

Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale : une recherche-action pour favoriser une revitalisation plus inclusive du centre-ville de Sherbrooke

Chercheure principale

Mélanie Levasseur, Université de Sherbrooke

Cochercheur.e.s

Mélissa Généreux, Université de Sherbrooke

Sébastien Lord, Université de Montréal

Ruth Ndjaboue, Université de Sherbrooke

Martine Shareck, Université de Sherbrooke

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Sherbrooke

Numéro du projet de recherche

2021-OVTA-294918

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche sur les personnes âgées vivant des dynamiques de marginalisation et d'exclusion sociale 2020-2021

Partenaires de l'Action concertée

Le ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH)

Le ministère de l'Immigration, de la Francisation et de l'Intégration (MIFI)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

La Société d'habitation du Québec (SHQ)

Le Fonds de recherche du Québec – Société et culture (FRQSC)

Remerciements

Nous remercions l'ensemble de nos précieux partenaires qui, depuis le début, ont fait toute la différence dans la réalisation de cette recherche. Merci également aux collaborateurs qui nous ont aidés, notamment en diffusant les informations liées au projet au sein de leurs réseaux et auprès des membres aînés de leur organisation :

Stéphanie Meynet, Université de Sherbrooke

Trang Nguyen, Université de Sherbrooke

Joanie Lacasse-Bédard, Université de Sherbrooke

Caroline Francoeur, Laboratoire d'innovation par et pour les aînés (LIPPA)

Micheline Bouchard, La Cordée

Sandra Conway, Aînée partenaire

Monique Pilon, Aînée partenaire

Caroline Proulx et Émilie Durocher, Ville de Sherbrooke

Ani Léveillée, CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Isabelle Guérard et Roxanne Pinchaud, AQDR

Pierre Bigonnesse, DIRA-Estrie

Marie-Claude Bégin et Sylvain Brou, L'Office municipale d'habitation de Sherbrooke (OMHS)

Maude Charland-Lallier, Catherine Sanfaçon Dubé et Clémence Barbeau, Le Musée des Beaux-Arts

Alexie Côté-Pratte et Marie-Claude Laporte, La Bibliothèque Éva-Sénécal

Sylvie Lebrun, La Table de Concertation des Aînés

Olivier Bertrand, Sercovie

Table des matières

Partie A – Contexte de la recherche.....	3
1..Le vieillissement de la population et l’inclusion d’une diversité de personnes âgées dans leur communauté: un défi collectif mondial pour les villes, dont à Sherbrooke au Québec	3
2.La participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d’exclusion : un déterminant clé de la santé et du bien-être d’une communauté plus inclusive.....	4
3.Intervenir pour favoriser la participation sociale des personnes âgées lors de revitalisations urbaines : de la considération des besoins à la mise en œuvre d’actions innovantes.....	6
Partie B –	
Méthodologie.....	7
1.Devis et population à l’étude	7
2.Déroulement de la recherche, méthodes et outils de collecte de données.....	7
Partie C – Principaux résultats.....	9
1.Documentation et priorisation des besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale.....	9
a) Documentation des besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale.....	9
b) Priorisation des besoins.....	11
2....Revue des interventions favorisant la participation sociale de personnes âgées à risque de marginalisation et d’exclusion.....	12
3.Effets des interventions implantées au centre-ville de Sherbrooke	15
Partie D – Pistes de solution ou d’actions soutenues par les résultats de la recherche.....	19
Partie E – Nouvelles pistes ou questions de recherche.....	26
Références.....	27
Annexes.....	29
Annexe 1 – Photographies utilisées pour identifier les besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale	29
Annexe 2. Caractéristiques des études sélectionnées dans la revue des interventions	30

Partie A – Contexte de la recherche

1. Le vieillissement de la population et l'inclusion d'une diversité de personnes âgées dans leur communauté : un défi collectif mondial pour les villes, dont à Sherbrooke au Québec

L'accélération du vieillissement de populations est un phénomène émergent, reconnu mondialement et qui influence de façon importante la société. Ce vieillissement se caractérise par une hétérogénéité de parcours de vie variant selon les individus en fonction de leur âge, leur identité de genre ou leur orientation sexuelle, leur origine ethnique et leur état de santé, mais aussi selon les ressources ou les contraintes qu'ils rencontrent dans leurs milieux de vie.^[1] Alors que les municipalités jouent un rôle clé dans la mise en œuvre de conditions favorisant un vieillissement actif et en santé, certaines personnes âgées sont toutefois plus à risque de vivre des situations de vulnérabilité, notamment à cause de faibles revenus ou de la présence d'incapacités ou de troubles de santé mentale. Plus elles cumulent certaines caractéristiques (p. ex. : âgées de 80 ans ou plus, à faibles revenus, originaires d'un groupe ethnique ou linguistique minoritaire, ayant des incapacités ou issues de la diversité sexuelle et de genre), plus ces personnes risquent de vivre des situations de marginalisation et d'exclusion sociale.^[2] Multidimensionnelle, cumulative et dynamique, cette exclusion limite le potentiel de participation des individus et est parfois vécue contre leurs grés (p. ex. : inaccessibilité d'un bâtiment aux personnes à mobilité réduite), que ce soit à cause de l'environnement (p. ex. : absence de rampe d'accès), d'incapacités (p. ex. : capacités relationnelles limitées) ou par choix (p. ex. : peur d'être jugés).^[2] Exacerbée par la pandémie de COVID-19,^[3] l'exclusion sociale est liée au territoire, aux politiques publiques, au logement, à l'aménagement urbain, au transport, ainsi qu'aux ressources.^[4] Par ailleurs, notamment à cause de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé,^[5] plusieurs quartiers défavorisés ont une proportion accrue de résidents en situation de marginalisation et d'exclusion sociale^[6], incluant au centre-ville de Sherbrooke.

Sherbrooke est la sixième ville en importance au Québec avec plus de 169000 habitants, dont une personne âgée de 65 ans et plus sur cinq réside au centre-ville,^[7] un secteur en revitalisation depuis 2019. Parmi ces personnes âgées, deux tiers vivent avec de faibles revenus, une sur trois a des incapacités et trois sur quatre vivent seules.^[7] Malgré diverses actions de lutte contre l'exclusion et la pauvreté, de promotion d'un vieillissement actif et en santé ou d'arrimage aux services, les personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale sont difficiles à rejoindre et à inclure, un problème identifié par les acteurs impliqués auprès de cette population. Afin de mieux inclure cette population et de réduire les inégalités sociales et de santé, il est nécessaire de mettre en œuvre des actions innovantes et efficaces pour améliorer leur santé et leur bien-être, surtout dans les quartiers les plus défavorisés des villes, tel qu'au centre-ville de Sherbrooke.

2. La participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion : un déterminant clé de la santé et du bien-être d'une communauté plus inclusive

Selon l'Organisation mondiale de la santé,^[8] il importe de renforcer la participation sociale en tenant compte de l'indépendance, de la dignité et de l'épanouissement des personnes âgées, ainsi que l'égalité de leurs droits et de leurs chances dans toutes les sphères de leurs vies. Définie par l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté ou la société,^[9] et dans des espaces partagés importants, évoluant en fonction du temps, des ressources disponibles, du contexte sociétal et de ce que la personne âgée désire et qui est signifiant pour elle, la participation sociale est un déterminant clé d'un vieillissement actif et en santé.^[8] Alors qu'une participation sociale élevée est associée à une réduction du risque de mortalité ou de morbidité ^[10] ainsi qu'à une indépendance fonctionnelle^[11] et une qualité de vie supérieure,^[12] les situations de vulnérabilité restreignent les possibilités de participer des personnes âgées.^[13] Modifiable, la participation sociale est facilitée lors d'une adéquation optimale entre les capacités de la personne et son environnement.^[14] Par exemple, en présence de bonnes capacités d'adaptation ou d'un environnement accessible et favorisant les interactions, la participation sociale est accrue et la personne est davantage intégrée dans sa communauté. Avec l'avancement en âge, l'aire de

déplacement tend à se restreindre et le quartier devient un élément central de la participation sociale des personnes âgées,^[15] voire même un déterminant de leur inclusion. Lors d'une revitalisation, les changements peuvent modifier considérablement la structure sociale d'un quartier (p. ex. : nouveaux résidents mieux nantis) et, en présence d'infrastructures peu accessibles et d'occasions de participation limitées, entraîner ou exacerber les situations de marginalisation ou d'exclusion sociale. Une transformation de l'environnement physique et l'augmentation du coût de la vie (p. ex. : affluence de commerces plus luxueux, hausse des loyers) peuvent mener à une exclusion des résidents dont le mode de vie ne serait pas conciliable avec les changements apportés. Lors de cette transformation, une étude d'observations ethnographiques a d'ailleurs montré que certaines personnes âgées en situation de vulnérabilité se sentent exclues (de façon symbolique et identitaire, liée aux représentations négatives), limitant ainsi les lieux et les moments où elles ressentent de l'appartenance envers leur communauté, et inconfortables sur les plans physique, émotionnel et économique.^[16]

Nécessitant des investissements d'environ 130 M\$ de fonds publics et privés et réalisée entre 2019 et 2025, la revitalisation amorcée au centre-ville de Sherbrooke implique un réaménagement urbain visant à développer un pôle entrepreneurial et commercial fort, à doubler le nombre de résidents, à attirer de nouvelles entreprises, à faciliter le transport actif et à rehausser le rayonnement et l'attractivité du quartier. Bien qu'un consensus ait été établi sur les visées globales de la revitalisation, des partenaires demeureraient préoccupés par les effets néfastes pouvant découler de ces modifications, incluant les conditions de vie des personnes en situation de vulnérabilité qui résident ou utilisent le quartier. Afin d'éviter la perte de repères essentiels (p. ex. : fermeture de restaurants de quartier à coûts abordables), de prévenir une rupture sociale et de favoriser une communauté plus inclusive, il importe d'impliquer davantage les personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion des quartiers en revitalisation, tel que le centre-ville de Sherbrooke, et de mieux comprendre leurs besoins de participation sociale.

3. *Intervenir pour favoriser la participation sociale des personnes âgées lors de revitalisations urbaines : de la considération des besoins à la mise en œuvre d'actions innovantes*

Afin d'assurer une participation sociale optimale de toutes les personnes âgées pendant et après la revitalisation du centre-ville de Sherbrooke, surtout celles à risques de marginalisation et d'exclusion, il importe d'intervenir en considérant leurs besoins sociaux et fonctionnels complexes et évolutifs. Les objectifs poursuivis par ces interventions doivent être identifiés par, pour et avec les personnes ciblées et renforcer l'action communautaire. Afin de renforcer cette action lors de la revitalisation d'un centre-ville, il importe d'utiliser une approche de développement des communautés, qui fait référence à un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les personnes résidentes et les institutions d'un milieu donné visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique.^[17,18] À notre connaissance, peu d'études ont porté sur l'approche du développement de communautés auprès de personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale et aucune étude recensée n'a permis de favoriser l'inclusion de cette population lors d'une revitalisation, une importante bonification à planifier.

La présente recherche visait ainsi à mieux comprendre la co-construction et les effets d'actions inclusives issues d'une bonification de la revitalisation du centre-ville de Sherbrooke. Plus spécifiquement, la recherche visait trois objectifs (O) :

- O1 . Documenter et prioriser les besoins, les facilitateurs et les obstacles à la participation sociale des personnes âgées résidentes et utilisatrices du centre-ville de Sherbrooke globalement et, plus spécifiquement, de celles les plus à risque de marginalisation et d'exclusion ;
- O2. Identifier, à partir des écrits scientifiques et des possibilités du milieu, des actions susceptibles de réduire le risque de marginalisation et d'exclusion sociale à implanter ;
- O3. Décrire les actions mises en œuvre et leurs effets.

Partie B – Méthodologie

1. *Devis et population à l'étude*

Un devis de recherche-action par, pour et avec les personnes âgées a été utilisé afin d'engager les principaux acteurs (personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale et divers intervenants travaillant à leur inclusion) et de planifier un changement social (bonification de la revitalisation du centre-ville de Sherbrooke) selon un processus itératif en six étapes ^[19] soit : 1) perception du problème (O1); 2) clarification de la situation grâce à une collecte d'informations (O1); 3) planification de l'action (O2); 4) implantation et observation de l'action (O3); 5) réflexion et analyse des données (O3) et 6) partage du savoir (tout au long de la recherche).

Trente-deux personnes âgées, un proche aidant et cinq intervenants communautaires ont été impliqués à l'étape de l'identification et de la priorisation des besoins (O1). La revue des interventions (O2) ciblait des études dont l'objectif était d'intervenir pour favoriser la participation sociale de la population âgée à risque de marginalisation et d'exclusion. Les actions (O3) ont été mises en œuvre auprès de 20 personnes âgées avec la participation de trois intervenants communautaires. Pour O1 et O3, les personnes âgées étaient toutes résidentes et utilisatrices du centre-ville et présentaient une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : âgées de 80 ans ou plus, faibles revenus, originaires d'un groupe ethnique ou linguistique minoritaire, ayant des incapacités.

2. *Déroulement de la recherche, méthodes et outils de collecte de données*

Sept **groupes de discussion** d'environ 120 minutes, rassemblant entre deux et neuf participants, ainsi que **deux entretiens individuels** ont été réalisés en présence pour documenter les besoins, les facilitateurs et les obstacles à la participation sociale des personnes âgées résidentes ou utilisatrices du centre-ville de Sherbrooke. Les six premiers groupes (G1 à G6) étaient composés de personnes âgées, tandis que le septième (G7) regroupait des intervenants issus d'associations pour aînés, de la municipalité ou du secteur immobilier. La méthode de photo-élicitation, qui consiste à introduire des photos représentant des objets ou

des lieux (Annexe 1), a servi d'ancrage à la discussion, en aidant les participants à articuler leurs idées et leurs expériences. La priorisation des besoins a été croisée avec les contraintes de temps et analysée en fonction des ressources humaines et du champ d'action de chaque partenaire.

Une **revue des écrits scientifique** ^[20] a permis de fournir une compréhension globale des interventions visant à favoriser la participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion, incluant leurs effets, les facilitateurs et obstacles à leur mise en œuvre et les recommandations des auteurs. Un **scan environnemental** des possibilités de participation sociale présentes dans le centre-ville et des entrevues avec les partenaires de cette étude a permis d'identifier trois actions à mettre en œuvre.

Premièrement, deux **visites guidées** animées par la Bibliothèque Éva-Senéal ont été organisées auprès de 18 personnes âgées pour diffuser l'information sur les services et les activités destinés aux personnes âgées et permettre à la bibliothèque de développer leur offre de visite. Deuxièmement, en collaboration avec l'Office municipal d'habitation de Sherbrooke, cinq **café-rencontres** coconstruits par, pour et avec les résidents, ont été organisés à chaque deux semaines afin d'offrir aux personnes âgées d'un immeuble d'habitation à loyer modique (HLM) du centre-ville un moment pour se réunir, s'informer, recréer des liens et participer socialement. Troisièmement, en collaboration avec le Musée des Beaux-Arts de Sherbrooke, une série d'**ateliers de médiation artistique** a été mise en place à chaque deux semaines dans le même HLM. Ces ateliers avaient pour objectif d'accroître la participation sociale des participants à travers diverses techniques artistiques et de permettre au musée de nouer un premier contact avec une population qui fréquente peu leurs activités. Les effets de ces actions ont été explorés par des questionnaires et des groupes de discussion auprès des personnes âgées et des intervenants. L'ensemble des données ont fait l'objet d'analyse statistique et de contenu thématique soutenue par le Modèle du développement humain et du Processus de production du handicap, qui illustre les interactions entre les facteurs personnels, les facteurs environnementaux et la participation sociale ^[14].

Partie C – Principaux résultats

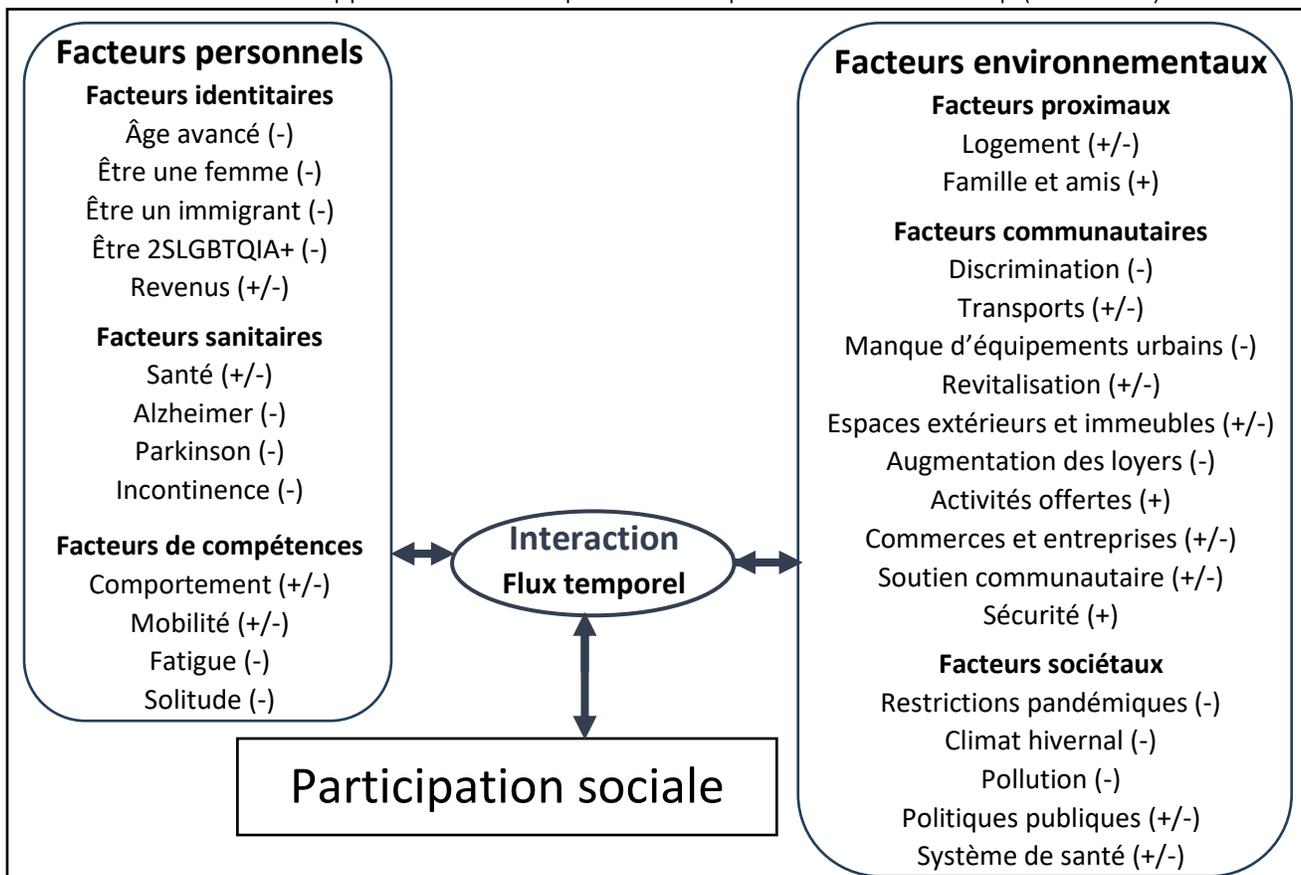
Les principaux résultats de cette étude sont présentés dans trois sections distinctes correspondant aux trois objectifs (O1 à O3).

1. *Documentation et priorisation des besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale*

a) Documentation des besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale

Âgés de 59 à 86 ans, les participants âgés et aidants (n = 33) étaient principalement des femmes vivant seules en appartement dont deux étaient issues de minorités ethniques. Avec majoritairement un revenu inférieur à 20000 \$, les participants se déclaraient en excellente ou bonne santé. Les participants partenaires communautaires (n=5) étaient âgés de 33 à 66 ans et avaient en moyenne neuf années d'expérience auprès de la population à risque de marginalisation et d'exclusion. Les besoins abordés par les participants ont été regroupés sous cinq thèmes principaux, chacun comportant des facilitateurs et des obstacles spécifiques répartis principalement au niveau communautaire et sociétal (Figure 1).

Figure 1. Facilitateurs (+) et obstacles (-) à la participation sociale identifiés par les participants âgés et classés selon le modèle de développement humain - processus de production de handicap (MDH-PPH).



1. Inclusif. Les participants ont souligné l'importance d'avoir un centre-ville inclusif, c'est-à-dire ayant un accès universel et un environnement favorable aux piétons, y compris aux intersections « *Nous ne pouvons pas courir pour traverser la rue. Le feu n'est pas assez long.* » (G2; Figure 1) Les trottoirs ont également été signalés comme un obstacle potentiel à l'inclusion et la sécurité était essentielle : « *Tant que [les personnes âgées] ne se sentent pas en sécurité, elles ne peuvent pas participer, ne veulent pas sortir et décident de rester à la maison...* » (G7) Les questions d'équité ont également évoqué, notamment au sujet de la participation d'immigrés âgés : « *Nous sommes rejetés. Le racisme doit disparaître!* » (G2)

2. Accessibilité aux activités sociales et de loisirs. Pour que les activités soient considérées comme accessibles, elles doivent être à proximité, gratuites ou abordables et adaptées aux intérêts et aux capacités des personnes âgées (Figure 1). Les participants rapportaient toutefois qu'il faudrait davantage d'activités et de moyens de transport : « *J'aimerais que le centre-ville soit plus accueillant et attrayant et qu'il propose de nombreuses activités pour les personnes âgées, car il est de plus en plus difficile de se déplacer.* » (G6) Alors que la pandémie a limité l'accès aux lieux de socialisation, la proximité des activités était facilitateur : « *Surtout pour les personnes âgées qui n'ont pas de voiture, la proximité [augmente les possibilités].* » (G7) L'importance de services permettant de vieillir au centre-ville a également été évoquée : « *Pour rester plus longtemps, au lieu d'aller dans une résidence [les gouvernements et la ville] doivent [mieux nous soutenir].* » (G5)

3. Transport et logement. La plupart des participants utilisaient les transports en commun qui ne répondaient pas toujours à leurs besoins, en particulier s'ils étaient en situation de handicaps ou portaient des sacs (Figure 1). En ce qui concerne le logement, la revitalisation était perçue comme augmentant le risque d'exode de leurs quartiers : « *Il y a une vraie crise du logement. Pour la population de personnes âgées vivant au centre-ville, qui vit principalement dans la pauvreté, la réalité a changé, et leur loyer est maintenant une épée de Damoclès suspendue au-dessus d'eux...* » (G7)

4. Accompagnement. Les personnes âgées ont souligné la nécessité d'être accompagnée par leurs proches ou des professionnels de la communauté, des entreprises ou des services sociaux et de santé pour participer (Figure 1). Les partenaires communautaires ont discuté de la pertinence de cet accompagnement : « *Les aidants ont un rôle essentiel à jouer pour favoriser la participation sociale, la transformer en action et renforcer la confiance. Il est important d'être accompagné par une personne de confiance.* » (G7)

5. Informations. Enfin, l'information sur les activités était parfois difficile à obtenir, en raison d'une littératie numérique réduite et d'un accès limité à Internet, comme rapporté par une participante qui n'avait pas pu obtenir de billets gratuits pour un spectacle : « *C'était uniquement pour les personnes qui avaient [obtenu] un billet sur Internet. Quand on n'a pas Internet, on ne peut pas participer.* » (G5; Figure 1) Les difficultés de communication liées à la littératie et aux barrières de la langue étaient également nommées comme des obstacles.

b) Priorisation des besoins

Parmi les cinq besoins documentés, les échanges menés au cours des neuf entrevues avec les partenaires ont permis d'en prioriser trois. Les contraintes de temps et de ressources humaines ont créé des obstacles pour répondre aux besoins liés au logement, une problématique ne pouvant pas être abordée de manière approfondie dans l'intervalle temporel de cette recherche. L'accompagnement aux activités s'est avéré être un enjeu dans les quartiers défavorisés où l'isolement et la méfiance sont souvent accrus et où les organismes dédiés aux transports étaient déjà fortement sollicités avec un accès souvent restreint aux personnes détenant une prescription médicale. Concernant les besoins d'inclusion, d'accessibilité économique et physique ainsi que l'accès à l'information, de réelles possibilités d'action ont toutefois émergé. Alors que certains organismes ont proposé d'adapter à la population ciblée par la présente étude les activités déjà existantes dans leurs locaux, d'autres étaient disposés à se déplacer dans les quartiers défavorisés. Un HLM en particulier a été ciblé lors des entrevues avec les partenaires en raison de l'isolement croissant des résidents au cours des derniers mois en lien avec l'occupation de personnes en situation d'itinérance, de trafic

de drogue et de la dégradation des parties communes. Enfin, deux travailleurs sociaux (un de l'AQDR et un de Sercovie), qui avaient notamment pour mandat de distribuer l'information sur les activités et les services locaux destinés aux personnes âgées, étaient disposés à se déplacer dans ce HLM. Ainsi, la collaboration intersectorielle et le soutien des partenaires ont permis d'envisager des actions concrètes et réalisables pour répondre aux besoins des personnes âgées.

2. Revue des interventions favorisant la participation sociale de personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion

Les 29 études sélectionnées lors de la revue avaient été majoritairement publiées au cours des cinq dernières années (Annexe 2). Les interventions étaient réparties en deux catégories : des activités individuelles ou collectives dans la communauté. La plupart des études portaient sur des personnes âgées à faible revenu, alors que d'autres étaient menées auprès de personnes âgées issues d'une minorité ethnique ou de la diversité sexuelle et de genre, des personnes isolées ou avec des incapacités.

Effets des interventions. Les études ont rapporté plus d'effets positifs des interventions collectives que celles individuelles (Annexe 2). Les interventions individuelles offraient l'assistance d'un mentor, parfois précédée d'une formation combinant des contenus psychologiques et éducatifs, pour encourager les personnes âgées à participer davantage à des activités significatives, à réduire leur isolement ou à devenir plus indépendantes. Globalement, ces interventions ont amélioré la santé, le bien-être, la résilience et la participation sociale des participants, tout en réduisant leur solitude.

Les interventions collectives qui proposaient une formation combinant des contenus psychologiques et éducatifs ont permis d'améliorer la participation sociale, la santé et les connaissances des participants sur les activités communautaires (Annexe 2). Les activités artistiques amélioraient le sentiment d'appartenance à la communauté, le soutien et les interactions sociales et réduisaient l'isolement. Enfin, deux interventions à composantes multiples (activités physiques et sociales) ont permis de réduire la solitude et d'améliorer la santé.

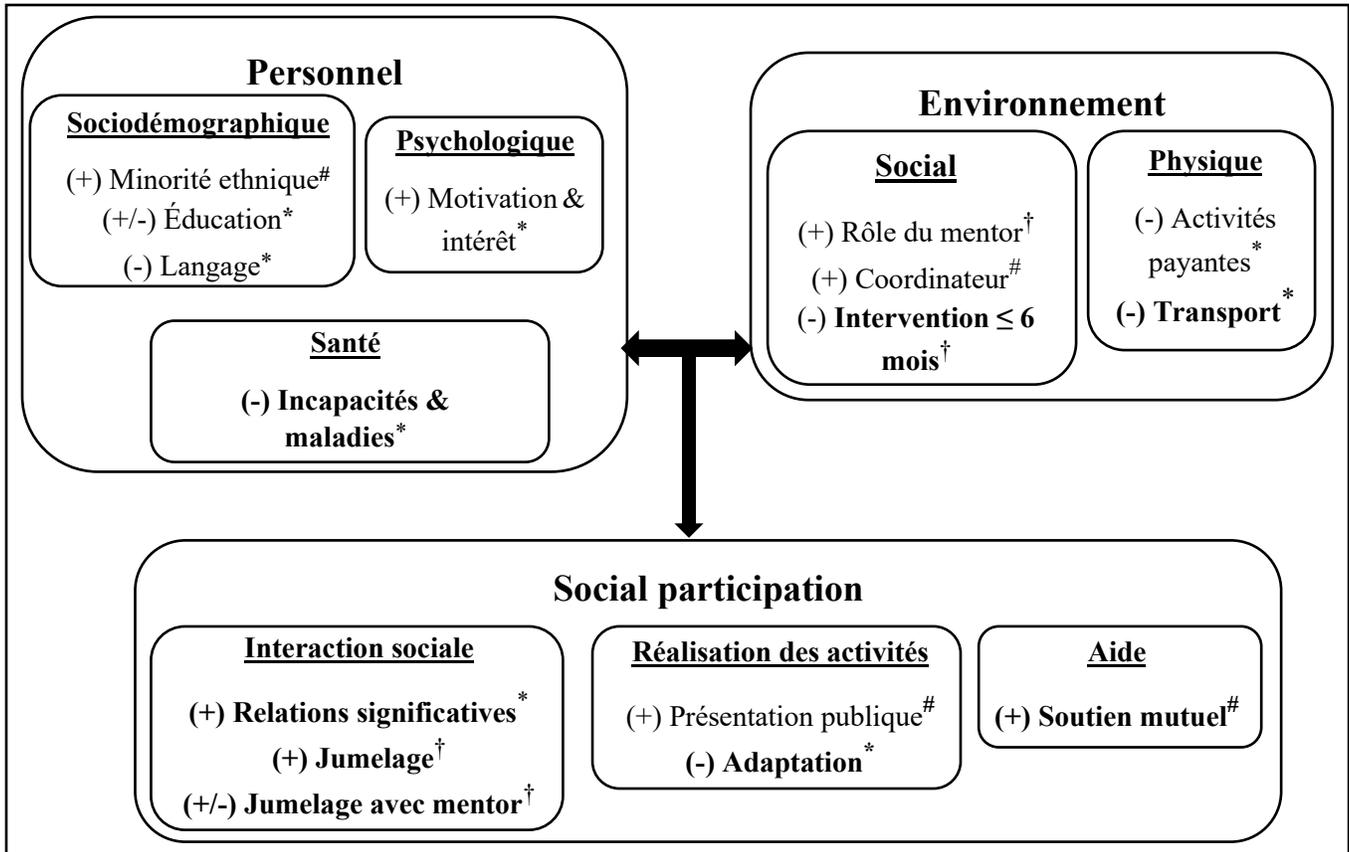
Facteurs d'influence. Alors que, globalement, les obstacles étaient plus souvent mentionnés, la participation sociale représentait plus souvent un levier et était identifiée de plus nombreuses fois dans les études que les facteurs personnels et environnementaux (Figure 3).

Facteurs personnels. Les caractéristiques psychologiques et de santé des participants influençaient la participation aux interventions. La motivation et l'intérêt des participants favorisaient une participation continue, tandis que l'humeur dépressive pouvait amener les participants à ne pas assister à toutes les séances de l'intervention (Figure 3). Les incapacités et l'aggravation des maladies des personnes âgées étaient identifiées comme des obstacles majeurs à leur participation.

Facteurs environnementaux. Bien que les facteurs environnementaux représentaient principalement des obstacles (Figure 3), notamment avec les activités payantes et le manque de transport qui freinaient l'implication des participants, les interventions les plus courtes (de trois jours à six mois) n'avaient pas toujours les effets escomptés sur la participation sociale. La présence d'un coordinateur soutenait toutefois la réalisation et la pérennisation des activités, et le rôle du mentor était décrit comme un véritable catalyseur pour relier les personnes âgées avec la société.

Participation sociale. Les interactions et les relations sociales étaient les principaux facteurs facilitateurs (Figure 3). La création de relations significatives et le soutien mutuel au cours des activités étaient des facteurs déterminants d'une participation continue. Un jumelage réussi favorisait des interactions sociales de qualité et l'appartenance à la communauté. L'inadéquation des activités à la culture, aux capacités et aux préférences des participants jouait cependant un rôle déterminant dans le refus ou l'arrêt de la participation.

Figure 3. Facilitateurs (+) et barrières (-) à la participation de personnes âgées à risque de marginalisation aux interventions favorisant leur participation sociale



Note. En gras, les facteurs identifiés dans au moins 5 études; † intervention individualisée; # intervention collective; * les deux types d'intervention.

Recommandations. Pour favoriser la participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation, les chercheurs recommandent de proposer des activités significatives et d'établir des partenariats solides avec les organismes communautaires pour faciliter le recrutement et la pérennisation des activités. Afin d'offrir des interventions significatives et de favoriser une participation assidue, il est important d'adapter les activités aux besoins sociaux et aux capacités physiques de chaque personne âgée (inclure leurs enfants, supprimer les rôles genrés, proposer différents degrés de difficultés). Pour être accessibles et rejoindre les personnes à risque de marginalisation et d'exclusion, les activités doivent être implantées au cœur de quartiers défavorisés, et ce, afin de consolider le sentiment d'appartenance à la communauté. Lorsque les lieux de participation sociale sont éloignés, les chercheurs recommandaient de détailler un plan pour assurer un transport abordable des participants à partir de leur domicile. Si les études s'accordaient sur

l'intérêt de réunir des participants qui partagent des affinités socioculturelles, elles percevaient aussi le jumelage intergénérationnel comme une solution durable à la solitude des personnes âgées.

Une collaboration étroite avec les organisations communautaires et les systèmes de soins de santé permettrait non seulement de relier les personnes âgées à la société, mais aussi de fournir des ressources et des services locaux tout en assurant la pérennisation des interventions. Cette pérennisation doit être prise en compte dès le début d'une intervention pour favoriser une participation continue, et ce, malgré la fin du financement des activités. Enfin, l'adoption d'une approche participative, de la conception à la mise en œuvre d'une intervention, peut également faciliter sa durabilité et optimiser ses effets.

3. Effets des interventions implantées au centre-ville de Sherbrooke

Retours d'expérience

Cafés-rencontres (CR) et ateliers artistiques (AA). Cinq femmes québécoises, âgées de 67 à 78 ans, vivant seules, sans diplôme universitaire et ayant un revenu inférieur à 20000 \$, ont participé à l'ensemble des CR et AA. Elles rapportaient une expérience satisfaisante. La curiosité et la recherche d'apprentissages, de nouvelles compétences et d'interactions sociales les ont motivées à venir aux premières sessions. Les CR leur ont permis de se réapproprier leur espace de vie et de renouer leurs liens. Bien qu'elles aient déclaré que toutes les sessions étaient très intéressantes, les participantes ont particulièrement apprécié être informées sur les activités et les services destinés aux personnes âgées, un sujet qu'elles ont considéré comme très utile, puisqu'elles étaient prêtes à les utiliser dans un avenir proche. Pour les AA, les participantes n'étaient pas toujours inspirées, mais l'absence de coût pour les sessions et le matériel disponible a été très important pour elles. La participation des résidentes avait été favorisée par la planification des thèmes à l'avance et le respect entre les participants. Les personnes âgées exprimaient le souhait d'assurer la pérennité de ces séances hebdomadaires et suggéraient un repas gratuit pendant les sessions pour favoriser la participation d'autres résidents. Enfin, la proximité des ateliers a été

déterminante pour assurer leur participation : « *On est toutes au même endroit, pas besoin de sortir, pas besoin de transport.* » (AA)

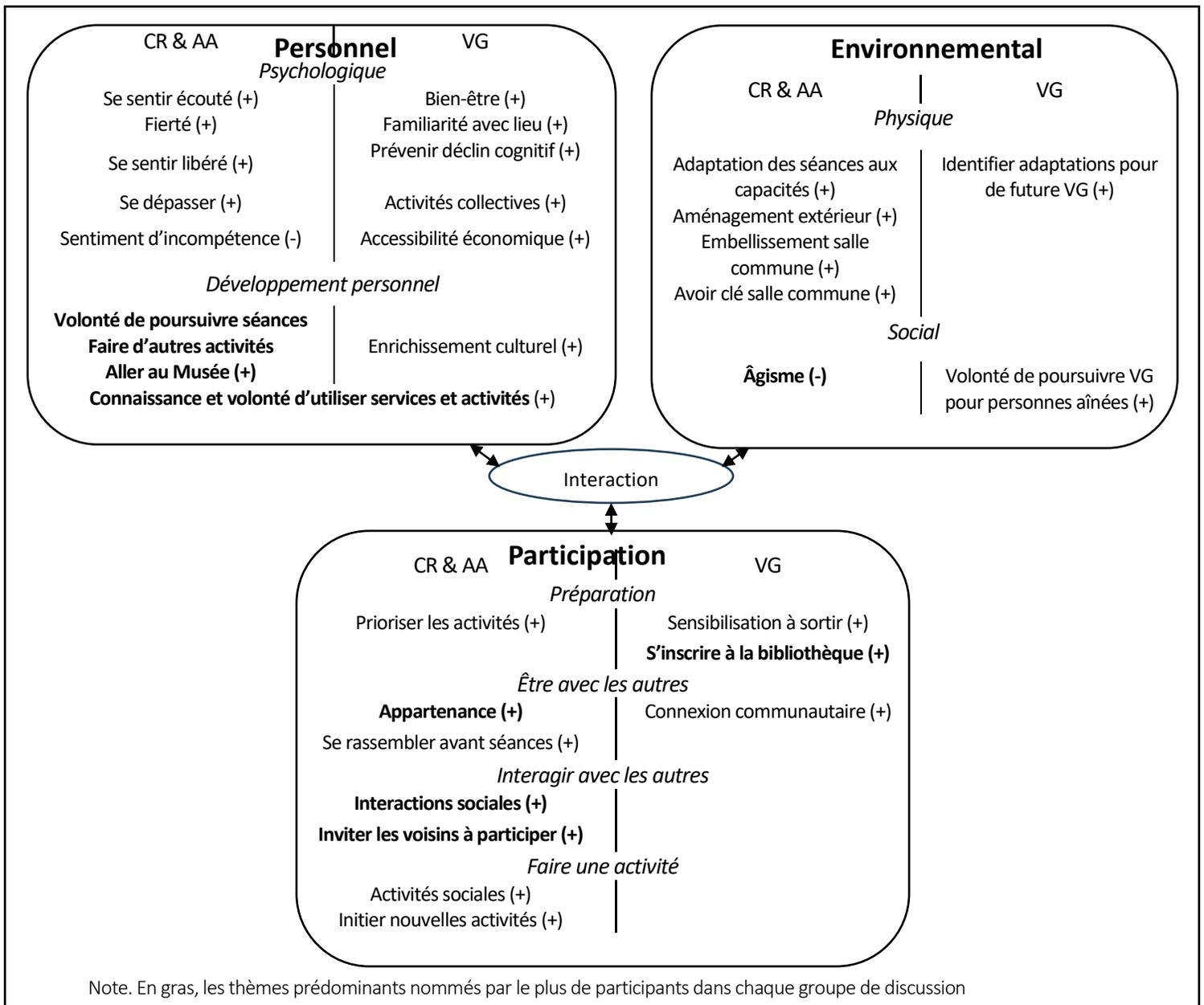
Visites guidées de la bibliothèque (VG). Dix-huit personnes réparties en deux groupes égaux (VG1 et VG2) et âgées de 62 à 90 ans ont participé à cette action. Quatorze étaient des femmes, six avaient un diplôme universitaire, les deux tiers avaient un revenu inférieur à 20000 \$ et un participant était originaire d'Amérique centrale. Tous les participants ont appris quelque chose lors de la VG, même ceux ayant déjà fréquenté la bibliothèque avant la pandémie : « *Il y a des coins où je n'étais jamais allé, comme celui du fond avec les gros livres.* » (VG2) Les services, tels que l'emprunt de DVD, les clubs de lecture, les conférences et les ateliers artistiques, ont été très appréciés. Au vu de la quantité d'informations transmises lors de ces VG, un livret résumant les différents éléments de la visite aurait été apprécié : « *Vous avez surestimé notre mémoire!* » (VG2) Considérée comme difficile par les utilisateurs pré-pandémiques, la VG a facilité la compréhension de la classification des livres : « *J'étais déjà venu ici, mais je ne savais pas comment m'y retrouver. Je pouvais errer longtemps.* » (VG1). De même, l'accès et le paiement du stationnement ont été perçus comme une source de confusion par les automobilistes qui ont eu besoin d'aide de l'agent de sécurité de la bibliothèque pour payer.

Influence des actions

Ayant eu très peu d'effets négatifs dans l'ensemble, les CR et AA ont été perçus par les participants comme ayant une plus grande influence globale que les VG, en particulier sur leur participation sociale (Figure 4).

CR et AA. Les participants âgés se sont sentis écoutés et reconnus grâce à la possibilité de choisir les thèmes des CR : « *C'est la première fois qu'on investit pour nous, qu'on se préoccupe de nous.* ». En explorant des aspects personnels de leur identité au cours des AA, ils se sont sentis libérés : « *Ça vous ramasse à l'intérieur, ça fait de la place aussi. C'est libérateur.* ».

Figure 4. Influence des interventions sur les facteurs personnels, environnementaux et de participation sociale des participants



Bien qu'un sentiment d'incompétence ait été ressenti lors de la réalisation d'un autoportrait, les participants ont exposé chaque œuvre pour embellir leur salle commune. Grâce au CR, les participants ont augmenté leurs connaissances : « J'ai appris beaucoup de choses que j'ignorais auparavant, j'ai découvert plusieurs services que j'ai l'intention d'utiliser. ». Ils ont aussi tous déclaré vouloir se rendre au musée pour continuer à participer aux ateliers gratuits (Figure 4). Les participants ont rapporté que le

vouvoiement des intervenants, en plus d'être considéré comme de l'âgisme, était un obstacle à la participation. Identifiée comme le principal avantage, l'augmentation des interactions sociales et du sentiment d'appartenance à la communauté a été signalée par les deux groupes de discussion : « *C'est amusant de rencontrer des gens, nous sommes un groupe, nous nous connaissons. Nous sommes l'équipe du vendredi!* » (AA) Tous les participants ont essayé de convaincre des voisins de les rejoindre et, à la fin des interventions, ils ont organisé leur premier bingo (Figure 4). Les intervenants ont souligné la participation active des personnes âgées présentes et leur esprit d'initiative dans les activités. Ils souhaitent poursuivre ces actions et les organiser dans les HLM d'autres quartiers de la ville. Malgré le manque d'équipements (par exemple, l'absence d'un évier pour rincer les pinceaux), s'adapter au lieu ainsi qu'à la diversité des participants et de leurs compétences a été très formateur pour eux.

VG. Selon qu'ils participaient par intérêt, par curiosité ou pour sortir de leur appartement, les VG ont apporté du bien-être associé à l'idée de regarder des films empruntés et la possibilité de prévenir le déclin cognitif en apprenant l'anglais (Figure 4). L'utilisation des services de la bibliothèque était perçue comme accessible sur le plan économique : « *Il s'agit [...] de sorties qui ne coûtent pas cher.* » (VG1). Auparavant considérées comme solitaires, certaines activités étaient désormais perçues comme collectives : « *C'est comme les casse-têtes : au lieu de les faire seul à la maison, ça peut être un moyen de venir [à la bibliothèque] et d'en faire ensemble.* » (VG1) Tous les participants avaient l'intention de devenir membre de la bibliothèque et ont été sensibilisés à l'importance de l'intégration sociale : « *C'est une prise de conscience, [l'importance] de sortir de chez soi.* » (VG1) Les groupes ont également permis une discussion libre entre pairs pour échanger des conseils sur la mobilité vers la bibliothèque. Pour mieux répondre aux besoins cognitifs et physiques des participants, il serait important de créer un support résumant toutes les informations et de fournir une aide au stationnement (une personne-ressource et une meilleure signalisation). Pour compléter son offre de services, la bibliothèque de Sherbrooke était intéressée par

l'ajout de visites guidées pour les personnes âgées, mais estimait qu'elle avait besoin de l'aide de partenaires pour le recrutement.

Partie D — Pistes de solution ou d'actions soutenues par les résultats de la recherche

La présente étude visait à mieux comprendre la co-construction et les effets d'actions inclusives issues d'une bonification de la revitalisation du centre-ville de Sherbrooke. Plus spécifiquement, la recherche avait pour objectifs de documenter et de prioriser les besoins ainsi que les facilitateurs et les obstacles à la participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion au centre-ville de Sherbrooke. Elle visait aussi à identifier, implanter et décrire les effets des actions susceptibles de réduire le risque de marginalisation et d'exclusion sociale. Cinq principaux besoins ont été identifiés pour la participation sociale à proximité de leur domicile et selon leur condition de santé, à savoir : 1) un environnement urbain inclusif et accessible, 2) des activités adaptées (intérêts, horaire, langue, culture, capacités, etc.) et abordables, 3) des logements et des moyens de transport accessibles et adéquats, 4) l'accompagnement pour se rendre aux activités sociales et de loisirs et 5) l'information sur ces activités et les ressources soutenant la participation. La plupart de ces besoins sont alignés sur les principes des communautés amies des aînés qui reconnaissent l'importance de considérer les espaces extérieurs, les transports et les possibilités sociales pour répondre aux besoins de mobilité et de participation sociale des personnes âgées.^[21] Ces principes soulignent l'importance d'une offre de logements abordables, sûrs et bien conçus pour les personnes âgées; d'informations faciles à trouver et à comprendre; et de bâtiments publics et d'espaces extérieurs agréables, sécuritaires, accessibles et qui répondent aux besoins des populations vieillissantes^[21], en particulier dans les quartiers défavorisés.

Puisque le quartier devient un élément central pour les personnes âgées, la sécurité et la cohésion sociale de l'environnement de proximité, ainsi qu'une offre diversifiée d'activités et de services, sont essentielles pour encourager la participation sociale des résidents.^[22] La proximité des services (épiceries, services

bancaires, services de santé, transports publics, clubs sociaux) permet aux personnes âgées de rester actives et contribue également à préserver les liens sociaux entre les membres de la communauté.^[23]

L'importance de cette proximité des ressources souligne la nécessité d'adopter des stratégies d'urbanisme favorisant la revitalisation des quartiers et la préservation de ses commerces et services. Toutefois, cette recherche a permis de mettre en évidence d'autres dimensions nécessaires à la participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion, notamment le sentiment d'appartenance, l'adaptation des activités aux caractéristiques de cette population (culture, incapacités, expérience de vie), la pérennisation de ces activités et leur accessibilité économique et physique. Discutées ci-dessous, chacune de ces dimensions doit faire l'objet de réflexions et d'actions lors d'un projet de revitalisation, non seulement pour garantir l'inclusion des personnes âgées, mais aussi pour promouvoir leur vieillissement actif et participatif. L'accent est également mis sur le défi de recruter des personnes âgées et sur l'intérêt des collaborations intersectorielles pour mener à terme de tels projets.

Le **sentiment d'appartenance à la communauté** permet de lutter contre la solitude, renforce la cohésion sociale et l'échange de connaissances sur les activités et les ressources du quartier entre les personnes âgées^[24], améliorant ainsi leur participation sociale. Il participe également à l'accroissement du réseau social et des relations significatives ainsi qu'à l'inclusion des personnes. Ce phénomène est d'autant plus important dans un contexte de revitalisation qui peut engendrer une gentrification et compromettre le sentiment d'appartenance à la communauté et les interactions sociales entre voisins,^[25] en particulier dans les quartiers défavorisés. Afin de recréer un environnement propice à la proximité entre les personnes âgées et aux relations significatives, il est essentiel de mettre en œuvre des interventions de participation sociale au cœur de ces quartiers. De telles interventions augmentent également la probabilité qu'ils se retrouvent lors d'événements sociaux et qu'ils se considèrent comme appartenant à la même communauté.

L'adaptation des activités à la culture, aux incapacités et aux expériences de vie des participants est essentielle et contribue à réduire la solitude, notamment lors d'interventions d'une durée minimale de six mois.^[26] Lorsqu'elles sont signifiantes et répondent aux besoins des personnes âgées, les activités de participation sociale augmentent leur intérêt, leur motivation et leur persistance.^[27] Avec une plus grande diversité de personnes âgées, cette adaptation représente un important défi des interventions collectives et nécessite une approche flexible. La difficulté consiste à trouver le bon équilibre entre l'adaptation des activités et le maintien de la motivation d'un groupe hétérogène de participants. Différentes stratégies peuvent être mises en place pour relever ce défi, incluant la possibilité de constituer des sous-groupes de personnes âgées ayant des caractéristiques de santé communes ou de prévoir des activités intégrant plusieurs niveaux de difficulté.

La **pérennisation des activités** est un des principaux aspects à considérer, en particulier lorsque les activités dépendent d'un financement à court terme et risquent de nuire à la participation sociale à plus long terme. Facilitée par un partenariat solide et l'implication des personnes âgées, cette pérennité nécessite de s'assurer que les organismes communautaires disposent de ressources humaines suffisantes et d'un espace sécuritaire et accessible pour réaliser les interventions. Jouant un rôle clé dans cette participation, les intervenants doivent faciliter la dynamique de groupe et soutenir l'implication continue des participants en portant une attention particulière et régulière à leurs émotions.^[28] Dans cette optique, il importe que les animateurs bénéficient d'une formation adéquate sur les spécificités du vieillissement ainsi que sur les enjeux propres aux personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale. Une telle approche préventive contribuerait à réduire le sentiment d'incapacité de certains participants et à promouvoir une représentation plus positive et inclusive du vieillissement.

L'accessibilité économique et physique des activités est un facteur important identifié dans cette étude. D'une part, les activités à prix réduit, ou idéalement gratuites, facilitent la participation sociale des

personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion. D'autre part, les environnements adaptés aux incapacités et accessibles à pied réduisent les contraintes de transport. Lorsque les lieux de participation sociale sont plus éloignés, des options de transport doivent être mises en place pour permettre aux personnes âgées de se déplacer de leur domicile jusqu'aux activités en toute sécurité. Alors que la conduite automobile demeure le mode de transport privilégié par plusieurs personnes âgées, les municipalités doivent s'assurer de faciliter le stationnement à proximité des lieux de participation sociale. Considérant que la piétonnisation des centres-villes s'impose comme un levier puissant pour rendre les espaces plus agréables, sécuritaires et sociaux, les municipalités doivent prendre en compte l'accessibilité du centre-ville et des lieux de participation sociale pour l'ensemble des citoyens. Dans cette optique, une recherche-action en partenariat avec la Ville de Sherbrooke est en cours afin de développer un guide des bonnes pratiques pour favoriser la participation aux activités sociales et de loisirs de l'ensemble des citoyens, incluant ceux en situation de handicap.

Le **recrutement** des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion dans des actions de participation sociale constitue un défi multidimensionnel influencé par divers facteurs, tels que l'isolement, le sentiment d'insécurité ou encore la nature des activités proposées (ex. : les ateliers artistiques peuvent susciter un sentiment d'incompétence). Cette étude a mis en évidence que la collaboration avec des organismes communautaires œuvrant auprès de cette population représente une stratégie clé pour optimiser le recrutement et la mise en œuvre des actions. **La collaboration intersectorielle** (culturelle, sociale, municipale) est apparue comme un levier essentiel à toutes les étapes de cette recherche et a notamment permis de surmonter les difficultés rencontrées au cours de la pandémie de COVID-19, ce qui a sensibilisé la population générale à l'importance de la participation sociale des personnes âgées. L'implication conjointe d'acteurs issus de divers secteurs a ainsi renforcé la capacité à rejoindre les personnes les plus vulnérables, favorisant leur inclusion dans le réseau social local. Afin d'assurer l'accès aux

activités et aux ressources pour tous les résidents d'un centre-ville, il apparaît nécessaire d'accompagner les organismes de loisirs et de culture dans la mise en place de collaborations intersectorielles durables. Cet accompagnement est d'autant plus crucial lorsqu'il s'agit d'activités nécessitant un renouvellement fréquent des participants, comme les visites guidées en bibliothèque, et qui peuvent bénéficier de partenariats structurés pour attirer un public diversifié et maintenir une dynamique de participation continue.

En complément des recommandations de cette étude, plusieurs actions peuvent être mises en place pour bonifier une revitalisation et soutenir la participation sociale des personnes âgées dans ce contexte. Par exemple, l'organisation de groupes de marche réunissant des personnes âgées et des responsables municipaux favoriserait l'identification et le signalement des problèmes de sécurité et de mobilité dans les quartiers (trottoirs inadaptés, manque de signalisation, absence de passages piétons sécurisés). Des quartiers peuvent mettre en œuvre des clubs de loisirs, des groupes de bénévoles et des activités communautaires pour renforcer le sentiment d'appartenance à la communauté et accroître la participation active des individus au sein de leur communauté. La réduction de la distance entre les domiciles des quartiers défavorisés et les arrêts de transport en commun faciliterait l'utilisation des transports publics et, ainsi, la participation sociale, en particulier de personnes ayant des incapacités. Des programmes d'accompagnement intergénérationnel réalisés par des pairs permettant d'orienter ou d'accompagner les personnes âgées vers des activités ou des services sociaux qui traitent de leur santé, de l'isolement et des problèmes de transport, ce qui contribuerait à réduire les inégalités sociales et de santé. Inclure de telles initiatives dans les stratégies de revitalisation urbaine permettrait ainsi de mieux répondre aux besoins identifiés par les personnes âgées et d'assurer une transformation de l'environnement plus inclusive et adaptée aux réalités du vieillissement.

Ainsi, au-delà des considérations relatives à l'environnement physique, cette étude met en évidence la nécessité de considérer davantage l'environnement social dans les stratégies de revitalisation urbaine, un aspect encore trop souvent négligé dans les politiques d'aménagement et de développement local.^[29] Si ces stratégies tendent à privilégier l'amélioration des infrastructures physiques comme levier d'optimisation des conditions sociales et économiques des résidents, les résultats de cette étude soulignent l'importance d'une approche plus holistique. Alors que l'isolement social est désormais reconnu comme un facteur de risque de morbidité et de mortalité chez les personnes vieillissantes, il devient impératif que les municipalités intègrent de manière équivalente l'environnement physique et l'environnement social dans leurs stratégies de revitalisation urbaine, notamment en incluant les dimensions identifiées dans cette recherche.

Forces et limites de la recherche

À notre connaissance, cette recherche est la première à identifier les facteurs nécessaires à la participation sociale des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion. Ces connaissances peuvent favoriser la réflexion et, bien qu'elles n'aient pas pu bonifier la revitalisation du centre-ville de Sherbrooke en raison du décalage avec le calendrier des initiatives en cours, elles pourraient en guider une autre pour mieux promouvoir la participation sociale des personnes âgées. Parmi les limites de cette étude, l'utilisation de mesures auto-rapportées a pu augmenter le risque de biais de désirabilité sociale, et ce, malgré les stratégies mises pour le restreindre, telles que la confidentialité des données et l'absence de bonnes ou de mauvaises réponses. Comme pour d'autres études qualitatives, les résultats sont sensibles au temps et au contexte et sont influencés par les chercheurs, mais les résultats peuvent être transférés à des personnes âgées ayant des caractéristiques et un contexte similaire, à savoir de centres-villes urbains et à risque de marginalisation et d'exclusion sociale. Cette étude a été menée auprès de petits échantillons, et certains groupes, notamment les hommes, les personnes issues d'une minorité ethnique ou de la diversité sexuelle

et de genre, étaient sous-représentés. Compte tenu des défis de recruter auprès de cette population, diverses stratégies ont néanmoins permis d'impliquer des personnes âgées à risque de marginalisation et d'exclusion sociale, soit une importante collaboration avec des organismes communautaires et une collecte de données flexible et inclusive.

Partie E — Nouvelles pistes ou questions de recherche

Compte tenu du vieillissement de la population et de la diversité des personnes âgées, c'est-à-dire ayant des trajectoires de vie différentes, les villes du monde entier offrent la possibilité de créer des communautés plus inclusives et plus solidaires. Parallèlement à l'environnement physique, considérer pleinement l'environnement social lors des stratégies de revitalisation constitue une approche novatrice qui va au-delà des conceptions urbanistes traditionnelles. Incluant le sentiment d'appartenance à la communauté, l'adaptation des activités, leur pérennisation et leur accessibilité, l'impact de cette considération sur la participation sociale des personnes âgées doit faire l'objet d'une évaluation. Globalement, puisqu'il existe un nombre relativement limité d'interventions visant à renforcer la participation sociale des aînés et que peu d'études évaluent ces approches de manière rigoureuse, il importe de poursuivre les recherches dans ce domaine. Tel que souligné par d'autres auteurs,^[30] il est nécessaire de mener davantage d'études auprès des populations marginalisées, notamment pour mieux comprendre leurs besoins sociaux et, surtout, coconstruire des interventions inclusives, adaptées et efficaces. Une compréhension approfondie des interventions et de leurs effets est essentielle, y compris auprès des nouvelles générations de personnes âgées qui vieillissent dans une ère numérique où la technologie et les réseaux sociaux modifient la participation sociale.

Par ailleurs, dans un contexte de pression constante sur des ressources humaines limitées, il importe aussi de mieux comprendre comment les municipalités, les innovations technologiques (ex. : objets connectés, plateformes électroniques) et la recherche pourraient soutenir les travailleurs communautaires et leurs partenaires multisectoriels dans leurs rôles complémentaires. Le développement de ces solutions doit être mis en œuvre par, pour et avec les personnes âgées directement concernées pour contribuer, non seulement à une production de connaissances plus inclusive et une meilleure opérationnalisation des actions, mais également à la participation sociale des personnes âgées.

Références

1. Charpentier M, Guberman N, Billette V, Lavoie JP, Grenier A, Olazabal I. Vieillir au pluriel : perspectives sociales. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec ; 2010.
2. Walsh K, Scharf T, Keating N. Social exclusion of older persons: a scoping review and conceptual framework. *Eur J Ageing* 2017;14(1):81–98.
3. Buffel T, Yarker S, Phillipson C, Lang L, Lewis C, Doran P, et al. Locked down by inequality : older people and the COVID-19 pandemic. *Urban Stud* 2021;60(8):1465–82.
4. Billette V. D'une société exclusive à une société inclusive et plurielle. Perspectives de solidarités en gérontologie sociale. 2012 ;3(2012). Available from: http://www.vies.ucs.inrs.ca/wp-content/uploads/2015/06/2012_Cahier-CREGES-Cadre-Exclusion-sociale_Billette.pdf
5. Public health agency of Canada. Reducing health inequalities: A challenge for our times [Internet]. Ottawa, ON : PHAC; 2011 [cited 2021 Feb 11]. Available from: http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP35-22-2011-eng.pdf
6. Dumont GF, Chalard L. Les villes-centres. *Popul Avenir* 2010 ;n° 700(5):4–8.
7. Direction de la santé publique - CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE). 2014 ;
8. WHO. Social determinants of health [Internet]. World Health Organ.2023 [cited 2024 Jan 16];Available from: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health>
9. Levasseur M, Lussier-Therrien M, Biron ML, Raymond É, Castonguay J, Naud D, et al. Scoping study of definitions of social participation: Update, co-construction of an interdisciplinary consensual definition, and exploration of the influence of international health policies. *Age Ageing* 2022;51(2):1–13.
10. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *Plos Med* 2010;7(7):e1000316.
11. Avlund K, Damsgaard MT, Osler M. Social position and functional decline among non-disabled old men and women. *Eur J Public Health* 2004;14(2):212–6.
12. Levasseur M, Desrosiers J, St-Cyr Tribble D. Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health Qual* 2008;6(30):1–11.
13. Wanchai A, Duangjai P. A Systematic Review of Factors Influencing Social Participation of Older Adults. *Pac Rim Int J Nurs Res* 2019;23(2):131–41.
14. Fougeyrollas P, Boucher N, Edwards G, Grenier Y, Noreau L. The Disability Creation Process Model: A Comprehensive Explanation of Disabling Situations as a Guide to Developing Policy and Service Programs. *Scand J Disabil Res* 2019;21(1):25–37.
15. Lord S, Després C, Ramadier T. When mobility makes sense: A qualitative and longitudinal study of the daily mobility of the elderly. *J Environ Psychol* 2011 ;31(1):52–61.
16. Torres S. “For a younger crowd”: Place, belonging, and exclusion among older adults facing neighborhood change. *Qual Sociol* 2020;43:1–20.
17. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés. 2002 ;

18. Chavis DM. Mobilizing for Community Capacity Building, Présentation au LAREHS, Université du Québec à Montréal, 28 avril 2000. 2000 ;
19. Dolbec A, Prud'homme L. La recherche-action. In: Dans Gauthier, B. (Dir.). Recherche sociale : De la problématique à la collecte de données. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec. 2009. page 531–70.
20. Meynet S, Nguyen THT, Alaux A, Levasseur M. Fostering social participation of older adults at risk of marginalization: Results from a scoping review of community-based interventions. *Submitt. J. Appl. Gerontol.*2025;
21. Public Health Agency of Canada. Age-Friendly Communities [Internet]. Canada.ca 2024 [cited 2024 Dec 5]; Available from: <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/aging-seniors/friendly-communities.html>
22. Kim ES, Chen Y, Kawachi I, VanderWeele TJ. Perceived neighborhood social cohesion and subsequent health and well-being in older adults: An outcome-wide longitudinal approach. *Health Place* 2020;66:102420.
23. Lindström M, Moghaddassi M, Merlo J. Individual self-reported health, social participation and neighbourhood: a multilevel analysis in Malmö, Sweden. *Prev Med* 2004;39(1):135–41.
24. Noone C, Yang K. Community-based responses to loneliness in older people: A systematic review of qualitative studies. *Health Soc Care Community* 2022;30(4):e859–73.
25. Dahlberg L. Ageing in a changing place: a qualitative study of neighbourhood exclusion. *Ageing Soc* 2020;40(10):2238–56.
26. McNamara B, Rosenwax L, Lee EAL, Same A. Evaluation of a healthy ageing intervention for frail older people living in the community. *Australas J Ageing* 2016;35(1):30–5.
27. Michaelsen MM, Esch T. Understanding health behavior change by motivation and reward mechanisms: a review of the literature. *Front Behav Neurosci* 2023 ;17:1151918.
28. Todd C, Camic PM, Lockyer B, Thomson LJM, Chatterjee HJ. Museum-based programs for socially isolated older adults: Understanding what works. *Health Place* 2017;48:47–55.
29. O'Neill E, Cole HVS, García-Lamarca M, Anguelovski I, Gullón P, Triguero-Mas M. The right to the unhealthy deprived city: An exploration into the impacts of state-led redevelopment projects on the determinants of mental health. *Soc Sci Med* 2023;318:115634.
30. Serrat R, Scharf T, Villar F, Gómez C. Fifty-Five Years of Research Into Older People's Civic Participation: Recent Trends, Future Directions. *The Gerontologist* 2020;60(1):e38–51.

Annexes

Annexe 1 – Photographies utilisées pour identifier les besoins, facilitateurs et obstacles à la participation sociale



Les photos ont été sélectionnées pour illustrer la réalité potentielle de l'environnement physique et social d'un centre-ville, y compris les installations et les espaces de participation sociale.

Annexe 2. Caractéristiques des études sélectionnées dans la revue des interventions

Reference (population, pays)	Objectifs	Devis & participants [#]	Intervention*	Résultats	Recommandations
Individualized intervention					
<i>Accompagnement à participer dans des activités significatives, réduire l'isolement ou devenir indépendant</i>					
[31] (Faibles revenus, Cap Town)	Examiner l'impact du programme AgeWell sur le bien-être et l'engagement social des participants	Pré-expérimental ; 212 69 (Ø)	4 à 5 mois (hebdomadaire, bimensuel ou mensuel, selon le niveau d'invalidité, Ø) ; Intervention entre pairs qui consiste à évaluer les besoins et à élaborer un « plan de bien-être » avec des objectifs et un ensemble d'actions ou d'activités pour les atteindre. Chaque mentor aîné reçoit une formation de quatre semaines sur des sujets, tels que la santé des personnes âgées, le bien-être, le développement de l'amitié, l'utilisation des téléphones intelligents et les instruments de dépistage.	↑ Interaction sociale ↑ Soutien social ↑ Activités sociales ↓ Solitude ↑ Bien-être ↑ Santé mentale	Jumelages entre pairs ; Regroupement par affinité socioculturelle ; Partenariats avec des organismes communautaires
[32] (Faibles revenus, États-Unis)	Évaluer l'effet de l'intervention par les pairs sur la solitude, l'isolement, le bien-être social des participants et les ressources nécessaires pour assurer la faisabilité du programme	Pré-expérimental + qualitative ; 74 70 (66-76)	12 mois (en fonction de l'intérêt du participant, Ø) ; Les mentors aînés, qui reçoivent une formation continue sur la santé mentale et divers sujets liés au vieillissement, sont jumelés à des participants. Au début, les mentors rendent visite aux personnes pour faire des courses ou les orienter vers des services. Au fur et à mesure que les relations se développent, les activités sociales peuvent inclure des repas partagés, des activités de groupe, des programmes artistiques ou des promenades en ville. Les mentors se réunissent chaque semaine pour partager leurs défis et leurs réussites.	↓ Solitude ↑ Soutien social ↑ Interaction sociale	Adaptation de l'intervention ; Jumelages entre pairs ; Regroupements par affinité socioculturelle ; Plan de transport ; Partenariats avec des organismes communautaires
[33] (Isolé, Royaume-Uni)	Évaluer l'intervention complexe Upstream Healthy Living Centre (UHLC) sur l'isolement social des participants	Pré-expérimental + qualitative ; 39 ≥ 65	12 semaines (hebdomadaire, Ø) ; Des mentors non professionnels s'efforcent de raviver la passion et l'intérêt des participants pour la vie en s'engageant dans des activités créatives, physiques ou culturelles qu'ils déterminent eux-mêmes. Activités de groupe ou à domicile avec visites et appels de mentors, initialement sur une base hebdomadaire, puis de moins en moins fréquents à mesure que les participants prennent confiance en eux. Les mentors cherchent toujours à maximiser les possibilités d'interaction sociale.	6 mois après début de l'étude → Soutien social ↑ Santé mentale → Santé physique 12 mois après le début de l'étude ↑ Soutien social → ^a ↑ ^b Santé mentale → Santé physique ↑ Participation sociale ↑ Interaction sociale ↓ Solitude	Adaptation de l'intervention ; Transférabilité des informations ; Inclusion de données qualitatives

[34] (Isolé, Royaume-Uni)	Examiner l'efficacité de l'UHLC pour améliorer l'engagement social, la santé mentale et la santé physique des participants	ECR ; EG : 200 ; 71.8 (12.2) CG : 195 ; 69.8 (11.6)	Voir Greaves & Fadus, 2006	→ Soutien social → Participation sociale → Santé mentale → Santé physique	Adaptation de l'intervention
[35] (Isolé, Royaume-Uni)	Évaluer le service Community Connectors sur la solitude et l'isolement social des participants	Qualitatif ; 13 Ø (44-84)	14 semaines (régulièrement ; Ø) ; Service d'aide sociale pour accéder aux groupes de soutien locaux et aux activités sociales, afin de les aider à devenir plus indépendants. Les besoins des personnes âgées sont évalués, puis un mentor bénévole est désigné pour les aider dans leurs activités, leurs déplacements, leurs courses et leurs tâches ménagères.	↓ Solitude ↑ Interaction sociale ↑ Soutien social	Partenariats avec des organisations communautaires ; Planification de la durabilité
[36] (Avec incapacités, Canada)	Explorer l'impact de l'APIC sur les participants	Pré-expérimental + qualitatif ; 16 79.4 (8.7)	6 mois (hebdomadaire, 3 heures) Un accompagnateur non professionnel propose des séances de stimulation ciblant des activités sociales et de loisirs importants qui sont autrement difficiles à réaliser pour la personne âgée.	↑ Participation sociale ↑ Activités sociales ↑ Soutien social ↑ Santé physique ↑ Bien-être ↑ Santé mentale	Adaptation de l'intervention ; Regroupement par affinité socioculturelle ; Partenariats avec des organismes communautaires
[37] (Minorité ethnique et Isolé, Canada)	Examiner l'efficacité d'une intervention par les pairs sur la solitude, l'isolement social et le bien-être psychosocial des participants	ECR ; EG : 30 ; ≥ 61 CG : 30 ; ≥ 61	22 semaines (Ø, Ø) Les pairs mentors, qui ont reçu une formation sur le vieillissement et la santé mentale, sont jumelés à des participants du même sexe, du même âge et ayant le même niveau d'éducation. Les pairs mentors ont rendu visite aux participants ou leur ont téléphoné pour établir des objectifs sociaux et de soins et leur fournir des connaissances sur la santé mentale et les ressources communautaires, ainsi que sur la résolution de problèmes. Les participants ont également été invités à des réunions bihebdomadaires avec des pairs mentors et le coordinateur du programme.	↓ Solitude ↑ Résilience → Soutien social → Bien-être → Santé mentale	Jumelages entre pairs ; Regroupement par affinité socioculturelle
[38] (Minorité ethnique, Nouvelle-Zélande)	Déterminer si le programme tuakana-teina a amélioré les résultats sociaux et sanitaires chez les personnes âgées Māori	Pré-expérimental + qualitatif ; 86 72.4 (8.2)	6 mois (six réunions) ; Après avoir reçu une formation sur le soutien social, la communication et les ressources communautaires, les pairs-mentors ont été jumelés à des participants âgés du même sexe. Les pairs-mentors ont rencontré les participants pour discuter de la manière de devenir indépendant dans la gestion des transitions de la vie et d'identifier les services sociaux et de santé disponibles pour y faire face.	↑ Soutien social → Solitude → ^a ↑ ^b Bien-être ↑ Santé physique ↑ Santé mentale → ^a ↑ ^b Connaissance du service	Adaptation de l'intervention ; Jumelages entre pairs ; Regroupements par affinité socioculturelle ; Approche participative

[39] (Diversité sexuelle et de genre, États-Unis)	Examiner l'impact d'un programme de soutien téléphonique sur l'isolement et la solitude des participants.	Qualitatif ; 24 Ø	12 mois (hebdomadaire, 45 minutes) ; Mettre en relation des personnes âgées issues de la diversité sexuelle et de genre avec des bénévoles de la même communauté. Le coordinateur du programme a mis en relation les participants en fonction de leurs loisirs, de leur personnalité et des qualités souhaitées chez l'appelant).	↑ Appartenance	Plan de transport ; Jumelages intergénérationnels ; Regroupements par affinité socioculturelle
<i>Psycho-education and assistance to participate in meaningful activities</i>					
[40] (Faibles revenus, États-Unis)	Évaluer si le programme PEARLS améliore la connectivité sociale des participants	Pré-expérimental ; 320 72.9 (9.6)	4 à 6 mois (8, 1 heure) ; Les travailleurs sociaux ou de la santé rencontrent les participants et les aident à développer des compétences en résolution de problèmes afin de planifier des activités significatives et accessibles. Les prestataires offrent également une formation sur les symptômes dépressifs et des liens avec les services sociaux et de santé.	↑ Interaction sociale ↑ Soutien social ↓ Isolement ↓ Solitude ↓ Santé mentale	Adaptation de l'intervention ; Regroupements par affinité socioculturelle ; Partenariats avec des organismes communautaires ; Distinction entre isolement et solitude
[41] (Faibles revenus, États-Unis)	Évaluer si un programme technologique intergénérationnel pourrait contribuer au bien-être social des participants âgés	Pré-expérimental + qualitatif ; 184 72.3 (Ø)	4 mois (hebdomadaire ou bihebdomadaire selon l'intérêt et la disponibilité de chacun, 1 heure) Après avoir reçu un nouvel iPad, diverses applications et des liens vers des ressources de l'État, les participants âgés se sont vu attribuer des étudiants mentors formés pour travailler avec eux, par téléphone ou appel vidéo, et ont travaillé ensemble à l'utilisation des réseaux sociaux.	↑ Interaction sociale ↓ Isolement ↓ Solitude ↑ Bien-être ↑ Santé mentale ↑ Connaissance des nouvelles technologies	Adaptation de l'intervention ; Jumelages intergénérationnels ; Partenariats avec des organismes communautaires ;
[42] (Isolé, Espagne)	Évaluer l'impact d'Acompaña-Té, un programme de prévention de la solitude, sur l'auto-efficacité, la participation sociale et la solitude des participants	Quasi-expérimental, + qualitative ; EG : 34 ; 77.6 (7.86) CG : 14 ; 77.3 (7.91)	2 mois (hebdomadaire, 2,5 heures) Les étudiants bénévoles apportent un soutien psychosocial par le biais de la conversation, de la rééducation de l'attribution (composante cognitive pour améliorer l'auto-efficacité perçue dans les situations de solitude) et de l'activation comportementale (développement d'un plan d'activité sociale qui favorise l'intégration et la participation sociales). Les bénévoles et les participants identifient les ressources de loisirs et les activités significatives, puis les réalisent. La dernière séance se concentre sur la poursuite des activités sans bénévole.	→ ^a ↑ ^b Participation sociale → ^a ↓ ^b Solitude ↑ Interaction sociale ↑ Santé mentale	Jumelages intergénérationnels ; Regroupements par affinité socioculturelle ; Partenariats avec des organismes communautaires ; Planification de la durabilité ; Distinction entre isolement et solitude
[43] (Avec incapacités, Canada)	Vérifier la faisabilité de la mise en œuvre et étudier l'impact sur 1) la connaissance par les participants des stratégies compensatoires pour reprendre les activités de	Pré-expérimental ; 10 90 (5.2)	Ø (3, 90 minutes) ; Identifier, avec un assistant de recherche, trois activités de loisirs importantes qui ne sont plus pratiquées, et trois obstacles à ces activités, et proposer et enseigner trois stratégies compensatoires que le participant ne connaît pas, mais qu'il est motivé à utiliser quotidiennement. La dernière séance a	→ Activités sociales ↓ Bien-être ↑ Connaissance des stratégies compensatoires	Transfert d'informations ; partenariats avec des organisations communautaires

	loisirs, 2) les obstacles perçus et 3) la reprise des activités de loisirs et le bien-être		permis de vérifier si les stratégies enseignées compensent les obstacles.		
[44] (Avec incapacités, Pays-Bas)	Explorer les effets de l'intervention Active Plus sur la solitude des participants	ECR ; 585 EG : 74.2 (6.60) CG : 74.4 (6.22)	4 mois (Ø, 3 contacts par courriel ou par courrier) ; Une intervention sur mesure, développée par ordinateur, fournit aux participants trois conseils personnalisés d'activité physique basés sur les réponses à deux questionnaires. Les conseils portent sur les bienfaits de l'activité physique en groupe, les clubs disponibles dans la municipalité, l'auto-efficacité perçue et les contacts sociaux. Un calendrier hebdomadaire prérempli est ensuite fourni, suggérant des activités physiques.	6 mois après le début de l'étude → Solitude 12 mois après le début de l'étude ↓ Solitude	Plan de transport ; Informations transférables ; Distinction entre isolement et solitude
[45] (Avec incapacités, Suède)	Évaluer les effets de l'intervention de gestion de cas sur la participation sociale et les activités de loisirs des participants	ECR ; EG : 80 ; 81.4 (5.9) CG : 73 ; 81.6 (6.8)	10 à 11 mois (mensuel, 1 heure) ; Programme en quatre phases mené par des infirmières et des kinésithérapeutes : gestion des cas (plans de soins, mise en œuvre, coordination des soins), fourniture d'informations générales sur la santé et d'informations spécifiques en fonction des besoins individuels des participants, et garantie de la sécurité (disponibilité d'un gestionnaire de cas par téléphone).	3 mois après le début de l'étude → Participation sociale ↑ Activités sociales 6, 9 et 12 mois après le début de l'étude → Participation sociale ↑ Activités sociales	Adaptation de l'intervention
Interventions collectives					
<i>Psycho-éducation et participation dans des activités significatives</i>					
[46] (Faibles revenus, États-Unis)	Évaluer le programme Objectifs Seniors CAN sur le contrôle, la solitude et le stress des participants	Pré-expérimental ; 339 73.2 (8.64)	4 mois (hebdomadaire, 2 heures) ; Les paraprofessionnels et les pairs éducateurs bénévoles dispensent une éducation à la santé (nutrition, sécurité domestique et financière, bien-être général et vieillissement productif) tout en améliorant la maîtrise par l'encouragement à l'interaction.	↓ Solitude ↑ Bien-être ↑ Santé mentale	Information transférable
[47] (Faibles revenus, États-Unis)	Découvrir le programme Senior Companion sur les avantages psychosociaux du bénévolat des participants	Qualitatif ; 59 70 (56-94)	Annuel (hebdomadaire, 15 à 40 heures) ; Service bénévole intragénérationnel pour aider les personnes âgées dans leurs activités instrumentales et leur engagement civique. Chaque bénévole est jumelé individuellement avec des clients pour réaliser des activités planifiées : soutien émotionnel, stimulation mentale et physique (<i>par exemple</i> , puzzles, exercices sur chaise), tâches ménagères et se rendre à des rendez-vous.	↓ Isolement ↑ Bien-être ↑ Santé mentale ↑ Connaissance du vieillissement	Regroupements par affinité socioculturelle ; Inclusion de données qualitatives
[48] (Faibles revenus, Espagne)	Évaluer le programme School of Health of Older People sur l'isolement	Qualitatif ; 26 Ø (67-84)	22 semaines (hebdomadaires, 1 heure et demie) ; Échanges sur des sujets sanitaires et sociaux entre les ressources communautaires et les participants afin d'améliorer la capacité à identifier les problèmes et à	↓ Isolement ↓ Solitude ↑ Interactions sociales ↑ Appartenance	Adaptation de l'intervention ; Approche participative

	social et la solitude des participants.		activer des solutions pour encourager la participation sociale. Conçues pour encourager l'interaction entre les participants et pour travailler sur les compétences personnelles, les sessions étaient liées au réseautage dans le quartier.	↑ Connaissance des activités ↑ Bien-être	
[49] (Faibles revenus, Espagne)	Évaluer le programme School of Health of Older People sur l'isolement social et la santé des participants	Quasi-expérimental ; EG : 70 CG : 65 ≥ 60	Voir Lapena et al., 2020	→ Soutien social ↑ Santé mentale → Santé physique	Adaptation de l'intervention ; Partenariats avec des organismes communautaires ; Mise en œuvre dans les quartiers défavorisés
[50] (Faibles revenus, États-Unis)	Examiner le programme Let's Go sur l'engagement professionnel des participants	Pré-expérimental + qualitative ; 52 Ø (Ø)	4 semaines (hebdomadaires, 75 minutes) ; Dirigées par un ergothérapeute, trois séances explorent les capacités intrinsèques et la motivation pour la mobilité dans la communauté, les avantages et les obstacles pour favoriser la participation et l'auto-efficacité. Des séances individuelles permettent d'identifier les activités significatives, les aides environnementales et les obstacles à la participation. Une sortie communautaire finale permet d'expérimenter la mobilité dans l'environnement et encourage les participants à s'impliquer dans les activités.	↑ Interaction sociale ↑ Santé physique → ^a ↓ ^b Isolement ↑ Participation sociale ↑ Connaissance des stratégies compensatoires	Transfert d'informations ; Partenariats avec des organisations communautaires ;
[51] (Minorité ethnique et faibles revenus, États-Unis)	Décrire les effets du programme Cultivando Sabiduría sur les avantages sociaux et sanitaires des participants	Pré-experimental + qualitative ; 177 Ø (55+)	10 weeks (weekly, 2 hours); La session commence par un module interactif sur la santé et le bien-être animé par un prestataire de services multiculturel pour les personnes âgées. Ensuite, des représentants d'organismes de services sociaux présentent aux participants les éléments essentiels d'un citoyen engagé : les transports, l'aménagement du territoire, la santé, l'éducation et la sécurité publique. Enfin, les participants développent et mettent en œuvre des idées innovantes qui profitent à la communauté.	↑ Soutien social ↑ Participation sociale ↑ Santé mentale ↑ Connaissance des activités	Adaptation de l'intervention
<i>Artistique et/ou activités créatives</i>					

[52] (Faibles revenus, Royaume-Uni)	Explorer l'impact des jardins communautaires sur la capacité des personnes âgées à s'impliquer dans la vie sociale de leur communauté.	Qualitatif; Ø Ø	10 mois à 2 ans, selon le groupe (Ø, Ø); Initiatives de 4 groupes de jardinage pour améliorer l'apparence physique de quatre quartiers et le cadre de vie immédiat. La responsabilité de l'exploitation et du développement du projet a été transférée de l'équipe de recherche aux personnes âgées.	↑ Interaction sociale ↑ Soutien social ↑ Appartenance ↓ Isolement ↑ Connaissance de l'activité ↑ Santé physique ↑ Santé mentale	Planification de la durabilité; Approche participative
[53] (Faibles revenus, Royaume-Uni)	Explorer le lien entre les représentations sociales de la communauté et l'implication des participants dans les activités artistiques	Qualitatif; 21 Ø (51-83)	3 mois (hebdomadaire, 2 heures); Réunions dans des salles communautaires proposant des activités artistiques (poterie, peinture, gravure sur verre et écriture) avec une présentation des créations aux autres résidents.	↑ Interaction sociale ↑ Soutien social ↑ Appartenance ↑ Santé mentale	Adaptation de l'intervention; Mise en œuvre dans les quartiers défavorisés
[54](Minorité ethnique et faibles revenus, États-Unis)	Évaluer l'impact des programmes de théâtre pour les personnes âgées sur les aspects de l'isolement social et des relations sociales	Pré-expérimental + qualitatif; 14 63 (5.8)	12 semaines (hebdomadaires); cours de théâtre, comprenant une structure de contrôle cohérente (respiration, vocalisations, formation au jeu d'acteur, jeu d'acteur et improvisation), aboutissant à une représentation publique enseignée par un professionnel.	↑ Interaction sociale ↑ Soutien social → Exclusion sociale → a) ↑ b) Appartenance → a) ↓ b) Isolement	Adaptation de l'intervention; Mise en œuvre dans les quartiers défavorisés; Inclusion des données qualitatives
[55] (Minorité ethnique et faibles revenus, États-Unis)	Explorer les avantages perçus de la participation au chant choral chez les personnes âgées	Qualitatif; 19 71.6 (6.6)	Annuel (hebdomadaire, 1 heure); Chant choral et représentation publique.	↑ Interaction sociale ↓ Isolement ↑ Bien-être ↑ Santé mentale	Ø
[56] (Isolé, Royaume-Uni)	Explorer les effets des ateliers Sheds sur l'implication des hommes et la perception des participants sur la manière dont les ateliers Sheds favorisent la santé et le bien-être	Qualitatif; 62 Ø (49-87)	Annuel (sans rendez-vous); Trois hangars équipés d'une gamme d'outils d'atelier offrant un espace où les hommes âgés peuvent se rencontrer, socialiser, enseigner, acquérir de nouvelles compétences et participer à des activités de bricolage avec d'autres hommes âgés. C'est aux hommes de décider des activités qu'ils souhaitent réaliser.	↑ Soutien social ↑ Interaction sociale ↓ Isolement ↑ Appartenance ↑ Santé physique	Adaptation de l'intervention; Regroupements par affinité socioculturelle
[57] (Diversité sexuelle et de genre, Canada)	Explorer l'effet de la participation à la danse carrée gay sur le soutien social des femmes	Qualitatif; 14 Ø (55-79)	Annuel (Ø, Ø); Danse de groupe dans laquelle les participants répondent aux instructions d'un meneur de danse. Ouvert à tous les âges, sans distinction de sexe.	↑ Soutien social ↑ Appartenance ↑ Santé mentale	Adaptation de l'intervention
<i>Multicomposantes</i>					

<p>McNamara et al., 2016 (Avec incapacités, Australie)</p>	<p>Déterminer si un programme d'activités physiques et sociales peut améliorer la santé et le bien-être des personnes aînées</p>	<p>Pré- expérimental ; 21 Ø (65+)</p>	<p>Annuel (hebdomadaire, 2 heures) ; Exercices physiques adaptés aux handicaps dispensés par des instructeurs qualifiés (<i>par exemple</i>, cardio- training, danse du ventre, danse en ligne, Feldenkrais) comprenant un volet social (<i>par exemple</i>, thé matinal et interaction sociale).</p>	<p>↑ Interaction sociale ↑ Activités sociales ↓ Solitude ↑ Santé physique ↑ Santé mentale</p>	<p>Adaptation de l'intervention ; Planification du transport ; Planification de la durabilité ; Approche participative ;</p>
<p>[58] (Minorité ethnique et faibles revenus, États-Unis)</p>	<p>Déterminer les raisons et les avantages pour les personnes aînées de participer à des installations polyvalentes</p>	<p>Qualitatif ; 15 73 (56-88)</p>	<p>Annuel (sans rendez-vous) ; Le site comprend une section polyvalente, un service de jour pour adultes, une salle de musculation, une cafétéria, une salle de ressources/télévision, une salle informatique, cinq salles de classe d'enrichissement de la vie et une piscine chauffée.</p>	<p>↑ Appartenance ↑ Activités sociales ↑ Participation sociale ↓ Solitude ↑ Soutien social ↑ Bien-être</p>	<p>Adaptation de l'intervention ; Mise en œuvre dans les quartiers défavorisés</p>

Références

31. Geffen LN, Kelly G, Morris JN, Howard EP. Peer-to-peer support model to improve quality of life among highly vulnerable, low-income older adults in Cape Town, South Africa. *BMC Geriatr* 2019;19(1):279.
32. Kotwal AA, Fuller SM, Myers JJ, Hill D, Tha SH, Smith AK, et al. A peer intervention reduces loneliness and improves social well-being in low-income older adults: A mixed-methods study. *J Am Geriatr Soc* 2021 ;69(12):3365–76.
33. Greaves CJ, Farbus L. Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study. *J R Soc Promot Health* 2006;126(3):134–42.
34. Dickens AP, Richards SH, Hawton A, Taylor RS, Greaves CJ, Green C, et al. An evaluation of the effectiveness of a community mentoring service for socially isolated older people: a controlled trial. *BMC Public Health* 2011;11:218.
35. Giebel C, Hassan S, Harvey G, Devitt C, Harper L, Simmill-Binning C. Enabling middle-aged and older adults accessing community services to reduce social isolation: Community connectors. *Health Soc Care Community* [Internet] 2020 [cited 2023 Nov 2]; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2020-96054-001&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
36. Levasseur M, Lefebvre H, Levert MJ, Lacasse-Bédard J, Desrosiers J, Therriault PY, et al. Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Arch Gerontol Geriatr* 2016;64:96–102.
37. Lai DWL, Li J, Ou X, Li CYP. Effectiveness of a peer-based intervention on loneliness and social isolation of older Chinese immigrants in Canada: a randomized controlled trial. *BMC Geriatr* 2020;20(1):356.
38. Oetzel J, Simpson M, Meha P, Cameron M, Zhang Y, Nock S, et al. Tuakana-teina peer education programme to help Māori elders enhance wellbeing and social connectedness. *BMC Geriatr* 2024;24(1):114.
39. Perone AK, Ingersoll-Dayton B, Watkins-Dukhie K. Social Isolation Loneliness Among LGBT Older Adults: Lessons Learned from a Pilot Friendly Caller Program. *Clin Soc Work J* 2020 ;48(1):126–39.
40. Steinman L, Parrish A, Mayotte C, Bravo Acevedo P, Torres E, Markova M, et al. Increasing Social Connectedness for Underserved Older Adults Living With Depression: A Pre-Post Evaluation of PEARLS. *Am J Geriatr Psychiatry* 2021;29(8):828–42.
41. Tsotsoros CE, Pascuzzi E, Brasher M, Souza K, Leedahl SN. Pilot testing the Engaging Generations (eGen) Program to address social well-being among lower-income older adults. *Front Public Health* [Internet] 2024 [cited 2024 Sep 27];12. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2024.1341713/full>
42. Lorente-Martínez R, Brotons-Rodes P, Sitges-Maciá E. Benefits of a psychosocial intervention programme using volunteers for the prevention of loneliness among older women living alone in Spain. *Health Soc Care Community* 2022;30(5):2000–12.
43. Provencher V, Carbonneau H, Levasseur M, Poulin V, Filiatrault J, Giroux D, et al. Exploring the Impact of a New Intervention to Increase Participation of Frail Older Adults in Meaningful Leisure Activities. *Act Adapt Aging* 2018;42(1):1–18.

44. Boekhout JM, Volders E, Bolman CAW, de Groot RHM, Lechner L. Long-Term Effects on Loneliness of a Computer-Tailored Intervention for Older Adults With Chronic Diseases: A Randomized Controlled Trial. *J Aging Health* 2021;33(10):865–76.
45. Granbom M, Kristensson J, Sandberg M. Effects on leisure activities and social participation of a case management intervention for frail older people living at home: a randomised controlled trial. *Health Soc Care Community* 2017;25(4):1416–29.
46. Collins CC, Benedict J. Evaluation of a community-based health promotion program for the elderly: lessons from Seniors CAN. *Am J Health Promot AJHP* 2006;21(1):45–8.
47. Hood S, Lu YYF, Jenkins K, Brown ER, Beaven J, Brown SA, et al. Exploration of Perceived Psychosocial Benefits of Senior Companion Program Participation Among Urban-Dwelling, Low-Income Older Adult Women Volunteers. *Innov Aging* 2018;2(2):igy018.
48. Lapena C, Continente X, Sánchez Mascuñano A, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, López MJ. Qualitative evaluation of a community-based intervention to reduce social isolation among older people in disadvantaged urban areas of Barcelona. *Health Soc Care Community* 2020;28(5):1488–503.
49. Lapena C, Continente X, Sánchez Mascuñano A, Mari dell’Olmo M, López MJ. Effectiveness of a community intervention to reduce social isolation among older people in low-income neighbourhoods. *Eur J Public Health* 2022;32(5):677–83.
50. Mulry CM, Papetti C, De Martinis J, Ravinsky M. Facilitating Wellness in Urban-Dwelling, Low-Income Older Adults Through Community Mobility: A Mixed-Methods Study. *Am J Occup Ther* 2017;71(4):1–7.
51. Clark-Ibáñez M, Arcela Nuñez Alvarez AG, Ramos Pellicia M, Ardón A, Noemi Jara VMR. Cultivando Sabiduría (Cultivating Wisdom): Latinx Immigrant Elders and Civic Engagement. *Humboldt J Soc Relat* 2021 ; (43):31–45.
52. Middling S, Bailey J, Maslin-Prothero S, Scharf T. Gardening and the social engagement of older people. *Work Older People* 2011;15(3):112–22.
53. Murray M, Crummett A. ‘I Don’t Think They Knew We Could Do These Sorts of Things’ : Social Representations of Community and Participation in Community Arts by Older People. *J Health Psychol* 2010;15(5):777–85.
54. Sutherland L, Dunkle RE, Pace GT. Enhancing social connections through an acting and improvisation course for older Americans in low-income housing. *Arts Health* 2024;16(1):48–63.
55. Petrovsky DV, Sefcik JS, Cacchione PZ. A Qualitative Exploration of Choral Singing in Community-dwelling Older Adults. *West J Nurs Res* 2020;42(5):340–7.
56. Milligan C, Payne S, Bingley A, Cockshott Z. Place and wellbeing: shedding light on activity interventions for older men. *Ageing Soc* 2015;35(1):124–49.
57. Beselt LJ, McDonough MH, Walsh CA, Kenny SJ. Experiences with social support among older adult women participating in gay square dancing. *Psychol Sport Exerc* 2023;67:102443.
58. Taylor-Harris D, Zhan HJ. The Third-Age African American Seniors: Benefits of Participating in Senior Multipurpose Facilities. *J Gerontol Soc Work* 2011;54(4):351–71.