrooke

Les réformes de la santé et des services sociaux qu'a connu le Québec en 2004 et 2015 ont posé une organisation intégrée, le Centre de santé et de services sociaux en 2004, et le Centre intégré de santé et de services sociaux en 2015, comme des organisations responsables de la réponse à l'ensemble des besoins de santé et sociaux de la population du territoire sous leur responsabilité. Bien entendu, aucune organisation au monde n'a la capacité à elle seule de donner tous les services requis en réponse à ces besoins. Dans les faits, la réponse aux besoins de la population est toujours le fait de services publics de santé et sociaux, mais aussi d'autres secteurs publics (par ex. : éducation), puis de services privés ou associatifs, et d'une très importante contribution des usagers eux-mêmes et de leurs proches.

C'est pourquoi la responsabilité populationnelle dévolue aux Centres intégrés de santé et de services sociaux nécessite la mise en place de dispositifs permanents de concertation avec leurs partenaires privés et associatifs, puis avec la population afin de concerter et de coordonner les efforts de chacun. Une telle concertation favorise la participation sociale des personnes, soit à titre individuel ou à travers des représentations citoyennes médiées par des corps intermédiaires, comme les associations. Pour le domaine de la santé et des services sociaux, ce sont les Réseaux locaux de services (RLS) qui incarnent depuis 2004 cette intention des responsables de politiques publiques en constituant un lieu permanent de rencontre entre le centre intégré et les partenaires d'un sous-territoire, celui des anciens Centres de santé et de services sociaux, au nombre de 94 pour l'ensemble du Québec.

Du point de vue des politiques publiques, les RLS forment un dispositif formel de soutien à la participation publique permettant à l'État de mieux accomplir sa mission en matière de santé et de services sociaux. La participation publique « s'insère en effet au cœur des processus de décision publique. Elle prend la forme

de dispositifs participatifs très variés, dont la caractéristique commune est d’être initiés par les autorités publiques hors des campagnes électorales dans l’objectif d’inviter les citoyens à donner leur avis sur un thème précis. » (Bherer, 2011, p. 107).

La participation publique incarnée par les RLS est donc au cœur des principes qui fondent le mouvement de réforme que connaît le Québec depuis 2004. Elle remplace dans les faits la participation citoyenne représentative classique, la gouvernance du système de santé québécois ayant été dé-démocratisée à partir de 2004 (abolition des élections aux conseils d’administration des établissements publics de santé et de services sociaux).

Dans quelle mesure ce principe de participation publique a-t-il été réellement implanté et efficient? Nos travaux (Couturier et al., 2016, 2021) montrent que les RLS ont été et demeurent en réalité la cinquième roue d’un carrosse qui semble vouloir se transformer en citrouille au regard de ses effets cliniques. En effet peu implantés, et certainement avec très peu d’effets cliniques, les RLS ont en outre connu une confusion sémantique. Leur sens a notamment été réduit par nombre de gestionnaires, et ce, aux plus hauts niveaux, à une fonction de découpage sous-régional de la gouvernance interne aux grandes organisations fusionnées en 2015. Ils ont surtout été utilisés pour établir des ententes entre les centres intégrés et certains de leurs partenaires, par exemple les résidences pour personnes âgées, plutôt dans une logique contractualisant les rapports entre les partenaires. La dimension bivalente d’une participation publique véritable ne s’est que rarement avérée, le dispositif RLS servant avant tout les intérêts des établissements publics.

De plus, la réalité pandémique a jeté dans une lumière crue l’effet délétère d’une faible implantation des RLS et d’un détournement de leur sens profond. Alors que plusieurs établissements ont cessé de collaborer avec leurs partenaires courant avril 2020, la pandémie a peu à peu, mais inexorablement montré que la réponse aux besoins de la population ne peut être l’affaire que des organisations publiques, même d’une grande ampleur. Le constat sera probablement encore plus grand quand les effets des reports de soins provoqués par la pandémie et ceux des divers effets pervers (épuisement des personnels, atteintes à la santé mentale de la population, accélération de diverses pertes d’autonomie fonctionnelle, etc.) atteindront leur véritable ampleur au courant de la décennie prochaine.

À quelque chose malheur est peut-être bon. Les prochaines années postpandémiques seront l'occasion de relancer sérieusement les RLS et donc de les implanter, à l'instar de leur place conceptuelle centrale dans les réformes, au cœur des préoccupations politiques et managériales publiques. Les RLS sont l'un des importants moyens à la disposition de l'État pour incarner dans les processus décisionnels réguliers des organisations de santé et de services sociaux des principes pourtant largement reconnus en santé publique, comme ceux de participation, de collaboration intersectorielle, de prévention, etc. Pour qu'une telle re-centration des RLS sur leur nature profonde advienne, les Centres intégrés de santé et de services sociaux devront accepter de partager pouvoir et ressources, à l'image de la responsabilité partagée à l'égard de la santé et du bien-être des populations. Cela requerra un meilleur ancrage des RLS dans leur territoire, car point de participation publique sans un lien étroit avec les territoires de vie de la population.

Bibliographie

- Bherer, L. (2011). Les relations ambiguës entre participation et politiques publiques: *Participations*, N° 1(1), 105-133. <https://doi.org/10.3917/parti.001.0105>
- Couturier, Y., Bonin, L., & Belzile, L. (2016). *L'intégration des services en santé : Une approche populationnelle*. Presses de l'Université de Montréal.
- Couturier, Y., Wankah, P., Guillette, M., & Belzile, L. (2021). Does Integrated Care Carry the Gene of Bureaucracy? Lessons from the Case of Québec. *International Journal of Integrated Care*, 21(4), 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.5658>

Réduire le risque de déclin cognitif et de démence

Christian Bocti^{1,2}, M.D., FRCPC

1 Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke | 2 Service de Neurologie, Clinique de la Mémoire et Centre de recherche sur le vieillissement, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

La démence, la forme la plus sévère de troubles neurocognitifs, est une condition où la détérioration des fonctions cognitives est telle que l'autonomie de la personne est compromise. Il s'agit de l'une des conditions les plus redoutées par les personnes vieillissantes. La maladie d'Alzheimer en constitue la cause la plus fréquente. Plus de 50 millions de cas sont actuellement répertoriés dans le monde, et on prévoit qu'il y aura plus d'un million de cas de démence au Canada dans les deux prochaines décennies. Étant donné les échecs à répétition concernant les traitements curatifs des dernières années, les interventions de prévention prennent de plus en plus d'importance.

Plusieurs associations épidémiologiques ont été établies entre certains facteurs et le risque de développer une démence. Parmi ces facteurs, certains sont potentiellement modifiables et un sous-groupe d'entre eux ont fait l'objet d'études d'interventions pour prévenir le déclin cognitif et la démence. Ce texte fera un survol de ces interventions en se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publiées en 2019 sur le sujet.

Les principales interventions concernent les facteurs de risque vasculaires modifiables. L'activité physique, la prise en charge adéquate de l'hypertension, et l'amélioration de la qualité de l'alimentation incluant la réduction de la consommation d'alcool sont des facteurs qui seront discutés. La place de l'activité sociale et des interventions cognitives sera aussi discutée. L'existence de facteurs de risque modifiables signifie que la prévention de la démence est possible au moyen d'une stratégie de santé publique.

Les facteurs vasculaires ont une contribution importante aux troubles cognitifs liés au vieillissement, et ceci n'est pas surprenant lorsque l'on considère que le cerveau représente environ 2-3% du poids de notre corps, mais reçoit environ 20 % du débit sanguin total. L'intervention ayant eu le plus de succès pour réduire

l'apparition (prévention primaire) ou l'aggravation de troubles cognitifs (prévention secondaire) est le traitement de l'hypertension artérielle. L'incidence de troubles cognitifs vasculaires sera logiquement réduite si l'on réduit l'incidence des accidents vasculaires cérébraux (AVC), mais il y a aussi une réduction de démence de toute cause avec les traitements anti-hypertenseurs chez des individus sans troubles cognitifs à la base.

En effet, cette notion est supportée par la littérature depuis une vingtaine d'années et il est clair, selon la plus récente méta-analyse sur le sujet (Ding et al., 2020), que le traitement de l'hypertension artérielle réduit l'incidence de démence avec un ratio de risque (0,88) significatif au niveau statistique de ($p < 0,05$). Il y aussi une réduction du déclin cognitif en général.

Il existe par ailleurs de nombreux autres bénéfices au traitement de l'hypertension même chez les personnes plus âgées : prévention des AVC, des infarctus du myocarde, de l'insuffisance cardiaque, et réduction de la mortalité. De plus, la progression des anomalies de la matière blanche cérébrale est également ralentie par le contrôle de l'hypertension. Il ne semble pas y avoir d'effet spécifique d'une classe de molécule par rapport aux autres, mais plus d'une classe de molécules est souvent nécessaire pour atteindre les cibles thérapeutiques.

D'autre part, il faut aussi surveiller le surtraitement, par exemple la survenue de symptômes d'hypoperfusion cérébrale et d'hypotension orthostatique. Il est bien documenté que l'hypotension orthostatique est aussi associée au déclin cognitif et est associée à un risque accru de démence. La relation entre la tension artérielle et la démence est ainsi complexe, mais il est clair que l'un des bénéfices potentiels du traitement de l'hypertension est la prévention du déclin cognitif.

En contraste avec ce qui précède pour l'hypertension, et même si le diabète est aussi un facteur de risque de démence, il n'a pas été démontré que le contrôle strict du diabète prévient les troubles cognitifs ou la démence. Par contre, plusieurs des interventions mentionnées dans le présent texte, qui ont un impact sur la prévention des troubles cognitifs, auront un impact favorable aussi sur la résistance à l'insuline et le diabète.

Une autre stratégie de prévention qui a démontré un certain bénéfice est l'exercice physique. Les résultats pour les programmes d'entraînement physiques sont variables, avec certains bénéfices cognitifs. L'exercice physique régulier confère des bénéfices pour la mobilité et la réduction de la pression artérielle qui sont mieux documentés à long terme. Aucune intervention incluant l'activité physique n'a démontré de réduction robuste et prolongée du déclin cognitif et de la démence, mais une certaine amélioration des fonctions cognitives a été démontrée à court terme pour plusieurs types d'exercices. Par ailleurs, l'activité physique est associée à de nombreux autres bénéfices comme des meilleures performances au niveau de la vitesse de marche et de l'équilibre chez les personnes âgées, et aussi une réduction de la mortalité globale si l'on compare un niveau d'activité physique régulier à la sédentarité. Selon le document de l'OMS (2019) à ce sujet, « l'activité physique devrait être recommandée aux adultes présentant une fonction cognitive normale en vue de réduire le risque de déclin cognitif ».

Pour ce qui est des interventions nutritionnelles, les preuves sont moins bien établies. Selon l'OMS (2019), une diète méditerranéenne « peut » être recommandée en vue de réduire le risque de déclin cognitif. Cette diète est basée sur une prédominance des céréales, légumes, noix, huile d'olive, un peu de poisson et de volaille comme source de protéines animales, et encore moins de viande rouge. Plusieurs études d'associations épidémiologiques ont été réalisées, mais les interventions prospectives à long terme sont rares dans ce domaine.

Un des éléments traditionnels de cette diète, soit l'hypothèse du bienfait d'une consommation d'alcool modérée, a été remise en question ces dernières années. En effet, plusieurs données convergentes ont établi qu'il n'existe pas de dose minimale sécuritaire, encore moins bénéfique, de consommation d'alcool. D'autre part, la consommation excessive d'alcool est un facteur important et sous-estimé pour expliquer la survenue de troubles cognitifs, en particulier la démence précoce (avant l'âge de 65 ans).

Ensuite, mentionnons les activités intellectuelles et l'entraînement cognitif qui ont aussi fait l'objet de plusieurs études. Bien qu'il soit relativement aisé de démontrer les effets bénéfiques sur une fonction cognitive que l'on entraîne quelques mois, les bénéfices sur les autres fonctions cognitives et les activités au quotidien ne sont pas

si bien documentés. Encore plus difficile est de démontrer qu'une intervention cognitive a un impact sur la prévention du déclin cognitif et de la démence. Basé sur ces données, l'OMS mentionne que l'entraînement peut être proposé, mais la qualité des données est « très faible à faible ».

Pour ce qui est de la participation sociale, quoiqu'elle soit « étroitement liée à la bonne santé et au bien-être tout au long de la vie », il n'y a pas suffisamment de données pour faire une recommandation officielle selon l'OMS.

Si les interventions uniques décrites ci-haut ont eu un certain succès, qu'en est-il des interventions multimodales? Par exemple, l'étude *Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability* (FINGER; Ngandu et al., 2015) a démontré un bénéfice de faible magnitude sur les fonctions cognitives avec des interventions variées simultanées : nutrition, exercices physiques, exercices cognitifs, et gestion médicale des facteurs de risque vasculaire. De nombreuses études similaires sont en cours à travers le monde au moment d'écrire ces lignes.

Conclusion

La prévention du déclin cognitif est possible. Il ne semble jamais trop tard pour agir, en particulier sur le traitement de l'hypertension artérielle ou encore l'introduction d'activité physique régulière. Espérons que l'ensemble de ces interventions réussiront à réduire le fardeau considérable des troubles cognitifs dans nos populations vieillissantes.

Références

- Ding, J., Davis-Plourde, K. L., Sedaghat, S., Tully, P. J., Wang, W., Phillips, C., Pase, M. P., Himali, J. J., Gwen Windham, B., Griswold, M., Gottesman, R., Mosley, T. H., White, L., Guðnason, V., DeBette, S., Beiser, A. S., Seshadri, S., Ikram, M. A., Meirelles, O., ... Launer, L. J. (2020). Antihypertensive medications and risk for incident dementia and Alzheimer's disease : A meta-analysis of individual participant data from prospective cohort studies. *The Lancet Neurology*, 19(1), 61-70. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30393-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30393-X)
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levälähti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Bäckman, L., Hänninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindström, J., Mangialasche, F., Pajananen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER) : A randomised controlled trial. *The Lancet*, 385(9984), 2255-2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)

Organisation mondiale de la santé [World Health Organization]. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. World Health Organization.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>

La justice occupationnelle : une approche qui favorise un vieillissement en santé

Emma Lewis¹, erg., M.Sc.

1 CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

La justice occupationnelle inclut la promotion du changement social et économique afin d'accroître la conscience individuelle, communautaire et politique. La justice occupationnelle requiert que les ressources et les opportunités soient équitables pour diverses opportunités occupationnelles afin que les individus puissent atteindre tout leur potentiel et bien-être (Townsend & A.Wilcock, 2004; Wilcock & Townsend, 2009). L'occupation regroupe l'ensemble des activités et des tâches de la vie quotidienne auxquelles on donne une structure, une valeur et une signification (World Federation of Occupational Therapists, 2016). La participation sociale, un aspect important de l'occupation, est liée à des bienfaits pour la santé des personnes âgées (Levasseur et al., 2008). Cependant, ce n'est pas tous les aînés qui peuvent atteindre un niveau de participation satisfaisant.

La théorie de la justice occupationnelle soutient que les individus ont des droits en matière de sens, de participation, de choix et d'équilibre. Cependant, si ces droits sont refusés, cela mène à une ou à une combinaison d'injustices appelées : déséquilibre, marginalisation, privation et aliénation (Stadnyk et al., 2010).

1. Le déséquilibre occupationnel survient lorsqu'une personne est sous-stimulée et a trop peu à faire, ou qu'un trop grand nombre d'occupations lui ont été imposées.
2. La marginalisation occupationnelle survient lorsqu'un individu n'a pas le pouvoir d'exercer une occupation quelconque parce qu'il est stigmatisé par une certaine caractéristique comme une maladie ou un handicap.
3. La privation occupationnelle résulte du fait que des individus se voient refuser la possibilité et les ressources de participer à des occupations.

4. L'aliénation occupationnelle se produit lorsque les gens sont tenus de participer à des occupations qu'ils trouvent insignifiantes ou avec peu de reconnaissance ou de récompense.

Cette étude (Lewis & Lemieux, 2020), réalisée dans le cadre d'un travail de maîtrise en santé publique, découle des données provenant de groupes de discussion portant sur les expériences de participations sociales des aînés à Montréal, au Canada. L'étude utilise les points de vue des personnes âgées pour explorer et comprendre ce qui influence leur participation sociale lors de l'application du cadre d'analyse de la justice occupationnelle. L'analyse révèle à la fois les injustices qui conduisent à l'exclusion sociale des aînés ainsi que les droits qui favorisent leur participation sociale.

En me basant sur la revue de la littérature sur la justice occupationnelle et de l'analyse des groupes de discussion, j'ai pu tirer quelques conclusions à la fois sur la façon dont le cadre de la justice occupationnelle pourrait être utilisé en santé publique, et sur sa mise en application avec les populations âgées dans le but de promouvoir leur participation sociale.

Premièrement, nous pouvons intégrer les notions du cadre de la justice occupationnelle dans les cadres de politique et de santé publique existants. Cela pourrait se faire en utilisant le langage et la terminologie de la justice occupationnelle : résultats occupationnels, facteurs structurels et contextuels, par exemple. Le cadre pourrait également être utilisé seul dans le processus de formation d'une politique publique (par ex. : identification du problème, formulation de la politique).

Ensuite, afin de promouvoir le droit de la participation, lors de l'élaboration de politiques visant à promouvoir la participation sociale, il y a quelques exemples. La justice occupationnelle encourage la consultation des opinions des aînés lors de l'élaboration des politiques, y compris les voix des plus vulnérables. Cela favorise le droit de participation et réduit l'injustice de la privation.

Nous avons aussi le devoir de reconnaître la diversité des occupations chez les personnes âgées, étant donné qu'il existe de grandes variations d'âge, de croyances, de valeurs et d'intérêts, et refléter cela dans les politiques qui favorisent le

sens et réduisent l'aliénation. Ceci influencerait positivement le résultat occupationnel de sens.

On doit également repenser la notion de ce que l'on perçoit comme vieillir positivement (par ex. : rester actif, éviter une maladie ou un handicap) et de se remettre en question et identifier nos biais qui mènent à différentes formes d'âgisme afin d'accepter et donner le soutien adéquat pour les différentes façons dont les gens vieilliront, ce qui permettra un plus grand choix d'occupations et de réduire la marginalisation.

Finalement, pour soutenir le droit de l'équilibre, au lieu de considérer la participation sociale comme secondaire par rapport à d'autres occupations, il faut surtout considérer la participation comme un déterminant de la santé et un droit auquel toute personne devrait avoir accès et la faire affirmer par les politiques publiques.

Bibliographie

- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(30), 1-11. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-6-30>
- Lewis, E., & Lemieux, V. (2020). Social participation of seniors : Applying the Framework of Occupational Justice for healthy ageing and a new approach to policymaking. *Journal of Occupational Science*, 0(0), 1-17. <https://doi.org/10.1080/14427591.2020.1843069>
- Stadnyk, R., Townsend, E., & Wilcock, A. (2010). Occupational justice. In *An introduction to occupation : The art and science of living* (2^e éd., p. 329-358). Pearson Education.
- Townsend, E., & A. Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice : A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>
- Wilcock, A. A., & Townsend, E. A. (2009). Occupational justice. In E. B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. Boyt Schell (Éds.), *Willard & Spackman's occupational therapy* (11^e éd., p. 192-199). Lippincott Williams & Wilkins.
- World Federation of Occupational Therapists. (2016). *About Occupational Therapy* (<https://www.wfot.org/>) [Text/html]. WFOT; WFOT. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Caractéristiques environnementales favorisant la participation sociale : développement d'un outil d'intervention adapté aux particularités de la population québécoise vieillissante

Daniel Naud¹, Ph.D., Mélanie Levasseur¹, erg., Ph.D.

¹ Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Avec les progrès réalisés en santé et l'adoption de modes de vie plus sains, les Québécoises et les Québécois peuvent respectivement espérer vivre en santé jusqu'à l'âge de 72,0 et 71,2 ans (Statistique Canada, 2017). Entre 2016 et 2066, la proportion des ménages privés incluant des personnes de 65 ans et plus devrait croître de 25,6 à 36,8% (Payeur et al., 2019). De tels changements, compte tenu du souhait des Québécois de vieillir chez soi, entraînent des conséquences significatives pour les individus, leurs communautés et les services sociaux et de santé. En effet, plusieurs aînés rapportent vivre avec des maladies chroniques et près de la moitié ont ou auront des incapacités (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Néanmoins, les maladies chroniques et les incapacités peuvent être évitées ou retardées par des interventions ciblées sur les déterminants de la santé, dont la participation sociale.

La participation sociale est définie par l'implication de la personne dans les activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté (Levasseur et al., 2010a). Une participation sociale accrue est associée à une meilleure indépendance fonctionnelle (Levasseur et al., 2011) et à une préservation des fonctions cognitives (Glei et al., 2005). Enfin, une méta-analyse a montré que les personnes ayant une participation sociale supérieure ont une probabilité de survie accrue de 14% (Nyqvist et al., 2014).

Les caractéristiques de l'environnement physique et social peuvent contribuer à faciliter la participation sociale, dont la présence d'espaces verts et de mobilier urbain, une politique d'accessibilité universelle, un transport accessible, des logements adaptés, une prospérité socioéconomique, un sentiment de sécurité (Bowling & Stafford, 2007) et la proximité des ressources et des activités (Levasseur et al., 2015). Puisqu'ils sont définis par des caractéristiques et des expériences

différentes, les milieux de vie métropolitains, urbains et ruraux présentent des associations distinctes avec la participation sociale (Levasseur et al., 2020).

Afin d'informer et de sensibiliser les décideurs, les intervenants et les citoyens à l'importance des milieux de vie accessibles qui favorisent la participation sociale, afin aussi d'élaborer des interventions adaptées, il importe de développer des outils d'aide à la décision. Puisque plusieurs caractéristiques environnementales sont associées à la participation sociale, un indice composite est intéressant, car il synthétise l'ensemble des composantes. De plus, la cartographie permet l'identification de structures spatiales, par exemple entre villes centres et périphériques. Ce projet visait le développement de l'indice du potentiel de participation sociale (IPPS), à l'échelle des quartiers, et son analyse spatiale, selon l'environnement métropolitain, urbain ou rural.

Afin de réaliser l'IPPS, les données secondaires de l'Enquête transversale sur la santé des collectivités canadiennes – Vieillesse en santé, de 2008-09 (ESCC-VS; Statistique Canada, 2009) ont été utilisées. Seuls les répondants âgés de 65 ans et plus et habitant une communauté du Québec ($n=2737$) ont été sélectionnés. La participation sociale a été estimée par la somme du nombre auto-rapporté d'activités réalisées mensuellement avec d'autres personnes, comme des loisirs avec des amis, des activités sportives ou du bénévolat. Ensuite, des modèles de régression ont permis de vérifier l'association entre la participation sociale et des données environnementales, par exemple le réseau des rues, le recensement et l'achalandage dans les transports publics (Levasseur et al., 2020). Les caractéristiques significatives ont été synthétisées, pour chaque milieu de vie, en calculant leur moyenne géométrique, laquelle accorde aux valeurs fortes une importance moindre que la moyenne arithmétique (Nardo et al., 2005). Enfin, l'IPPS a été cartographié à l'échelle des aires de diffusion, pour l'ensemble de la province, puis déposé en ligne¹.

L'analyse de la distribution spatiale de l'IPPS a relevé des enjeux propres à chaque milieu de vie. Dans les banlieues métropolitaines, l'offre de transport adapté inférieure contribuait à un potentiel inférieur de participation sociale. Accroître l'offre de transport collectif et adapté devrait faciliter la participation et l'inclusion des aînés

¹ <http://mlevasseur.recherche.usherbrooke.ca/indice-du-potentiel-de-participation-sociale/echelle-des-quartiers/>

dans leur communauté. Les quartiers métropolitains et les plus petits centres urbains présentaient un IPPS supérieur, plausiblement compte tenu de l'offre de transport adapté et de la concentration de la population âgée, laquelle accroît la cohésion sociale ($\beta=0,30$; $p<0,05$), en multipliant les opportunités d'interactions sociales avec les pairs (Fisher et al., 2004). Dans les régions rurales, la densité des ressources de loisir et des commerces et la concentration de la population âgée contribuaient au potentiel de participation, mais l'analyse spatiale ne révélait pas de configuration particulière.

Vieillir chez soi et dans sa communauté requiert, de la part des décideurs, des interventions qui ciblent l'optimisation de l'environnement local. À cette fin, l'IPPS facilite non seulement l'identification des caractéristiques modifiables, mais aussi le développement du sentiment d'appartenance envers sa communauté et la réduction des inégalités sociales et de santé.

Références

- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science and Medicine*, 64(12), 2533-2549. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.03.009>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Les soins de santé au Canada 2011—Regard sur les personnes âgées et le vieillissement* (ICIS). https://secure.cihi.ca/free_products/HCIC_2011_seniors_report_fr.pdf
- Levasseur, M., Naud, D., Bruneau, J.-F., & Généreux, M. (2020). Environmental Characteristics Associated with Older Adults' Social Participation : The Contribution of Sociodemography and Transportation in Metropolitan, Urban, and Rural Areas. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8399. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228399>
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature : Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2141-2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>
- Nyqvist, F., Pape, B., Pellfolk, T., Forsman, A. K., & Wahlbeck, K. (2014). Structural and Cognitive Aspects of Social Capital and All-Cause Mortality : A Meta-Analysis of Cohort Studies. *Social Indicators Research*, 116(2), 545-566. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0288-9>
- Payeur, F. F., Azeredo, A. C., & Girard, C. (2019). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066*. Institut de la statistique du Québec.
- Statistique Canada. (2017). *Tableau 13-10-0370-01. Espérance de vie ajustée sur la santé, selon le sexe*. Statistique Canada.

Les athlètes âgés : un modèle pour mieux comprendre la relation entre le cœur et le cerveau?

Kathia Saillant^{1,2,3}, M.Sc., Brittany Intzandt²⁻⁵, M.Sc., Béatrice Berube^{1,2,3}, M.Sc., Safa Sanami^{2,5,6}, M.Sc., Claudine Gauthier^{2,5,6}, Ph.D., Louis Bherer^{*2,3,7}, Ph.D.

1 Département de Psychologie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada | 2 Centre de recherche de l'Institut de Cardiologie de Montréal, Montréal, Québec, Canada | 3 Centre de recherche de l'Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Montréal, Québec, Canada | 4 School of Graduate Studies, Université Concordia, Montréal, Québec, Canada | 5 Centre PERFORM, Université Concordia, Montréal, Québec, Canada | 6 Département de Physique, Université Concordia, Montréal, Québec, Canada | 7 Département de Médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec, Canada

Introduction

À travers le monde, le nombre d'aînés est grandissant et les statistiques montrent qu'avec l'âge, l'inactivité physique serait particulièrement prévalente. L'inactivité physique est un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires et dû aux nombreux changements physiologiques associés au vieillissement, elles sont très répandues chez les aînés (World Health Organization, 2018, 2020a). Cela dit, l'inactivité physique est un facteur de risque modifiable et les études montrent qu'il ne serait jamais trop tard pour commencer à bouger. En effet, l'activité physique aurait des bienfaits sur la qualité de vie, la santé physique et cognitive des aînés (World Health Organization, 2020b) et ce, même chez les aînés considérés comme fragiles (Langlois et al., 2013).

Cela étant dit, ce ne sont pas tous les aînés qui sont inactifs et les aînés ayant un haut niveau d'activité physique (les athlètes âgés) auraient beaucoup à nous en apprendre sur les effets de l'activité physique au cours du vieillissement. Des études ont montré que les athlètes âgés auraient de meilleures performances physiologiques (par ex. : capacité cardiorespiratoire), physiques (par ex. : force et endurance musculaire) et cognitives (par ex. : vitesse de traitement, mémoire et fonctions exécutives) que les personnes inactives (Burzynska et al., 2016; Cattagni et al., 2020; Dupuy et al., 2018). Or, ils sont relativement peu étudiés, et encore moins d'études incluent des femmes.

Méthodologie

L'objectif de cette étude était de comparer les profils physiologiques, physiques et cognitifs ainsi que la qualité de vie d'une athlète en course à pied de 83 ans à un échantillon de six femmes inactives. Les participantes inactives étaient âgées entre 78-80 ans et pratiquaient moins de 150 minutes d'activité physique modérée par semaine. Pour sa part, l'athlète s'entraînait 4 fois par semaine en course à pied et faisait de 4-6 séances d'entraînement de mobilité, d'équilibre, d'exercices posturaux et de stabilité. Lors de la collecte de données en 2016, elle avait complété 13 compétitions sportives.

Toutes les participantes ont rempli un questionnaire sur la qualité de vie en lien avec leur perception de leur état de santé (le Short-Form Health Survey [SF-12]). Ce questionnaire permet d'obtenir deux sous-scores mesurant la qualité de vie relative à la santé mentale et la qualité de vie relative à la santé physique. Ensuite, elles ont passé une batterie de tests neuropsychologiques mesurant entre autres la cognition globale, la vitesse de traitement, la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives.

Une série de tests de santé physique a aussi été effectuée. Les participantes ont passé un VO₂Max, l'étalon d'or pour mesurer la capacité maximale d'oxygénation à travers le corps. Au cours de ce test, les participantes devaient porter un masque couvrant le nez et la bouche afin de capter l'air respiré. Sur un vélo stationnaire ou un tapis roulant, elles étaient alors amenées à graduellement augmenter le niveau d'intensité de leur effort jusqu'à atteindre un pic et qu'elles ne puissent plus continuer (où elles n'arrivent plus à maintenir une certaine cadence). Plusieurs tests fonctionnels mesurant la force et l'endurance musculaire, la vitesse de marche et la flexibilité de la chaîne postérieure ont été faits. Elles ont aussi effectué un scan mesurant la composition corporelle appelée densitométrie (DEXA) afin d'estimer des paramètres tels que la masse grasse et la densité osseuse.

L'athlète et une seule participante inactive ont pu être incluses dans la portion d'imagerie par résonance magnétique pour des raisons de compatibilité avec la machine. La séance comprenait deux mesures, une première visait à quantifier le flux vasculaire cérébral et une seconde pour estimer la réactivité vasculaire cérébrale lors d'un test d'hypercapnie où le participant est exposé à une augmentation du niveau de

CO₂ dans l'air respiré. Ces deux mesures de la santé vasculaire cérébrale sont importantes à prendre en compte étant donné que c'est par le sang que le cerveau reçoit les nutriments nécessaires à son bon fonctionnement et que le cerveau est très sensible aux changements de débit sanguin.

Résultats

En ce qui a trait aux variables démographiques, l'athlète avait 4 ans de plus que la moyenne du groupe de référence. Elle avait un score similaire aux participantes inactives à la sous-échelle de qualité de vie relative à la santé mentale, mais a obtenu un score de qualité de vie en lien avec la santé physique supérieure à celles-ci.

Les résultats aux tests neuropsychologiques ont permis de constater que l'athlète avait eu de meilleures performances cognitives aux tâches de mémoire visuospatiale. La mémoire visuospatiale est celle qui nous permet entre autres de nous souvenir du chemin pour se rendre quelque part. Ces résultats appuient ce qui a été rapporté dans de précédentes études (Bherer & Pothier, 2021), c'est-à-dire que l'activité physique serait bénéfique pour la mémoire.

Au point de vue de la santé physique, l'athlète avait une consommation d'oxygène jusqu'au pic de l'effort (45,3 ml/kg/min). Il s'agit du plus haut résultat rapporté dans la littérature scientifique pour les femmes de son groupe d'âge et ce score exceptionnel correspond à une performance de jeunes femmes de 20 ans. Elle avait des mesures d'indice de masse corporelle, du tour de taille et du taux de masse grasse plus bas que les participantes inactives, probablement attribuables au haut niveau d'activité physique pratiqué. Pour les tests de vitesse de marche, de flexibilité, de force et d'endurance musculaire des membres inférieurs, ses résultats étaient supérieurs à ceux des participantes inactives. Ces performances physiques peuvent être interprétées comme des facteurs de protection contre certains déclin pouvant être dommageables pour la santé avec l'âge.

Pour ce qui est des résultats d'imagerie cérébrale, l'athlète aurait un flux sanguin cérébral légèrement supérieur à la participante inactive, mais ces vaisseaux sanguins s'ajusteraient un peu moins bien lorsqu'exposés à de plus hauts taux de CO₂ lors du test d'hypercapnie. Puisqu'on pourrait s'attendre à voir, chez une personne active, une meilleure adaptation lorsqu'exposée à ce type de stressors, ce

dernier point pourrait apparaître contre-intuitif. Malgré tout, ces résultats concordent avec ceux rapportés dans de précédentes études (Intzandt et al., 2019; Thomas et al., 2013). Certains auteurs font l'hypothèse qu'une baisse de cette réactivité pourrait être dû à une habitude à de plus haut taux de CO₂ associés à de nombreuses années d'entraînement intensif (Thomas et al., 2013). Cela étant dit, il n'est toujours pas possible de tirer des conclusions claires à ce sujet et il en reste encore beaucoup à comprendre sur les adaptations physiologiques d'un haut niveau d'activité physique.

Conclusion

Les résultats de cette étude suggèrent qu'un haut niveau d'activité physique aurait des bienfaits sur de multiples aspects de la santé des femmes âgées. En effet, en comparaison aux femmes inactives, l'athlète âgée serait en meilleure santé physique et elle percevrait avoir une meilleure qualité de vie physique aussi. On peut aussi constater qu'un haut niveau d'activité physique aurait des bienfaits sur certaines fonctions cognitives comme la mémoire. Davantage d'études devraient inclure des athlètes âgés afin de mieux comprendre le rôle de l'activité physique au cours du vieillissement. Pour conclure, considérant les multiples bienfaits de l'activité physique, il n'y a pas de raison pour ne pas commencer à bouger dès maintenant!

Références

- Burzynska, A. Z., Wong, C. N., Chaddock-Heyman, L., Olson, E. A., Gothe, N. P., Knecht, A., Voss, M. W., McAuley, E., & Kramer, A. F. (2016). White matter integrity, hippocampal volume, and cognitive performance of a world-famous nonagenarian track-and-field athlete. *Neurocase*, 22(2), 135-144. <https://doi.org/10.1080/13554794.2015.1074709>
- Cattagni, T., Gremeaux, V., & Lepers, R. (2020). The Physiological Characteristics of an 83-Year-Old Champion Female Master Runner. *International Journal of Sports Physiology and Performance*, 15(3), 444-448. <https://doi.org/10.1123/ijspp.2018-0879>
- Dupuy, O., Bosquet, L., Fraser, S. A., Labelle, V., & Bherer, L. (2018). Higher cardiovascular fitness level is associated to better cognitive dual-task performance in Master Athletes : Mediation by cardiac autonomic control. *Brain and Cognition*, 125, 127-134. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2018.06.003>
- Intzandt, B., Sabra, D., Foster, C., Desjardins-Crépeau, L., Hoge, R. D., Steele, C. J., Bherer, L., & Gauthier, C. J. (2019). Higher cardiovascular fitness level is associated with lower cerebrovascular reactivity and perfusion in healthy older adults. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 40(7), 1468-1481. Scopus. <https://doi.org/10.1177/0271678X19862873>
- Langlois, F., Vu, T. T. M., Chasse, K., Dupuis, G., Kergoat, M.-J., & Bherer, L. (2013). Benefits of Physical Exercise Training on Cognition and Quality of Life in Frail Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68(3), 400-404. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbs069>

- Thomas, B. P., Yezhuvath, U. S., Tseng, B. Y., Liu, P., Levine, B. D., Zhang, R., & Lu, H. (2013). Life-long aerobic exercise preserved baseline cerebral blood flow but reduced vascular reactivity to CO₂. *Journal of Magnetic Resonance Imaging: JMRI*, 38(5), 1177-1183. <https://doi.org/10.1002/jmri.24090>
- World Health Organization. (2018, février 5). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- World Health Organization. (2020a). *WHO | Physical Inactivity : A Global Public Health Problem*. WHO; World Health Organization. https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/
- World Health Organization. (2020b). *WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour* (p. 1-93). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336656>

La qualité de vie liée à la santé et la participation sociale des personnes âgées souffrant de perte auditive et de leurs proches

Adriana Lacerda^{1,2}, Ph.D., Wendy Tat², Catherine Marcotte¹, BHRM, Perrine Morvan³, M.Sc., Israel Bispo⁴, M.Sc., Lydia Redjah², B.Sc., Ana Cristina Guarinello⁴, Ph.D., Adrian Fuente^{1,2}, Ph.D., Ronald Choquette¹, Ph.D., Jean-Pierre Gagné^{1,2,5,6}, Ph.D.

1 École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal | 2 Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal – CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal | 3 Université Montpellier, France | 4 Universidade Tuiuti do Paraná, Brésil | 5 Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, Montréal | 6 Titulaire de la Chaire de la Fondation Caroline-Durand en audition et vieillissement, Université de Montréal

 Adriana.Lacerda@UMontreal.ca

Introduction

La presbycousie est un problème de santé chronique souvent sous-estimée malgré la présence d'impacts considérables sur la qualité de vie (QV) et la participation sociale (PS), autant pour la personne malentendante que ses proches. Les conséquences incluent des problèmes de communication, des changements de comportement suscitant des sentiments négatifs, ainsi qu'une réduction de la participation sociale menant à un isolement progressif. L'objectif principal de cette étude est de déterminer si la perte auditive (PA) et l'utilisation d'aides auditives (AA) chez les personnes âgées ayant une perte auditive liée à l'âge (PALA) ont un impact sur leur qualité de vie et leur participation sociale, ainsi que sur celles de leurs proches.

Méthodologie

Participants. Un total de 180 sujets est visé pour le recrutement, incluant 90 personnes âgées d'au moins 60 ans et leurs proches. Les dyades sont réparties en 6 groupes de 30 : groupe contrôle 1 - aînés normo-entendants (seuils aériens ≤ 25 dBHL); groupe 2 - aînés ayant une PALA (seuils aériens entre 26-69 dBHL) et n'utilisant pas d'AA; groupe 3 - aînés ayant une PALA (seuils aériens entre 26-69 dBHL) et utilisant des AA régulièrement depuis au moins un an; groupes 4, 5 et 6 - proches des groupes 1, 2 et 3 respectivement. Pour les groupes 1, 2 et 3, les critères d'inclusion sont l'utilisation du français comme langue principale, avoir au moins 60 ans et ne pas présenter d'antécédent de troubles neurologiques ou psychiatriques ni de problèmes

de santé majeurs. Les surdités reliées à une exposition au bruit ou à une condition de l'oreille constituent un critère d'exclusion. Pour les groupes 4, 5 et 6, ils doivent avoir au moins 18 ans.

Protocole. L'étude comporte deux phases, soit l'administration de questionnaires et une évaluation audiolologique.

Phase 1. La Mesure des habitudes de vie (MHAVIE 3.1) évaluera le niveau de PS (Fougeyrollas et al., 2002). Le *Hearing Handicap Inventory for Elderly-Screening* (HHIE-S) mesurera la qualité de vie liée à la santé (QVLS; Ventry & Weinstein, 1983). Le *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-BREF) évaluera la QV générale (Skevington et al., 2004). L'ordre de passation de ces trois principaux outils de mesure est randomisé. D'autres questionnaires sont utilisés pour identifier des facteurs pouvant influencer la QVLS et la PS, notamment la version à distance du questionnaire MoCa qui évaluera les habiletés cognitives et un questionnaire socio-démographique qui recueillera certaines variables prédictibles (âge, sexe, lieu de résidence rural ou urbain, niveau de scolarisation, statut socio-économique, état civil, type d'habitation, auto-perception sur leur audition, appareillage auditif).

Phase 2. L'évaluation audiolologique comprend la visualisation des conduits auditifs externes, la tympanométrie et l'audiométrie tonale par conduction aérienne à 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz. Pour le groupe 3, le gain prothétique (audiométrie tonale aérienne en champ libre, sans et avec amplification aux mêmes fréquences) et des mesures de *data logging* et de situations d'écoute sont récoltées.

Analyse statistique. Des analyses de variance (ANOVA) comportant un seul facteur inter-sujet à 3 niveaux seront effectuées pour chaque concept incluant les différents domaines et les scores totaux des trois questionnaires entre les groupes ($p < 0,05$). Une comparaison par paires avec la correction de Bonferroni sera également réalisée le cas échéant pour déterminer les groupes en question. Les scores seront considérés dans l'analyse seulement si le participant a répondu à au moins 70% des items pour le concept calculé. L'estimation de la taille d'effet sera rapportée en termes d'êta-carré partiel et la différence de moyenne de scores avec des intervalles de confiance de niveau 95%. Les analyses ont été effectuées avec le logiciel SPSS (version 26) avec un seuil de significativité de 5%.

Résultats préliminaires

Au terme du projet pilote incluant seulement la première phase du protocole, 72 participants (36 dyades) ont été recrutés. Sur les 36 aînés, 8 ont été exclus et 4 ont retiré leur participation. Ainsi, les scores de 24 aînés et leurs proches respectifs ont été analysés. Puisque la deuxième phase du protocole n'a pas été complétée à ce jour en raison de la pandémie, la formation des groupes est seulement basée sur l'auto-perception des difficultés auditives. Le nombre de participants dans chaque groupe est: groupe 1=9, groupe 2=8, groupe 3=7, groupe 4=9, groupe 5=8 et groupe 6=7.

Des tests non-paramétriques de Mann-Whitney ont été réalisés dans chaque groupe. Les analyses de variance démontrent une différence significative au HHIE-S pour les scores total ($p>0,05$), émotionnel ($p>0,05$) et social ($p=0,001$). Une comparaison par paires indique que la différence des moyennes est statistiquement attribuable aux scores des groupes 1 et 3. Le groupe 2 ne diffère pas significativement des deux autres. Concernant le WHOQOL-BREF et le MHAVIE, aucune différence significative ($p>0,05$) n'est observée, autant entre les groupes des participants qu'entre ceux des proches.

Discussion

Les résultats préliminaires suggèrent que les aînés avec difficultés auditives et utilisant un ou deux AA ont une diminution de leur QVLS, en comparaison avec le groupe d'aînés ne rapportant pas de difficultés auditives. La différence de moyenne de score du HHIE-S entre les groupes 1 et 3 est le seul résultat significatif ($p<0,05$), autant pour les scores émotionnel, social et total. Aucun effet significatif sur la QV globale et la PS n'a été détecté pour les aînés ni les proches, puisqu'aucune différence significative ($p>0,05$) n'a été observée entre les moyennes des scores du WHOQOL-BREF et du MHAVIE. Ces résultats ne concordent pas avec nos hypothèses ni avec celles des études précédentes. Un impact positif de l'utilisation d'AA sur la QVLS et la QV générale ainsi que sur la QVLS spécifique à l'audition (HHIE) est attendu puisqu'ils aideraient à compenser les conséquences d'une PALA en améliorant indirectement la PS aux activités de la vie quotidienne (Carniel et al., 2017; Stark & Hickson, 2004). Toutefois, comme les questionnaires utilisés évaluent l'auto-perception de la QV, la

QVLS et la PS, ils peuvent être influencés par différents facteurs individuels, notamment les caractéristiques sociodémographiques, audiolinguistiques et psychocomportementales (Lazzarotto et al., 2019).

Conclusion

L'étude se poursuit afin de recruter davantage de participants et de préciser les résultats préliminaires obtenus puisque plusieurs facteurs audiolinguistiques importants sont absents.

Références

- Carniel, C. Z., Sousa, J. C. F. de, Silva, C. D. da, Fortunato-Queiroz, C. A. de U., Hyppolito, M. Â., & Santos, P. L. dos. (2017). Implicações do uso do Aparelho de Amplificação Sonora Individual na qualidade de vida de idosos. *CoDAS*, 29(5). <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20172016241>
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., Dion, S., Lepage, C., Sévigny, M., & St Michel, G. (2002). La Mesure des habitudes de vie. *MHAVIE. Guide d'utilisateur. Québec, Canada: Réseau international du processus de production du handicap.*
- Lazzarotto, S., Martin, F., Saint-Laurent, A., Hamidou, Z., Aghababian, V., Auquier, P., & Baumstarck, K. (2019). Coping with age-related hearing loss : Patient-caregiver dyad effects on quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 17(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1161-6>
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment : Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>
- Stark, P., & Hickson, L. (2004). Outcomes of hearing aid fitting for older people with hearing impairment and their significant others. *International Journal of Audiology*, 43(7), 390-398. <https://doi.org/10.1080/14992020400050050>
- Ventry, I. M., & Weinstein, B. E. (1983). Identification of elderly people with hearing problems. *ASHA*, 25(7), 37-42.

La communication en temps de pandémie : quel est l'impact des mesures sanitaires sur les personnes présentant une déficience auditive?

Alexis Pinsonnault-Skvarénina^{1,2}, Ph.D., Mathieu Hotton^{3,4}, Ph.D., Andréanne Sharp³, Ph.D., Ronald Choquette¹, Ph.D., Ana Ines Ansaldo^{1,5}, Ph.D., Élodie Tremblay¹, M.Sc., Jean-Pierre Gagné^{1,2,5,6}, Ph.D., et Adriana Lacerda^{1,5}, Ph.D.

1 École d'orthophonie et d'audiologie, Faculté de médecine, Université de Montréal | 2 Centre de recherche interdisciplinaire en réadaptation du Montréal métropolitain, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal | 3 Département de réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval | 4 Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale, CIUSSS de la Capitale-Nationale | 5 Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal, CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal | 6 Titulaire de la Chaire de la Fondation Caroline-Durand en audition et vieillissement, Université de Montréal

Introduction

Afin de limiter la propagation de la COVID-19, des mesures de protection ont été mises en place, comme la distanciation physique et l'utilisation de masques et de visières. Certaines mesures peuvent avoir un impact négatif sur la communication, particulièrement pour les personnes âgées qui ont une perte auditive (Pinsonnault-Skvarénina et al., 2021). Les résultats d'études récentes ont révélé que le masque chirurgical agit comme un filtre acoustique, réduisant le niveau sonore entre 4 et 12 dB (Goldin et al., 2020). Bien que les visières et les masques avec fenêtre permettent la lecture labiale, ils atténuent le signal de la parole davantage que les masques en tissu opaque, avec une atténuation entre 11 et 14 dB (Corey et al., 2020) (Corey et al., 2020). Dans une vaste étude menée au Royaume-Uni, il a été découvert que les masques avaient un impact négatif sur la communication, en particulier dans un cadre médical (Saunders et al., 2021). Ils auraient également un impact sur la relation avec le locuteur et augmenteraient le niveau d'anxiété et de stress chez la personne malentendante (Naylor et al., 2020; Saunders et al., 2021). Il a également été suggéré que les masques diminuent le sentiment de confiance entre le patient et le professionnel de la santé (Mehta et al., 2020). En raison de ces difficultés de communication, une augmentation du nombre de patients âgés se procurant des appareils auditifs a été observée (Ertugrul & Soylemez, 2021).

La plupart des études menées ont été conçues spécifiquement pour mesurer l'impact des couvre-visages sur la communication générale. En outre, peu ont comparé la communication dans différentes situations de communication quotidiennes (par ex. à la pharmacie ou au supermarché) entre des individus malentendants et ceux ayant une audition normale. Le but de cette étude pilote était d'étudier les effets communicationnels et psychosociaux des mesures de protection contre la COVID-19 sur six activités quotidiennes pour les personnes malentendantes, par rapport à leurs pairs normo-entendants.

Méthodologie

Un questionnaire auto administré intégrant les principes de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF; Organisation mondiale de la santé, 2001) a été développé. Ce questionnaire visait à documenter, d'un point de vue psychosocial, les difficultés de communication causées par les mesures de protection contre la COVID-19 vécues dans différentes activités de communication (pharmacie, restaurant, supermarché, rendez-vous médical et réunion familiale). Le questionnaire était accessible en ligne sur la plateforme Lime Survey.

Les participants, âgés de 18 ans ou plus, ont été recrutés par affichage dans des cliniques privées d'audiologie, dans des hôpitaux et des centres de réadaptation, ainsi que par des invitations envoyées dans les infolettres d'Audition Québec (organisme de soutien pour les personnes malentendantes). Les participants ayant reçu un diagnostic de perte auditive ont été inclus dans le groupe de perte auditive; les autres formaient le groupe contrôle.

Résultats

Au total, 35 personnes malentendantes et 24 contrôles ont participé à l'étude pilote. Comme attendu, les participants ayant une perte auditive étaient significativement plus âgés ($p < 0,001$). Ils avaient également un niveau d'éducation inférieur ($p = 0,013$) et déclaraient un état de santé général moins bon ($p = 0,046$). Parmi les participants avec une perte auditive, 50% ont déclaré qu'elle était modérée, et 40% ont déclaré porter deux appareils auditifs. Environ 55% de ceux-ci portaient des appareils auditifs depuis plus de 10 ans.

Dans la plupart des activités quotidiennes, les participants ont signalé que le masque et la visière, la distanciation physique et les panneaux en plastique étaient utilisés. Près de 80% des participants des deux groupes ont déclaré que le masque était la mesure la plus problématique pour la communication. Viennent ensuite la distanciation physique (40% et 20% dans les groupes de perte auditive et contrôle, respectivement) et les panneaux de plastique (35% dans les deux groupes). Les participants ont été interrogés sur l'impact des mesures contre la COVID-19 sur leur communication dans six contextes de communication différents. Un effet de groupe ($p=0,013$) et de contexte de communication ($p<0,001$) est mesuré. Ainsi, les participants avec une perte auditive rapportent 2 à 3 fois plus d'impacts des mesures sur leur communication dans les différents contextes, mais l'impact n'est pas le même selon la situation de communication. La communication dans un supermarché semble être la plus affectée, alors que celle dans une réunion familiale est la moins affectée. Lorsqu'interrogés sur les niveaux de dérangement concernant les bris de communication causés par les mesures contre la COVID-19, un résultat similaire a été obtenu.

Selon la situation de communication, 37 à 55% des participants malentendants ont déclaré que les bris de communication étaient fréquents, alors que cette proportion était de moins de 5% dans le groupe contrôle. Ces proportions étaient significativement différentes ($p<0,001$). De plus, 5 à 25% des participants malentendants ont déclaré qu'ils limitaient fréquemment leur participation aux activités quotidiennes en raison de ces bris de communication. Les émotions négatives associées aux difficultés auditives (par ex. : frustration, désespoir) étaient plus souvent rapportées dans le groupe avec une perte auditive ($p<0,001$). Entre 10 et 25% du groupe avec perte auditive et moins de 5% du groupe contrôle ont déclaré avoir eu fréquemment des émotions négatives.

Discussion et conclusion

Nos résultats montrent que les personnes malentendantes rapportent 2 à 3 fois plus d'impacts négatifs et de dérangement liés aux bris de communication causés par les mesures contre la COVID-19 que leurs pairs sans perte auditive. Ils rapportent également davantage de restrictions de participation et d'émotions négatives. Cette étude pilote démontre l'impact important des mesures sanitaires sur la communication

des personnes malentendantes en temps de pandémie, particulièrement chez les personnes âgées, et soulève des enjeux en lien avec leur participation sociale, leur qualité de vie et leur santé mentale.

Références

- Corey, R. M., Jones, U., & Singer, A. C. (2020). Acoustic effects of medical, cloth, and transparent face masks on speech signals. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 148(4), 2371-2375. <https://doi.org/10.1121/10.0002279>
- Ertugrul, S., & Soylemez, E. (2021). Explosion in hearing aid demands after Covid-19 outbreak curfew. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 278(3), 843-844. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06246-7>
- Goldin, A., Weinstein, B., & Shiman, N. (2020). How do medical masks degrade speech perception. *Hearing review*, 27(5), 8-9.
- Mehta, U. M., Venkatasubramanian, G., & Chandra, P. S. (2020). The “mind” behind the “mask”: Assessing mental states and creating therapeutic alliance amidst COVID-19. *Schizophrenia Research*, 222, 503-504. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.05.033>
- Naylor, G., Burke, L. A., & Holman, J. A. (2020). Covid-19 Lockdown Affects Hearing Disability and Handicap in Diverse Ways : A Rapid Online Survey Study. *Ear & Hearing*, 41(6), 1442-1449. <https://doi.org/10.1097/AUD.0000000000000948>
- Organisation mondiale de la santé [World Health Organization]. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO.
- Pinsonnault-Skvarenina, A., Lacerda, A. B. M. de, Hotton, M., & Gagné, J.-P. (2021). Communication With Older Adults in Times of a Pandemic : Practical Suggestions for the Health Care Professionals. *Public Health Reviews*, 42, 1604046. <https://doi.org/10.3389/phrs.2021.1604046>
- Saunders, G. H., Jackson, I. R., & Visram, A. S. (2021). Impacts of face coverings on communication : An indirect impact of COVID-19. *International Journal of Audiology*, 60(7), 495-506. <https://doi.org/10.1080/14992027.2020.1851401>

L'avenir prometteur de la gériatrie et de la gérontologie sociale!

En épilogue de ce colloque, il importe de souligner le rôle de la gériatrie et de la gérontologie sociale (GGS) dans le renforcement du tissu social de nos communautés, et ce, afin de favoriser davantage et mieux la participation sociale et un mode de vie sain et actif des aînés. Essentiellement, le colloque s'est engagé dans la poursuite de la co-construction de la GGS, en regroupant cliniciens, chercheurs, aînés et membres de la communauté. Le partage d'expériences, d'interventions et de savoirs entre les participants et le public a révélé une richesse de débats et des discussions qui nécessitent d'être poursuivies.

Avec plus des 21 présentations, incluant les tables-rondes, le colloque a permis de dégager les faits saillants suivants :

- les aînés ont le désir de partager leurs expériences et de participer aux interventions. Ce partage permet d'établir un lien de confiance qui contribue à la réussite de l'intervention;
- lors d'une situation d'isolement, la personne aînée n'est pas l'unique responsable, son milieu de vie et sa communauté doivent promouvoir et faciliter la participation sociale et l'adoption d'un mode de vie sain et actif;
- il importe d'encourager l'approche de proximité et la mobilisation des acteurs de la communauté au sein d'un processus de concertation intersectorielle;
- les intervenants connaissant bien le territoire peuvent mobiliser les membres des réseaux;
- il faut adapter les interventions réussies à différents contextes; notamment pour développer une culture organisationnelle de bienveillance et de bienveillance.

Le colloque aura aussi permis de souligner la persévérance de l'engagement de divers acteurs à plusieurs niveaux. Tout comme pour le présent colloque, il importe de stimuler la recherche et les partenariats de la GGS au sein de la communauté québécoise. La relève en GGS est passionnée, dynamique et intéressée. La formation de cette relève doit se poursuivre, non seulement en recherche, mais aussi sur le terrain et en clinique. Comme en font foi les enregistrements des présentations et des capsules, il sera hautement intéressant de suivre le parcours des jeunes chercheuses

et chercheurs en GGS. Enfin, le soutien à long terme du milieu politique est essentiel, et ce, afin que le partenariat entre les cliniciens, les chercheurs, les aînés et les membres de la communauté puisse contribuer aux politiques nationales et garantir le soutien financier de la GGS.