

***Participe-présent* : co-construction d'un programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales**

Co-construction of a program to promote community participation among seniors living with psychosocial issues, with or without mental health problems

Manon Parisien, Kareen Nour, Anne-Marie Belley, Ginette Aubin, Véronique Billette et Bernadette Dallaire

Volume 42, numéro 1, printemps 2017

Santé mentale des populations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1040250ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1040250ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Parisien, M., Nour, K., Belley, A.-M., Aubin, G., Billette, V. & Dallaire, B. (2017). *Participe-présent* : co-construction d'un programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 183–204. <https://doi.org/10.7202/1040250ar>

Résumé de l'article

Contexte Plusieurs aînés québécois vivent avec des problèmes de santé mentale (PSM) ou des difficultés psychosociales telles que l'isolement, le deuil et la détresse psychologique. Ces personnes cumulent plusieurs formes d'exclusion sociale. Cet article relate le développement et décrit les composantes d'un programme visant à promouvoir la participation communautaire de cette population.

Méthode Une démarche de co-construction de pratiques innovantes en promotion de la santé a été utilisée en vue de développer un programme ayant un large potentiel de déploiement. Le processus a inclus plusieurs étapes : l'analyse de besoins, le développement d'un modèle logique, la validation des outils d'intervention par un comité d'experts et la mise à l'essai du programme. Ces étapes ont permis l'ajustement continu de l'intervention en fonction de la rétroaction des parties prenantes.

Résultats *Participe-présent* vise à favoriser l'utilisation des ressources de la communauté susceptibles de fournir des occasions d'activités et des espaces de contacts sociaux aux aînés aux prises avec des difficultés psychosociales, avec ou sans PSM. Fondé sur l'approche par les forces, il propose : un entretien individuel, un atelier de huit rencontres, des visites de ressources communautaires et une activité collective de communication médiatique. La mise à l'essai pilote par cinq organismes a montré l'aspect prometteur du programme.

Conclusion Le principal levier du projet a été la conciliation des expertises pratiques, conceptuelles et expérientielles des collaborateurs. Le projet a fait face à des défis, notamment des facteurs contextuels tels que l'organisation des services en santé mentale pour les aînés. Des études additionnelles sont nécessaires pour vérifier l'efficacité du programme.

***Participe-présent* : co-construction d'un programme visant la participation communautaire des aînés qui vivent des difficultés psychosociales**

Manon Parisien^a

Kareen Nour^b

Anne-Marie Belley^c

Ginette Aubin^d

Véronique Billette^e

Bernadette Dallaire^f

RÉSUMÉ Contexte Plusieurs aînés québécois vivent avec des problèmes de santé mentale (PSM) ou des difficultés psychosociales telles que l'isolement, le deuil et la détresse psychologique. Ces personnes cumulent plusieurs formes d'exclusion

- a. Manon Parisien, erg., M. Sc., Agente de planification de programmation et de recherche, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS) du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- b. Kareen Nour, Ph. D., Chef de service régional, Gestion des menaces et Santé environnementale, Direction de santé publique de la Montérégie; Professeure agrégée de clinique, École de santé publique, Université de Montréal; Chercheur régulière, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).
- c. Anne-Marie Belley, erg., M. Sc., Assistante de recherche, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).
- d. Ginette Aubin, erg., Ph. D., OT(c), Professeure au Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières; Chercheur régulière, Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (CREGÉS).
- e. Véronique Billette, Ph. D., Coordinatrice de l'équipe de recherche en partenariat FRQSC Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES), Institut national de la recherche scientifique.
- f. Bernadette Dallaire, Ph. D., Professeure agrégée, École de service social, Université Laval; Codirectrice, Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés, Université Laval.

sociale. Cet article relate le développement et décrit les composantes d'un programme visant à promouvoir la participation communautaire de cette population.

Méthode Une démarche de co-construction de pratiques innovantes en promotion de la santé a été utilisée en vue de développer un programme ayant un large potentiel de déploiement. Le processus a inclus plusieurs étapes : l'analyse de besoins, le développement d'un modèle logique, la validation des outils d'intervention par un comité d'experts et la mise à l'essai du programme. Ces étapes ont permis l'ajustement continu de l'intervention en fonction de la rétroaction des parties prenantes.

Résultats *Participe-présent* vise à favoriser l'utilisation des ressources de la communauté susceptibles de fournir des occasions d'activités et des espaces de contacts sociaux aux aînés aux prises avec des difficultés psychosociales, avec ou sans PSM. Fondé sur l'approche par les forces, il propose : un entretien individuel, un atelier de huit rencontres, des visites de ressources communautaires et une activité collective de communication médiatique. La mise à l'essai pilote par cinq organismes a montré l'aspect prometteur du programme.

Conclusion Le principal levier du projet a été la conciliation des expertises pratiques, conceptuelles et expérientielles des collaborateurs. Le projet a fait face à des défis, notamment des facteurs contextuels tels que l'organisation des services en santé mentale pour les aînés. Des études additionnelles sont nécessaires pour vérifier l'efficacité du programme.

MOTS CLÉS co-construction, promotion de la santé mentale, pratiques innovantes, personnes âgées

Co-construction of a program to promote community participation among seniors living with psychosocial issues, with or without mental health problems

ABSTRACT Objectives A significant proportion of Quebec seniors are living with mental health problems or psychosocial issues such as isolation, bereavement, and psychological distress. These people face many forms of exclusion and are likely to have limited social participation. This paper describes the co-construction steps of a program aimed at promoting community participation among this population.

Methods A method for the co-construction of innovative practices in health promotion was used to develop a program that is relevant, rigorous and feasible in diverse settings. The process included several steps, notably: need analysis among seniors and practitioners, development of a logical model for the program, preparation of the leader's manual, validation of the manual by experts, and pilot testing of the program among groups of seniors.

Results The goal of the *Count me in!* program is to promote utilization of the resources of the community that can provide seniors living with mental health conditions or psychosocial issues with activities and positive social contact. The

intervention is based on the Strength Model. It includes an individual interview, an eight-meeting workshop, visits to community resources, and collective production of media communication.

Conclusion A co-construction process allowed the program to be continuously adjusted in response to stakeholders' feedback. The most important lever for the co-construction was the reconciliation of the partners' practical, conceptual, and experiential expertise. However, contextual factors such as the organization and the availability of mental health services for seniors constituted important barriers to the process.

KEYWORDS co-construction, social participation, innovative practices, seniors, mental health promotion, inclusion

INTRODUCTION

On estime à 13 % la prévalence des problèmes de santé mentale (PSM), diagnostiqués ou non, chez les Québécois âgés de 65 ans et plus¹. Ces aînés sont plus susceptibles que les personnes plus jeunes de présenter des comorbidités telles qu'une perte d'audition, une altération des fonctions cognitives, des limitations fonctionnelles, et d'avoir besoin d'assistance pour les soins personnels, la gestion des médicaments et pour d'autres activités quotidiennes². Les PSM ont des répercussions sur les conditions de vie des aînés et sur leurs opportunités d'exercer des rôles sociaux valorisants³. Ces aînés sont donc moins enclins d'avoir un mode de vie socialement actif que ceux n'ayant pas de problème de santé mentale⁴. Ils font partie des populations vulnérables, à risque de vivre des situations d'exclusion, liées à la fois à leur vieillissement et à leur problème de santé mentale^{5,6}.

Décliné en de multiples définitions, le concept de participation sociale peut se rapporter à des dimensions liées au fonctionnement dans la vie quotidienne, aux interactions sociales, au réseau social et à l'associativité structurée⁷. Il est reconnu que la participation sociale contribue au maintien de la santé et du bien-être des aînés⁷. Être actif socialement est associé à une réduction des risques de mortalité⁸, de dépression⁹, de déclin cognitif et fonctionnel¹⁰, en plus d'être associé à une amélioration de la perception de l'état de santé¹¹ et du sentiment de bien-être¹² ainsi qu'à une utilisation moindre des services sociaux et de santé¹³. C'est pourquoi la participation sociale fait maintenant partie de cadres stratégiques dans le domaine du vieillissement et de la santé mentale¹⁴. Pourtant, les aînés vivant avec des PSM constituent une clientèle souvent mal desservie par les services de santé et communautaires¹⁵.

Alors qu'il existe plusieurs interventions visant à favoriser la participation sociale des aînés¹⁶, très peu ciblent les défis particuliers soulevés par les PSM. Par contre, quelques programmes ont été développés spécifiquement pour renforcer les compétences sociales et favoriser l'autogestion des symptômes de PSM chez les aînés, notamment le *Functional adaptation skills training-FAST*¹⁷, le *Cognitive behavioural social skills training* et le programme *Helping older people experiences success-HOPES*¹⁸. Ces programmes sont habituellement réservés aux personnes qui vivent des PSM graves et persistants et sont offerts dans des milieux cliniques spécialisés¹⁹.

Or, selon une perspective populationnelle, il serait opportun de rendre disponibles des interventions de promotion de la santé mentale pouvant être offertes dans différents milieux, incluant les organismes communautaires, à une population cible élargie²⁰. Cet article relate le processus de co-construction et décrit les principales composantes d'un programme de promotion de la participation sociale destiné aux aînés, avec ou sans diagnostic en santé mentale, qui vivent des problèmes psychosociaux qui peuvent limiter leur participation aux ressources de leur communauté.

LA CO-CONSTRUCTION DU PROGRAMME

Le Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS-CO) a, entre autres mandats, de développer, d'évaluer et de transférer des interventions novatrices abordant des aspects sociaux du vieillissement. C'est dans ce contexte qu'en 2012, une équipe de pilotage interdisciplinaire composée de deux intervenants, de trois chercheuses et d'une professionnelle de recherche, s'est donnée comme mandat de développer un programme qui pourrait être implanté dans une variété de contextes, incluant des organismes communautaires, des installations du réseau de la santé et des services sociaux et des ressources résidentielles (ex. : logement social, loyers supervisés). Pour ce faire, l'équipe a eu recours à la « Démarche de co-construction de pratiques innovantes en promotion de la santé » proposée par Parisien, Nour et Laforest (2011). Cette méthode implique une évolution continue et simultanée de trois dimensions importantes du développement de pratiques soit : l'élaboration des outils d'intervention, l'évaluation et le transfert (figure 1). Elle tire ses fondements des modèles de planification en promotion de la santé²¹, de gestion de projets²², de

FIGURE 1

Démarche de co-construction du programme *Participe-présent*

	PHASE 1 Définir	PHASE 2 Conceptualiser	PHASE 3 Créer les outils	PHASE 4 Mettre à l'essai	PHASE 5 Déployer	PHASE 6 Consolider
DÉVELOPPER	Préciser le périmètre du programme (ex.: but, population)	Choisir le cadre théorique et créer le modèle logique du programme	Écrire la première version des outils d'animation du programme	Créer des outils complémentaires (ex.: matériel de recrutement, grilles de suivi)	Éditer les outils d'animation (ex.: illustration, graphisme)	Réviser périodiquement les outils pour les adapter à l'évolution des pratiques
ÉVALUER	Évaluer les besoins, analyser la problématique et le contexte d'implantation	Valider la pertinence, la cohérence et la vraisemblance du modèle logique	Valider le contenu du programme auprès d'acteurs rattachés des expertises complémentaires	Appliquer le programme pour vérifier sa faisabilité et son acceptabilité par la population cible	Étudier les effets et les processus du programme via une recherche évaluative	Analyser l'efficacité du programme et les facteurs influençant sa pérennité
TRANSFERER	Soulever l'intérêt des futurs utilisateurs du programme	Consulter les acteurs clés pour déterminer le contenu et le format du programme	Considérer le contexte d'implantation pendant la création des outils du programme	Ajuster le programme selon la rétroaction des utilisateurs et de la population cible	Offrir de la formation et du soutien-conseil pour faciliter l'appropriation du programme	Déployer des stratégies pour promouvoir l'utilisation continue du programme

Encadré: phases présentées dans l'article

transfert de connaissances²³ et d'évaluation de programmes²⁴. Alors que les quatre premières phases de la démarche mènent au développement de l'intervention comme tel, les phases suivantes portent sur son évaluation dans une perspective de recherche évaluative et sur son déploiement élargi. Cet article décrit les activités liées aux quatre premières phases, soit celles de définition du projet, de conceptualisation de l'intervention, de création des outils et de mise à l'essai. Un certificat d'éthique a été obtenu du CIUSSS-CO pour procéder à l'analyse des besoins auprès de la population cible et à la mise à l'essai du programme au sein de milieux de pratique.

Phase 1. Définir le projet

La première phase de la démarche de co-construction était d'analyser les besoins pour préciser le périmètre du projet, c'est-à-dire d'identifier la population cible, le but, le contexte d'implantation et le format de l'intervention à développer. Pour ce faire, l'équipe de pilotage s'est principalement appuyée sur les résultats d'une évaluation préalable des services de santé mentale et sur des échanges avec des parties prenantes.

En 2009-2010, Nour et coll. ont procédé à une évaluation des services communautaires en santé mentale pour aînés du CSSS Cavendish-CAU (maintenant intégré au CIUSSS-CO). Pour ce faire, ils ont mené quatre entretiens individuels auprès de gestionnaires d'une équipe de santé mentale, deux groupes de discussions focalisées auprès d'intervenants en santé mentale (n = 12) et trois entrevues individuelles auprès d'usagers des services de santé mentale, âgés de 60 ans et plus (n = 30)²⁵. Cette évaluation a notamment permis de constater que les usagers des services de santé mentale avaient très peu de contacts dans la communauté. Elle a aussi mis en lumière l'existence d'une population qui était moins bien desservie, soit les personnes aînées sans diagnostic spécifique en santé mentale, mais qui présentaient des conditions psychosociales telles que l'isolement, des difficultés d'adaptation, une perte d'autonomie psychosociale et de la détresse psychologique.

Ultérieurement, des échanges informels réalisés avec quatre gestionnaires de services pour personnes âgées ou de santé mentale de différents établissements du réseau de la santé ont permis de constater une importante variation dans l'organisation des services en santé mentale. Cette disparité a d'ailleurs été soulevée par l'Association des médecins psychiatres du Québec²⁶. Des entretiens semi-dirigés ont aussi été réalisés auprès de responsables et d'intervenants de deux organismes communautaires spécialisés en santé mentale et de deux organismes communautaires non spécialisés. Il en est ressorti que les responsables et intervenants des milieux spécialisés se questionnaient sur l'adéquation de leur programmation en fonction des besoins de leur clientèle vieillissante tandis que ceux qui œuvraient dans des organismes non spécialisés rapportaient un certain inconfort à l'égard de la clientèle aînée qui vit des PSM. Ainsi, malgré des expertises et des niveaux d'action variables en ce domaine, les acteurs consultés ont tous validé la pertinence de développer une intervention ciblant spécifiquement la santé mentale, le vieillissement et la participation sociale.

La phase de définition de projet a mené l'équipe de pilotage à statuer sur le périmètre de l'intervention à développer. Ainsi, afin de rejoindre une plus large population, il a été décidé que le programme soit destiné aux aînés vivant avec des problèmes psychosociaux, avec ou sans diagnostic spécifique en santé mentale. La participation sociale étant un concept pluriel²⁷, il a été retenu que le programme viserait spécifiquement la participation communautaire, ce que l'équipe a défini comme étant l'utilisation, par les aînés, des divers services et ressources de leur communauté pouvant être sources d'activités et

d'espaces de socialisation. Pour ce faire, une perspective de promotion de la santé a été privilégiée, misant sur l'amélioration du bien-être plutôt que sur le traitement de la problématique²⁸.

Finalement, l'équipe s'est fixé des caractéristiques à respecter lors du développement du programme, inspirées notamment des conditions de réussite identifiées par Shankland et Lamboy (2011) pour la promotion de la santé mentale et par l'équipe de Raymond (2008) au sujet des interventions favorisant la participation sociale des aînés :

- Accessible: cibler une population élargie, notamment les personnes plus difficiles à rejoindre (ex.: isolées ou à faible littéracie);
- Axé sur l'autonomisation: viser à rehausser le sentiment d'efficacité et les habiletés sociocognitives des participants (ex.: communication, résolution de problèmes);
- Expérientiel: offrir aux participants des occasions d'applications pratiques (ex.: expérimentations, jeux de rôle, vignettes), dans le contexte sécuritaire du groupe;
- Socialisant: faciliter la création de liens sociaux entre les participants et dans la communauté;
- Exhaustif: produire une trousse d'animation qui comprend les outils nécessaires pour optimiser la conformité et la qualité de l'implantation du programme;
- Flexible: adapter le programme à différents types d'animateurs (professionnels, intervenants communautaires et pairs aidants), de milieux (établissements du réseau de la santé et organismes communautaires) et de profils de participants.

Phase 2. Conceptualiser l'intervention

La seconde phase visait à élaborer la base théorique sur laquelle s'organiserait chacune des composantes du programme. L'équipe de pilotage a choisi l'approche d'intervention, a réalisé des entrevues auprès de représentants de la population cible et a organisé des rencontres de remue-méninges.

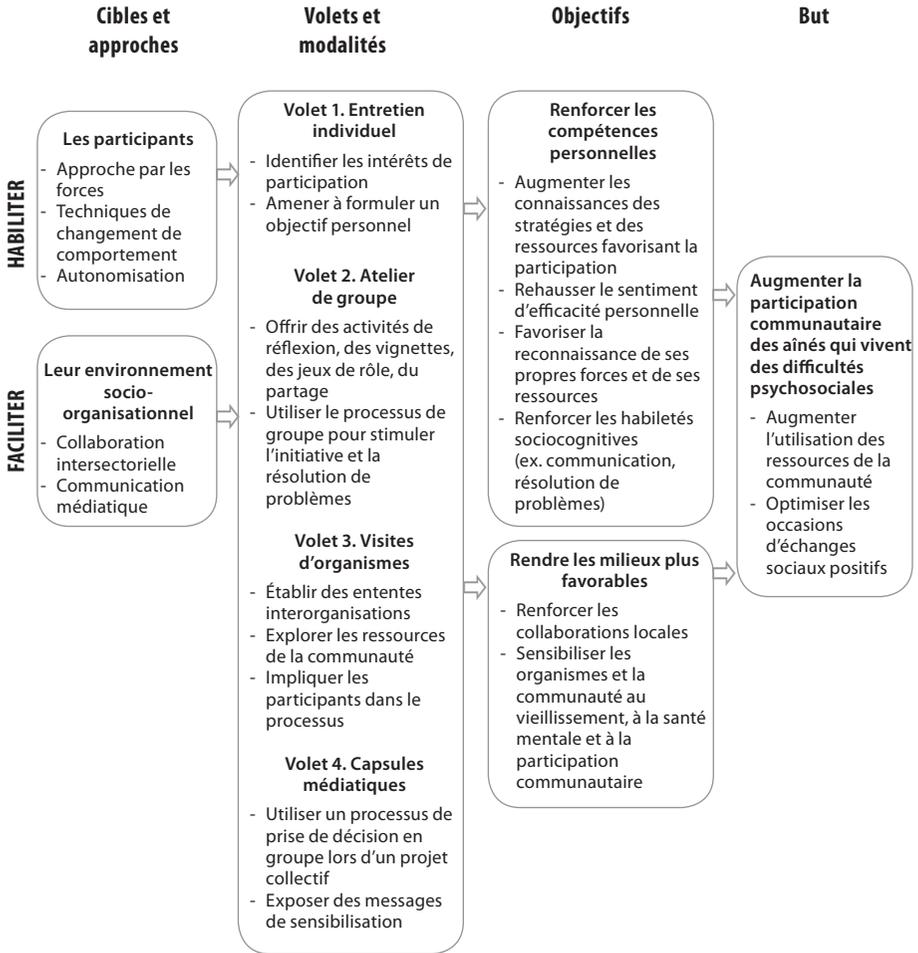
L'approche par les forces a été retenue comme principe organisateur du cadre théorique²⁹. Cette approche, d'abord développée pour les personnes vivant avec des PSM, se veut une alternative aux modèles traditionnels, centrés sur les problèmes et déficiences et propose des interventions misant plutôt sur les forces de la personne, notamment: ses attributs personnels; ses intérêts et ses aspirations; ses talents et ses habiletés de même que les ressources disponibles dans

son environnement³⁰. Elle est particulièrement pertinente dans une perspective de promotion de la santé puisque le résultat souhaité n'est pas l'absence de symptômes, mais plutôt l'intégration optimale de la personne dans la communauté et l'amélioration de sa qualité de vie²⁹.

Les écrits portant spécifiquement sur les forces qui favorisent la participation communautaire des aînés ayant des PSM ou des difficultés psychosociales sont rares, la plupart des chercheurs s'étant davantage intéressés aux obstacles³¹. Pour documenter la perspective de la population cible, des entrevues ont été réalisées auprès de personnes âgées de 50 à 79 ans (n = 12), vivant avec des problèmes psychosociaux (avec ou sans diagnostic en santé mentale), recrutées par des organismes communautaires. Au cours d'une entrevue semi-structurée d'une heure, les répondants étaient notamment appelés à décrire les activités qu'ils réalisaient dans leur communauté (leur participation) et à identifier ce qui les aidait à réaliser leurs activités (leurs forces et ressources). Les verbatim ont été transcrits et analysés. La richesse du contenu a mené l'équipe de pilotage à en faire l'objet d'une future publication. En bref, les forces qui ont été identifiées se regroupent en trois catégories : 1) des facteurs individuels (ex. : la confiance en soi, le sentiment d'appartenance, le budget); 2) des facteurs sociaux (ex. : l'attitude favorable des intervenants, la relation avec les autres membres des organismes); 3) des facteurs environnementaux (ex. : la programmation des organismes, l'aménagement des lieux, le transport).

Les remue-ménages de l'équipe de pilotage ont mené à la création du modèle logique visant à expliciter les mécanismes de changement prévus, notamment le but, les objectifs et les activités du programme (figure 2)³². Conformément à une perspective de promotion de la santé, il a été décidé que le programme s'articulerait autour de deux objectifs généraux soit : renforcer les compétences des participants en matière de participation communautaire, et rendre leur environnement socio-organisationnel plus favorable. Pour renforcer les compétences personnelles, le processus du programme s'inspire des cinq étapes de l'intervention par les forces proposées par Bougie (2010) : favoriser l'engagement et l'établissement du lien de confiance; identifier ses aspirations et ses intérêts en matière de participation communautaire; identifier un objectif de participation; renforcer ses compétences et acquérir des ressources puis favoriser le transfert dans la communauté. Pour favoriser la création d'environnements propices à la participation communautaire de cette population, les stratégies retenues ont été la sensibilisation via la communication médiatique et le renforcement de

FIGURE 2

Modèle logique de *Participe-présent*

la collaboration interorganisationnelle par le biais de l'organisation de visites d'organismes.

En vue d'en optimiser la pertinence, la cohérence et la vraisemblance³³, le modèle logique a subi de nombreux ajustements, au fil de l'avancement des travaux et des consultations auprès des membres d'un comité de validation. Les modalités de ces consultations sont expliquées à la prochaine phase.

Phase 3. Créer les outils d'intervention

Une fois les fondements théoriques établis, la troisième phase était de créer la première version des outils d'intervention puis de les valider auprès d'experts. Tel qu'illustré dans le modèle logique (figure 2), le programme se décline en quatre volets : 1) une rencontre individuelle ; 2) un atelier de groupe ; 3) des visites d'organismes communautaires et 4) la production de capsules médiatiques. Réalisée en début de programme, la rencontre individuelle consiste en un entretien structuré qui vise à amener le participant à identifier ses intérêts, ses forces ainsi que ses ressources et à formuler un objectif personnel de participation communautaire. Ensuite, l'atelier de groupe propose huit rencontres de 120 min sur des thèmes liés à la participation communautaire, soit : définir la participation ; reconnaître ses forces ; connaître les ressources de la communauté ; s'adapter au vieillissement ; participer sans trop dépenser ; renforcer ses habiletés sociales ; consolider son réseau et explorer la participation citoyenne. Plusieurs de ces thèmes avaient été identifiés comme des leviers à la participation par les 12 représentants de la population cible ayant participé aux entrevues lors de la phase précédente. Les activités sont à la fois réflexives et interactives (ex. : discussions, quiz, jeux de rôles, vignettes). Certaines ont été inspirées d'activités utilisées dans le domaine de la psychothérapie^{30,34}. Des techniques de changement de comportements ont été intégrées, notamment l'analyse des barrières, l'accent sur les réussites et le suivi post-intervention, dont le format a été décidé avec les participants³⁵.

L'organisation des visites d'organismes de la communauté est soutenue par des stratégies d'autonomisation³⁶ et plusieurs variantes sont proposées afin de convenir aux différents profils de participants (ex. : visite individuelle, en dyade ou en groupe). La production de capsules médiatiques est un projet collectif réalisé pendant les ateliers de groupe. Des techniques de prise de décision sont proposées pour amener le groupe à formuler des messages de sensibilisation sur la santé mentale, sur la participation communautaire et sur le vieillissement en vue de les insérer dans des canevas qui seront affichés sur le babillard de l'organisme ou déposés sur un site Internet.

Les animateurs prédestinés pour le programme sont : des intervenants des milieux communautaires et du réseau de la santé ou encore des pairs aidants certifiés. Les quatre volets ont été décrits dans une trousse d'animation qui comprend notamment : la base théorique du programme, les consignes d'animation, du matériel imprimé pour les

participants et des recommandations pour implanter le programme³⁷. La première version de la trousse et du modèle logique du programme a été soumise aux quatre membres de l'équipe de pilotage (principalement des chercheurs) ainsi qu'à un comité de validation formé de deux ergothérapeutes de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal, de deux membres du personnel de l'Association canadienne pour la santé mentale-Filiale de Montréal (ACSM-Mtl) et d'une chargée de projet de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (figure 3). La trousse leur a été acheminée de même qu'une grille de questions portant notamment sur: l'adéquation du programme pour la population cible, la faisabilité des activités, le processus du programme ainsi que le contenu et le format de la trousse d'animation. Chacun s'est vu offrir de transmettre ses commentaires par écrit ou par téléphone. Certains ont opté pour utiliser plusieurs moyens de rétroaction. Ainsi, des neuf experts consultés, cinq ont répondu par écrit aux questions sur la grille, cinq ont transmis leurs commentaires par téléphone et deux les ont annotés directement sur la trousse d'animation. Lors de la mise en commun des résultats de la validation (tableau 1), plusieurs suggestions ont été directement intégrées dans la

TABLEAU 1

Rétroaction des experts sur la version préliminaire du programme (extrait)

Dimensions	Éléments appréciés	Suggestions d'amélioration
Adéquation avec la population cible	<ul style="list-style-type: none"> - Répond à un besoin de la population cible - Bon potentiel d'application auprès de divers profils de participants 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarifier les critères d'inclusion du programme. - Rappeler aux animateurs qu'une certaine homogénéité du groupe est à privilégier. - Proposer plus d'alternatives pour adapter les activités aux participants qui nécessitent plus d'encadrement.
Faisabilité du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Bon potentiel d'implantation grâce à l'adaptabilité du format et des activités 	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter pour les personnes incapables de se rendre à l'organisme.
Processus du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Permet aux participants de jouer un rôle actif (ex.: planification des visites d'organismes) 	<ul style="list-style-type: none"> - Simplifier la préparation des activités afin de réduire la charge pour l'animateur.
Contenu et format de la trousse d'animation	<ul style="list-style-type: none"> - Thématiques pertinentes - Activités intéressantes - Consignes claires - Guide bien structuré 	<ul style="list-style-type: none"> - Suggérer des durées pour les activités. - Fournir des aide-mémoire pour aider l'animateur à se repérer dans la trousse. - Offrir une formation aux futurs animateurs pour faciliter l'appropriation du programme.

trousse et d'autres ont été transcrites dans un tableau afin de faciliter le suivi ultérieur avec le comité de pilotage.

Phase 4. Mettre le programme à l'essai

La mise à l'essai pilote visait à vérifier la faisabilité des divers volets du programme et à explorer leur acceptabilité pour la population cible³⁸. Cinq organismes ont été mobilisés : un centre communautaire de quartier, deux organismes communautaires spécialisés en santé mentale, un organisme offrant des services dans une habitation à loyer modique (HLM) et un centre de jour pour aînés en perte d'autonomie (tableau 2). L'offre du programme était sous la responsabilité des organismes, mais un petit fonds de démarrage a permis de dégager l'animateur pour participer à diverses activités de collecte en lien avec le projet.

Une ou deux rencontres préparatoires ont été réalisées auprès de chaque animateur afin de l'accompagner dans le processus suggéré dans le guide d'animation pour adapter les volets du programme en fonction du contexte et de la clientèle. Un suivi téléphonique informel de mi-implantation a permis de s'enquérir du déroulement de la mise à l'essai. En fin de programme, une entrevue semi-dirigée, à l'aide d'une grille, a permis de documenter l'appréciation des animateurs à l'égard des volets du programme et leurs observations quant à la réponse des participants. Finalement, les animateurs ont été invités à utiliser un journal de bord ou encore à inscrire directement sur le guide d'animation : les activités qu'ils n'avaient pas réalisées ou modifiées, celles qu'ils avaient ajoutées et les réactions des participants à chaque rencontre. Une collecte de données a aussi été menée auprès des participants (ex. : entrevues pré et post programme), ces données seront rapportées dans une future publication.

Les animateurs ont jugé les outils de l'entretien individuel pertinents et bien adaptés aux divers profils de participants. Par contre, deux intervenantes n'ont pas mené d'entretien individuel tel que proposé par le volet 1 du programme. Elle ont plutôt utilisé la grille d'entretien et le formulaire d'objectif personnel pendant une rencontre de groupe, par souci d'efficience et parce que le groupe correspondait davantage à leur mode d'intervention privilégié. Pour ce qui est de l'atelier de groupe, les adaptations ont été mineures. Certains animateurs ont néanmoins proposé des variantes supplémentaires pour certaines activités. Tous ont souligné que les activités étaient trop nombreuses, mais il n'y a pas eu de consensus sur celles à retirer. Il y

TABLEAU 2

Mise à l'essai du programme

Contexte Calendrier	Animatrices Participants	Exemples d'adaptation des volets du programme
Centre communautaire de quartier (Montréal) Automne 2015	Intervenante psychosociale Adultes et aînés ayant des difficultés psychosociales, en réinsertion professionnelle (n = 5)	Volet 1. Lors de l'entretien individuel, les intérêts et les forces relatifs au travail ont été explorés, sous forme de simulation d'entrevue d'embauche. Volet 2. Deux rencontres d'atelier de groupe ont été ajoutées, en salle informatique, pour préparer les visites d'organismes. Volet 3. Les visites d'organismes ont été réalisées en individuel ou en dyade, avec transport autonome. Volet 4. Les capsules médiatiques n'ont pas été réalisées.
Organisme communautaire spécialisé en santé mentale (en région) Printemps 2016	Éducatrices spécialisées (n = 2) Adultes et aînés vivant avec des PSM (n = 7)	Volet 1. L'entretien individuel a été appliqué tel que décrit dans le guide d'animation. Volet 2. Plusieurs activités de l'atelier n'ont pas été réalisées puisque les participants avaient davantage besoin de temps. Volet 3. Les visites ont été organisées par les participants, avec transport autonome. Volet 4. Les capsules médiatiques ont été affichées lors d'un événement organisé par un organisme partenaire.
Organisme communautaire pour aînés (Montréal) Printemps 2016	Intervenante de milieu Aînés d'un HLM vivant diverses difficultés psychosociales (n = 11)	Volet 1. L'entretien individuel n'a pas été réalisé. Volet 2. Une rencontre d'introduction a été ajoutée à l'atelier pour formuler les objectifs personnels. Volet 3. Des visites ont été organisées dans un organisme. Volet 4. Les capsules médiatiques ont été exposées lors d'un événement dans l'HLM.
Centre de jour pour aînés d'un CIUSSS (Montréal) Automne 2016	Travailleuse sociale Aînés en perte d'autonomie vivant de l'isolement social (n = 10)	Volet 1. Les participants ont eu une prise de contact individuelle, mais la formulation de l'objectif s'est déroulée en groupe. Volet 2. La plupart des activités proposées dans le guide d'animation ont été effectuées. Volet 3. Les visites d'organismes ont été remplacées par la participation de responsables d'organismes communautaires pour décrire les ressources disponibles. Volet 4. Les capsules médiatiques n'ont pas été réalisées.
Organisme communautaire spécialisé en santé mentale (Québec) Automne 2016	Stagiaire en travail social Intervenant en santé mentale Aînés vivant avec des PSM (n = 9)	Volet 1. L'entretien individuel a été appliqué tel que décrit dans le guide d'animation. Volet 2. Deux rencontres de l'atelier de groupe ont été omises pour cadrer avec la durée du stage. Volet 3. Des visites de groupe ont été réalisées, avec transport autonome. Volet 4. Les capsules médiatiques n'ont pas été réalisées.

a aussi eu des avis contradictoires au sujet des supports à l'animation : certains ont beaucoup apprécié les documents à remettre aux participants alors que d'autres les ont considérés comme des distracteurs. Les visites d'organismes ont nécessité passablement de démarchages aux animateurs (ex. : se renseigner sur les ressources, établir des ententes pour les visites). Par contre, certains ont rapporté qu'ils aimeraient en organiser davantage lors de futures applications du programme. Considérant les problèmes de mobilité des participants en centre de jour, l'animatrice a remplacé les visites d'organismes par des présentations sur les diverses ressources de la communauté. Le volet des capsules médiatiques a été décliné dans trois des cinq groupes, les animateurs le considérant moins approprié aux intérêts de leur groupe. Les deux animatrices qui l'ont réalisé ont toutefois apprécié ce volet de l'intervention. Comme principal défi dans l'organisation du programme, tous les animateurs ont soulevé l'important investissement de temps nécessaire pour s'en approprier le contenu. Tous étaient intéressés à offrir le programme à nouveau.

En ce qui concerne l'acceptabilité du programme, les animateurs ont rapporté que les participants avaient apprécié tous les volets, plus particulièrement les activités interactives de l'atelier et les visites d'organismes. La plupart des participants ont réussi à ébaucher un objectif en matière de participation communautaire. Dans deux organismes, le programme a été proposé à un groupe intergénérationnel sans que cela ne pose de défi particulier. Par contre, une animatrice a rapporté que les deux participants de son groupe qui avaient une déficience intellectuelle légère ont éprouvé plus de difficultés à comprendre les concepts du programme. Le but de cette mise à l'essai étant de poursuivre le développement du guide d'animation, chaque application a mené à des ajustements successifs du programme et une révision plus importante a été réalisée en fin de mise à l'essai.

DISCUSSION

Le but de cet article était de présenter le développement et de décrire les principales composantes de *Participe-présent*, un programme visant à promouvoir la participation communautaire des aînés qui vivent des problèmes psychosociaux, avec ou sans PSM. La prochaine section discute du processus de co-construction, du programme qui en a découlé et soulève les principaux défis et limites du projet.

Un processus itératif, intégratif et collaboratif

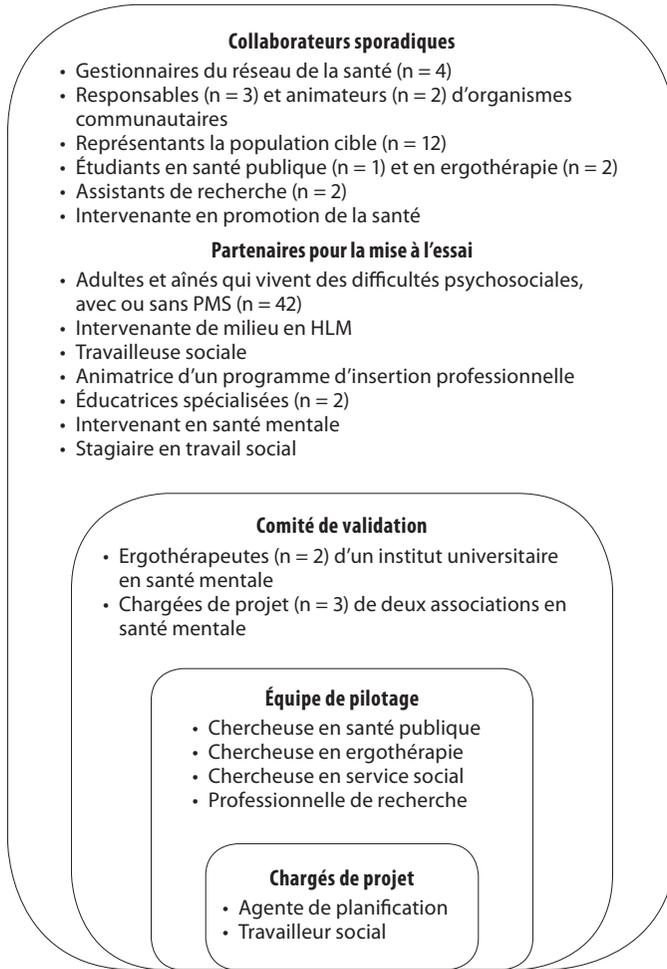
Bien qu'elle soit schématisée de façon linéaire (figure 1), la démarche de co-construction utilisée pour développer le programme *Participe-présent* a été un parcours itératif, caractérisé par de nombreux allers-retours. Par exemple, pendant la mise à l'essai du programme (phase 4), l'équipe de pilotage a saisi l'occasion pour réaliser des entrevues auprès de futurs participants afin d'approfondir l'analyse des besoins (phase 1). Cette flexibilité a permis de s'adapter continuellement aux opportunités et à l'évolution des contextes.

Une autre caractéristique de la démarche est qu'elle a intégré, de façon continue, les dimensions d'évaluation et de transfert aux étapes de développement du programme. Ainsi, pendant les quatre premières phases, l'évaluation avait un but formatif, visant notamment à analyser les besoins, la problématique ainsi que le contexte et à colliger la rétroaction nécessaire pour parfaire le contenu et le format du programme. Cette évaluation continue a été possible grâce à un étroit maillage entre les chercheurs et les intervenants. Pour préparer le transfert du programme au sein des milieux de pratique, il est recommandé d'intégrer de futurs utilisateurs, dès le début du projet³⁹. Ainsi, divers acteurs sont intervenus à titre de membres de l'équipe de pilotage (responsable des grandes orientations du projet), d'experts du comité de validation (consulté à des étapes cruciales), de partenaires de la mise à l'essai ou encore de collaborateurs sporadiques (figure 3). Chacun a été sollicité avec un souci de complémentarité des expertises de contenu, de processus, scientifique, pratique, organisationnelle et expérientielle⁴⁰.

Très peu d'auteurs rapportent le processus qui a mené au développement de leur intervention. En ce qui concerne deux initiatives inspirantes portant sur le renforcement de compétences sociales d'ainés qui vivent avec des PSM persistants, les auteurs du programme *HOPES* soulignent qu'ils ont commencé par conceptualiser un modèle théorique⁴¹ tandis que les instigateurs du programme *FAST* expliquent qu'ils ont réalisé une recension des écrits, se sont inspirés d'un programme existant, ont réalisé un sondage auprès d'utilisateurs de leur service et se sont basés sur leur expérience clinique¹⁷.

FIGURE 3

Sociogramme du projet



Un programme prometteur

La co-construction permet de tenir compte de la pluralité des points de vue, donne une voix à des groupes parfois moins sollicités et favorise la création d'innovations utiles et applicables⁴². Le programme issu de ce projet est novateur par son approche de promotion de la santé, sa population cible élargie et son cadre théorique axé sur les forces. La

rétroaction positive des acteurs clés, tout au long du processus, a laissé entrevoir l'aspect prometteur du programme, tant au niveau de sa pertinence, de sa faisabilité que de son acceptabilité. La mise à l'essai pilote a permis de poursuivre l'ajustement des outils du programme en fonction de différents contextes d'implantation et divers profils de participants et d'animateurs. Cela dit, la réflexion devra être poursuivie par l'équipe de pilotage sur certains aspects du programme qui n'ont pas fait l'unanimité, notamment l'activité de production des capsules médiatiques. Cet accueil mitigé milite en faveur de mieux justifier la pertinence de ce volet et d'améliorer les outils d'animation qui s'y rapportent. Une formation aux futurs animateurs pourrait favoriser une compréhension plus globale des déterminants de la participation communautaire et des pratiques probantes en matière de promotion de la santé mentale²⁰.

Défis et limites du projet

La co-construction soulève le défi de la conciliation des agendas et des points de vue et peut être tributaire de certains facteurs contextuels. Par exemple, il a été difficile de mobiliser un établissement du réseau de la santé et des services sociaux pour la mise à l'essai. Le programme portant à la fois sur la population aînée, sur la promotion de la santé et sur la santé mentale, plusieurs gestionnaires ont décliné, arguant qu'il n'était pas dans le mandat de leur unité administrative d'offrir une telle intervention. Il faut préciser que ceci s'est déroulé dans le contexte d'une importante réforme du réseau de la santé et des services sociaux québécois. Ceci a soulevé la pertinente question de la « niche » du programme. L'idée de l'équipe de pilotage était de le positionner en complémentarité avec les interventions interdisciplinaires portées par les services externes de psychogériatrie et avec les programmes proposés dans le milieu communautaire tels que les ateliers-discussions offerts par l'ACSM ou encore l'Accompagnement personnalisé d'intégration communautaire-APIC²⁷.

Finalement, la principale limite du projet est qu'au terme de ces quatre phases de co-construction, il n'est pas possible de statuer sur l'efficacité du programme à atteindre ses objectifs, c'est-à-dire d'améliorer les déterminants personnels et socio-organisationnels de la participation communautaire. Alors qu'il existe des données probantes au sujet de la promotion de la santé mentale, des auteurs soulignent que des études sont encore nécessaires en ce domaine. Pour ce faire,

ils recommandent d'avoir recours à des protocoles rigoureux, de bien définir les dimensions d'évaluation et de varier les approches évaluatives²⁰. Dans le cas de *Participe-présent*, le modèle logique du programme serait une pierre angulaire pour guider le choix des dimensions de l'évaluation³² et les méthodes utilisées pour la mise à l'essai pourraient inspirer la mise en place du terrain de recherche.

CONCLUSION

Ce projet visait à développer une intervention destinée à favoriser la participation communautaire d'âînés vivant avec des difficultés psychosociales, avec ou sans problèmes de santé mentale. Un processus collaboratif a mené à la création d'un programme fondé sur un cadre logique, dont le contenu a été validé par des experts et pour lequel les activités ont été mises à l'essai au sein de cinq organisations. La révision du programme, à la suite des mises à l'essai, sera suivie des activités de production de la trousse d'animation (ex. : révision linguistique, graphisme et traduction). Le programme pourra ensuite entrer dans sa phase de déploiement élargi et un plan de transfert sera élaboré. En s'inspirant des méthodes de marketing social, ce plan identifiera les objectifs, les cibles, les stratégies de transfert de même que les « livrables » à produire. En parallèle, il pourrait aussi se mettre en place un projet de recherche évaluative qui viserait à mesurer les effets et à analyser l'implantation du programme. Quelques années après le lancement du programme, le projet entrera normalement dans sa phase de consolidation. Puisque les connaissances se multiplient et que les pratiques évoluent, des mécanismes de mise à niveaux du programme devront alors être prévus.

Au terme des phases de co-construction réalisées dans le cadre de ce projet, on peut conclure à l'aspect prometteur de *Participe-présent*, tant au niveau de sa pertinence et de sa faisabilité dans différents contextes d'implantation que de son acceptabilité pour divers profils de participants. Éventuellement, avec son potentiel de diffusion élargie, ce programme, en complémentarité avec les services du réseau de la santé et des services sociaux et du milieu communautaire, pourra contribuer à relever le défi populationnel soulevé par le vieillissement, la santé mentale et la participation communautaire.

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de validation ainsi que les aînés et les organismes qui ont participé à ce projet.

Financement

Ce projet a été financé par le Fonds des pratiques innovantes du Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale, par l'équipe de recherche en partenariat Vieillissements, exclusions sociales et solidarités (VIES) et par le Réseau québécois de recherche sur le vieillissement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ¹ Préville, M., Boyer R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., ... Brassard, J. et les cochercheurs de l'étude ESA. (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in Québec's older adult population. *Revue canadienne de Psychiatrie*, 53(12), 822-832.
- ² Bédard, M. et Gibbons, C. (2007). The needs of rural and urban young, middle-aged and older adults with a serious mental illness. *Canadian Journal of Rural Medicine*, 12(3), 167-175.
- ³ Dallaire, B., McCubbin, M., Provost, M., Carpentier, N. et Clément, M. (2010). Cheminement et situations de vie des personnes âgées présentant des troubles mentaux graves: perspectives d'intervenants psychosociaux. *La Revue canadienne du vieillissement*, 29(02), 267-279.
- ⁴ April, N., Blanchet, C., Hamel, D., Lamontagne, P., Lasnier, B, Nolin, B., ... Tourigny, A. (2014). *Habitudes de vie, poids corporel et participation sociale chez les aînés du Québec*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- ⁵ Billette, V. et Lavoie, J. P. (2010). Introduction générale. Vieillissements, exclusions sociales et solidarités, dans M. Charpentier, N. Guberman, V. Billette, J-P. Lavoie, A. Grenier et I. Olazabal (dir.). *Vieillir au pluriel. Perspectives sociales*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- ⁶ Dallaire, B., McCubbin, M., et Provost, M. (2010). Vieillissement et trouble mental grave: questions de représentations, questions d'intervention (p. 175-197). Dans Lagacé, M. (dir.), *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- ⁷ Raymond, É., Gagné, D., Sévigny, A. et Tourigny, A. (2008). *La participation sociale des aînés dans une perspective de vieillissement en santé. Réflexion critique appuyée sur une analyse documentaire*. Québec: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Institut national de santé publique du Québec, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec et Institut sur le vieillissement et la participation sociale des aînés de l'Université Laval.

- ⁸ Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. et Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*, 7(7), e1000316.
- ⁹ Carvalhais, S. M., Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., Firmo, J.O., Castro-Costa, E. et Uchoa, E. (2008). The influence of socio-economic conditions on the prevalence of depressive symptoms and its covariates in an elderly population with slight income differences: the Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *International Journal of Social Psychiatry*, 54(5), 447-456.
- ¹⁰ Avlund, K., Lund, R., Holstein, B. E., Due, P., Sakari-Rantala, R. et Heikkinen, R. L. (2004). The impact of structural and functional characteristics of social relations as determinants of functional decline. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 59(1), S44-51.
- ¹¹ Bennett, K. M. (2005). Social engagement as a longitudinal predictor of objective and subjective health. *European Journal of Ageing*, 2(1), 48-55.
- ¹² Wahrendorf, M., Knesebeck, O. V. D. et Siegrist, J. (2006). Social productivity and well-being of older people. Baseline results from the SHARE study. *European Journal of Ageing*, 3, 67-73.
- ¹³ Bath, P. A. et Gardiner, A. (2005). Social engagement and health and social care use and medication use among older people. *European Journal of Ageing*, 2(1), 56-63.
- ¹⁴ MacCourt, P., Wilson, K. et Tourigny-Rivard, M.-F. (2011). *Lignes directrices relatives à la planification et la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens*. Calgary: Commission de la santé mentale du Canada.
- ¹⁵ Trépanier, J. (2011). *Santé mentale et vieillissement. Constats et recommandations concernant l'offre de service*. Document synthèse – Plan d'action ministériel en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Plan de mise en œuvre à Montréal – Phase III. Montréal, Québec: Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.
- ¹⁶ Raymond, E., Sevigny, A., Tourigny, A., Vezina, A., Verreault, R. et Guilbert, A. C. (2013). On the track of evaluated programmes targeting the social participation of seniors: a typology proposal. *Ageing and Society*, 33(02), 267-296.
- ¹⁷ Patterson, T. L., McKibbin, C., Taylor, M., Goldman, S., Davila-Fraga, W., Bucardo, J. et Jeste, D. V. (2003). Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 17-23.
- ¹⁸ Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. T. et Forester, B. (2008). Helping older people experience success: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60.
- ¹⁹ Bartels, S. J. et Pratt, S. (2009). Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(4), 381.

- ²⁰ Barry, M. M., Patel, V., Jané-Llopis, E., Raeburn, J. et Mittelmark, M. B. (2007). Strengthening the evidence base for mental health promotion. Dans *Global Perspectives on Health Promotion Effectiveness* (p. 67-86). New York, NY : Springer.
- ²¹ Green, L. W. et Kreuter M. W. (2005). *Health Promotion Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th ed. New York, NY : McGraw-Hill.
- ²² Martin V. (2002). *Managing Projects in Health and Social Care*. New York, NY : Routledge.
- ²³ Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M. C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec : Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- ²⁴ Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- ²⁵ Nour K., Hébert, M., Lavoie, J.-P., Regenstreif, A., Dallaire, B., Wallach, I. et Moscovitz, N. (2012). Évaluation du programme communautaire de santé mentale du CSSS Cavendish pour les plus de 60 ans. *Cahiers du CREGÉS, vol. 2012(2)*.
- ²⁶ Association des médecins psychiatres du Québec (2015). *Plan d'action pour les services psychiatriques*. Montréal, Québec : Auteur..
- ²⁷ Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. et Raymond, E. (2012). 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.
- ²⁸ Kobus-Matthews, M., Barr, J., Jackson, S. F., Ziegenspeck, A., Jiwani, N., Easlick, H., ... Chow, G.L. (2010). *Directives sur les meilleures pratiques à appliquer pour les programmes de promotion de la santé mentale: personnes de 55 ans+*. Toronto, Canada: Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH).
- ²⁹ Rapp, C. A. et Goscha, R. J. (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. New York, NY: Oxford University Press.
- ³⁰ Jones-Smith, E. (2014). *Theories of Counseling and Psychotherapy: An integrative Approach*. New York, NY : Sage Publications.
- ³¹ Janssen, B. M., Van Regenmortel, T. et Abma, T. A. (2011). Identifying sources of strength: Resilience from the perspective of older people receiving long-term community care. *European Journal of Ageing, 8(3)*, 145-156.
- ³² Frechtling, J. A. (2007). *Logic modeling methods in program evaluation*. San Francisco, CA: John Wiley & Sons.
- ³³ Ridde, V. et Dagenais, C. (2012). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Montréal, Québec : Les Presses de l'Université de Montréal.
- ³⁴ Magyar-Moe, J. L. (2009). *Therapist's guide to positive psychological interventions*. Buntington, MA: Elsevier Academic Press.

- ³⁵ Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé. Comprendre pour mieux intervenir*. Montréal, Québec: Les Presses de l'Université de Montréal.
- ³⁶ Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention: Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- ³⁷ Parisien, M., Nour, K., Belley, A.-M., Billette, V., Aubin, G. et Regenstreif, A. (en préparation). *Participe-présent. Promouvoir la participation communautaire et la santé mentale des aînés*. Montréal, Québec: CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal.
- ³⁸ Lehana, T., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L.P., ... Goldsmith, C.H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1-10.
- ³⁹ Lemire, N., Souffez, K. et Laurendeau, M. C. (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances: bilan des connaissances et outil d'animation*. Québec: Direction de la recherche, formation et développement, Institut national de santé publique du Québec.
- ⁴⁰ Beauchamp, S., Drapeau, M., Dionne, C. et Duplantie, J.-P. (2015). *Cadre d'élaboration des guides de pratique dans le secteur des services sociaux*. Québec: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).
- ⁴¹ Pratt, S. I., Bartels, S. J., Mueser, K. T. et Forester, B. (2008). Helping older people experience success: An integrated model of psychosocial rehabilitation and health care management for older adults with serious mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 11(1), 41-60.
- ⁴² Weaver, L. et Cousins, J. B. (2007). Unpacking the participatory process. *Journal of Multidisciplinary Evaluation*, 1(1), 19-40.