



IDENTIFICATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES DES AÎNÉS DE FLEURIMONT, QUÉBEC, CANADA : VERS DES INTERVENTIONS ERGOTHÉRAPIQUES FAVORISANT DAVANTAGE LEUR MAINTIEN À DOMICILE

**Fabienne Labonté¹, Marina Sirois², Amélie Roberge³, Marie-Ève Ravenelle^{4,5},
Reem Hussein⁶, Mélanie Levasseur^{7,8}**

¹ Ergothérapeute, M. erg. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) Mauricie-Centre-du-Québec, Trois-Rivières, Canada

² Ergothérapeute, M. erg., Physio-Santé, Drummondville, Canada

³ Ergothérapeute, M. erg., Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides, St-Jérôme, Canada

⁴ Ergothérapeute, M. erg., Groupe Synergo, St-Jean-sur-Richelieu, Canada

⁵ Ergothérapeute, M. erg., Physio Passion, St-Césaire, Canada

⁶ Ergothérapeute, M. erg., Centre de services scolaires Marguerite Bourgeoys, Montréal, Canada

⁷ Ergothérapeute, PhD erg. en recherches cliniques, chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS, Sherbrooke, Canada

⁸ Ergothérapeute, PhD erg. en recherches cliniques, directrice de la recherche et professeure titulaire, École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

Adresse de contact : Melanie.Levasseur@USherbrooke.ca

Reçu le 31.08.2020 – Accepté le 21.04.2021

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v7n2.171

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Le vieillissement de la population engendre plusieurs défis, dont le maintien à domicile des aînés. Puisqu'une augmentation de celui-ci est anticipée, il importe de mieux connaître les besoins en matière de maintien à domicile des aînés, notamment pour les résidents de Fleurimont, arrondissement de Sherbrooke (Québec, Canada). Une meilleure connaissance des ressources est aussi requise. Cette étude visait à identifier : 1) les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et 2) l'adéquation entre ces besoins et les services offerts par les ressources, afin de pouvoir, le cas échéant, mieux y répondre. Une recherche-action a été utilisée auprès de 45 aînés et proches provenant des 9 communautés (terme désignant les différents districts) dans les publications municipales de Fleurimont. Cinq forums d'informateurs clés ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien semi-structuré. Une analyse de contenu thématique a été menée à l'aide d'une grille de codage mixte. Âgés de 64 à 94 ans ($76,2 \pm 7,6$), la majorité des aînés et des proches étaient des femmes, qualifiaient leur santé de bonne ou d'excellente et souhaitaient rester à domicile le plus longtemps possible. Associés à une diminution de leurs capacités physiques, les principaux besoins concernaient, entre autres, l'habitation, les déplacements, les soins personnels et les loisirs. Bien qu'elles soient nombreuses, les ressources, tant publiques que privées ou communautaires, étaient peu connues. Une liste de besoins et de ressources a été élaborée et permettra, ultimement, de mieux identifier ce dont les aînés ont besoin et, ainsi, de mettre en place davantage de solutions adaptées au maintien à domicile. Il importe de poursuivre les études sur le maintien à domicile auprès de clientèles en situation de vulnérabilité, comme celles des aînés vivant seuls ou ayant une santé précaire.

MOTS-CLÉS

Recherche-action, Soutien à domicile, Vieillesse, Personnes âgées, Sherbrooke, Facilitateurs, Obstacles, Services, Communauté, Participation sociale

IDENTIFICATION OF THE ELDERS' NEEDS AND RESOURCES IN A BOROUGH OF QUEBEC, CANADA: TOWARDS OCCUPATIONAL THERAPISTS' INTERVENTIONS SUPPORTING AGING IN PLACE

ABSTRACT

The aging of the population creates several challenges, particularly for helping older adults to age in place. Since an increase is anticipated, it is important to better understand the needs of aging in place older adults, especially for residents in Fleurimont, a borough of Sherbrooke, Quebec, Canada. A better knowledge of the resources is also required. This study aimed to identify 1) the needs of aging in place older adults in Fleurimont and 2) the adequacy between the needs and the resources available in order to better adapt the community offer. An action research was used with 45 older adults and relatives from the 9 districts of Fleurimont. Five key informant forums were realized using a semi-structured interview guide. A thematic content analysis was conducted using a mixed coding grid. Aged between 64 and 94 (76.2 ± 7.6), most older adults and relatives were women, rated their health as good or excellent, and wanted to stay at home as long as possible. Associated with a decrease in their physical abilities, the main needs concerned housing, mobility, personal care and leisure. Although they were numerous, the resources were little known. A list of various needs and resources has been developed and will, ultimately, contribute to better identify what older adults need and implement further solutions adapted to aging in place. Studies on aging in place must continue for clients in situations of vulnerability, such as older adults living alone or with precarious health.

KEYWORDS

Action Research, Age in place, Aging, Seniors, Sherbrooke, Facilitators, Barriers, Services, Community, Social participation

INTRODUCTION

Le maintien à domicile des populations vieillissantes représente un enjeu de taille, tant pour les aînés que pour leur communauté (Vasunilashorn *et al.*, 2012). En 2018, près d'un cinquième (18,5 %) de la population québécoise était âgé de 65 ans et plus (Ministère de la Famille. Gouvernement du Québec, 2018). Cette réalité démographique est présente à Sherbrooke, une ville de 169 136 habitants (Ville de Sherbrooke, s. d.) au sud-est du Québec (Canada), et dont Fleurimont est un des arrondissements. Situé en périphérie urbaine et comptant 46 553 habitants, celui-ci comprend plusieurs commerces de proximité. Desservi par le transport en commun de la Société de transport de Sherbrooke (Ville de Sherbrooke, s. d.), Fleurimont est aussi le secteur de Sherbrooke où se situent les deux sites hospitaliers, ainsi que deux sites d'enseignement postsecondaire. La proportion d'aînés vivant à Fleurimont continue d'augmenter (Observatoire estrien des communautés, 2015), et parmi ceux-ci, plus d'un sur trois vit seul, deux sur cinq ont une ou plusieurs incapacités et un sur cinq se sentirait délaissé, isolé socialement ou nécessiterait de l'aide pour réaliser ses activités (Observatoire estrien des communautés, 2015). Pour plusieurs aînés, vivre le plus longtemps possible dans leur domicile est très important (Golant, 2008), notamment en raison d'un sentiment d'attachement et de familiarité, ainsi que des rôles sociaux faisant partie de leur identité et qui sont associés à leur domicile (Stones et Gullifer, 2016). Le maintien à domicile offre aux aînés la possibilité d'être plus autonomes et d'avoir un sentiment accru de contrôle sur leur vie, ainsi que d'appartenance (Golant, 2008) et de compétence (Fielo et Warren, 2001).

Or, pour répondre à leurs besoins et pour demeurer à domicile, surtout en présence d'incapacités, plusieurs aînés requièrent des ressources publiques et privées bien coordonnées dans leur communauté (Marek et Rantz, 2000). Au total, une vingtaine de programmes et d'organismes sont disponibles pour les aînés sherbrookoïses en général ou spécifiquement pour ceux de Fleurimont (Annexe 1). Ils répondent à des besoins liés à diverses habitudes de vie, soit des « activités courantes ou encore des activités sociales valorisées par une personne ou par son contexte socioculturel » (Fougeyrollas *et al.*, 2019). La littérature scientifique permet de documenter plusieurs facilitateurs et obstacles du maintien à domicile des aînés, qui seront abordés dans les deux sections suivantes.

Facilitateurs du maintien à domicile

Plusieurs facteurs personnels et environnementaux favorisent le maintien à domicile. Du côté des facteurs personnels, les aînés doivent planifier leur maintien à domicile, connaître leur condition de santé et savoir comment pallier leurs difficultés (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Parmi les facteurs environnementaux, on constate que des aides techniques simples, nécessitant peu de connaissances du point de vue technologique et abordables peuvent soutenir la réalisation d'activités de la vie domestique (Kelly *et al.*, 2012). De plus, le soutien de l'entourage est bénéfique pour le maintien à domicile des aînés, notamment l'assistance lors de la recherche et de l'utilisation de ressources (Anderson, Larkins et Ray, 2018). La société a aussi un rôle à jouer dans la mise en œuvre de solutions préventives afin de prolonger le maintien à domicile, par exemple : 1) réduire les distances entre les services offerts aux aînés et leur domicile, 2)

implanter une offre de transport public adaptée aux besoins des aînés (Golant, 2019), 3) définir la présence de zones piétonnières sécuritaires et conviviales (Levasseur *et al.*, 2015b) et 4) créer des logements adaptés aux changements liés à l'âge (Granbom *et al.*, 2016).

Obstacles au maintien à domicile

Parmi les facteurs personnels qui peuvent mener à l'institutionnalisation, on trouve le besoin de compagnie, la peur d'être un fardeau ainsi que la perte du conjoint (Ewen et Chahal, 2013), tout comme une diminution de la santé et des symptômes dépressifs (Benefield et Holtzclaw, 2014). Une mobilité limitée, tant pour les déplacements intérieurs qu'extérieurs, constitue un autre obstacle au maintien à domicile (Benefield et Holtzclaw, 2014). Parmi les facteurs environnementaux, une mauvaise adaptation du domicile peut compromettre le maintien à domicile des aînés (Granbom *et al.*, 2016), ainsi que le manque de services dans la communauté (Benefield et Holtzclaw, 2014). Les situations d'isolement, un nombre limité de proches et les restrictions financières sont aussi critiques pour le maintien à domicile (Benefield et Holtzclaw, 2014). Les aînés résidant à l'extérieur des villes dépendent souvent de leur véhicule personnel pour se déplacer, du fait que les transports actifs et collectifs y sont généralement plus restreints (Golant, 2019). Lorsqu'elles sont présentes en grand nombre, ces barrières environnementales sont associées à une plus grande dépendance dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (AVQ), à un nombre supérieur de chutes, à un risque accru d'institutionnalisation ainsi qu'à une restriction de la participation sociale (Granbom *et al.*, 2016). La participation sociale « correspond à la réalisation des habitudes de vies » qui sont influencées par les facteurs personnels et environnementaux (Fougeyrollas *et al.*, 2019). Même en présence de plusieurs facilitateurs et d'un nombre limité d'obstacles, les choix liés au milieu de vie impliquent une bonne connaissance des possibilités, des défis et des ressources disponibles. Cette connaissance des ressources serait même cruciale pour éviter de devoir quitter son logement mais peut être difficile à trouver au bon moment (Grimmer *et al.*, 2015). De plus, lorsque les demandes de l'environnement excèdent les compétences individuelles, les aînés seraient moins enclins à rester à domicile (Park *et al.*, 2015), surtout lorsqu'ils n'ont pas d'enfant dans la région ou sont peu satisfaits de leur voisinage (Erickson *et al.*, 2006). Des difficultés supplémentaires ont été observées dans les villes universitaires – ce qui est le cas de Sherbrooke –, en raison de changements constants de voisinage, qui rendent les aînés plus vulnérables à la marginalisation et, de ce fait, au relogement dans une résidence pour personnes âgées (Powell, 2016). Les aînés, surtout les plus fragiles, risquent de se déconditionner lors d'un tel relogement (Marek et Rantz, 2000). Par conséquent, il serait préférable de l'éviter, d'autant plus que la vie en résidence est coûteuse et parfois insatisfaisante pour eux. Qui plus est, lors d'une diminution du sentiment de contrôle, les aînés risquent davantage de présenter des symptômes dépressifs (Stones et Gullifer, 2016).

Ainsi, si l'on souhaite favoriser le maintien à domicile des aînés, il est essentiel de mieux les soutenir pour qu'ils puissent répondre à leurs besoins seuls ou en utilisant les ressources de la communauté. L'ergothérapie, de par ses actions sur les personnes, leur environnement et leurs occupations, c'est-à-dire l'« ensemble des activités de la vie quotidienne auxquelles une personne (et sa culture) attribue une valeur et un sens »

(Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 1997), a le potentiel de favoriser le développement des connaissances sur les besoins des aînés de la communauté et la mise en place d'un plan d'action qui y est adapté. Pour mieux guider les ergothérapeutes, les aînés et leurs proches, il importe toutefois d'avoir une meilleure compréhension des besoins et des ressources spécifiques qui s'y rattachent. C'est ce que visait la présente étude concernant Fleurimont. Ainsi, il s'agissait d'identifier : 1) les besoins relatifs au maintien à domicile des aînés de Fleurimont et 2) l'adéquation entre ceux-ci et les services offerts par les ressources afin de pouvoir, le cas échéant, mieux répondre à leurs besoins.

MÉTHODES

Devis

Cette recherche part de deux aînées de l'arrondissement de Fleurimont à Sherbrooke qui, constatant que plusieurs de leurs pairs déménageaient en résidence, se sont questionnées sur ce qui pouvait être fait pour favoriser le maintien à domicile. Afin de répondre à ces objectifs, une recherche-action a été faite auprès d'aînés de l'arrondissement de Fleurimont et de leurs proches. La recherche-action comprend six étapes : la perception du problème, la collecte d'information, l'exploration des ressources, l'implantation de l'action, l'analyse des données et le partage du savoir généré (Dolbec et Prud'homme, 2009). Cette étude pilote s'inscrit dans les étapes une et deux de la recherche-action et permettra de développer un guide contenant les ressources classifiées selon les besoins spécifiques des aînés de Fleurimont. L'étude a été acceptée par le comité d'éthique du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS-Estrie-CHUS ; #2019-3132).

Échantillon et recrutement

Les participants devaient être âgés de 65 ans et plus et habiter à domicile dans une des neuf communautés de Fleurimont, ou être un proche de ces résidents. Le découpage des communautés a été effectué par l'Observatoire Estrien des Communautés (OEDC) en 2007 (Des roches, 2014). Le recrutement a été majoritairement réalisé à l'aide de la banque de participants Nabû du Centre de recherche sur le vieillissement du CIUSSS-Estrie-CHUS, regroupant environ 2500 volontaires. Les participants potentiels étaient alors sélectionnés aléatoirement dans cette banque de données selon les critères d'inclusion (avoir 65 ans ou plus, ET habiter à Fleurimont OU être un proche aidant d'un aîné de Fleurimont) et d'exclusion de l'étude (caractéristiques empêchant la pleine participation au forum ou un regard critique sur la situation p. ex. : trouble cognitif ou du langage de modéré à grave ou incapacité à communiquer en français). En plus de Nabû, des affiches dans des lieux publics et des annonces sur les réseaux sociaux ont également été utilisées. Enfin, les contacts des aînées instigatrices de l'étude, ceux de l'organisatrice communautaire ainsi que ceux d'organismes communautaires de Fleurimont ont aussi été sollicités. Au total, de 45 à 60 participants, soit 8 à 12 par forum, étaient visés pour permettre d'atteindre une saturation théorique des données.

Collecte de données

Les participants ont été répartis dans cinq forums de discussion d'environ 120 minutes animés par des étudiantes à la maîtrise en ergothérapie, qui ont été enregistrés sur des bandes audionumériques et retranscrits mot à mot (verbatim). Cette répartition a été réalisée en fonction de la communauté des participants, mais également selon leurs disponibilités. Au début des forums, les participants ont rempli un questionnaire sociodémographique (Annexe 2, Tableau 1) et le formulaire de consentement. Puis, durant la pause, ils ont répondu au questionnaire sur les ressources connues, une grille rassemblant les divers organismes de Fleurimont et de Sherbrooke favorisant le maintien à domicile (Annexe 3). Un guide d'entretien semi-structuré, inspiré du Modèle du développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH) (Fougeyrollas *et al.*, 2019) et couvrant l'ensemble des habitudes de vie a été développé (Annexe 4). Ce guide portait sur les besoins relatifs au maintien à domicile des aînés ainsi que sur les facilitateurs, les obstacles et les ressources. L'exploration de ces éléments permet d'identifier les besoins des aînés, mais également les raisons derrière ces besoins et les ressources potentielles à considérer spécifiquement pour les aînés de Fleurimont. Le guide a été validé par deux experts en recherche qualitative et prétesté auprès de cinq aînés et d'un proche. Puisque la collecte de données s'est effectuée au mois de mai 2019, la pandémie (COVID-19), le confinement et leurs conséquences n'ont pas été abordés avec les participants.

Analyse des résultats

Les participants et leur contexte de vie ont été décrits à l'aide de fréquences, de pourcentages, de moyennes, d'écart-types, de médianes et d'intervalles semi-interquartiles (Tableau 1). Des analyses qualitatives du contenu thématique (Miles, Huberman et Saldaña, 2014) ont été réalisées à l'aide d'une grille de codage mixte inspirée du MDH-PPH (Fougeyrollas *et al.*, 2019) qui a permis de dégager et de synthétiser, selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003), les particularités des besoins relatifs au maintien à domicile des aînés de Fleurimont et les ressources disponibles selon leur contexte. En effet, les différents propos des participants (p. ex. : ne plus avoir de permis de conduire) étaient d'abord classés par habitudes de vie (p. ex. : déplacements), puis reliés à l'aide du jugement clinique des chercheurs avec des facilitateurs et des obstacles tant personnels (p. ex. : diminution de leur endurance à la marche) qu'environnementaux (p. ex. : proximité des transports en commun).

RÉSULTATS

Âgés de 64 à 94 ans, les 45 participants étaient majoritairement des femmes (Tableau 1). La moitié des participants avaient un conjoint et vivaient dans une habitation de type unifamiliale. La majorité d'entre eux étaient retraités et rapportaient avoir au moins un proche aidant (Tableau 1). Les participants avaient un niveau de participation sociale et des revenus variés.

Tableau 1 : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)		Proches aidants ¹ (n = 3)	
	Moy. (ÉT)	Méd. (ISI)	Moy. (ÉT)	Méd. (ISI)
Âge (ans)	76,4 (7,7)	74,5 (6,3)	72,7 (6,0)	72,0 (3,0)
	Fréquence (%)		Fréquence (%)	
Genre (féminin)	24 (57,1)		2	
Type d'habitation de l'aîné				
Unifamilial	22 (52,4)		0	
Duplex/ Triplex, Bloc d'habitation, Condo	19 (45,2)		2 ²	
Résidence pour personne âgée	1 (2,4)		0	
S.O.	0 (0)		1	
Situation matrimoniale de l'aîné				
Marié/union libre	23 (54,8)		0	
Célibataire, veuf, divorcé/séparé	19 (45,2)		2 ²	
S.O.	0 (0)		1	
Situation de vie de l'aîné				
Seul	17 (40,5)		2 ²	
En couple, avec une autre personne (famille, pensionnaire)	25 (59,5)		0	
S.O.	0 (0)		1	
Enfants (nombre)				
Aucun	4 (9,5)		1 ²	
Entre 1 et 3 enfants	32 (76,2)		0	
Entre 4 et plus	6 (14,3)		1 ²	
S.O.	0 (0)		1	
Présence d'un proche aidant	23 (56,1)		S.O.	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)			
Scolarité				
Primaire : 1-6 ans	1 (2,4)		0	
Secondaire : 7-11 ans	14 (34,1)		2 ²	
Collégial/Professionnel : 12-14 ans	13 (31,7)		0	
Universitaire : ≥ 15 ans	13 (31,7)		0	
S.O.	0 (0)		1	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)			

Abréviations : n= nombre ; Moy. = moyenne ; Méd. = médiane ; ÉT = écart-type ; ISI = intervalle semi-interquartile ; S.O. = Sans objet

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

Tableau 1 (suite) : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)	Proches aidants ¹ (n = 3)
Occupation		
Retraite, sans emploi	42 (100,0)	2 ²
Travail à temps partiel	4 (9,5)	0
S.O.	0 (0)	1
Revenu (\$)		
Moins 20 000 \$	5 (12,2)	S.O.
Entre 20 000 et 40 000 \$	24 (58,5)	
Plus de 40 000 \$	12 (29,3)	
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Satisfait de ses revenus	37 (90,2)	S.O.
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Santé perçue comme excellente ou bonne³	32 (76,2)	S.O.
Maladies (nombre)		
0	11 (36,7)	0
1	13 (43,3)	0
2 et +	6 (20,0)	1 ²
S.O.	0 (0)	1
<i>Données manquantes</i>	12 (28,6)	1
Problème de santé^{4,5}		
Tumeurs	1 (2,0)	0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	3 (6,0)	0
Maladies de l'appareil circulatoire	6 (12,0)	0
Maladies de l'appareil respiratoire	2 (4,0)	1 ²
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	6 (12,0)	0
Maladies de l'appareil génito-urinaire	3 (6,0)	0
Autre	6 (12,0)	1 ²
S.O.	23 (46,0)	2
Satisfait à très satisfait de ses activités sociales⁶	36 (85,7)	S.O.
Satisfait de ses loisirs	33 (78,6)	S.O.

Abréviations : n = nombre ; S.O. = sans objet ; \$ = dollars canadiens

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

³ Données collectées grâce à une échelle ordinale à 4 points (excellente, bonne, passable, mauvaise)

⁴ Puisque plus d'une réponse par personne était possible, le pourcentage de ces variables a été calculé sur le nombre total de réponses plutôt que sur le nombre de participants

⁵ Problèmes de santé classifiés selon la CIM-10 (2008)

⁶ Données collectées grâce à une échelle ordinale à 4 points (très satisfait, satisfait, insatisfait, très insatisfait)

Tableau 1 (suite) : description des participants (n = 45)

	Aînés (n = 42)	Proches aidants ¹ (n = 3)
Services reçus⁴		
Publics	2 (4,7)	2 ²
Privés	9 (20,9)	1 ²
Aide des proches	3 (7,0)	1 ²
Aucun	29 (67,4)	0
S.O.	0 (0)	1 ²
<i>Données manquantes</i>	1 (2,4)	
Types de services reçus⁴		
Aucun	28 (62,2)	0
Soins de santé et psychologiques	3 (6,7)	0
Tâches ménagères et soins de base quotidiens	5 (11,1)	2 ²
Sécurité	1 (2,2)	1 ²
Transport et mobilité	2 (4,4)	1 ²
Autre	5 (11,1)	1 ²
Non spécifié	1 (4,4)	0
S.O.	0 (0)	1
<i>Données manquantes</i>	2 (4,8)	

Abréviations : n = nombre ; S.O. = sans objet

¹ Puisqu'il soutenait plusieurs aînés, un des proches n'a pas répondu aux questions spécifiques à l'aîné

² Information sur l'aîné soutenu par les proches

⁴ Puisque plus d'une réponse par personne était possible, le pourcentage de ces variables a été calculé sur le nombre total de réponses plutôt que sur le nombre de participants

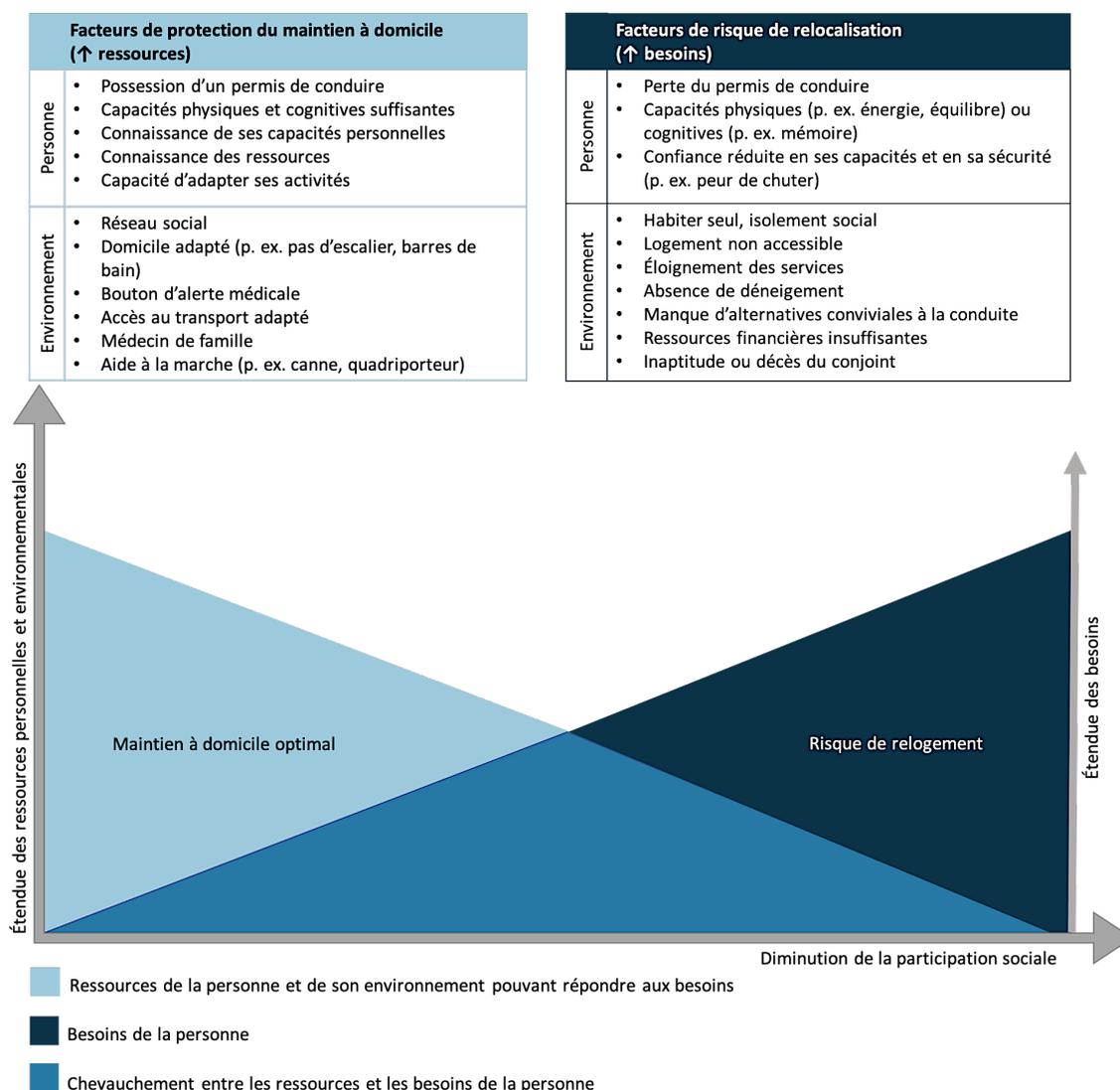
Comptant entre 6 et 12 participants, les cinq forums (F) comprenaient un nombre supérieur d'aînés comparativement aux proches. La plupart des participants des F1 et F5 ont rapporté avoir un ou plusieurs proches contrairement à ceux du F2. Pour le F3, les participants ont déclaré peu ou pas de maladie, alors que plusieurs participants du F4 se sont dits insatisfaits de leur santé et ont rapporté recevoir peu de services. Le F3 comprenait les deux aînées instigatrices de l'étude et les personnes qu'elles avaient recrutées, ce qui a encouragé la participation et l'ouverture d'esprit des participants.

Lors des forums, la majorité des aînés ont rapporté qu'ils désiraient rester à domicile le plus longtemps possible : « *Pourquoi je voudrais déménager ? J'aime mon environnement, c'est sacré* » (F2). Ce souhait était expliqué par l'attachement émotionnel, le désir d'indépendance et d'intimité, le coût de la vie et la crainte d'une piètre qualité de services en résidence – entre autres dans les Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), ainsi qu'une participante le rapportait : « *On voit des choses à la télé qui font peur. N'y allez pas* » (F4). Or, un relogement serait toutefois envisagé par les aînés advenant une importante diminution de la participation sociale, une situation d'isolement, des revenus limités, la perte du permis de conduire ou un sentiment d'insécurité. Une participante mentionnait aussi l'importance de son conjoint : « *S'il meurt,*

qu'est-ce que je fais ? Je suis vraiment insécure, je n'ai aucun enfant [dans la région], je ne connais personne. [J'irais] en résidence » (F1). Un relogement précoce pourrait être prévenu par une connaissance adéquate des ressources et des organismes locaux.

Sur les 17 ressources disponibles à Fleurimont, les participants en connaissaient moins de la moitié (moyenne : 7,5 ± 4,3) et en utilisaient moins de deux (moyenne : 1,6 ± 1,5). Les ressources associées aux activités quotidiennes telles que les soins personnels et la préparation de repas étaient les plus connues des participants, tandis que celles en lien avec les déplacements et l'habitation l'étaient moins. Le maintien à domicile dépendait de l'adéquation entre les ressources et les besoins, tant pour la personne que pour son environnement (Figure 1).

Figure 1 : évolution des besoins et des ressources de la personne en fonction de la diminution de la participation sociale



Une évolution de la participation sociale était ainsi rapportée en fonction des besoins et des ressources de la personne. Lorsque les besoins de la personne augmentaient, les ressources, tant personnelles (capacités physiques et cognitives, connaissance et utilisation des ressources) qu'environnementales (disponibilité et accessibilité des ressources), étaient hautement sollicitées et pouvaient alors ne plus répondre aux besoins des aînés. Ceci avait pour effet de diminuer leur participation sociale. Une fois que les ressources étaient insuffisantes pour répondre aux besoins croissants (Figure 1), le maintien à domicile devenait précaire et les risques de relogement augmentaient.

Plusieurs besoins étaient rapportés par les participants, et ce, selon leur niveau de capacités (Tableau 2). En général, les aînés ayant une participation sociale supérieure notaient des difficultés pour les déplacements et l'habitation, alors que des difficultés pour les soins personnels et les responsabilités étaient relevées par ceux ayant une participation sociale inférieure (Tableau 2). De plus, en présence d'une diminution de leurs capacités, plusieurs aînés trouvaient leurs activités difficiles ou les modifiaient (Tableau 2). Peu d'aînés abandonnaient cependant ces activités.

Tableau 2 : exemples d'activités difficiles, modifiées ou abandonnées selon le niveau de participation sociale des aînés

Activités	Participation sociale supérieure (perte de capacités légère)	Participation sociale inférieure (perte de capacités accrue)
Difficiles	Faire ses comptes sur Internet Prendre l'autobus Se déplacer dans les escaliers Transporter des sacs d'épicerie Être proche aidant Prendre sa médication	Changer son lit Se relever du fond du bain
Modifiées	Entretien extérieur nécessaire (p. ex. contrat pour déneigement, tonte pelouse) Entretien intérieur complexe (p. ex. embauche pour grand ménage, laver les fenêtres) Prendre des objets en hauteur (p. ex. réorganisation des objets dans les armoires)	Déplacements extérieurs (p. ex. réduire ses sorties à pied l'hiver) Gestion financière (p. ex. se faire accompagner au guichet) Cuisiner (p. ex. s'asseoir) Faire l'épicerie (p. ex. faire livrer) Prendre sa médication (p. ex. pilulier) Hygiène personnelle (p. ex. prendre une douche au lieu d'un bain)
Abandonnées	Entretien extérieur facultatif (p. ex. taille d'arbres) Travaux d'entretien mineurs (p. ex. réparations, peinture)	Mêmes que celles abandonnées par ceux avec une participation sociale supérieure Loisirs sportifs Magasiner

Peu de ressources et de besoins ont été identifiés concernant la communication, les relations interpersonnelles, les responsabilités et le travail. Cependant, les participants rapportaient des besoins dans divers domaines de l'occupation ainsi qu'en lien avec les facteurs personnels et environnementaux, l'atteinte des uns pouvant avoir une répercussion négative sur les autres. Par exemple, les difficultés cognitives (facteur personnel) pouvaient entraîner la perte du permis de conduire (déplacement) qui influençait également la capacité de se rendre à l'épicerie (nutrition). Voici les principaux besoins de même que les ressources associées qui ont été répertoriés par les participants.

Déplacements. La perte du permis de conduire était rapportée par les participants comme un obstacle majeur au maintien à domicile des aînés, Fleurimont possédant peu d'alternatives de transport répondant adéquatement à leurs besoins : « C'est une ville de banlieue, ça prend un moyen de transport [personnel] » (F4). À la suite d'une diminution de leurs capacités physiques, les transports en commun étaient plus difficiles à utiliser pour les aînés, notamment en raison d'aspects liés à l'aménagement urbain (secteurs non desservis, dispersion des services, arrêts éloignés du domicile) et temporels (trajets, transferts, planification). Parmi les alternatives, plusieurs participants connaissaient le transport adapté et le covoiturage du Réseau d'amis.

Habitation. Les participants rapportaient que le déneigement domiciliaire et municipal ainsi que l'entretien extérieur influençaient négativement le maintien à domicile des aînés. Ces tâches étaient fréquemment abandonnées ou déléguées. L'entretien ménager était une activité jugée difficile ou qui devait être modifiée. Les tâches ménagères pouvaient ainsi être morcelées pour être menées à bien : « *Je vais prendre la journée pour laver un plancher de cuisine, parce que j'en fais un petit bout et je suis obligée d'aller m'asseoir* » (F1). Tant pour l'intérieur que pour l'extérieur, les tâches étaient généralement déléguées à des personnes du secteur privé ou à des membres de la famille.

Soins personnels. Les participants rapportaient que l'accessibilité aux médecins était difficile en raison de longues listes d'attente. Une dame mentionnait d'ailleurs compenser cette situation en questionnant sa fille, infirmière, au sujet de sa médication : « *On ne peut plus téléphoner au médecin tout le temps. Je vais appeler ma fille, puis elle va vérifier* » (F3). Des appels de la pharmacie ou des rappels en utilisant des alarmes pouvaient faciliter la gestion de la médication.

Loisirs. Plusieurs participants cherchaient, par leurs loisirs, à contrer l'isolement. S'il était trop important, cet isolement pouvait cependant freiner leurs activités sociales, la majorité des aînés préférant se rendre à des activités accompagnés. Un des premiers changements visibles lors d'une diminution de la participation sociale était le remplacement des loisirs sportifs par d'autres à caractère social. Des ressources étaient connues des participants, tant pour aider à trouver des partenaires que pour découvrir des activités adaptées à leurs besoins : « *J'ai ma carte de [nom d'un organisme communautaire]. Ils m'écrivent constamment, ils ont toutes sortes d'[activités]* » (F2).

Nutrition. La nutrition, par la vaste gamme de tâches qui s'y rattachent (allant de faire les courses à consommer un repas), était un domaine d'activité considéré

comme difficile par la plupart des participants. Les plus indépendants rapportaient que le transport de sacs était difficile : « [Je suis encore capable] d'aller faire l'épicerie, mais je ne suis plus capable de monter [les marches] avec mes sacs » (F5). Ceux ayant de plus importantes pertes de capacités ajoutaient la préparation des repas aux difficultés ressenties. Les participants étaient en mesure d'identifier plusieurs ressources comme la popote roulante et les services de livraison d'épicerie.

Facteurs personnels. Une diminution des capacités physiques influençait la réalisation d'activités dans plusieurs domaines des habitudes de vie, comme le mentionnait un participant : « *Ce qui me frustre le plus, c'est de ne plus avoir d'activité physique et de loisirs à cause de mon dos* » (F1). Une diminution des capacités cognitives affectait aussi les soins personnels (p. ex. : gestion de la médication), les déplacements (p. ex. : conduite automobile) et les responsabilités (p. ex. : transactions financières). L'apprentissage de nouvelles tâches, comme payer ses comptes sur Internet, surtout lorsque les plateformes sont continuellement modifiées, représentait d'ailleurs un défi : « *Il faudrait que les personnes âgées continuent à payer leurs factures par la poste, parce que par Internet ça change trop [vite]* » (F5).

Facteurs environnementaux. Sur le plan de l'environnement physique, un domicile inadapté aux capacités de l'aîné nuisait à sa participation sociale et à sa sécurité lors de ses déplacements intérieurs (p. ex. : escaliers), de ses soins personnels (p. ex. : absence de barre de bain) et de sa nutrition (p. ex. : atteindre les armoires en hauteur). Certains facteurs naturels, les conditions hivernales en tête de liste, engendraient plusieurs défis : une réduction des déplacements, une augmentation de la peur de chuter et des exigences liées à l'entretien extérieur.

Sur le plan de l'environnement social, plusieurs ont indiqué que la perte du conjoint ou un nouveau rôle de proche aidant pouvait augmenter les tâches de l'aîné et, par conséquent, représenter une surcharge. De plus, ces changements dans les rôles sociaux pouvaient accentuer l'isolement social et nuire au sentiment de sécurité. L'assistance de proches permettait toutefois de diminuer le stress et la charge de travail vécus par l'aîné. Il a été mentionné qu'Internet, par son absence ou par la complexité de son utilisation, pouvait nuire à la capacité des aînés de recevoir l'information pertinente et ainsi de participer à certaines activités significatives, entraînant alors un sentiment d'isolement. De plus, des ressources humaines et financières limitées ainsi que de longues listes d'attente dans le réseau de la santé ou dans les organismes locaux pouvaient réduire l'utilisation de ressources ou les activités (p. ex. : entretien ménager, loisirs, rendez-vous médicaux) des aînés. Néanmoins, le crédit d'impôt offert aux personnes âgées de 70 ans et plus utilisant des services favorisant leur maintien à domicile, tels que l'entretien ménager, était perçu comme un facilitateur. Les participants mentionnaient aussi l'impact des frais de transport ou de stationnement sur leur participation aux différentes activités.

DISCUSSION

Cette recherche-action a permis d'identifier les besoins d'aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile ainsi que les ressources disponibles. Les besoins non comblés identifiés par les participants surviennent principalement au début des pertes de capacités. Ces besoins non comblés impliquent souvent une diminution de la participation sociale des aînés. Les ressources pour maintenir la participation sociale sont peu connues et la majorité de celles utilisées provient du privé ou des proches aidants. Bien qu'à Fleurimont des ressources existent pour chaque domaine des habitudes de vie, celles-ci ne répondent pas, ou seulement partiellement, à certains besoins spécifiques (p. ex. : monter les sacs d'épicerie en haut des marches). Selon les résultats de la présente étude, le maintien à domicile est désiré parce qu'il est synonyme d'un sentiment de liberté. Cela est en accord avec les études de Grimmer et collègues (2015) qui l'associent à la flexibilité et aux choix de vie (terme référent aux différentes décisions de la vie personnelle dans le texte de référence), ainsi que celle de Golant (2008), qui la relie à l'indépendance. Puisque leur domicile serait perçu par les aînés comme étant l'endroit le plus propice pour s'adapter à leurs problèmes de santé (Golant, 2008), les ergothérapeutes devraient considérer les facteurs facilitant le maintien à domicile de leurs clients ou faisant obstacle à celui-ci.

Premièrement, cette étude met en lumière qu'un des obstacles majeurs au maintien à domicile est lié aux facteurs personnels, notamment aux capacités et à la santé des aînés. Puisqu'un déclin de leur santé peut les inciter à déménager (Ewen et Chahal, 2013), il est important d'agir en amont pour favoriser le maintien des capacités physiques et cognitives des aînés. Cette stratégie est d'ailleurs au cœur de l'approche de l'autonomisation, axée sur le développement des capacités d'une personne à vivre de façon aussi autonome que possible et sur la participation active de l'aîné et de ses proches dans les décisions qui concernent leurs services de maintien à domicile (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2015). Il s'agit de promouvoir la participation sociale, en ayant recours entre autres à l'utilisation de ressources. Lorsque leurs capacités diminuent, les tâches domestiques (p. ex. gestion financière) des aînés sont les premières restreintes, suivies des activités de la vie courante (Arcand et Hébert, 2007). Les besoins identifiés par la présente étude sont principalement liés aux activités instrumentales (p. ex. : faire ses courses) et non aux activités courantes (p. ex. : se laver). Les aînés sondés seraient probablement au début de leurs pertes et l'abandon d'activités pourrait être néfaste au maintien de leurs capacités physiques et cognitives.

Deuxièmement, toujours selon la présente étude, une baisse du sentiment de sécurité et les risques associés au maintien à domicile peuvent mener à une modification ou à l'abandon d'habitudes de vie. Selon une étude similaire réalisée en Australie (Grimmer *et al.*, 2015), la sécurité est un des éléments clés du maintien à domicile. Elle comprend deux aspects, soit le sentiment de sécurité de la personne (p. ex. : réseau social sécurisant) et sa sécurité physique (p. ex. : maison adaptée à ses capacités). En leur absence, on constate que les aînés envisagent alors davantage de déménager en résidence. L'insécurité serait accentuée lorsque les capacités ou la situation de vie (p. ex. : perte du conjoint) des aînés changent. Elle le serait également en l'absence de connaissances quant aux ressources, à la fois

pour maintenir leurs capacités ou pour pallier une diminution de celles-ci. Lors de changements, une meilleure connaissance et utilisation des ressources est primordiale. D'autre part, même s'ils se résignent à abandonner ou modifier certaines activités (p. ex. demander de l'aide) ou leur environnement (p. ex. installation d'une barre d'appui), plusieurs aînés nous ont confié qu'ils se trouvaient trop jeunes pour cela, ou étaient gênés de devoir le faire. Selon Fielo et Warren (2001), le maintien à domicile implique de maintenir des apparences de compétence et de santé. L'ergothérapeute aurait donc un rôle à jouer dans l'acceptation de ces changements tant au niveau de la personne, de son environnement que de ses occupations.

Troisièmement, il est ressorti de l'étude que la perte du permis de conduire pousserait les aînés à quitter leur domicile, puisque celle-ci engendrerait subitement de nouveaux besoins. L'utilisation de transports alternatifs à l'automobile est difficile, notamment en raison du temps requis, de leur fréquence de passage et de la dispersion des endroits fréquentés par les aînés (p. ex. hôpital, loisirs, commerces, etc.). De plus, l'apprentissage de ces transports peut être difficile en raison des fonctions cognitives requises, comme la mémoire, la planification et l'attention (Pellichero *et al.*, 2021). Ces fonctions sont par ailleurs souvent la cause de la cessation de conduite initiale. La perte du permis est un obstacle documenté par plusieurs études, notamment en ce qui concerne le maintien de la participation sociale dans les milieux ruraux (Levasseur *et al.*, 2015a). Les professionnels de la santé et les ergothérapeutes peuvent intervenir (Pellichero *et al.*, 2020) pour faciliter les changements que vivent les aînés en lien avec la perte du permis de conduire et optimiser leur indépendance.

Implications pour les aînés

Afin de favoriser leur maintien à domicile, les aînés doivent être en mesure de bien le planifier, une tâche nécessitant de connaître l'évolution de leur condition de santé et de prévoir son impact sur leur participation sociale (U.S. Department of Health & Human Services, 2017). Pour ce faire, il importe de consulter des professionnels de la santé et des services sociaux, incluant des ergothérapeutes. D'autre part, pour favoriser leur maintien à domicile, les aînés doivent connaître les ressources disponibles, et ce, au moment opportun (Grimmer *et al.*, 2015). Le manque de connaissance de ces ressources et de l'évolution et des impacts de leur condition de santé influence ainsi leur maintien à domicile. En effet, ce manque de connaissance précipite trop souvent l'institutionnalisation, qui est perçue comme la seule solution à la diminution de leur participation sociale (Grando, 2002). La présente étude a permis aux participants de mieux connaître les besoins des aînés et les ressources disponibles. Par la diffusion d'un guide répertoriant les organismes pouvant leur offrir ces ressources, l'étude permet également d'augmenter les connaissances des autres aînés de la communauté et, ultimement, de prolonger leur maintien à domicile de façon satisfaisante.

Implications pour la pratique

Afin de favoriser le maintien à domicile des aînés, une part du travail des ergothérapeutes devrait être consacrée à la prévention. Cette prévention peut impliquer de

renforcer les capacités des aînés (p. ex. : Programme intégré d'équilibre dynamique, Santé Montérégie, s. d), d'optimiser leurs occupations (p. ex. : Remodeler sa vie, Lévesque *et al.*, 2020; Levasseur *et al.*, 2019) ou de les préparer à d'éventuelles pertes de capacités en intégrant peu à peu des services. Par ses multiples rôles, l'ergothérapeute peut participer à faire connaître différentes ressources, à les normaliser et à entraîner à leur utilisation, et ce, de façon précoce afin de favoriser les apprentissages (De Coninck *et al.*, 2017) et, ainsi, le maintien à domicile. Les méthodes utilisées pour cette éducation, cette normalisation et cet entraînement doivent être personnalisées, c'est-à-dire adaptées en fonction de la personne et de ses besoins.

Lors d'une évaluation à domicile, les ergothérapeutes doivent prendre en compte les besoins des aînés de façon holistique et recommander non seulement les ressources publiques ou communautaires de la région, mais aussi celles du privé. La présente étude montre que les besoins des aînés sont diversifiés et que certains, comme ceux liés aux déplacements ou à l'entretien extérieur, dépendent majoritairement de ressources privées (p. ex. : déneigement). Ces évaluations globales et la transmission de renseignements quant aux ressources seraient encore plus importantes chez les aînés ayant un faible revenu qui, selon Golant (2008), seraient plus à risque d'être mal conseillés quant à leurs possibilités de maintien à domicile. Enfin, il importe de réaliser des évaluations et des interventions régulières liées au maintien à domicile avant et dès l'apparition de restrictions dans les activités instrumentales, ce qui pourrait prévenir un relogement précoce des aînés.

FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Réalisée rigoureusement, cette étude a permis d'explorer en profondeur les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et les ressources le favorisant. La conformité de l'étude est par ailleurs assurée par l'implication des six membres de l'équipe qui ont réalisé des analyses indépendantes et obtenu des interprétations similaires. Malgré ses forces, l'étude comprend aussi des limites, notamment une transférabilité réduite des résultats à des aînés d'autres régions. La désirabilité sociale pourrait aussi avoir influencé les résultats, et ce, malgré les stratégies utilisées pour la réduire (p. ex. : information quant à l'absence de bonnes ou de mauvaises réponses ainsi que sur l'importance de répondre le plus près possible de la réalité). De plus, la collecte de données ayant été réalisée avant la pandémie de COVID-19, les besoins et les ressources peuvent avoir changé depuis.

CONCLUSION

La présente étude visait à identifier les besoins des aînés de Fleurimont en matière de maintien à domicile et les ressources disponibles dans la communauté pour y répondre. Ainsi, nous avons identifié et hiérarchisé différents facilitateurs et obstacles relatifs du maintien à domicile des aînés de la région de Fleurimont. Nous avons dressé

une liste exhaustive des ressources, qui sera disponible afin de favoriser la connaissance et l'utilisation de celles-ci par les habitants de l'arrondissement de Fleurimont. Le rôle de l'ergothérapeute a également été précisé, notamment par rapport à la prévention du relogement précoce des aînés. Les étapes une et deux de la recherche-action ayant été réalisées dans cette présente étude, l'exploration des ressources et l'implantation des changements dans la communauté (p. ex. rendre les informations concernant les ressources plus accessibles) seront prises en charge prochainement. Des études futures devraient également être réalisées auprès des aînés ayant d'importantes limitations physiques, cognitives ou sociales afin de connaître leur perspective sur leurs besoins et sur l'adéquation entre ceux-ci et l'offre actuelle de services à Fleurimont.

REMERCIEMENTS

Nous remercions les organismes qui ont prêté leurs locaux pour la collecte de données et ceux qui ont aidé au recrutement des participants à l'étude. Merci aux deux aînées cochercheuses, instigatrices du projet. Enfin, nos remerciements vont aussi aux aînés et aux proches qui ont accepté de participer à l'étude.

FINANCEMENT

Les auteurs ont reçu un soutien financier de la part de la Fondation Vitae du CIUSSS-Estrie-CHUS et de l'École de réadaptation de l'Université de Sherbrooke pour la recherche, la rédaction et la publication de cet article. Mélanie Levasseur est nouvelle chercheure des IRSC (2017-2022 ; #360880) et chercheuse sénior des Fonds de la recherche en santé du Québec (2021-2025 ; #298996).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Anderson, E. M., Larkins, S. B. et Ray, R. A. (2018). Should I stay or go: Rural ageing, a time for reflection. *Geriatrics*, 3(3), 49. <https://doi.org/10.3390/geriatrics3030049>
- AQDR Sherbrooke. (2020). *Ami des aînés Sherbrooke*. <http://aqdrsherbrooke.org/fr/dossiers/ami-des-aines.php>
- AQDR Sherbrooke. (2020). *À propos*. <https://www.aqdr.org/aqdr/mission/>
- Arcand, M. et Hébert, R. (2007). *Précis pratique de gériatrie* (3^e éd.). EDISEM.
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE]. (1997). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
- Benefield, L. E. et Holtzclaw, B. J. (2014). Aging in place: Merging desire with reality. *Nursing Clinics of North America*, 49(2), 123-131. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.02.001>
- Centre d'action bénévole de Sherbrooke [CABS]. (2018). *À propos*. <http://www.cabsherbrooke.org/a-propos/>
- CIM-10. (2008). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/>
- CIUSSS de l'Estrie-CHUS. (2020). *Services offerts*. <https://www.santeestrie.qc.ca/soins-services/pour-tous/services-communautaires-clsc/>

- Coopestrie. (s. d.). *Nos services*. <http://www.coopestrie.com/fr/services/index.php>
- CSSS-IUGS. (2020). *Intervention de quartier*. <http://www.csss-iugs.ca/iupl-intervention-de-quartiers>
- De Coninck, L., Bekkering, G. E., Bouckaert, L., Declercq, A., Graff, M. J. et Aertgeerts, B. (2017). Home- and community-based occupational therapy improves functioning in frail older people: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), 1863-1869. <https://doi.org/10.1111/jgs.14889>
- Des Roches, M. (2014). *Le tableau de bord des communautés de l'Estrie : un outil hors pair pour favoriser le développement des communautés*. Bulletin Vision Santé Publique. https://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/bulletin/vision-sante-publique/2014/12_vision_sante_publique_tableau_de_bord_communautes.pdf
- Dolbec, A. et Prud'homme, L. (2009). La recherche-action. Dans I. Bourgeois (dir.), *Recherche sociale. De la problématique à la collecte de données* (p. 505-540). Presses de l'Université du Québec.
- Erickson, M. A., Krout, J., Ewen, H. et Robison, J. (2006). Should I stay or should I go? Moving plans of older adults. *Journal of Housing for the Elderly*, 20(3), 5-22. https://doi.org/10.1300/J081v20n03_02
- Ewen, H. H. et Chahal, J. (2013). Influence of late life stressors on the decisions of older women to relocate into congregate senior housing. *Journal of Housing for the Elderly*, 27(4), 392-408. <https://doi.org/10.1080/02763893.2013.813428>
- FADOQ. (s. d.). *À propos*. <https://www.fadoq.ca/estrie/a-propos/qui-sommes-nous>
- Fielo, S. B. et Warren, S. A. (2001). Home adaptation: Helping older people age in place. *Geriatric Nursing*, 22(5), 239-246. <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.119473>
- Fougeyrollas, P., Boucher, N., Edwards, G., Grenier, Y. et Noreau, L. (2019). The Disability Creation Process model: A comprehensive explanation of disabling situations as a guide to developing policy and service programs. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 25-37. <https://doi.org/10.16993/sjdr.62>
- Golant, S. M. (2008). Commentary: Irrational exuberance for the aging in place of vulnerable low-income older homeowners. *Journal of Aging and Social Policy*, 20(4), 379-397. <https://doi.org/10.1080/08959420802131437>
- Golant, S. M. (2019). Stop bashing the suburbs: Mobility limitations of older residents are less relevant as connectivity options expand. *Journal of Aging Studies*, 50(100793). <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100793>
- Granbom, M., Iwarsson, S., Kylberg, M., Pettersson, C. et Slaug, B. (2016). A public health perspective to environmental barriers and accessibility problems for senior citizens living in ordinary housing. *BMC Public Health*, 16(1), 772. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3369-2>
- Grando, V., Mehr, D., Popejoy, L., Maas, M., Rantz, M., Wipkern, D. and Westhoff, R. (2002). Why older adults with light care needs enter and remain in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*, 28(7), 47-53. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-20020701-09>
- Grimmer, K., Kay, D., Foot, J., Pastakia, K. et Kennedy, K. (2015). Consumer views about aging-in-place. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1803-1811. <https://doi.org/10.2147/CIA.S90672>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux [INESSS] (2015). *L'autonomisation des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*. Avis rédigé par A. Tessier, M.-D. Beaulieu, R. Latulippe et C. A. McGinn. ETMIS, 11(01), 1-57. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_Avis_Autonomisation.pdf
- Kelly, A. J., Fausset, C. B., Rogers, W. et Fisk, A. D. (2012). Responding to home maintenance challenge scenarios: The role of selection, optimization, and compensation in aging-in-place. *Journal of Applied Gerontology*, 33(8), 1018-1042. <https://doi.org/10.1177/0733464812456631>
- L'Accorderie. (2020). *L'Accorderie : un système d'échange unique*. <https://www.accorderie.ca/sherbrooke-a-propos/>
- Les Petits Frères. (2019). *À propos*. <https://www.petitsfreres.ca/a-propos/>
- Levasseur, M., Cohen, A. A., Dubois, M.-F., Généreux, M., Richard, L., Therrien, F.-H. et Payette, H. (2015a). Environmental factors associated with social participation of older adults living in metropolitan, urban, and rural areas: The NuAge Study. *American Journal of Public Health*, 105(8), 1718-1725. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302415>

- Levasseur, M., Généreux, M., Bruneau, J.-F., Vanasse, A., Chabot, É., Beaulac, C. et Bédard, M.-M. (2015b). Importance of proximity to resources, social support, transportation and neighborhood security for mobility and social participation in older adults: Results from a scoping study. *BMC Public Health*, 15, 503-503. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1824-0>
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Larivière, N., Trépanier, J., Lévesque, M.-H., Beaudry, M., Parisien, M., Provencher, V., Couturier, Y., Champoux, N., Corriveau, H., Carbonneau, H. et Sirois, F. (2019). Influence of Lifestyle Redesign® on health, social participation, leisure and mobility of older French-Canadians. *American Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 1-18. <https://doi.org/10.5014/ajot.2019.031732>
- Lévesque, M.-H., Trépanier, J., Tardif, M.-È., Lalanne, K., Boudriau, M., Ainsley, S., Boislard, C. et Levasseur, M. (2020). Lifestyle Redesign® (Remodeler sa vie): First pilot study among older French-Canadians. *Revue canadienne d'ergothérapie*. 87(4), 241-252 <https://doi.org/10.1177%2F0008417420929508>
- Maison des grands-parents de Sherbrooke. (2020). *Notre mission*. <https://mgpsherbrooke.org/notre-mission>
- Marek, K. D. et Rantz, M. J. (2000). Aging in place: A new model for long-term care. *Nursing Administration Quarterly*, 24(3), 1-11. <https://doi.org/10.1097/00006216-200004000-00003>
- Miles, L., Huberman, M. et Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3e éd.). Sage Publications.
- Ministère de la Famille – Gouvernement du Québec. (2018). *Les aînés du Québec. Quelques données récentes*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/ainee/aines-quebec-chiffres.pdf>
- Municipalités (& Villes) amies des aînés au Québec. (2021). *Le projet*. <https://madaquebec.com/le-projet/>
- Observatoire estrien des communautés. (2015). *Portait des besoins des aînés de la ville de Sherbrooke* (60 p.). https://accordsanteestrieqva.weebly.com/uploads/2/5/9/4/25947027/1-portrait_besoins_a%C3%AEn%C3%A9s_sherbrooke_final.pdf
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Park, S., Han, Y., Kim, B. et Dunkle, R. E. (2015). Aging in place of vulnerable older adults: Person–environment fit perspective. *Journal of Applied Gerontology*, 36(11), 1327-1350. <https://doi.org/10.1177/0733464815617286>
- Pellichero, A., Lafont, S., Paire-Ficout, L., Fabrigoule, C. et Chavoix, C. (2021). Barriers and facilitators to social participation after driving cessation among older adults: A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(2). <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.003>
- Powell, K. H. (2016). A new neighborhood every fall: Aging in place in a college town. *Journal of Gerontological Social Work*, 59(7-8), 537-553. <https://doi.org/10.1080/01634372.2016.1256363>
- Programme PAIR. (2020). *Pair. Une présence rassurante*. <https://www.sherbrooke.ca/fr/services-aux-citoyens/securete-publique-et-situations-d-urgence/police/services-offerts/programme-pair>
- Rayon de soleil de l'Estrie. (2015). *Notre mission*. <http://www.rayonsoleilestrie.com/>
- Réseau d'amis de Sherbrooke. (2017). *À propos*. <https://www.reseaudamis.ca/a-propos/>
- Rose des vents. (2020). *Notre mission*. <https://www.rosedesvents.com/mission-et-philosophie-d-intervention/>
- Sercovie. (2020). *À propos*. <https://sercovie.org/a-propos/>
- Stones, D. et Gullifer, J. (2016). “At home it’s just so much easier to be yourself”: Older adults’ perceptions of ageing in place. *Ageing & Society*, 36(3), 449-481. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14001214>
- STS. (s. d.). *Transport adapté – Informations pratiques*. <https://www.sts.qc.ca/15-Information-pratiques.html>
- U.S. Department of Health & Human Services. (2017). *Aging in place: Growing older at home*. <https://www.nia.nih.gov/health/aging-place-growing-older-home>
- Vasunilashorn, S., Steinman, B. A., Liebig, P. S. et Pynoos, J. (2012). Aging in place: Evolution of a research topic whose time has come. *Journal of Aging Research*. <https://doi.org/10.1155/2012/120952>
- Ville de Sherbrooke. (s. d.). *Statistiques. Renseignements généraux*. <https://www.sherbrooke.ca/fr/vie-municipale/portrait/statistiques>

ANNEXE 1 : ORGANISMES PRÉSENTS À FLEURIMONT / SHERBROOKE FAVORISANT LE MAINTIEN À DOMICILE

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention ¹
Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ) (FADOQ, s.d.)	Rassembler et représenter les aînés de 50 ans et plus	P-Cognitif
	Promouvoir les droits collectifs des aînés	P-Physique
	Soutenir leurs implications en loisirs, culture et sport	P-Affectif
Sercovie (Sercovie, 2020)	Améliorer et conserver la qualité de vie	E-Institutionnel E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilités O-Loisirs
	Favoriser « un mode de vie sain, actif et enrichissant » en offrant du bénévolat et des loisirs	P-Physique
	Offrir un service de popote roulante et de repas cuisinés	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Alimentation O-Travail O-Communication et relations interpersonnelles
Rayon de soleil de l'Estrie (Rayon de soleil de l'Estrie, 2015)	Favoriser les relations sociales pour diminuer le poids de la solitude des aînés.	P-Affectif (solitude)
	Améliorer la qualité de vie des aînés	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilité O-Loisirs
Réseau d'amis de Sherbrooke (Réseau d'amis de Sherbrooke, 2017)	Favoriser le maintien à domicile en brisant l'isolement des aînés par des jumelages ou des activités de groupe ainsi que des services de transport	P-Affectif
	Offrir de la formation et du soutien à leurs proches aidants	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Loisirs O-Déplacements O-Responsabilités

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention ¹
Centre d'activités récréatives des aînés et autres générations de Sherbrooke (CARAGS) (CABS, 2018)	Briser l'isolement des aînés par la mise en place d'activités dans des organismes ou des résidences pour personnes autonomes	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Petits Frères (Les Petits Frères, 2019)	Briser l'isolement des aînés par des jumelages avec une personne bénévole	P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Coopérative des services à domicile de l'Estrie (Coopestrrie, s.d.)	Offrir des services à domicile pour les activités de la vie courante et les activités instrumentales	P-Physique E-Physique O-Soins personnels O-Habitation O-Responsabilités O-Alimentation
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées (AQDR) (AQDR, 2020)	Défendre les droits des aînés et faire des revendications collectives à ce sujet	E-Institutionnel
Villes amies des aînés² Municipalités (& Villes) amies des aînés au Québec (2021).	Guider les villes dans l'adaptation de leurs structures et de leurs services aux besoins et capacités des aînés	E-Physique O-Déplacements
Commerces amis des aînés (AQDR Sherbrooke, 2020)	Sensibiliser les commerces aux attitudes à adopter face aux aînés les fréquentant	E-Social O-Déplacements O-Responsabilités O-Alimentation
Programme d'intervention de quartier (Communauté Jardins-Fleuris) (CSSS-IUGS, 2020)	Favoriser l'accessibilité des services de santé et des services sociaux en s'implantant dans la communauté Créer des liens entre les citoyens, les praticiens et les chercheurs	P-Physique E-Social O-Soins personnels O-Communication et relations interpersonnelles O-Responsabilités

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

Organismes/Programmes	Mission de l'organisme/du programme	Domaine d'intervention¹
Services du Centre Intégré Universitaire de Santé et de Services Sociaux-Estrie-CHUS (CIUSSS de l'Estrie-CHUS, 2020)	Offrir des services de santé, psychosociaux, de réadaptation et de réinsertion	P-Physique P-Cognitif P-Affectif O-Soins personnels O-Habitation O-Responsabilités
Divers clubs d'âge d'or ou d'aînés	Offrir des loisirs	P-Physique P-Affectif E-Social O-Loisirs O-Communication et relations interpersonnelles
Programme d'assistance individuelle aux personnes retraitées (PAIR) (Programme PAIR, 2020)	Offrir un service d'appels automatisés quotidiens chez des aînés et dépêcher une patrouille policière si l'appel ne reçoit pas de réponse	P-Affectif (sécurité) E-Social O-Communication et relations interpersonnelles
Rose des vents (Rose des vents, 2020)	Fournir de l'aide aux personnes atteintes d'un cancer et à leurs proches tout au long de la maladie	E-Social O-Communication et relations interpersonnelles O-Loisirs O-Responsabilités
Transport adapté (STS, s.d.)	Favoriser les déplacements en transport en commun des personnes en situation de handicap	E-Physique O-Déplacements

Abréviations : s.d. = sans date

¹ Élément du PEO sur lequel agit l'organisme ; P = personne ; E = environnement ; O = occupation

ANNEXE 2 : FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET CLINIQUES

Numéro du participant : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____
(Jour) (Mois). (Année)

Genre :

- Féminin
 Masculin
 Autre : _____

Langue parlée :

- Français
 Anglais
 Autre (préciser) : _____

Type d'habitation :

- Unifamiliale
 Duplex ou triplex
 Bloc d'habitation (immeuble résidentiel)
 Condo
 Résidence d'accueil pour personnes âgées autonomes ou semi-autonomes
 Autre (précisez) : _____

Communauté habitée :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Saint-Jean-Baptiste | <input type="checkbox"/> Desranleau | <input type="checkbox"/> Pin-Solitaire |
| <input type="checkbox"/> Lavigerie | <input type="checkbox"/> Jardins-Fleuris | <input type="checkbox"/> Julien-Ducharme |
| <input type="checkbox"/> Des Châteaux | <input type="checkbox"/> Saint-Michel | <input type="checkbox"/> De l'Aéroport |

Situation matrimoniale :

- Marié(e)/en union libre
 Veuf (ve)
 Célibataire
 Divorcé(e)/séparé(e)

Situation de vie :

- Seul
 En couple
 Avec membre de la famille
 Autre (précisez) : _____

Combien d'enfants avez-vous ?

- Aucun
 Entre 1 et 3 enfants
 Entre 4 et 6 enfants
 Entre 7 et 9 enfants
 10 enfants et plus

Avez-vous des proches aidants ? : Oui Non

Qui sont vos proches aidants ? :

- Conjoint
 Enfants
 Amis/voisins
 Autres : _____

À quelle fréquence et durée vous visitent-ils ? _____

Scolarité :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Collégial/professionnel : 12-14 ans |
| <input type="checkbox"/> Primaire : 1-6 ans | <input type="checkbox"/> Baccalauréat : 15-16 ans |
| <input type="checkbox"/> Secondaire : 7-11 ans | <input type="checkbox"/> Maîtrise/doctorat : > 17 ans |

Occupation :

- À la retraite Depuis quelle année ? _____
- Sans emploi
- Travail à temps plein (précisez) _____
- Travail à temps partiel (précisez) _____
- Autre (précisez) _____

Revenus (ménage) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 0-10 000 \$ | <input type="checkbox"/> 20 001-25 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 10 001-15 000 \$ | <input type="checkbox"/> 25 001-40 000 \$ |
| <input type="checkbox"/> 15 001-20 000 \$ | <input type="checkbox"/> > 40 001 \$ |

Quel est votre degré de satisfaction en lien avec vos revenus ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Satisfait |
| <input type="checkbox"/> Insatisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Quels sont vos diagnostics médicaux (s'il y a lieu) :

Actuellement, comparativement aux autres personnes du même âge que vous, estimez-vous que votre santé globale est...

- | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excellente | <input type="checkbox"/> Passable |
| <input type="checkbox"/> Bonne | <input type="checkbox"/> Mauvaise |

Actuellement, quel est votre degré de satisfaction face à vos activités sociales ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait |
| <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Actuellement, quel est votre degré de satisfaction face à vos activités de loisirs ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Très satisfait | <input type="checkbox"/> Insatisfait |
| <input type="checkbox"/> Satisfait | <input type="checkbox"/> Très insatisfait |

Actuellement, quels types de services recevez-vous ?

- Je reçois des services publics (p. ex. : services du gouvernement, services du CLSC...)
- Je reçois des services privés (p. ex. : déneigement, aide ménagère, accompagnement...)
- Je reçois de l'aide de proches aidants
- Je ne reçois aucun service

Actuellement, dans quels domaines recevez-vous des services ?

- Aucun
- Soins de santé (p. ex. : visite d'une infirmière à domicile, traitement de plaie)
- Contacts et participation sociale (p. ex. : jumelage à un autre citoyen, visites d'amitié)
- Tâches ménagères (p. ex. : aide pour faire les courses, aide pour faire le ménage, repas préparés)
- Soins de base quotidiens (p. ex. : aide pour les soins d'hygiène, aide pour se faire nourrir, aide à l'habillage)
- Sécurité (p. ex. : bracelet d'urgence, appels quotidiens)
- Transport et mobilité (p. ex. : transport adapté, accompagnement pour faire les courses)
- Psychologique (p. ex. : groupes de soutien aux proches aidants)
- Autre : _____

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE SUR LA CONNAISSANCE DES RESSOURCES DE SHERBROOKE

de participant : _____

Cocher si l'encadré ci-dessous s'applique.

Organismes	Je connais cet organisme	J'utilise ou j'ai déjà utilisé leurs services	Je ne connais pas cet organisme
FADOQ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sercovie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accorderie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre d'action bénévole de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maison des grands-parents de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rayon de soleil de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Réseau d'amis de Sherbrooke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centre d'activités récréatives des aînés et autres générations de Sherbrooke (CARAGS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Petits Frères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopérative des services d'aide à domicile de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Villes amies des aînés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commerces amis des aînés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programme d'intervention de quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Services du CLSC du CIUSSS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coopérative de services de l'Estrie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Club d'âge d'or des Sages de Marie-Reine-du-Monde ; Club d'âge d'or de La détente du Cœur-Immaculé-de-Marie ; Club d'âge d'or La Gaieté de Sainte-Famille ; Club d'âge d'or Amitié Saint-Sacrement ; Club d'âge d'or Les braves amis de l'Assomption ; Club d'âge d'or Quatre-Saisons ; Club des aînés Fleuri-Est	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervention de quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANNEXE 4 : EXTRAIT DU GUIDE D'ENTRETIEN DES FORUMS DE DISCUSSION

1.0 Parmi les activités que vous ou votre proche réalisez présentement à domicile, quelles sont celles qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : s'asseoir au fond du bain, pelleter votre entrée, tondre votre pelouse, faire les réparations de votre maison, faire des loisirs, tricoter, faire des casse-têtes, menuiserie, faire la vaisselle, recevoir votre famille à souper, etc.

1.1 Quelles sont les activités que vous ou votre proche avez CESSÉ de faire, en incluant celles DÉLÉGUÉES à quelqu'un d'autre ?

Quelles sont celles que vous ou votre proche avez ARRÊTÉ de faire à votre domicile ?

2.0 En lien avec la NUTRITION et l'ALIMENTATION, quelles sont les activités qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : faire les courses, faire les repas, choisir le menu, etc.

2.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

3.0 En lien avec les SOINS PERSONNELS, quelles sont les activités qui sont plus DIFFICILES ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : se laver, aller chez le coiffeur, prendre sa médication, aller chez le médecin ou le dentiste, etc.

3.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

4.0 Comment est-ce que l'HABITATION (p. ex. : organiser son domicile, faire le ménage, faire l'entretien extérieur, utiliser les meubles et l'équipement de la maison) est un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

4.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

5.0 Comment est-ce que les DÉPLACEMENTS (p. ex. : entrer et sortir de votre domicile, marcher dans la maison ou dans le quartier, se déplacer en auto/autobus/taxi, avec des amis) représentent un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

5.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

6.0 En quoi est-ce que les RESPONSABILITÉS financières, civiles ou familiales (p. ex. : faire un budget, payer les comptes, aider un enfant ou un autre membre de la famille, prendre soin des animaux de compagnie) sont un défi pour quelqu'un qui veut rester le plus longtemps possible à son domicile ?

6.1 Quelles ressources connaissez-vous à Fleurimont qui peuvent aider avec ces activités ?

7. En lien avec l'ENVIRONNEMENT de votre domicile, quelles adaptations sont requises pour faciliter vos activités ou celles de votre proche ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : poser des mains courantes (« rampes ») dans vos escaliers, mettre des barres d'appui dans la salle de bain, installer une salle de bain et une chambre au rez-de-chaussée, etc.

8.0 Qu'est-ce qui vous motive, ou qui motive votre proche, à RESTER à domicile?

Pour quelles raisons voulez-vous rester chez vous ? Qu'est-ce qui vous pousse à demeurer chez vous et à vouloir vieillir dans votre maison actuelle ?

8.1 Qu'est-ce qui ferait en sorte que vous souhaiteriez, ou que votre proche souhaiterait, PARTIR du domicile?

« Je vais maintenant vous remettre un document sur les ressources de Sherbrooke qui aident les personnes aînées à demeurer à domicile. Je vous demande de cocher toutes les ressources que vous connaissez ou que vous utilisez. Nous en discuterons au retour de la pause. »

Pause

La deuxième et dernière partie de notre rencontre portera sur les ressources qui aident à demeurer à domicile. Ces ressources peuvent être un service public, communautaire ou privé.

9.0 Quelle(s) ressource(s) connaissez-vous ou utilisez-vous ?

Au besoin, les exemples suivants pourront être nommés si les participants ne les abordent pas spontanément : un service public, communautaire ou privé peut-être pour votre santé, votre socialisation ou votre entretien ménager.

9.1 Si vous ou votre proche les utilisez, comment avez-vous accès à ces ressources ?

9.2 Qu'est-ce qui fait en sorte que vous UTILISEZ ces ressources ?

9.3 Qu'est-ce qui fait en sorte que vous N'UTILISEZ PAS ces ressources ?

9.4 Décrivez-moi votre niveau de satisfaction ou d'insatisfaction par rapport à cette ou à ces ressources.

9.5 Quelles sont les AUTRES RESSOURCES qui ne sont pas sur ce document ?

10. Quelles ressources sont manquantes pour demeurer à domicile le plus longtemps possible ?

11. Imaginez qu'on vous remette une baguette magique qui comble tous vos souhaits pour votre maintien à domicile. Vous auriez accès à n'importe quelle aide, ressource matérielle ou service. À quoi cette baguette vous donnerait-elle accès ?

Imaginez que vous ayez les pouvoirs d'un super-héros qui peut changer quelque chose dans son domicile ou dans son quartier, que feriez-vous ?

12. Avez-vous d'autres commentaires que vous souhaiteriez partager ?

« Ceci complète notre rencontre. Je tiens à vous remercier pour votre participation. Notre coanimatrice va maintenant vous résumer ce qui a été dit pour le valider auprès de vous. »

Résumé de la coanimatrice.

13.0 Avez-vous d'autres commentaires ou des questions ?

« Ceci termine notre rencontre. Encore merci pour votre participation. Acceptez-vous que nous vous recontactons au besoin si nous avons d'autres questions lors des analyses ? »