

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

**Élaboration d'un outil d'intervention visant à
optimiser l'utilisation des services et ressources du
réseau communautaire par les personnes âgées en
perte d'autonomie demeurant dans la communauté**

Par

Joëlle Monnière #08 411 51

Programmes de 2^e cycle en pratiques de la réadaptation

Essai synthèse présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.)
Maîtrise en pratiques de la réadaptation

Sherbrooke, Québec, Canada

Juin, 2014

Membres du jury d'évaluation

Chantal Sylvain, Professeure adjointe, Université de Sherbrooke

Chantal Viscogliosi, Responsable des programmes de 2^e cycle de type cours en
gérontologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de Sherbrooke

© Joëlle Monnière, 2014

J'aimerais dédier ce projet à mon conjoint, qui m'a soutenue de plusieurs façons tout au long de cette année de travail acharné. J'aimerais également souligner le dévouement infini de ma mentore Chantal Viscogliosi. Ton soutien, ta patience et ta compréhension m'ont permis de mener à terme ce projet qui me tient tant à cœur. Un merci spécial également à Chantal Sylvain, la professeure du cours, pour ton soutien continuel. Et finalement, ce projet n'aurait pas pu être réalisé sans la participation des membres de mon équipe de travail qui ont été très généreux et qui m'ont offert leur appui.

RÉSUMÉ

Élaboration d'un outil d'intervention visant à optimiser l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie demeurant dans la communauté

Par

Joëlle Monnière

Programmes de pratiques de la réadaptation

Essai synthèse présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître en pratiques de la réadaptation (M. Réad.), Maîtrise en pratiques de la réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Contexte. La sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire, par les personnes âgées en perte d'autonomie, peut avoir un impact majeur sur la santé de cette population. Or, malgré l'importance dans la pratique du soutien à domicile, cette problématique est peu étudiée dans la littérature. Ce document présente un projet d'innovation lié à cette problématique.

Objectif. Élaborer un outil à l'intention des intervenants du soutien à domicile, dans le but d'optimiser l'utilisation des services et ressources offerts dans le réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, particulièrement ceux répondant à leurs besoins concernant les activités de la vie quotidienne et les activités de la vie domestique.

Méthodologie. Une collecte de données a été réalisée dans la littérature scientifique. Les buts de cette collecte étaient d'identifier : a) les besoins, généralement non-comblés, sur le plan des activités de la vie quotidienne et domestique des personnes âgées demeurant dans la communauté, b) les obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services de santé et c) les pistes de solution opérationnelles face aux obstacles à l'utilisation. Un répertoire des services et ressources a été développé. Des experts du soutien à domicile ont été consultés pour assurer la pertinence et l'exhaustivité des données recueillies. Le format de l'outil a également été exploré avec les experts.

Résultats. Cinq besoins non-comblés ont été identifiés et un répertoire des services et ressources disponibles dans le réseau communautaire a été créé pour ces besoins non-comblés. Une liste d'obstacles et de facilitateurs à l'utilisation des services de santé a été identifiée. Des pistes de solutions opérationnelles aux obstacles ont été déterminées et un outil d'intervention a été élaboré intégrant toutes ces informations.

Conséquence pour la pratique. L'intégration de cet outil, dans la pratique des intervenants du soutien à domicile, permettra d'optimiser l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire et ainsi, diminuer les besoins non-comblés des personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile. Des travaux de validation de l'outil demeurent à être réalisés.

Mots clés : Services et ressources du réseau communautaire, personnes âgées, utilisation des services, maintien à domicile, facilitateurs, obstacles, théories de changements de comportements.

TABLE DES MATIÈRES

Résumé.....	5
Table des matières.....	7
Liste des figures	9
Liste des tableaux.....	10
CHAPITRE 1 : Introduction.....	11
CHAPITRE 2 : Définition de la problématique	12
2.1. Environnement et contexte de pratique.....	12
2.2. Problématique rencontrée.....	13
CHAPITRE 3 : Recension des écrits.....	16
CHAPITRE 4 : Objectifs de l'innovation	21
4.1. Objectif général.....	21
4.2. Objectifs spécifiques	21
CHAPITRE 5 : Méthodologie	22
5.1 Survol de la démarche employée pour développer l'outil.....	22
5.2 Description selon les différentes composantes de l'outil.....	22
5.2.1 Étape 1 : Besoins non-comblés des personnes âgées à domicile... 22	
5.2.2 Étape 2 : Services et ressources du réseau communautaire répondant aux besoins des personnes âgées à domicile.....	23
5.2.3 Étape 3 : Obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services et ressources.....	24
5.2.4 Étape 4 : Pistes de solution opérationnelle aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés.....	25
5.2.5 Étape 5 : Élaboration de l'outil.....	26

CHAPITRE 6 : Résultats.....	27
6.1 Détermination des besoins non-comblés des personnes âgées à domicile.....	27
6.1.1 Élaboration de la composante de l’outil : besoins non-comblés et les services et ressources du réseau communautaire	28
6.2 Détermination des obstacles et facilitateurs à l’utilisation des services et ressources	29
6.2.1 Élaboration de la composante de l’outil : obstacles et facilitateurs à l’utilisation des services et ressources identifiés.....	33
6.3 Détermination des pistes de solutions opérationnelles aux obstacles à l’utilisation des services et ressources ciblés	35
6.3.1 Élaboration de la composante de l’outil : pistes de solutions opérationnelles.....	39
6.4 Élaboration de l’outil : version finale.....	41
CHAPITRE 7 : Discussion.....	48
7.1 Résultats principaux de l’étude	48
7.2 L’importance des résultats de l’étude.....	49
7.3 Comparaison aux études similaires.....	50
7.4 Autres explications possibles aux résultats	51
7.5 Pertinence clinique des résultats	52
7.6 Forces et limites potentielles de l’étude.....	53
7.7 Travaux futurs pour l’outil et suggestions pour recherches futures	55
CHAPITRE 8 : Conclusion	56
Liste de références.....	57
Annexes.....	60

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Le système de santé : ses composantes	64
----------	---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Services et ressources offerts dans le réseau communautaire en fonction des besoins	29
Tableau 2	Obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services de santé	34
Tableau 3	Principes de l'entretien motivationnel	38
Tableau 4	Pistes de solutions opérationnelles aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés	40
Tableau 5	Version finale de l'outil	42

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

Ce projet d'innovation est réalisé dans le cadre du cours d'essai synthèse pour l'obtention du diplôme de maîtrise en pratiques de la réadaptation. Ce projet vise à répondre à la problématique de sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile, du territoire du Centre local de services communautaires (CLSC) de Richelieu. Cette problématique a été particulièrement sélectionnée, puisque cette sous-utilisation du réseau communautaire peut mettre en péril le but ultime du programme du CLSC, soit le maintien à domicile. En effet, cette sous-utilisation mène à des besoins non-comblés qui pourraient pourtant être répondus par le réseau communautaire, occasionnant ainsi des impacts majeurs sur l'état de santé et l'autonomie de la personne âgée. Une recherche rigoureuse dans la littérature et une consultation d'experts au soutien à domicile ont été réalisées, dans le but d'élaborer un outil d'intervention et ainsi, optimiser l'utilisation des services et ressources offerts dans le réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Ces démarches ont donc permis d'identifier des besoins généralement non-comblés pour cette population, les services et ressources proposés sur le territoire du CLSC Richelieu, les obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services de santé et des pistes de solutions opérationnelles.

Dans un premier temps, une définition de la problématique et une recension des écrits seront précisées, afin de bien comprendre la situation actuelle. Ensuite, les différents objectifs du projet, la méthodologie utilisée, les résultats principaux et la discussion seront détaillés dans ce rapport.

CHAPITRE 2 : DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

2.1 ENVIRONNEMENT ET CONTEXTE DE PRATIQUE

À la suite de la fusion des différents établissements de santé du territoire de la Montérégie, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) Haut-Richelieu-Rouville a été créé en 2004 (CSSS Haut-Richelieu-Rouville, 2009). Le CSSS occupe maintenant un vaste territoire à trame urbaine et rurale. Depuis, il se compose d'une équipe de plus de 3 500 employés répartis dans une quinzaine d'installations. Le CSSS offre des services et des ressources à une population de plus de 181 000 personnes et propose une gamme variée de services généraux et spécialisés répondant à trois missions de services complémentaires, soit celles de l'hôpital, des CLSC et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). La mission générale du CSSS Haut-Richelieu-Rouville est d'assurer à la population du territoire Haut-Richelieu-Rouville, une gamme de services de santé et de services sociaux de qualité, continus, accessibles, sécuritaires et adaptés à ses besoins (CSSS Haut-Richelieu-Rouville, 2009). Offerts en partenariat avec les organismes et établissements partenaires du réseau local de services, ces soins proposés intègrent les dimensions préventives, curatives et de soutien. La prestation de services s'appuie sur des valeurs précises orientées de façon générale vers l'utilisateur (Annexe 1).

Le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA) des CLSC a pour mission d'aider cette population à demeurer dans la communauté le plus longtemps possible, en offrant des services à domicile selon les besoins de la personne. Pour ce programme, le CSSS Haut-Richelieu-Rouville préconise également une approche centrée sur le client (Annexe 2). Le projet d'innovation se déroule précisément au CLSC de Richelieu, où quatre ergothérapeutes, deux

physiothérapeutes, trois thérapeutes en réadaptation physique, cinq travailleurs sociaux, quatre techniciens en travail social, dix infirmiers, six techniciens en soins infirmiers, trois inhalothérapeutes, un nutritionniste, quinze auxiliaires aux services de santé et sociaux, un organisateur communautaire et trois médecins interviennent au sein du programme SAPA¹. La chef de programme est elle-même infirmière et elle coordonne tous ces professionnels de la santé. Les professionnels impliqués directement dans ce projet sont les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les techniciens en travail social et l'organisateur communautaire.

2.2 PROBLÉMATIQUE RENCONTRÉE

Dans le début des années 1990, un virage ambulatoire a été entamé, favorisant la désinstitutionnalisation des personnes âgées et la diminution des durées de séjours en milieu hospitalier (Busque et Légaré, 2012). Ce virage a donc occasionné une augmentation majeure du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. De plus, selon Statistique Canada (2012), le nombre de personnes âgées (65 ans et plus) était estimé à 5 186 800 (en date du 1^{er} juillet 2012), représentant 14,9 % de la population canadienne, ayant ainsi augmenté de 11,6 % depuis 1992. Parallèlement à ce vieillissement, il est constaté que les personnes vivant à domicile présentent des incapacités de plus en plus graves, en raison de l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et dégénératives (Johnson et coll., 2007). De plus, différentes études entre 1992 et 1997 ont démontré que le maintien à domicile est moins onéreux que l'institutionnalisation et que la majorité des personnes âgées préfèrent demeurer dans la communauté le plus longtemps possible (Grabbe et coll., 1995 ; Harrow et coll., 1995 ; Wolinsky et coll., 1992; dans Busque et Légaré, 2012), confirmant de nouveau la vision du maintien à domicile souhaitable en contexte de vieillissement de la population canadienne. Il est donc possible de croire que la population de personnes âgées demeurant à domicile ne cessera de s'accroître et que

¹ À noter que pour les titres professionnels du personnel, le masculin est utilisé afin de raccourcir le texte de ce rapport.

leurs besoins se complexifieront, offrant ainsi des défis supplémentaires pour l'objectif du maintien à domicile. Le gouvernement du Québec a d'ailleurs reconnu le besoin d'augmenter le soutien et l'assistance à nos aînés pour leur permettre de demeurer dans leur milieu de vie en déposant la Politique « Pour mieux vieillir chez soi », au printemps 2012. Ce plan d'action prévoit un soutien par des projets issus de la communauté, des services de santé mieux adaptés aux besoins des aînés, des investissements additionnels pour rendre les habitations abordables, sécuritaires et adaptées pour les personnes aînées et une bonification de l'aide fiscale accordée pour appuyer les aidants naturels (Gouvernement du Québec, 2012).

Il est donc évident que l'enjeu du maintien à domicile est une priorité autant pour les personnes âgées que pour le gouvernement, mais qu'il présente également des défis majeurs par la complexité des besoins de cette population.

Pour les personnes âgées en perte d'autonomie demeurant dans la communauté, ces besoins complexes peuvent se traduire, à différents moments de leur vie, par des difficultés à accomplir leurs AVQ (activités de la vie quotidienne) et AVD (activités de la vie domestique). Pour compenser leurs difficultés, elles peuvent mobiliser les membres de leur famille, les amis, les voisins et avoir recours aux services et ressources disponibles dans le réseau communautaire. Le réseau communautaire comprend les organismes communautaires à but non lucratif et les entreprises d'économie sociale de type coopératif, ayant tous deux des normes gouvernementales à respecter, ainsi que tous les autres organismes sociaux existants n'étant pas financés par les programmes d'aide gouvernementaux (Annexe 3). Malgré le large éventail de services offerts par ces ressources communautaires, il est fréquemment constaté par les intervenants du programme SAPA du CLSC de Richelieu, que les personnes âgées utilisent peu les services et ressources recommandés et offerts par le réseau communautaire, occasionnant ainsi la persistance des besoins. Ces besoins deviennent alors non-comblés, malgré la disponibilité de services et ressources dans la communauté. Pourtant, il est démontré

que les besoins non-comblés peuvent engendrer des effets négatifs sur la santé et la participation de la personne dans ses activités, tels que l'impossibilité de se nourrir ou d'utiliser la toilette, l'accroissement des niveaux de morbidité et d'incapacité, l'augmentation des risques de chutes, l'utilisation accrue des services de santé, l'institutionnalisation précoce (Busque et Légaré, 2012), ainsi qu'un risque imminent de plaies, de contractures, de perte de poids, d'incontinence et de dépression (Dubuc et coll., 2011). Cette sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire peut donc avoir de graves conséquences sur la santé et les capacités des personnes âgées vivant à domicile, devenant par le fait même, un enjeu important pour le maintien à domicile. Ce projet d'innovation vise à comprendre les facteurs influençant l'utilisation ou la non-utilisation des services et à offrir un outil aux intervenants du SAPA dans le but d'optimiser l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.

CHAPITRE 3 : RECENSION DES ÉCRITS

La seule étude recensée au Québec, s'intéressant précisément à la problématique de sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire (Sévigny, 1996), montre que les aînés québécois utilisent peu les services et ressources de soutien à domicile offerts par le réseau communautaire. Cette étude de type qualitative a été réalisée auprès de 30 personnes âgées en perte d'autonomie demeurant à domicile au Québec, dans le but d'identifier les raisons qui motivent les aînés en perte d'autonomie à utiliser ou à ne pas utiliser les services des organismes communautaires dans leurs stratégies de soutien à domicile. Selon cette étude, les caractéristiques influençant l'utilisation ou non des services et ressources peuvent être reliées à la personne âgée elle-même ou à la ressource.

Une étude canadienne réalisée à Winnipeg (Penning, 1995) a examiné l'utilisation des services de santé auprès d'un échantillon aléatoire stratifié de 1 284 personnes demeurant dans la communauté. L'auteur a répertorié que 4 % et 30 % de cette population présentent des incapacités à réaliser les AVQ et AVD, respectivement. Les résultats de cette étude montrent également que seulement 7 % des personnes ont reçu des services de soins à domicile (soins infirmiers, travailleur social, aide ménagère, physiothérapie, repas à domicile, répit, aide aux soins d'hygiène, aide aux médicaments, soins des pieds, aide pour la préparation de repas, autres services...) dans les six derniers mois, démontrant que le réseau communautaire est également grandement sous-utilisé dans une autre province du Canada.

Lüdecke et coll. (2012) ont étudié, dans six pays différents en Europe, l'utilisation des services communautaires auprès de 5923 proches aidants offrant au moins quatre heures d'aide à une personne âgée de plus de 65 ans. Seulement 11 %

des proches aidants ont mentionné que la personne dont ils prennent soin recevait de l'aide extérieure pour l'entretien de la maison, 11 % utilisait la popote roulante et 4 % les centres de jour. Une fois de plus, la sous-utilisation du réseau communautaire est démontrée, et ce, dans plusieurs pays en Europe.

Malgré le nombre restreint d'études sur cette problématique, il est constaté que la sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire est une difficulté vécue dans plusieurs pays.

En raison du nombre restreint d'écrits sur l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire, la recension des écrits a été étendue à l'utilisation générale des services de santé pour tenter de comprendre et expliquer la problématique. Plusieurs études ont tenté de comprendre la sous-utilisation des services de santé et ont mené à l'élaboration de modèles théoriques sur l'utilisation des services de santé. Le modèle de Pineault (2012) a été sélectionné, puisqu'il est québécois et qu'il tient compte des particularités de notre système de santé, tel que la gratuité des services publics et l'encouragement des programmes gouvernementaux à l'utilisation du réseau communautaire. De plus, ce modèle est global, a récemment été révisé, est largement utilisé et correspond bien à la réalité de la pratique à domicile.

Pineault inscrit le phénomène d'utilisation des services dans une conception globale du système de santé qui intègre à la fois la population, les services, les ressources et l'évaluation, tout en considérant les environnements sociaux, politiques et organisationnels (Annexe 4). L'auteur explique que la perception d'un besoin est l'élément qui conduit principalement à recourir aux services de la santé, c'est-à-dire à l'utilisation des services. Le besoin perçu devient donc l'élément central de l'utilisation des services selon cet auteur. Il précise que l'individu peut utiliser les services en réponse à une morbidité ressentie (symptômes, douleurs...) ou en réponse à une morbidité anticipée (prises de sang plus fréquentes dues aux antécédents familiaux). Concernant l'utilisation des services et ressources en communauté, il est

possible d'associer cette morbidité ressentie à un besoin perçu au niveau des incapacités aux AVQ et AVD, par exemple, l'incapacité à préparer des repas. Une morbidité anticipée en lien avec la pratique communautaire pourrait être une crainte de chute dans la salle de bain même si aucune chute n'est survenue auparavant. Ainsi les personnes âgées peuvent avoir recours aux services et ressources offerts dans le réseau communautaire pour répondre à ces différentes morbidités. Ensuite, une grande partie des services est contrôlée par le professionnel qui, en réponse à une morbidité, offre des services ou fait une référence à d'autres services, tels que le réseau communautaire. Le professionnel peut aussi agir de la même façon pour une morbidité anticipée, par exemple de recommander l'utilisation de la popote roulante pour les repas du soir, malgré les capacités suffisantes à la préparation de repas, dans un but de conservation d'énergie de la personne âgée ou de la personne aidante.

Pineault (2012) résume que l'utilisation de services résulte de l'interaction entre le comportement de l'individu et le comportement des professionnels de la santé. Les comportements reliés à l'individu peuvent être de nature démographique, géographique (âge, sexe, région, socioéconomique et culturelle; éducation, revenu, langue, ethnicité) et psychosociaux (attitudes, valeurs de l'individu). Tandis que les comportements reliés au professionnel de la santé peuvent être selon l'âge, le sexe, l'expérience, la spécialité, les caractéristiques psychosociales et les milieux de formation. Pineault ajoute que les facteurs organisationnels (pratique multidisciplinaire versus interdisciplinaire, lieu de prestation de services : hôpital ou CLSC, mode de rémunération) et les facteurs institutionnels (régime d'assurance maladie, cadre régissant l'exercice des pratiques professionnelles, quantité et type de ressources présentes) représentent des déterminants importants de l'utilisation des services de santé.

Ce modèle permet de faire l'hypothèse qu'une meilleure connaissance par les intervenants : a) des services et ressources disponibles dans le réseau communautaire, b) des différents comportements et enjeux personnels des personnes âgées, c) des

différents comportements et enjeux personnels des professionnels de la santé et d) des différents facteurs organisationnels et institutionnels, pourrait permettre d'améliorer l'interaction entre les comportements de ces deux acteurs clés et ainsi, favoriser une utilisation accrue des services du réseau communautaire. Une seconde hypothèse peut également découler de ce modèle. L'identification de ces différents enjeux peut devenir un levier, en les catégorisant en obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services. Ainsi, l'intervenant en question pourra miser sur les facilitateurs identifiés et il pourra tenter d'adresser les différents obstacles au moment opportun.

Le maintien à domicile rendu possible par l'utilisation optimale de services et ressources s'inscrit également dans un objectif de prévention. En ce sens, la pratique communautaire interpelle particulièrement les ergothérapeutes et l'équipe psychosociale dans leur rôle d'éducateur à la santé. L'utilisation du réseau communautaire constitue fréquemment une stratégie d'intervention à caractère préventif. Ainsi, selon le modèle de Pineault (2012), en tant que caractéristique reliée à l'intervenant, la qualité de l'approche éducative de l'ergothérapeute peut s'avérer cruciale pour l'observance des recommandations par le client et ses proches. L'étude de Filiatrault et Richard (2005), montre l'apport des théories des changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé en ergothérapie. Puisque les théories des changements comportementaux mettent de l'avant un ensemble de facteurs influençant les perceptions et les comportements liés à la santé, soient : la menace à sa santé, les bénéfices du comportement, les obstacles associés au comportement, les ressources disponibles, les attitudes des personnes significatives et l'auto-efficacité en regard du comportement, leur utilisation par les ergothérapeutes et travailleurs sociaux pourrait contribuer à améliorer l'efficacité de leurs interventions éducatives.

Bien que ces théories aient été largement utilisées pour le changement d'habitudes de vie, telles que l'exercice physique et l'arrêt du tabagisme, à notre connaissance aucune étude ne les a appliquées à l'utilisation optimale des services et ressources du réseau communautaire. De plus, à notre connaissance, aucune étude n'a tenté d'opérationnaliser l'utilisation de ces modèles pour optimiser l'intervention spécifique sur les facilitateurs et les obstacles à l'intervention préventive du maintien à domicile des personnes âgées avec des incapacités et vivant à domicile. Ainsi, le développement d'un outil permettant d'adresser les multiples facteurs de non-utilisation des services et ressources du réseau communautaire, dans le but d'optimiser l'utilisation des services et ressources lorsqu'un besoin est présent au niveau des AVQ et AVD, est le cœur de ce projet d'innovation.

CHAPITRE 4 : OBJECTIFS DE L'INNOVATION

4.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

Élaborer un outil à l'intention des intervenants du programme SAPA, dans le but d'optimiser l'utilisation des services et ressources offerts dans le réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, particulièrement ceux répondant à leurs besoins concernant les AVQ et AVD.

4.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- 1) Élaborer un portrait des services et ressources offerts, dans le réseau communautaire du territoire du CLSC Richelieu, qui est susceptible de répondre aux besoins généralement non comblés concernant les AVQ et AVD des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile.
- 2) Déterminer les principaux obstacles et facilitateurs à l'utilisation de ces services et ressources.
- 3) Déterminer des pistes de solutions opérationnelles aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés.
- 4) Élaborer un outil intégrant les données des trois premiers objectifs.

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE

5.1 SURVOL DE LA DÉMARCHE EMPLOYÉE POUR DÉVELOPPER L'OUTIL

L'élaboration de l'outil débutera par le développement d'un répertoire des services et ressources disponibles dans le territoire du CLSC Richelieu en consultant les documents disponibles et des personnes clés. Ensuite, une recherche dans la littérature sera effectuée pour déterminer les besoins non-comblés des personnes âgées vivant dans la communauté, les obstacles et facilitateurs à l'utilisation de ces services et des pistes de solutions opérationnelles. Des experts seront consultés pour valider la pertinence des informations recueillies dans la littérature. Finalement, l'outil sera construit avec les informations colligées précédemment et en ayant recours aux mêmes experts.

5.2 DESCRIPTION SELON LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DE L'OUTIL

Étape 1 : Besoins non-comblés des personnes âgées à domicile

La première étape de ce projet était de déterminer les besoins généralement non-comblés concernant les AVQ et AVD des personnes âgées en perte d'autonomie vivant dans la communauté. Pour ce faire, une recension des écrits scientifiques a été effectuée avec les mots clés suivants : « home or community or domiciliary », « unmet need », « elderly, senior or old » et « activities of daily living or self-care » dans les banques de données suivantes : EBM Reviews (toutes), Ovid Healthstar, AMED, Mantis Database, Medline, AgeLine, CINAHL Plus, FRANCIS, PASCAL, PsycINFO et SocINDEX. Ces mêmes banques de données sont utilisées pour chaque objectif de ce projet. Le premier critère de sélection des études en lien avec cet

objectif était la pertinence avec la création d'un répertoire de besoins généralement non-comblés aux AVQ et AVD des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Les autres critères de sélection étaient le lieu, soit le Canada en raison de la spécificité de notre système de santé et l'année de l'étude, soit 2000 et plus, pour connaître les besoins actuels de la population. Les bibliographies des articles sélectionnés ont également été scrutées pour trouver d'autres références pertinentes.

Par la suite, pour valider la pertinence des besoins non-comblés issus dans la littérature, une rencontre d'échanges structurés d'une heure a été réalisée avec des experts du soutien à domicile, soit deux travailleurs sociaux, un technicien en travail social et trois ergothérapeutes. Les experts ont eu la chance également d'ajouter des besoins non-comblés non cités dans la littérature, mais étant pertinents au milieu de soutien à domicile. L'échantillonnage au sein des membres de l'équipe psychosociale a été fait d'un choix raisonné basé sur l'expérience et le champ d'expertise. Tous les ergothérapeutes du service ont été invités, puisque les besoins non-comblés concernent spécifiquement leur champ d'expertise, soient les AVQ et les AVD.

Étape 2 : Services et ressources du réseau communautaire répondant aux besoins des personnes âgées à domicile

Pour poursuivre l'atteinte du premier objectif, un répertoire des services et ressources du réseau communautaire correspondant aux besoins non-comblés précédemment identifiés a été élaboré en tenant compte du territoire visé. Une première démarche a été de consulter tous les documents disponibles au CLSC faisant mention d'un service ou ressource répondant aux besoins non-comblés ciblés par ce projet. Ensuite, la technicienne en travail social du guichet unique, une travailleuse sociale, deux ergothérapeutes et l'organisateur communautaire ont été consultés pour assurer d'avoir recueilli l'ensemble des services et ressources.

Puisqu'aucun répertoire commun des services et ressources du réseau communautaire n'existe au CLSC, le répertoire de services et ressources a été validé auprès des experts au cours de la même rencontre précédemment détaillée. Ainsi, le répertoire de services et ressources du réseau communautaire du CLSC créé par cet outil est complet.

Étape 3 : Obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services et ressources

Afin de bien comprendre les concepts d'obstacles et de facilitateurs, tout en tenant compte du nombre très restreint d'écrits spécifiquement en lien avec l'utilisation des services, la recension a été réalisée avec peu de critères d'exclusion. En effet, l'année et le lieu n'étaient pas pertinents en tant que critère, puisqu'il est souhaité de trouver tous les facteurs possibles en lien avec l'utilisation des services de santé. Les mots-clés suivants ont été utilisés : « aging services », « home or community or domiciliary », « service utilization ». Le critère de sélection des études en lien avec cet objectif est la pertinence avec l'élaboration d'une liste d'obstacles ou de facilitateurs. Dans le but de trouver le maximum de facteurs, la bibliothécaire a été consultée pour assurer que la méthode de recherche était complète. Le même critère de sélection a été utilisé avec la liste des articles proposés par la bibliothécaire. Les bibliographies des articles sélectionnés ont également été scrutées pour trouver d'autres références pertinentes.

Le même groupe d'experts a été consulté pour valider la pertinence des obstacles et facilitateurs de la littérature et ajouter ceux en lien avec la pratique terrain du CLSC Richelieu.

Étape 4: Pistes de solution opérationnelle aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés

Le modèle théorique de changement de comportement Transthéorique de Prochaska et DiClemente et l'approche de l'entretien motivationnel ont été sélectionnés pour cette étude étant donné leur pertinence face aux concepts d'obstacles et facilitateurs et aussi puisqu'ils sont reconnus et utilisés dans différents domaines connexes à ce projet, et ce, depuis plusieurs années.

Une première recherche sommaire sur l'élaboration et la compréhension des concepts a été faite sur le modèle de changement Transthéorique et l'entretien motivationnel. Une recherche plus précise avec les mots clés « Transtheoretical model of change » et « home or community or domiciliary » a été réalisée pour assurer la pertinence du modèle avec la population étudiée. Ensuite, une recherche avec les mots clés « Motivational Interviewing » et « home or community or domiciliary » a été réalisée, pour assurer la pertinence de cette approche avec la population étudiée. La troisième édition du livre L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le changement, publié en 2013 (Miller et Rollnick, 2013) a également été consulté pour comprendre les principes et élaborer l'outil en concordance avec cette approche.

Une experte de l'entretien motivationnel, employé au CSSS du Haut-Richelieu-Rouville a aussi été consultée pour construire les questions intégrées à l'outil.

Étape 5 : Élaboration de l'outil

Une version préliminaire de l'outil a été élaborée en intégrant les résultats des trois objectifs précédents. L'outil a été construit en différentes colonnes permettant d'avoir accès à l'information voulue rapidement. Les deux premières colonnes proposées sont les besoins non-comblés liés aux services et ressources disponibles dans la communauté. Ainsi, les intervenants ont facilement accès au répertoire des services et ressources du territoire. La troisième colonne offre une définition sommaire des stades de changement de Prochaska et DiClemente permettant de situer la personne dans son processus de changement. Ensuite, les obstacles, classés selon les stades de changement et les facilitateurs, sont décrits dans leur colonne respective avec la possibilité de les relier au besoin non-comblé précédemment identifié. Finalement, deux autres colonnes sont consacrées à l'approche de l'entretien motivationnel selon les stades de changement.

Une seconde rencontre d'échanges structurés a eu lieu avec les mêmes experts et a permis d'explorer les différentes possibilités de format de l'outil. L'objectif était d'assurer la convivialité de l'outil, dans le contexte de soutien à domicile.

CHAPITRE 6 : RÉSULTATS

6.1 DÉTERMINATION DES BESOINS NON-COMBLÉS DES PERSONNES ÂGÉES À DOMICILE

Deux articles répondant aux critères de sélection ont été retenus pour cet objectif. Busque et Légaré (2012) ont effectué une étude visant à dresser un portrait des besoins non-comblés de services à domicile des aînés canadiens vivants dans la communauté. Pour y parvenir, les auteurs ont effectué une analyse secondaire de l'enquête sociale générale intitulée, Vieillesse et soutien social, réalisée par Statistique Canada. Pour l'étude de Busque et Légaré, 4142 personnes répondaient aux critères de sélection soit, d'être canadien, âgé de plus de 65 ans et nécessiter de l'assistance pour au moins une AVQ ou AVD (soit 31,9 % des personnes âgées répertoriées). Les résultats montrent que les incapacités dans trois activités de la vie quotidienne et domestique ne sont pas compensées par des services et occasionnent ainsi des besoins non-comblés chez les canadiens âgés, soit, l'entretien de la maison, incluant les travaux extérieurs (non-comblé chez 14,4 % et partiellement comblé chez 3,7 %), les travaux ménagers (non-comblé chez 7,6 % et partiellement comblé chez 4,8 %) et les soins personnels, incluant les soins d'hygiène (non-comblé chez 5,7 % et partiellement comblé chez 0,8 %).

L'étude de cohorte prospective réalisée par Lévesque et ses collègues (2004) auprès de 551 personnes âgées de 75 ans et plus, demeurant à domicile sur l'île de Montréal, visait à estimer la prévalence des besoins non-comblés concernant les AVQ et AVD des personnes âgées demeurant à domicile. Les résultats de cette étude montrent que trois activités se démarquent concernant les besoins non-comblés, soit l'entretien de la maison intérieur et extérieur (non-comblé chez 15,0 % de cette population), les déplacements dans la communauté (non-comblé chez 11,6 % de

l'échantillon) et les soins personnels incluant les soins d'hygiène (non-comblé chez 6,2 % des répondants). Ces quatre activités de la vie quotidienne et de la vie domestique étant reconnues majoritairement non-comblés pour les personnes âgées demeurant en communauté soit, l'entretien de la maison intérieur, l'entretien de la maison extérieur, les déplacements dans la communauté et les soins personnels ont été retenues pour la construction de l'outil.

La rencontre d'échanges structurés a permis de confirmer, avec des experts du soutien à domicile du territoire visé, que les quatre activités ressorties dans la littérature sont pertinentes pour la population étudiée dans l'optique de sous-utilisation des services communautaires. Dix autres activités ont été identifiées pertinentes à intégrer à une seconde version de l'outil, qui sera développée en concertation avec l'équipe dans les mois à venir, compte tenu de l'ampleur des recherches nécessaires auprès des ressources et des services disponibles (aide à l'habillage, supervision aux transferts et déplacements, supervision générale, gestion du budget, préparation de repas, accompagnement aux loisirs, déménagement, déneigement, sortir les poubelles et gestion légale). Les intervenants ont été unanimes à recommander l'inclusion de l'activité « préparation de repas » à la première version de l'outil.

6.1.1 Élaboration de la composante de l'outil : besoins non-comblés et les services et ressources du réseau communautaire

Les résultats des différentes étapes de la collecte de données concernant les besoins non-comblés et les services et ressources offerts dans le réseau communautaire sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1 - Services et ressources offerts dans le réseau communautaire en fonction des besoins non-comblés

BESOINS NON-COMBLÉS SELON LITTÉRATURE	SERVICES ET RESSOURCES DU RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DU TERRITOIRE DU CLSC RICHELIEU
A. Entretien ménager intérieur	Mobil'aid Aide-à-tout Femme de ménage privée
B. Entretien ménager extérieur	Mobil'aid Aide-à-tout COOP jeunesse de service 4 saisons Homme à tout faire privé
C. Déplacements dans la communauté	Handibus CAB Bénévole dans les résidences Taxi Union Centre de jour (juste pour le centre) Mobil'aid pour accompagnement courses Aide-à-tout accompagnement courses Entraide plus accompagnement courses Livraison épicerie
D. Soins personnels incluant soins d'hygiène	ASSS Soins des pieds en privé Coiffeuse en privé Agences privées (quiétude chez soi...)
E. Préparation de repas	Popote roulante (CAB) Entraide plus (doit aller chercher les repas) Corne d'abondance (cuisine collective) Traiteurs (prêt-à-savourer)/épicerie Livraison épicerie Mobil'aid Société Alzheimer

6.2 DÉTERMINATION DES OBSTACLES ET FACILITATEURS À L'UTILISATION DES SERVICES ET RESSOURCES

Sept articles répondant aux critères de sélection ont été retenus pour cet objectif. L'étude de Sévigny (1996) a permis de faire ressortir deux types de facteurs, soit les caractéristiques reliées aux personnes âgées et les caractéristiques reliées à la ressource. Précisément, les caractéristiques reliées à la personne âgée sont l'état de santé ou la capacité de réaliser certaines des AVQ et AVD, la diminution de la mobilité, la peur de perdre des capacités s'ils ne font pas eux-mêmes les tâches, la confiance réduite envers les organismes, la perception de charité, l'habitude de

s'organiser seul, l'habitude de se contenter de peu, la diminution à être enclin à défendre leurs droits. Tandis que les caractéristiques reliées à la ressource sont la prise en charge rapide et personnalisée, la gratuité des services (ayant parfois une influence positive et négative), l'organisation (conflit d'horaire, manque de continuité de services, difficultés d'accès), l'adéquation entre le type de service offert et les besoins.

Toujours au Canada, Penning (1995) rapporte que les personnes ayant un niveau de perception pauvre de leur état de santé utilisent davantage les services de santé, d'où l'importance de la perception du besoin non-comblé ou des incapacités tel que suggéré dans le modèle de Pineault, présenté précédemment. L'auteur conclut aussi qu'avoir un soutien social favorable à l'utilisation de services augmente cette utilisation, ajoutant un nouveau facilitateur. Ces données ont été obtenues en enquêtant auprès de 1 284 personnes demeurant en communauté de la métropolitaine de Winnipeg, dans le but d'étudier le rôle du soutien social avec les besoins reliés à la santé et l'utilisation des services.

Dans l'étude de Lévesque et coll. (2004), un nouveau facilitateur a été rapporté par 47,6 % des personnes âgées de leur échantillon, soit d'être informé à propos des différents services. Fréquemment, les personnes âgées ne savent pas que les services ou ressources pouvant répondre à leur besoin sont offerts dans la communauté. Ce facilitateur identifié en contexte québécois est essentiel à inclure dans l'outil.

Une étude réalisée aux États-Unis en 2010 visait à examiner les comportements, les facilitateurs et les obstacles concernant l'utilisation des services de santé des personnes âgées recevant des services en santé mentale à domicile (Gum et coll., 2010). Le facilitateur principal ressorti de cette étude est le besoin perçu tout comme le modèle de Pineault et l'étude de Penning. Les résultats de cette étude démontrent également que les professionnels de la santé peuvent faciliter l'utilisation

des services par l'éducation sur les problèmes de santé, sur les conséquences de leurs comportements d'avoir recours ou non aux services, en aidant la personne à se familiariser avec les symptômes et en indiquant à quel moment chercher de l'aide. La communication cohérente entre les professionnels et les personnes âgées peuvent aider à réduire la stigmatisation et augmenter l'engagement de la personne selon les auteurs. Il est aussi montré dans cette étude que l'implication d'un intervenant pivot (gestionnaire de cas) dans chaque dossier aide à surmonter les obstacles à l'utilisation des services et qu'il est important de travailler en collaboration avec la famille et les proches. Les obstacles majeurs identifiés dans cette étude sont les finances et les difficultés à se déplacer dans la communauté.

Une autre étude effectuée aux États-Unis avait pour but d'identifier les caractéristiques des personnes âgées utilisant les services de santé en communauté (Alkema et coll., 2006). Cette enquête a été réalisée auprès de 1284 personnes âgées demeurant à domicile. Il a été démontré que les personnes ayant un niveau d'éducation plus limité, de sexe féminin et vivant seules utilisent davantage les services. Ce sont donc d'autres facteurs à considérer lors de l'élaboration de l'outil visé par ce projet.

Une étude sur l'influence de l'opinion des médecins et de la religion sur l'utilisation des services de santé par les personnes âgées demeurant à domicile a été conduite auprès de 115 personnes âgées aux États-Unis (Schoenberg et coll., 2008). Le soutien et l'encouragement à utiliser les services de santé par leur médecin ou par une personne représentant la religion est un facilitateur pour 41 % et 35 %, respectivement. Ces facilitateurs seront intégrés à l'outil.

Une étude visant à déterminer l'utilisation des services en communauté et les besoins de la population dans la ville de Dublin en Irlande a conclu que les besoins chez les personnes âgées en communauté sont beaucoup plus grands que les demandes de services complétées par les professionnels de la santé (Lyons et coll.,

1991). De plus, la moitié de la population attendant encore des services n'était pas bien préparée à la réception des services, présentant ainsi des obstacles majeurs pour l'utilisation des services et un risque important de refus de ces services. Les résultats de cette étude montrent la pertinence des modèles de changement de comportements proposés pour réduire les obstacles potentiels à l'utilisation des services du réseau communautaire. De plus, ils complètent bien les éléments suggérés par Pineault concernant les facteurs reliés aux professionnels de la santé. L'obstacle majeur à l'utilisation des services en communauté identifié dans cette étude est le problème de transport.

Tous les obstacles et facilitateurs trouvés dans la littérature ont été inclus dans l'outil. La rencontre du groupe d'experts a permis d'identifier d'autres obstacles et facilitateurs spécifiques au contexte de ce projet. Ainsi, le manque de connaissance de leurs droits par les aînés, la peur d'avoir des étrangers à la maison, l'évolution de la technologie (guichet automatique, formulaire électronique), la désynchronisation des services des différents types de professionnels, le manque de communication et de concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire, les expériences antérieures négatives, la peur du changement, la culture et les valeurs de la personne, le nombre restreint d'interventions limité avec la personne âgée, la peur d'être jugé par l'entourage et les attentes des intervenants sont tous des obstacles que les experts ont ajoutés aux obstacles ressortis de la littérature. Concernant les facilitateurs, les experts ont nommé la communication entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire, les rencontres conjointes à domicile avec plusieurs disciplines, l'interdisciplinarité, la pauvreté, l'inclusion de la personne dans le plan d'intervention, les expériences antérieures positives, l'accompagnement de l'intervenant dans les procédures du réseau communautaire, l'espoir de retrouver l'autonomie perdue, la compliance, la bureaucratie simple, la personnalisation des services, le suivi effectué par l'organisme, le lien de confiance avec l'intervenant et l'encouragement à l'autonomie dans les démarches.

6.2.1 Élaboration de la composante de l'outil : obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services et ressources identifiés

Le tableau 2 présente les obstacles et les facilitateurs à l'utilisation des services et ressources de santé recensés dans la littérature et identifiés par les experts.

Tableau 2 - Obstacles et facilitateurs à l'utilisation des services de santé

OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	FACILITATEURS À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> - Absence de perception de besoin non-comblé - Absence de perception de gravité de l'état ou incapacité - Peur de perdre capacités physiques et fonctionnelles si reçoit aide - Peur d'indiscrétion des bénévoles - Peur d'avoir des étrangers à la maison - Peur du changement - Difficultés à se déplacer dans la communauté - Confiance réduite face aux organismes - Perception de charité/Perception des autres - Habitude de s'organiser seul - Habitude de se contenter de peu - Habitude de peu défendre ses droits - Manque de connaissance de ses droits - Sentiment de dépendance - Présence de proches aidants offrant de l'aide - Culture/valeurs de la personne âgée - Minimisation des références aux organismes communautaires des professionnels par rapport aux nombreux besoins de la personne - Manque de préparation et organisation auprès de la personne par les professionnels pour mettre en place les services recommandés - Facteurs personnels reliés aux professionnels (âge, expérience, attitudes...) - Délai de prise en charge - Organisation (horaire, continuité des services, complexité) - Adéquation entre le type de service et les besoins - Coûts reliés - Évolution de la technologie - Désynchronisation des services - Manque de communication et de concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire - Nombre d'interventions limité avec la personne - Attentes des intervenants 	<ul style="list-style-type: none"> - Perception de besoin non-comblé - Perception de gravité de l'état ou incapacité - L'espoir de retour à l'autonomie - Compliance - Sexe : Être une femme - Niveau d'éducation faible - Personne vivant seule - Personne à faible revenu - Expériences antérieures positives - Connaissance des services et ressources - Connaissance des procédures, étapes et organisation - Connaissance sur les problèmes de santé, les conséquences de leurs comportements d'avoir recours ou non aux services - Encouragements des proches - Encouragements du médecin - Encouragements d'une personne religieuse si personne croyante - Travail en collaboration avec les proches - Communication cohérente entre les professionnels et les personnes âgées - Implication importante d'un intervenant pivot (gestionnaire de cas) pour adresser les obstacles - Concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire - Rencontre à domicile conjointe avec plusieurs disciplines - Interdisciplinarité - Inclusion de la personne dans le plan d'intervention - Accompagnement de l'intervenant dans les procédures - Encouragements par l'intervenant à participer aux démarches - Lien de confiance avec l'intervenant - Gentillesse et écoute des bénévoles - Bureaucratie simple - Suivi de l'organisme

6.3 DÉTERMINATION DES PISTES DE SOLUTIONS OPÉRATIONNELLES AUX OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ET RESSOURCES CIBLÉS

Six articles et un livre répondant aux critères de sélection ont été retenus pour cet objectif. Le modèle Transthéorique (Prochaska et coll., 1992) a été développé à la fin des années 70, à partir d'un désir de comprendre le processus de modification intentionnel de comportements notamment liés aux habitudes de vie. Il est basé sur dix-huit théories du comportement et de la motivation (Prochaska et coll., 1992). Le modèle comprend cinq stades où chaque personne peut se situer tout au cours du processus de changement de comportement selon leur état d'esprit face au changement potentiel (Prochaska et coll., 1992). Selon Prochaska et ses collègues, l'individu doit être abordé différemment en fonction de leur stade de changement. Les stades sont : la précontemplation, la contemplation, la préparation, l'action et le maintien. Lorsqu'une personne se situe au stade de la précontemplation, elle n'a pas l'intention de commencer à modifier son comportement dans un avenir rapproché (dans les six prochains mois) et elle peut même ne pas être consciente de la nécessité de changer. En ce qui concerne le stade de la contemplation, la personne a l'intention de commencer à modifier son comportement dans les six prochains mois. Elle est généralement plus consciente des inconvénients de maintenir son comportement actuel et aussi des avantages de ce changement potentiel de comportement. Par contre, sa perception des inconvénients est approximativement équivalente à celle des avantages, expliquant son ambivalence. Pour le stade de la préparation, la personne est prête à agir dans les trente prochains jours et elle prend de petites initiatives vers ce futur comportement comme par exemple, aviser son entourage. L'étape suivante est celle de l'action. À cette étape, la personne a modifié son comportement au cours des six derniers mois, elle s'engage dans des efforts autodirigés, elle génère de nouvelles idées, elle développe de nouvelles compétences et elle choisit consciemment de nouveaux comportements. Elle peut lutter contre les pulsions de laisser tomber, mais elle poursuit et apprend à surmonter les tendances au

comportement indésirable. Enfin, le stade de maintien survient lorsque la personne a modifié son comportement depuis plus de six mois. Elle exploite la maîtrise de soi et elle développe des modèles de comportements en lien avec son objectif (Prochaska et coll., 1992; Prochaska et Velicer, 1997).

Le modèle Transthéorique a été appliqué avec succès à plusieurs types de comportements de santé, tel que la nutrition, les régimes d'exercices, le port d'écran solaire, l'utilisation de préservatif pour la prévention du sida et la participation à des sessions de psychothérapie (Picus, 2004). La démonstration de la réussite de cette approche dans le domaine de la santé a permis d'exporter les connaissances de cette approche à d'autres domaines sans aucun lien avec la santé telle que la disponibilité des personnes handicapées à s'engager dans des comportements de recherche d'emploi, le changement de style de leadership ou la volonté de changer son mode de gestion des finances personnelles (Picus, 2004).

Une étude a été complétée au Nouveau-Mexique concernant l'utilisation du modèle Transthéorique de changement pour les recommandations de modifications de l'environnement du domicile chez les personnes âgées vivant dans la communauté (McNulty et coll., 2003). Sur les 40 recommandations les plus fréquentes de l'étude, 25 personnes ont accepté les recommandations et 23 personnes ont réellement effectué les modifications (92 %), démontrant l'efficacité de cette approche dans ce contexte précis d'intervention à domicile. Les résultats ont également démontré que les personnes étant dans le stade de préparation, d'action ou de maintien ont implanté davantage les recommandations que les personnes étant dans le stade de précontemplation ou contemplation, augmentant la validité de cette approche pour cette clientèle.

L'entretien motivationnel a débuté au début des années 80. Plusieurs modifications et améliorations ont été apportées à cette approche au fil des années. La troisième édition du livre *L'entretien motivationnel, aider la personne à engager le*

changement a été publié en 2013 (Miller et Rollnick, 2013). Les auteurs décrivent cette approche comme étant un style de communication collaborative, avec un langage particulier, dans le but d'encourager les motivations personnelles propres à la personne ainsi que l'engagement au changement. Ils promeuvent l'approche centrée sur le client pour aborder le problème commun de l'ambivalence au sujet du changement. Selon cette approche, toute personne face au changement vit un conflit interne entre les pour et les contres de ce changement. Il est donc du devoir du thérapeute d'aider le client à transformer la perception négative du changement, en une reconnaissance positive des bénéfices du changement. Il est important d'ajouter que l'atmosphère dans laquelle l'entretien motivationnel doit se bâtir est celle de l'acceptation et de la compassion (Miller et Rollnick, 2013, p.12-21-29). Le tableau 3 présente les principaux principes de l'entretien motivationnel retenus pour ce projet d'innovation.

Tableau 3 - Principaux principes de l'entretien motivationnel

APPROCHE MOTIVATIONNELLE (QUELQUES PRINCIPES)		
Cinq techniques d'intervention :		
1) Poser des questions ouvertes		
2) Valoriser : communiquer à la personne que ses forces et efforts sont remarqués et compris		
3) Pratiquer l'écoute active : valider les interprétations/compréhensions de l'intervenant avec la personne. <u>Types de reflets</u> : Reformuler la phrase, renforcer certains aspects nommés, minimiser ou amplifier une émotion pour susciter le discours-changement, répéter les derniers mots dits, prolonger la phrase		
4) Résumer : lier entre eux et renforcer des éléments de ce qui vient d'être discuté		
5) Susciter le discours-changement : donner la possibilité d'exprimer des arguments en faveur du changement. Types de discours-changement : reconnaissance des inconvénients du statu quo, avantages potentiels du changement, expression de l'optimisme du changement, l'intention directe ou implicite de changer		
Huit façons de favoriser un tel discours-changement :		
- Explorer les perceptions et inquiétudes avec questions ouvertes		
- Utiliser la règle de l'importance (sur échelle de 10)		
- Explorer la balance décisionnelle (ambivalence)		
- Permettre à la personne d'élaborer sur ses raisons de changement		
- Questionner les extrêmes : conséquences négatives et positives		
- Explorer avec la personne dans le passé quand le comportement indésirable était absent		
- Imaginer ce que serait un futur meilleur après le changement		
- Explorer les objectifs de vie et valeurs profondes pour ensuite développer les divergences avec son comportement actuel		
Autres principes de l'entretien motivationnel à considérer :		
- Promouvoir un engagement qui reflète un respect et une confiance mutuelle		
- Ne pas se penser l'expert de tout, la personne est experte de son expérience, de sa personne...		
- 2 mots à bannir : « Il faut »		
- Prendre le temps de développer cet engagement avant de foncer dans le P.I.		
- Faire nommer les choses à la personne et non lui dire ce que l'intervenant en pense		
- Demander la permission avant de donner un conseil, et demander à la personne si cela s'applique pour elle ou si cela fait du sens		
- Encourager l'autonomie de la personne à prendre ses décisions ex : j'aurais quelques conseils à vous donner que certaines personnes ont mis en application et que cela a fonctionné, mais ce sera à vous de voir si c'est pertinent pour vous. Puis-je vous en faire part?		
- Demander – Offrir – Demander :		
Opinion	Informations	Ce qu'il en pense
Sentiment	Opinion professionnelle	Sentiment
Croyance	Partage d'expériences	Émotions
Expérience	Outil éducationnel	Impact sur opinion
- Le professionnel propose des pistes et il appartient à la personne de choisir celle à suivre et quand le faire		
- Renforcer sa maîtrise et confiance de soi (elle est capable de faire le changement)		

Une recension des écrits sur l'utilisation de l'entretien motivationnel auprès de personnes âgées a été réalisée pour établir son efficacité auprès de la population âgée (Cummings et coll., 2009). Il a été démontré que cette approche a conduit à des changements majeurs au niveau du comportement de personnes âgées face à l'activité physique, la nutrition, le contrôle du cholestérol, de la pression artérielle et de la glycémie ainsi que la consommation de tabac. Ces résultats confirment la pertinence d'utiliser cette approche avec la problématique étudiée puisque la population est la même.

Un essai randomisé contrôlé réalisé à Hong Kong visait l'évaluation de l'efficacité de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour un programme d'exercices destiné aux personnes âgées souffrant de douleur chronique et demeurant dans la communauté (Tse et coll., 2012). Les résultats démontrent des améliorations significatives au niveau de l'intensité de la douleur, de la gestion de la douleur, de l'anxiété, de la qualité de vie et de la mobilité pour les participants au groupe de l'entretien motivationnel, comparativement au groupe contrôle, recevant seulement le programme régulier d'exercices. Une fois de plus, les résultats de cette étude démontrent la pertinence d'utiliser l'approche de l'entretien motivationnel pour l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie.

6.3.1 Élaboration de la composante de l'outil : pistes de solutions opérationnelles

Le tableau 4 présente les pistes de solutions opérationnelles recensées pour contrer les obstacles à l'utilisation des services et ressources de santé.

Tableau 4 - Pistes de solutions opérationnelles aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés

INTERVENTIONS PROPOSÉES PAR L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE POUR OPTIMISER L'ACCEPTATION DES SERVICES ET RESSOURCES EN FONCTION DU STADE DE PROCHASKA
<p><u>Précontemplation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager une réévaluation du comportement en question (exemple : Recontacter périodiquement et questionner la présence du comportement) - Encourager une auto-exploration des valeurs et des buts de la personne (exemple : autonomie, demander le moins possible aux autres) - Encourager l'expression des images que la personne se fait d'elle-même et lui répondre de façon empathique et rassurante (exemple : se perçoit comme un boulet pour sa conjointe) - Valider que la personne n'est pas prête à utiliser les services recommandés <p><i>Exemples de questions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les problématiques que vous vivez au quotidien (faire nommer les incapacités pour lesquelles vous proposez des services)? - De quelles façons avez-vous tenté de résoudre le problème? - Quelles sont les différentes options qui s'offrent à vous (ne rien faire, accepter de l'aide de l'aidant, accepter les services)? - Quels sont les signes d'alerte qui représenteraient pour vous la présence d'un problème significatif (exemples : nombre de chutes, blessures, etc.)? - Quels seraient les pour d'accepter les services proposés? ou - Quelles seraient les conséquences négatives de refuser les services proposés? <p><u>Contemplation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Encourager à explorer les différentes solutions que la personne peut essayer tout en adressant les valeurs nommées préalablement - Encourager une évaluation des pour et des contres d'accepter les services proposés pour moi et mon entourage - Encourager les résultats positifs attendus par des exemples de personnes ambivalentes, mais ayant accepté et apprécié - Encourager la personne à explorer de quelles façons nous pourrions contrer les obstacles nommés précédemment <p><i>Exemples de questions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi est-il important pour vous de réaliser cette activité ou d'être autonome ou d'aller à tel endroit (selon les valeurs de la personne)? - Quels sont les avantages d'accepter les services proposés selon vous? - Quels sont les inconvénients d'accepter les services proposés? - Qu'est-ce qui pourrait être aidant pour cet obstacle précis? - Qu'est-ce qui vous a déjà aidé dans le passé à accepter un service proposé? - J'ai connu quelqu'un que le fait d'être accompagné par une personne proche pour les premières rencontres a contribué à ce qu'il accepte d'aller au centre de jour. Pensez-vous que cette option pourrait être aidante pour vous

Tableau 4 (suite)

INTERVENTIONS PROPOSÉES PAR L'APPROCHE MOTIVATIONNELLE POUR OPTIMISER L'ACCEPTATION DES SERVICES ET RESSOURCES EN FONCTION DU STADE DE PROCHASKA
<p><u>Préparation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réévaluer avec la personne les pour et les contres - Identifier des nouveaux « pour » (exemples : rencontrer de nouvelles personnes, avoir de la compagnie, etc.) - Encourager toutes les petites étapes réalisées par la personne - Encourager la personne à chercher un soutien de ses proches ou encourager les proches à offrir un soutien - S'assurer en tant qu'intervenants de bien comprendre tous les enjeux de la personne, mais aussi de la ressource proposée pour adresser le plus possible les problématiques avant la mise en place des services <p><i>Exemples de questions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles sont les petites actions que vous seriez prêt à faire pour être autonome à cette activité? - Quels seraient les inconvénients à long terme d'accepter les services proposés? - Quelle serait la première étape pour la mise en place des services proposés? - Quelles seraient les stratégies ou l'aide que vous pourriez mettre en place pour vous aider dans ce processus? <p><u>Action :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir avec la personne les « pour » de l'acceptation des services - Travailler avec la personne sur son auto-efficacité pour éliminer les obstacles (exemples : problématique avec l'horaire, elle doit contacter telle personne, etc.) - Apporter du soutien si des problématiques surviennent <p><i>Exemples de questions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que vous aimez des services? - Quelle aide ou quel impact ces services ont-ils dans votre quotidien? - Est-ce qu'il y aurait des raisons pour lesquelles vous voudriez que les services cessent? - De quelles façons pourriez-vous diminuer ces inconvénients? <p><u>Maintien :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Revoir avec la personne les « pour » de l'acceptation des services - Revoir avec la personne ses stratégies en cas de problématiques <p><i>Exemples de questions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'allez-vous faire si vous rencontrez des difficultés à propos des services? - Quelles sont les bonnes raisons de ne pas cesser les services?

6.4 ÉLABORATION DE L'OUTIL : VERSION FINALE

Le tableau 5 présente la version finale de l'outil intégrant les données de la littérature ainsi que les propositions des experts.

Tableau 5 – Version finale de l’outil

BESOINS NON-COMBLÉS SELON LITTÉRATURE Entourer les besoins non-comblés	SERVICES ET RESSOURCES DU RÉSEAU COMMUNAUTAIRE DU TERRITOIRE DU CLSC RICHELIEU Ajouter des services et ressources personnelles à la personne	NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DES SERVICES ET RESSOURCES
A. Entretien ménager intérieur	Mobil'aid Aide-à-tout Femme de ménage privée _____ _____	1-877-446-1011 1-877-446-2108 Voir le bottin téléphonique local _____ _____
B. Entretien ménager extérieur	Mobil'aid Aide-à-tout COOP jeunesse de service 4 saisons Homme à tout faire privé _____ _____	1-877-446-1011 1-877-446-2108 450-460-8887 Voir bottin téléphonique local _____ _____
C. Déplacements dans la communauté	Handibus Bénévole dans les résidences Taxi union Centre de jour (juste pour le centre) Mobil'aid - accompagnement courses Aide-à-tout - accompagnement courses Entraide plus - accompagnement courses Livraison épicerie CAB _____ _____	450-460-2000 450-658-3000 450-460-4475 1-877-446-1011 1-877-446-2108 450-658-4469 Voir bottin téléphonique local Chambly / Carignan : 450-658-4325 St-Mathias / Richelieu / Marieville / St-Angèle / Rougemont : 450-460-2825 St-Césaire : 450-469-3279
D. Soins personnels incluant soins d'hygiène	ASSS Soins des pieds en privé Coiffeuse en privé Agences privées (Quiétude chez soi, etc.) _____ _____	450-658-7561 Voir bottin téléphonique local Voir bottin téléphonique local Voir bottin téléphonique local _____ _____
E. Préparation de repas	Popote roulante (CAB) Entraide plus (va chercher les repas) Corne d'abondance (cuisine collective) Traiteurs (prêt-à-savourer)/épicerie Livraison épicerie Mobil'aid Société Alzheimer _____	<i>Même numéro qu'au point C</i> 450-658-4469 450-447-3414 Voir bottin téléphonique local Voir bottin téléphonique local 1-877-446-2108 450-347-5500 _____

STADES DE CHANGEMENT SELON PROCHASKA

Entourer les lettres représentant les besoins indiquant à quel stade se situe la personne pour chaque besoin

1. **Précontemplation** : La personne n'a pas l'intention de commencer à modifier son comportement dans un avenir rapproché (dans les 6 prochains mois) et il peut même ne pas être conscient de la nécessité de changer.
Besoin : A – B – C – D – E
2. **Contemplation** : La personne a l'intention de commencer à modifier son comportement dans les 6 prochains mois. La personne est généralement plus consciente des inconvénients à poursuivre son comportement actuel et aussi des avantages de ce changement de comportement (inconvénients sont environ équivalents aux avantages) = AMBIVALENCE.
Besoin : A – B – C – D – E
3. **Préparation** : La personne est prête à agir dans les 30 prochains jours. Elle prend des petites actions vers ce futur comportement (ex : aviser son entourage).
Besoin : A – B – C – D – E
4. **Action** : La personne a modifié son comportement dans les 6 derniers mois, développe de nouvelles compétences, choisit consciemment de nouveaux comportements. Elle peut lutter contre les pulsions de laisser tomber.
Besoin : A – B – C – D – E
5. **Maintien** : La personne a modifié son comportement depuis plus de 6 mois. La personne est moins tentée de laisser tomber, mais doit demeurer vigilante, travail pour éviter rechute.
Besoin : A – B – C – D – E

Ces deux tableaux seraient imprimés recto verso et seraient apportés à domicile. Les experts ont nommé la possibilité de laisser cette feuille dans la fiche client déjà à domicile, pour faciliter le travail d'équipe entre les différents intervenants du CLSC.

OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ Indiquer la lettre correspondant au besoin non-comblé en fonction de chacun des obstacles connus	FACILITATEURS À L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ Indiquer la lettre correspondante au besoin non-comblé en fonction de chacun des facilitateurs connus
<p><u>Précontemplation :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Absence de perception de besoin non-comblé</p> <p><input type="checkbox"/> Absence de perception de gravité de l'état ou incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> Minimisation des références aux organismes communautaires des professionnels par rapport aux nombreux besoins de la personne</p> <p><input type="checkbox"/> Facteurs personnels reliés aux professionnels (âge, expérience, attitudes...)</p> <p><u>Autres nommés par la personne :</u></p> <p>—</p> <p>—</p> <p><u>Contemplation/Préparation/Action:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Peur de perdre capacités physiques/fonct. si reçoit aide</p> <p><input type="checkbox"/> Peur d'indiscrétion des bénévoles</p> <p><input type="checkbox"/> Peur d'avoir des étrangers à la maison</p> <p><input type="checkbox"/> Peur du changement</p> <p><input type="checkbox"/> Difficultés à se déplacer dans la communauté</p> <p><input type="checkbox"/> Confiance réduite face aux organismes</p> <p><input type="checkbox"/> Perception de charité/Perception des autres</p> <p><input type="checkbox"/> Habitude de s'organiser seul</p> <p><input type="checkbox"/> Habitude de se contenter de peu</p> <p><input type="checkbox"/> Habitude de peu défendre ses droits</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de connaissance de ses droits</p> <p><input type="checkbox"/> Sentiment de dépendance</p> <p><input type="checkbox"/> Présence de proches aidants offrant de l'aide</p> <p><input type="checkbox"/> Culture/valeurs de la personne âgée</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de préparation et organisation auprès de la personne par les professionnels pour mettre en place les services recommandés</p> <p><input type="checkbox"/> Facteurs personnels reliés aux professionnels (âge, expérience, attitudes...)</p> <p><input type="checkbox"/> Délai de prise en charge</p> <p><input type="checkbox"/> Organisation : horaire, continuité des services, complexité</p> <p><input type="checkbox"/> Adéquation entre le type de service et les besoins</p> <p><input type="checkbox"/> Coûts reliés</p> <p><input type="checkbox"/> Évolution de la technologie</p> <p><input type="checkbox"/> Désynchronisation des services</p> <p><input type="checkbox"/> Manque de communication et d'un travail d'équipe entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire</p> <p><input type="checkbox"/> Nombre d'interventions limité avec la personne</p> <p><input type="checkbox"/> Attentes des intervenants</p> <p><u>Autres nommés par la personne :</u></p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>	<p><input type="checkbox"/> Perception de besoin non-comblé</p> <p><input type="checkbox"/> Perception de gravité de l'état ou incapacité</p> <p><input type="checkbox"/> L'espoir de retour à l'autonomie</p> <p><input type="checkbox"/> Compliance</p> <p><input type="checkbox"/> Sexe : Être une femme</p> <p><input type="checkbox"/> Niveau d'éducation faible</p> <p><input type="checkbox"/> Personne vivant seule</p> <p><input type="checkbox"/> Personne à faible revenu</p> <p><input type="checkbox"/> Expériences antérieures positives</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance des services et ressources</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance des procédures, étapes et organisation</p> <p><input type="checkbox"/> Connaissance sur les problèmes de santé, les conséquences de leurs comportements d'avoir recours ou non aux services</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragements des proches</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragements du médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragements d'une personne religieuse si personne croyante</p> <p><input type="checkbox"/> Travail en collaboration avec la famille et/ou les proches</p> <p><input type="checkbox"/> Communication cohérente entre les professionnels et les personnes âgées</p> <p><input type="checkbox"/> Implication importante d'un intervenant pivot (gestionnaire de cas) pour adresser les obstacles</p> <p><input type="checkbox"/> Concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire</p> <p><input type="checkbox"/> Rencontre à domicile conjointe avec plusieurs disciplines</p> <p><input type="checkbox"/> Interdisciplinarité</p> <p><input type="checkbox"/> Inclusion de la personne dans le plan d'intervention</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement de l'intervenant dans les procédures</p> <p><input type="checkbox"/> Encouragements par l'intervenant à participer aux démarches</p> <p><input type="checkbox"/> Lien de confiance avec l'intervenant</p> <p><input type="checkbox"/> Gentillesse et écoute des bénévoles</p> <p><input type="checkbox"/> Bureaucratie simple</p> <p><input type="checkbox"/> Suivi de l'organisme</p> <p><u>Autres nommés par la personne :</u></p> <p>—</p> <p>—</p> <p>—</p>

APPROCHE MOTIVATIONNELLE :
QUELQUES PRINCIPES À INTÉGRER

Cinq techniques d'intervention :

- 1) Poser des questions ouvertes
 - 2) Valoriser : communiquer à la personne que ses forces et efforts sont remarquables et compris
 - 3) Pratiquer l'écoute active : valider nos interprétations/compréhensions avec la personne
- Types de reflets : Reformuler la phrase, renforcer certains aspects nommés, minimiser ou amplifier une émotion pour susciter le discours-changement, répéter les derniers mots dits, prolonger la phrase
- 4) Résumer : lier entre eux et renforcer des éléments de ce qui vient d'être discuté
 - 5) Susciter le discours-changement : Donner la possibilité d'exprimer des arguments en faveur du changement.
- Types de discours-changement : Reconnaissance des inconvénients du statu quo, avantages potentiels du changement, expression de l'optimisme du changement, l'intention directe ou implicite de changer

Huit façons de favoriser un tel discours-changement :

- Explorer les perceptions et inquiétudes avec questions ouvertes
- Utiliser la règle de l'importance (sur échelle de 10)
- Explorer la balance décisionnelle (ambivalence)
- Permettre à la personne d'élaborer sur ses raisons de changement
- Questionner les extrêmes : conséquences négatives et positives
- Regarder en arrière quand le comportement indésirable était absent
- Imaginer ce que serait un futur meilleur après le changement
- Explorer les objectifs de vie et valeurs profondes pour ensuite développer les divergences avec son comportement actuel

Autres principes de l'entretien motivationnel à considérer :

- Promouvoir un engagement qui reflète un respect et une confiance mutuelle
- Ne pas se penser l'expert de tout, la personne est experte de son expérience, de sa personne...
- 2 mots à bannir : Il faut
- Prendre le temps de développer cet engagement avant de foncer dans le P.I.
- Faire nommer les choses à la personne et non lui dire ce que l'intervenant en pense
- Demander la permission avant de donner un conseil, et demander à la personne si cela s'applique pour elle ou si cela fait du sens
- Encourager l'autonomie de la personne à prendre ses décisions ex : j'aurais quelques conseils à vous donner que certaines personnes ont mis en application et que cela a fonctionné, mais ce sera à vous de voir si c'est pertinent pour vous. Puis-je vous en faire part?
- Demander-offrir-demander

Opinion	Informations	Ce qu'il en pense
Sentiment	Opinions professionnelles	Sentiment
Croyance	Partage d'expériences	Émotions
Expérience	Outil éducationnel	Impact sur opinion
- Le professionnel propose des pistes et il appartient à la personne de choisir celle à suivre et quand le faire
- Renforcer sa maîtrise et confiance de soi (elle est capable de faire le changement)

INTERVENTION POUR OPTIMISER L'ACCEPTATION DES SERVICES ET RESSOURCES/APPROCHE MOTIVATIONNELLE

INDIQUER LA LETTRE CORRESPONDANT AU BESOIN NON-COMBLÉ EN FONCTION DES INTERVENTIONS PROPOSÉES QUI VOUS SEMBLERENT PLUS PERTINENTES POUR CETTE PERSONNE ET SELON LE STADE PRÉCÉDEMMENT IDENTIFIÉ

Précontemplation :

- Encourager une réévaluation du comportement (exemple : recontacter périodiquement et questionner la présence du comportement)
- Encourager une auto-exploration des valeurs et des buts de la personne (exemple : autonomie, demander peu aux autres)
- Encourager l'expression des images que la personne se fait d'elle-même et lui répondre de façon empathique et rassurante (exemple : se perçoit comme un boulet pour sa conjointe)
- Valider que la personne n'est pas prête à utiliser les services recommandés

Exemples de questions :

- Quelles sont les problématiques que vous vivez au quotidien (faire nommer les incapacités pour lesquelles vous proposez des services)?
- De quelles façons avez-vous tenté de résoudre le problème?
- Quelles sont les différentes options qui s'offrent à vous (ne rien faire, accepter de l'aide de l'aidant, accepter les services)
- Quels sont les signes d'alerte qui représentent pour vous la présence d'un problème significatif ex. nombre de chutes, blessures?
- Quels seraient les pour d'accepter les services proposés? Ou les conséquences négatives de refuser les services proposés?

Contemplation :

- Encourager à explorer différentes solutions que la personne peut essayer tout en adressant les valeurs nommées préalablement
- Encourager une évaluation des pour et des contres d'accepter les services proposés pour moi et mon entourage
- Encourager les résultats positifs attendus par des exemples de personnes ambivalentes, mais ayant accepté et apprécié
- Encourager la personne à explorer de quelle façon nous pourrions contrer les obstacles nommés précédemment

Exemples de questions :

- Pourquoi est-il important pour vous de réaliser cette activité ou d'être autonome ou d'aller à tel endroit (selon les valeurs de la personne)?
- Quels sont les avantages d'accepter les services proposés selon vous?
- Quels sont les inconvénients d'accepter les services proposés (**réponses à ajouter aux obstacles**)?
- Qu'est-ce qui pourrait être aidant pour cet obstacle précis?
- Qu'est-ce qui vous a déjà aidé dans le passé à accepter un service proposé (**réponses à ajouter aux facilitateurs**)?
- J'ai connu quelqu'un que le fait d'être accompagné par une personne proche pour les premières rencontres a contribué à ce qu'il accepte d'aller au centre de jour. Pensez-vous que cette option pourrait être aidante pour vous?

INTERVENTION POUR OPTIMISER L'ACCEPTATION DES SERVICES ET RESSOURCES/APPROCHE MOTIVATIONNELLE

INDIQUER LA LETTRE CORRESPONDANT AU BESOIN NON-COMBLÉ EN FONCTION DES INTERVENTIONS PROPOSÉES QUI VOUS SEMBLERENT PLUS PERTINENTES POUR CETTE PERSONNE ET SELON LE STADE PRÉCÉDEMMENT IDENTIFIÉ

Préparation :

- Réévaluer avec la personne les pour et les contres
- Identifier des nouveaux « pour » (exemple : rencontrer des nouvelles personnes, avoir de la compagnie, etc.)
- Encourager toutes les petites étapes réalisées par la personne
- Encourager la personne à chercher un soutien de ses proches ou encourager les proches à offrir un soutien
- S'assurer en tant qu'intervenant de bien comprendre tous les enjeux de la personne, mais aussi de la ressource proposée pour adresser le plus possible les problématiques avant la mise en place des services.

Exemples de questions :

- Quelles sont les petites actions que vous seriez prêt à faire pour être autonome à cette activité?
- Quels seraient les inconvénients à long terme d'accepter les services proposés?
- Quelle serait la première étape pour la mise en place des services proposés?
- Quelles seraient les stratégies ou l'aide que vous pourriez mettre en place pour vous aider dans ce processus?

Action :

- Revoir avec la personne les « pour » de l'acceptation des services
- Travailler avec la personne sur son auto-efficacité pour éliminer les obstacles (exemple : problématique avec l'horaire, elle doit contacter telle personne, etc.)
- Apporter un soutien si des problématiques surviennent

Exemples de questions :

- Qu'est-ce que vous aimez des services?
- Quelle aide ou quel impact ces services ont-ils dans votre quotidien?
- Y aurait-il des raisons pour lesquelles vous voudriez que les services cessent?
- De quelle façon pourriez-vous diminuer ces inconvénients?

Maintien :

- Revoir avec la personne les « pour » de l'acceptation des services
- Revoir avec la personne ses stratégies en cas de problématiques

Exemples de questions :

- Qu'allez-vous faire si vous rencontrez des difficultés à propos des services?
- Quelles sont les bonnes raisons de ne pas cesser les services?

CHAPITRE 7 : DISCUSSION

7.1 RÉSULTATS PRINCIPAUX DE L'ÉTUDE

Les résultats de cette étude démontrent que plusieurs obstacles et facilitateurs influencent l'utilisation du réseau communautaire par les personnes âgées vivant à domicile, occasionnant ainsi des besoins non-comblés au niveau de certaines AVQ et AVD, malgré la présence de services et ressources disponibles dans la communauté. Les résultats montrent également que l'application du modèle de changement de comportements Transthéorique et de l'entretien motivationnel est en mesure d'améliorer cette utilisation du réseau communautaire. L'outil élaboré permet l'identification de ces obstacles et facilitateurs propres à chaque personne âgée et intègre l'utilisation du modèle de changement et de l'entretien motivationnel dans les interventions, dans l'optique d'optimiser l'utilisation des services du réseau communautaire.

Cinq besoins non-comblés sont ressortis des différentes démarches effectuées. Il est intéressant de constater que les deux études canadiennes démontrent la même problématique au niveau de l'entretien de la maison (intérieur et extérieur) et au niveau des soins personnels, et ce, avec des pourcentages similaires (Busque et Légaré, 2012; Lévesque et coll., 2004). De plus, non seulement la difficulté aux déplacements dans la communauté s'est révélée un besoin non-comblé majeur dans l'étude de Lévesque et ses collègues (2004), mais elle a aussi été nommée comme obstacle à l'utilisation des services de santé dans différentes études (Sévigny, 1996, Gum et coll., 2010; Lyons et coll., 1991). Vingt-huit différents obstacles et vingt-huit différents facilitateurs ont été identifiés dans ce projet. L'obstacle du financement et des déplacements dans la communauté ont été nommés par plusieurs études (Sévigny,

1996, Gum et coll., 2010; Lyons et coll., 1991), confirmant l'importance de les considérer lors des interventions auprès des personnes âgées. Le facilitateur « perception du besoin » a également été reconnu comme étant le facilitateur principal dans le modèle de Pineault (2012) et dans plusieurs autres études (Penning, 1995; Sevigny, 1996; Gum et coll. 2010), faisant de ce facilitateur un levier considérable lors des interventions. Les experts en soutien à domicile consultés ont ajouté neuf obstacles (peur d'avoir des étrangers à la maison, peur du changement, perception des autres, culture et valeurs de la personne âgée, évolution de la technologie, désynchronisation des services, manque de communication et de concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire, nombre d'interventions limité avec la personne et attentes des intervenants) et dix facilitateurs (espoir autonomie, compliance, expériences antérieures positives, concertation entre les intervenants du CLSC et le réseau communautaire, rencontre conjointe à domicile avec plusieurs disciplines, interdisciplinarité, inclusion de la personne dans le plan d'intervention, accompagnement de l'intervenant dans les procédures, encouragements par l'intervenant à participer aux démarches, lien de confiance avec l'intervenant et suivi de l'organisme) au répertoire élaboré par la recherche dans la littérature. Ces obstacles et facilitateurs, bien que non identifiés dans les écrits consultés, semblent actuellement importants à considérer dans le contexte de la pratique du CLSC Richelieu. L'implantation de l'outil et les études de validation de ce dernier pourront évaluer leur pertinence.

7.2 L'IMPORTANCE DES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Les résultats de ce projet sont significatifs puisqu'aucune étude à notre connaissance n'a offert une solution à cette problématique précise de sous-utilisation du réseau communautaire par la personne âgée en perte d'autonomie. Pourtant, tel que démontré antérieurement, cette problématique a un impact majeur sur cette population. De plus, aucune étude n'utilisant le modèle Transthéorique ni l'approche de l'entretien motivationnel pour optimiser l'utilisation des services du réseau

communautaire n'a été trouvée. Ce projet est donc innovateur et une avancée intéressante pour la sous-utilisation des services, mais aussi pour ce modèle et cette approche.

7.3 COMPARAISON AUX ÉTUDES SIMILAIRES

Les résultats de cette étude confirment ceux de l'étude réalisée par Sévigny (1996). Malgré l'année de la réalisation de cette étude, les résultats demeurent pertinents et similaires aux données intégrées dans l'outil, puisqu'elle est la seule étude trouvée en lien direct avec l'utilisation des services et ressources communautaires. De plus, elle a été réalisée au Québec, prenant donc en considération la spécificité de notre système de santé et par le fait même, augmentant la pertinence et la validité des obstacles et facilitateurs proposés. Par ailleurs, aucune étude n'utilisant un modèle de changement de comportement, notamment les modèles de changement Transthéorique ou celui de l'entretien motivationnel et l'utilisation du réseau communautaire n'a été trouvée. Par contre, l'étude de McNulty et ses collègues (2003) a démontré le succès de l'utilisation du modèle Transthéorique pour l'application des recommandations de changements de l'environnement du domicile chez les personnes âgées vivant dans la communauté. Les recommandations telles que l'installation de barres d'appui dans la salle de bain, le retrait de tapis non fixés et la modification de la disposition des meubles ont été appliquées dans 92 % des cas en utilisant ce modèle. Tandis que, Tse et ses collègues (2012), ont montré l'efficacité de l'utilisation de l'entretien motivationnel pour un programme d'exercices destiné aux personnes âgées souffrant de douleur chronique et demeurant dans la communauté. En effet, des améliorations significatives au niveau de l'intensité de la douleur, de la gestion de la douleur, de l'anxiété, de la qualité de vie et de la mobilité pour les participants au groupe contrôle de l'entretien motivationnel ont été notées. Ces deux études ont été réalisées dans le même contexte d'intervention que la problématique étudiée dans ce projet, c'est-à-dire dans la communauté, confirmant la pertinence de ce modèle et de cette approche pour l'utilisation des services et ressources du réseau

communautaire. Dans le but d'améliorer les pratiques, le ministère de la santé et des services sociaux souhaite offrir une formation sur l'entretien motivationnel pour permettre aux intervenants de première ligne des CSSS de créer un contexte favorisant l'auto-motivation chez l'utilisateur (Gouvernement du Québec, 2014). En effet, la direction générale du personnel réseau et ministérielle a déposé en janvier 2014, les priorités ministérielles quant au développement des compétences du personnel du réseau de la santé et des services sociaux et cette formation en fait partie. Ainsi, l'outil s'intègre dans l'approche préconisée par le Ministère de la santé et des services sociaux. L'implantation de l'outil sera favorisée par l'accessibilité à la formation nécessaire à son utilisation.

7.4 AUTRES EXPLICATIONS POSSIBLES AUX RÉSULTATS

Le modèle Transthéorique et l'approche de l'entretien motivationnelle ont été sélectionnés pour cette étude étant donné leur pertinence face aux concepts d'obstacles et facilitateurs et aussi puisqu'ils sont reconnus et utilisés dans différents domaines connexes à ce projet, et ce, depuis plusieurs années. Le modèle Transthéorique permet de positionner la personne dans son processus de changement, tandis que l'entretien motivationnel offre une façon d'intervenir pour faire évoluer la personne dans son cheminement de changement et dans sa prise de décision. De plus, l'utilisation de l'entretien motivationnel est proposée dans le plan stratégique ministériel, tel que mentionné précédemment, confirmant le choix pour ce projet (Gouvernement du Québec, 2014). Malgré le choix raisonné du modèle Transthéorique et de l'approche motivationnelle, d'autres modèles de théorie de changement de comportements existent et certains éléments auraient pu être pertinents pour ce projet. Par exemple, le modèle de la théorie sociale cognitive, développée en 1986 par Bandura, présente l'auto-efficacité comme étant un élément crucial aux changements de comportements (Filiatrault, et Richard, 2005). Tandis que la théorie de l'action raisonnée met l'accent sur les relations entre les croyances, les attitudes, les intentions et le comportement (Filiatrault, et Richard, 2005). Par contre,

ces concepts s'intègrent facilement au modèle Transthéorique et à l'approche de l'entretien motivationnel, en ajoutant des questions connexes à ces concepts dans l'outil.

7.5 PERTINENCE CLINIQUE DES RÉSULTATS

L'élaboration de cet outil est pertinente pour les intervenants du SAPA, tout comme pour les personnes âgées de la communauté, puisque la problématique de sous-utilisation du réseau communautaire est peu étudiée dans la littérature et peu adressée au CLSC de Richelieu. Pourtant l'impact de cette sous-utilisation est majeur et menace même le but ultime du programme du CLSC, soit le maintien à domicile. Effectivement, il est démontré que la persistance des besoins non-comblés peut engendrer des conséquences graves sur l'état de santé et l'autonomie de la personne âgée (Busque et Légaré, 2012; Dubuc et coll., 2011). Cet outil soutiendra les intervenants devant l'impasse fréquente de la personne âgée en perte d'autonomie refusant d'utiliser les services communautaires proposés. Cet outil offre l'accompagnement de la personne dans son processus d'acceptation des services, respectant son rythme, ses forces et ses faiblesses, tout en rejoignant ses motivations et ses valeurs. En effet, « l'empowerment » et l'autonomie décisionnelle de la personne âgée préconisés par le réseau de la santé (Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, 2006), ainsi que par plusieurs chercheurs (Morell, 2003; Heumann et coll., 2001; Schindler, 1999; dans Charpentier et Soulières, 2007), sont mis de l'avant avec ce nouvel outil. Ainsi, la mise en place de cet outil permettra d'optimiser l'utilisation des services et ressources communautaires par la personne âgée à domicile et par le fait même, réduira les besoins non-comblés de la population desservie par le CLSC de Richelieu. L'outil pourra être utilisé par l'ensemble des professionnels de la santé du SAPA. De plus, ce dernier a été construit de façon à permettre l'amélioration continue du contenu et du format, le rendant ainsi flexible et favorisant la pérennité de son utilisation, malgré l'évolution des services et ressources communautaires. Avec l'appui des

gestionnaires et des différentes directions, cet outil pourrait même être adapté par les différents CLSC et être utilisé à travers le Québec.

7.6 FORCES ET LIMITES POTENTIELLES DE L'ÉTUDE

Les différentes étapes effectuées dans cette étude ont été réalisées avec rigueur. La description détaillée de la méthodologie permet la reproductibilité de l'étude dans d'autres milieux ou avec d'autres populations. La traçabilité du processus de recherche était un souci dès le commencement de ce projet, donc chaque étape a été notée pour assurer l'imputabilité procédurale.

Afin d'assurer la pérennité et le succès de ce projet auprès des différents intervenants, la crédibilité de l'outil est un critère particulièrement important. La mentore, la professeure du cours et la bibliothécaire ont été consultées à plusieurs reprises pour assurer la qualité du travail. De plus, dans un souci de justesse et pertinence des données trouvées dans la littérature, des experts du maintien à domicile ont été consultés. Ainsi, il est assuré que la crédibilité de l'outil est bonne.

Comme dans toute étude qualitative, le biais potentiel le plus probable pour cette recherche concerne les préconceptions et les attentes du chercheur. Les hypothèses déjà préconçues, par les diverses expériences et lectures de ce dernier, peuvent avoir teinté les résultats de la recherche par le choix des mots clés, la sélection des articles retenus et les échanges avec les experts. Étant sensible à ce biais, des démarches ont été réalisées pour tenter de le minimiser en validant chacune des étapes avec la mentore et en consultant la bibliothécaire.

Une des limites de cette étude est la recension réduite des écrits, reliée à la durée d'une seule année pour l'ensemble du projet, représentant en soit un biais de mesure potentiel. Afin d'avoir un éventail encore plus élargi et représentatif des besoins non-comblés, des obstacles et des facilitateurs, une recherche plus exhaustive

dans différentes banques de données, sur Internet (Google Scholar), dans les rapports de recherche, de mémoires et de thèses ou dans la littérature grise aurait pu être complétée. Cependant, les banques de données utilisées sont les principales en réadaptation et pour contrer ce biais potentiel, des espaces vides ont été intégrés à l'outil, permettant ainsi de le personnaliser et d'inclure tous les besoins non-comblés, obstacles et facilitateurs propres à chacune des personnes rencontrées.

Les biais de désirabilité sociale des experts consultés et de volontariat de ces derniers pourraient également être présents. Par contre, puisque la majorité de la collecte de données a été réalisée dans la littérature, ces biais n'ont pas une influence majeure sur les résultats de cette étude. De plus, afin de minimiser ce biais potentiel, le groupe d'experts a été avisé en début de rencontre qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse et que le respect du partage des connaissances était primordial.

De plus, une étude ultérieure au niveau de l'implantation de l'outil permettra de s'assurer de la présence de facteurs favorables à celle-ci et ainsi, pourra encourager la pérennité de son utilisation. En effet, les facteurs favorables à l'implantation, mais aussi à l'utilisation des instruments de mesures seront à considérer tels que le temps d'administration, la simplicité d'administration, la complexité de la formation nécessaire (Auger et coll., 2006). Il est aussi important de noter que l'outil a été conçu à l'intérieur de ce projet, mais aucune analyse n'a été faite concernant la validité et la fidélité de cet instrument de mesure.

Une autre des limites de ce projet est liée à la particularité du système de santé québécois, où le réseau communautaire ainsi que les services du CLSC ne sont pas uniformes. Cette situation occasionne des difficultés pour comparer les résultats de cette étude réalisée selon les pratiques précises du CLSC Richelieu. Par contre, pour contrer cette limitation de généralisation des résultats et ainsi maximiser le caractère transférable du projet, une consultation des experts de terrain a été réalisée, afin de valider la pertinence de tous les besoins non-comblés, les obstacles et les facilitateurs.

Ces experts ont été sélectionnés pour leur rôle significatif au SAPA et aussi, en fonction de leur expertise en soutien à domicile et au niveau du réseau communautaire. Aussi, l'outil a été bâti de façon à pouvoir s'ajuster avec le contexte du territoire particulier et personnalisable à l'utilisateur rencontré.

7.7 TRAVAUX FUTURS POUR L'OUTIL ET SUGGESTIONS POUR RECHERCHES FUTURES

Une des prochaines étapes à réaliser éventuellement pour assurer la qualité de l'application de l'outil sera de créer la formation nécessaire pour l'utilisation de ce dernier. Une formation est recommandée avant l'utilisation de l'outil, puisque les intervenants sont appelés à utiliser des nouveaux modèles et une nouvelle approche. L'outil a été élaboré avec le souci de concision pour permettre une utilisation maximale et à long terme par l'équipe du SAPA, donc seulement les informations nécessaires ont été intégrées, expliquant aussi le besoin de formation. D'autres recherches seraient éventuellement nécessaires, afin de perfectionner l'outil au fur et à mesure de son utilisation dans la pratique réelle au CLSC Richelieu.

Enfin, la conception de cet outil a permis de faire ressortir un flagrant manque de communication entre les différents services et ressources du réseau communautaire et les intervenants du CLSC. Ce manque de canaux de communication peut avoir un impact majeur sur l'utilisation du réseau communautaire par les personnes âgées. Une démarche avec l'organisateur communautaire du CLSC serait donc pertinente et à réaliser prochainement.

Une étude sur l'utilisation de l'entretien motivationnel à propos de la sous-utilisation des services et ressources du réseau communautaire serait également recommandée, afin d'augmenter la validité de cette approche pour cette problématique et ainsi, partager ces informations avec la communauté des professionnels de la santé des CLSC.

CHAPITRE 8 : CONCLUSION

Ce projet d'innovation aura permis de créer un outil pour les intervenants du SAPA du CLSC Richelieu, afin d'optimiser l'utilisation des services et ressources du réseau communautaire par les personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile. Un portrait des services et ressources offerts dans le réseau communautaire du territoire du CLSC Richelieu qui est susceptible de répondre aux besoins généralement non comblés, concernant les AVQ et AVD des personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile, a été élaboré pour ensuite déterminer les principaux obstacles et facilitateurs à l'utilisation de ces services et ressources. Le modèle de changements de comportements Transthéorique, ainsi que l'entretien motivationnel ont été intégrés à l'outil, proposant ainsi des pistes de solutions opérationnelles aux obstacles à l'utilisation des services et ressources ciblés. Cet outil permettra aux intervenants du CLSC d'intervenir adéquatement face à un refus d'utilisation des services proposés, et ce, en rejoignant les motivations et les valeurs de la personne. En effet, cet outil offre l'accompagnement de la personne dans son processus d'acceptation des services, à son rythme, selon ses forces et ses faibles, dans le but ultime partagé du maintien à domicile.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Alkema, G. E., Reyes, J. Y. et Wilber, K. H. (2006). Characteristics associated with home and community-based service. *The Gerontologist*. Vol. 46; 2.
- Auger, C., Demers, L. et Swaine, B. (2006). Making sense of pragmatic criteria for the selection of geriatric rehabilitation measurement tools. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 43; 65-83.
- Busque, M. et Légaré, J. (2012). Les besoins non comblés de services à domicile chez les aînés canadiens. *Canadian Journal on Aging*. 31(3), 271-283.
- Centre de santé et de services sociaux Haut-Richelieu-Rouville. (2009). De l'union des gouttes naissent les océans. Projet Clinique Réseau Local Haut-Richelieu-Rouville 2008-2013. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*. www.santemonteregie.qc.ca/haut-richelieu-rouville.
- Charpentier, M. et Soulières M. (2007). Pouvoirs et fragilité du grand âge : « J'suis encore pas mal capable pour mon âge » (Mme H., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*. Vol. 19; 2, p.128-143.
- Cummings, S.M., Cooper, R. L. et McClure Cassie, K. (2009). Motivational interviewing to affect behavioural change in older adults. *Research on Social Work Practice*. Vol.19; 2, 195-204.
- Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté-Hôpital Louis-H. Lafontaine. (2006). Pour une vision de la réadaptation psychosociale et du rétablissement. Cadre de référence de la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Bibliothèque nationale du Québec. ISBN : 2-922577-50-3.
- Dubuc, N., Dubois, M., Raïche, M., Gueye, N. et Hébert, R. (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: Does integrated services delivery make a difference? *BMC Geriatrics*. 1167-67.
- Filiatrault, J. et Richard, L. (2005). L'apport des théories de changements comportementaux aux interventions de prévention et de promotion de la santé de l'ergothérapeute. *The Canadian Journal of Occupational Therapy*. Vol. 72; 1.

- Gouvernement du Québec. (2012). Le Québec et ses aînés. Pour mieux vieillir chez soi. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*, mars 2012. ISBN : 978-2-551-25181-0.
- Gouvernement du Québec. (2014). Développement des compétences du personnel du réseau de la santé et des services sociaux. *Bibliothèque et Archives nationales du Québec*, 2014. Édition: La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. ISBN : 978-2-550-69886-9.
- Gum A. M., Iser, L. et Petkus, A. (2010). Behavioral health service utilization and preferences of older adults receiving home-based aging services. *American Association for Geriatric Psychiatry*. Vol.: 18; 6.
- Johnson, R.W., Toohey, D., et Wiener, J.M. (2007). Meeting the long-term care needs of the baby boomers: how changing families will affect paid helpers and institutions. *Urban Institute*. Washington, p.51.
- Lévesque, L., Wolfson, C., Bergman, H., Béland, F., Trahan, L. et Perreault A. (2004). Unmet Needs for Help and Community-Based Services for the Elderly Aged 75 years and Over. *Canadian Health Services Research Foundation*.
- Lüdecke, D., Mnich, E. et Kofahl, C. (2012). The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents – results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *Psycho- Social-Medicine*. Vol. 9.
- Lyons, R.A., McCarthy, R. et O'Connor, A. (1991). Community health service utilisation and needs in an elderly population. *Community Care Area 6, Eastern Health Board*. Vol. 160; 10.
- McNulty, M. C., Johnson, J., Poole, J. L. et Winkle, M. (2003). Using the transtheoretical model of change to implement home safety modifications with community-dwelling older adults: an exploratory study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. Vol. 21; 4.
- Miller, W. R. et Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing, Helping people change*. Third Edition. The Guilford Press. New York. Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. ISBN 978-1-60918-227-4.
- Penning, M. J. (1995). Health, social support, and the utilization of health services among older adult. *Journal of Gerontology*. Vol. 50B; 5, p.330-339.

- Picus, K. (2004). A case study of health change behavior among independent-living seniors. A dissertation presented impartial fulfillment of the requirements for the Doctor of Education degree. College of Education Cardinal Stritch University. UMI Microform 3126162.
- Pineault, R. (2012). Comprendre le système de santé pour mieux le gérer. Chap. 1 et 2. Les Presse de l'Université de Montréal. Montréal.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., et Norcross, J. (1992). In search of how people change : Applications ton addictive behaviors. *American psychologist*. Vol, 47; 9, 1102-1114.
- Prochaska, J. O. et Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal o f Health Promotion*. Vol 12, 38-48.
- Schoenberg, N. E., Campbell, K.A. et Johnson, M. M. (2008). Physicians and clergy as facilitators of formal services for older adults. *Journal of Aging and Social Policy*. Vol 11;1, 9-26.
- Sévigny, A. (1996). L'utilisation des services de soutien à domicile provenant d'organismes communautaires et bénévoles : la vision des personnes âgées. *Gérontophile*. Vol. 18. No4 p.25-28. No Repère : 9760561.
- Statistique Canada. (2012). Estimation de la population du Canada : âge et sexe, 1^{er} juillet 2012. *Le Quotidien, le jeudi 27 septembre 2012*. Composante du produit no 11-001-X au catalogue de Statistique Canada.
- Tse, M. MY, Vong, S. KS et Kwan Tang, S. (2012). Motivational interviewing and exercise programme for community-dwelling older persons with chronic pain: a randomised controlled study. *Journal of Clinical Nursing*. 22, 1843-1856.

ANNEXES

ANNEXE 1 : VALEURS DE L'ÉTABLISSEMENT

- Souci de la personne : Avoir le souci de la personne, c'est placer l'être humain, ses intérêts et son bien-être au centre de nos actions et de nos décisions.
- Respect et considération : Manifester du respect et de la considération consiste à avoir le souci de ne pas porter atteinte à « l'autre » dans ses paroles ou dans ses gestes, à traiter « l'autre » avec de grands égards et à se conduire envers lui avec respect.
- Engagement et collaboration : Faire preuve d'engagement et de collaboration signifie s'associer ensemble pour réaliser un objectif commun et manifester de la solidarité et du soutien.
- Communication ouverte et transparente : La communication ouverte et transparente réfère à la création d'une relation ouverte où les vraies choses se disent et qui résulte en un portrait clair d'une situation pour toutes les personnes impliquées.
- Épanouissement des compétences : Valoriser l'épanouissement des compétences indique que chacun a le pouvoir de poser des gestes et des actions pour parfaire ses connaissances (le savoir), acquérir et maintenir de nouvelles habiletés (le savoir-faire) et développer des attitudes positives (le savoir-être).

(CSSS Haut-Richelieu-Rouville, 2009)

ANNEXE 2 : APPROCHE SAPA

- Reconnaissance à part entière de la personne âgée dans sa globalité, avec ses besoins particuliers.
- Respect de la personne et de ses choix.
- Place importante de la famille, de ses proches, ainsi que des besoins de soutien envers l'ensemble.
- Nécessité d'adapter nos interventions en fonction des particularités de la clientèle.
- Importance de la qualité des services offerts avec notamment, la formation des intervenants.

ANNEXE 3 : DÉFINITIONS PRÉCISES DES DIFFÉRENTS TERMES DU RÉSEAU COMMUNAUTAIRE

Services et ressources formels du CLSC : services et ressources offerts par l'entremise du CLSC (par exemple : soins infirmiers, ergothérapie, etc.). La définition précise de services et ressources n'est pas clairement définie au CSSS Haut-Richelieu-Rouville. Dans le cadre de ce projet, les services seront déterminés par un service offert par un professionnel et les ressources incluent les ressources humaines, financières et matérielles.

Organismes communautaires : l'organisme doit œuvrer dans le champ de l'action communautaire et répondre à la définition de l'action communautaire qui est une action collective fondée sur des valeurs de solidarité, de démocratie, d'équité et d'autonomie. Il doit satisfaire les critères d'admissibilité suivants :

- être un organisme à but non-lucratif;
- être enraciné dans la communauté;
- entretenir une vie associative et démocratique;
- être libre de déterminer sa mission, ses approches, ses pratiques et ses orientations;
- avoir été constitué à l'initiative des gens de la communauté;
- poursuivre une mission sociale qui lui est propre et qui favorise la transformation sociale;
- faire preuve de pratiques citoyennes et d'approches larges, axées sur la globalité de la problématique abordée;
- être dirigé par un conseil d'administration indépendant du réseau public;

(Gouvernement du Québec, 2013)

Le centre d'action de bénévolat et le Centre communautaire Entraide Plus sont des exemples reconnus d'organismes communautaires du territoire du CLSC Richelieu.

Entreprise d'économie sociale : est une entreprise qui produit des biens et des services de différentes natures et qui répond simultanément à des besoins sociaux comme l'intégration sociale et professionnelle des personnes handicapées, l'offre de services de proximité, la création d'emploi, l'amélioration de la qualité de vie, etc. L'entreprise d'économie sociale est la propriété de ses membres. C'est pourquoi elle prend des formes juridiques telles que les coopératives, les mutuelles et les organismes à but non lucratif à vocation marchande. Par exemple, sur le territoire du CLSC Richelieu, Mobil'Aid et Aide-à-Tout sont considérées comme étant les seules entreprises d'économie sociale.

(Gouvernement du Québec, 2010)

Organismes sociaux autres : d'autres organismes sociaux existent, mais ces organismes ne sont pas régis par des critères précis du gouvernement. Les Lions et Le cercle des fermières font partie de cette catégorie souvent oubliée.

Aucun terme n'a été trouvé pour définir l'ensemble des services et ressources offerts par les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale et les autres organismes sociaux. Dans le but de faciliter la compréhension des lecteurs, le terme « réseau communautaire » sera utilisé à cet effet. De plus, puisque ce projet se concentre sur les besoins concernant les AVQ et AVD, seuls les services et ressources offerts par le réseau communautaire concernant les AVQ et AVD seront considérés.

ANNEXE 4 : LE SYSTÈME DE SANTÉ : SES COMPOSANTES SELON PINEAULT (2012)

Le système de santé : ses composantes

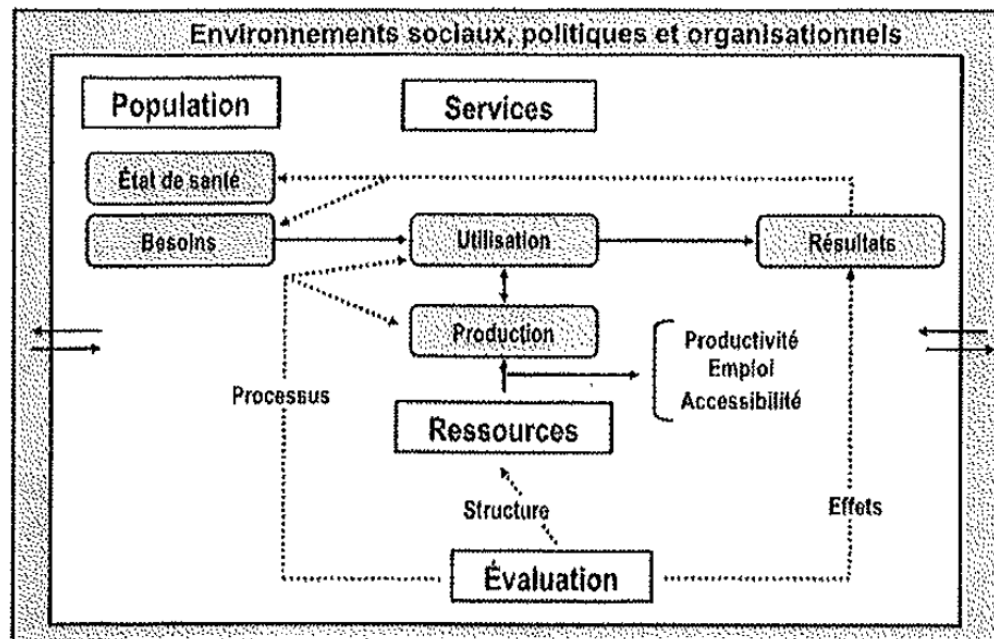


Figure 1 - Le système de santé : ses composantes