



Rapport de recherche

PROGRAMME ACTIONS CONCERTÉES

Transformer l'accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) pour favoriser le vieillissement actif, la participation sociale et les interactions intergénérationnelles de Québécois âgés en situation de confinement

Chercheuse principale

Mélanie Levasseur, Université de Sherbrooke et Centre de recherche sur le vieillissement (CdRV), CIUSSS de l'Estrie-CHUS

Personnes cochercheuses

Ginette Aubin, Université de Québec à Trois-Rivières

Johanne Filiatrault, Université de Montréal

Marie-Josée Levert, Université de Montréal

Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke

Établissement gestionnaire de la subvention

Université de Sherbrooke

Numéro du projet de recherche

2021-0QBA-301786

Titre de l'Action concertée

Programme de recherche-action pour un vieillissement actif de la population du Québec pendant une période de confinement

Partenaire(s) de l'Action concertée

Le Secrétariat aux aînés du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

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 à l'étude au sein de leurs réseaux et auprès des membres aînés de leur organisation :

Camille Grenier Araujo, Université de Sherbrooke et CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Stéphanie Meynet, Université de Sherbrooke et CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Agathe Chaintre Prieur, Université de Sherbrooke et CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Sophie Ardenghi Albuquerque, Université de Sherbrooke et CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Mélanie Caron, Université de Sherbrooke et CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Catherine Maisonneuve, Dt.P., M.Sc., CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Caroline Francoeur, Laboratoire d'innovation par et pour les aînés, CdRV, CIUSSSE-CHUS
 Stéphane Ahern, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Maryse Bisson, Coalition pour le maintien de la communauté (COMACO)
 Maya Colle-Plamondon, Maison des Grands-Parents de Sherbrooke
 Thierry Durand, Convergence action bénévole (CAB)
 Caroline Francoeur Laboratoire d'innovation par et pour les aînés (LIPPA)
 Jean Fouda Manga, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Chantal Gagnon, Service d'aide et de référencement aîné d'Anjou (SARA d'Anjou)
 Marlène Galdin, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Caroline Gosselin, Convergence action bénévole (CAB)
 Martine Grégoire, Fédération de l'âge d'or du Québec (FADOQ)
 Fatima Ladjadj, Intergénération Québec
 Jean-Marc Laforest, Table de concertation des aînés de l'Île de Montréal (TCAIM)
 Robert Lalancette, Concertation d'Anjou
 Catherine Larouche, Accorderie de Sherbrooke
 France Le Bel, Convergence action bénévole (CAB)
 Kim Létourneau, Maison des Grands-parents de Sherbrooke
 Isabelle Portelance, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Julie Provencher, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Claude Riendeau, CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
 Micheline Roberge, Table régionale de concertation des aînés de l'Estrie
 Caroline Sauriol, Les petits frères
 Amina Yagoubi, Société inclusive

Table des matières

Partie A — Contexte de la recherche	4
1. L'isolement social des personnes âgées en contexte de confinement : un enjeu de santé publique amplifié par la pandémie	4
2. Adapter une intervention prometteuse pour outiller les organismes du milieu	5
3. Intervenir pour contrer l'isolement des personnes âgées en contexte de confinement	6
Partie B — Méthodologie	6
Partie C — Principaux résultats	9
1. Objectif 1 et 2: Adaptation et mise en œuvre de l'APIC au confinement	9
2. Objectif 3 — Évaluation des effets de l'intervention	14
4. Objectif 4 — Explorer l'intérêt et l'accessibilité du site web dans une démarche d'applicabilité	17
Partie D — Pistes de solutions et recommandations	19
1. Renforcer la structuration du bénévolat	19
2. Intégrer les technologies de manière inclusive	20
3. Pérenniser l'APIC par son intégration dans les pratiques	21
4. Développer les compétences des milieux de pratique	23
5. Soutenir la recherche, l'évaluation et l'amélioration continue	24
Partie E — Nouvelles pistes de recherche	25
Partie F — Références et bibliographie	26
Partie G — Annexes	28

Rapport de recherche complet

Partie A — Contexte de la recherche

1. L'isolement social des personnes âgées en contexte de confinement : un enjeu de santé publique amplifié par la pandémie

Au Québec, ainsi qu'ailleurs, le vieillissement démographique offre de nouvelles possibilités, mais pose aussi d'importants défis pour assurer la qualité de vie des personnes âgées ainsi que leur santé, notamment en lien avec le maintien de leur participation sociale (Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2022). Environ trente pour cent des Québécois âgés de 65 ans et plus se sentaient toujours ou souvent seuls, une situation exacerbée par la pandémie de COVID-19, qui a limité les occasions d'interactions sociales et a accentué la solitude de plusieurs personnes (Canada, 2017; Comité en prévention et promotion, 2020). Défini comme une réduction marquée de la fréquence, de la quantité et de la qualité des interactions, l'isolement social est directement associé à une diminution de la participation sociale et a des conséquences néfastes sur la santé mentale, la cognition et la longévité des personnes contraintes (Cornwell & Waite, 2009; Holt-Lunstad, 2017). Cet isolement augmente également le risque de démence et de suicide, particulièrement chez les personnes vivant seules, ayant de faibles revenus ou des incapacités physiques, ainsi que celles résidant dans un milieu défavorisé (Fratiglioni et al., 2000; Rapagnani, 2002). Malgré les efforts des organismes communautaires, peu d'interventions permettent efficacement de contrer l'isolement chez les personnes âgées, notamment ceux présentant une ou plusieurs incapacités (Raymond, 2019). Développé à l'origine pour soutenir la participation sociale de personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (Lefebvre et al., 2013), l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) a été adaptée par notre équipe pour répondre aux besoins des personnes âgées vivant avec des incapacités fonctionnelles (Levasseur et al., 2016, 2021). L'APIC repose sur cinq principes clés, soit : (1) des citoyens encadrés dans une relation égalitaire, (2) une intensité suffisante pour permettre un changement, (3) la personnalisation de l'accompagnement, (4) le développement du pouvoir d'agir et (5) la concentration sur

des activités de participation sociale porteuses de sens (Lacerte, 2017). L'APIC n'avait toutefois pas encore été spécifiquement adaptée ni mise en œuvre pour faire face aux défis liés au confinement. Cette recherche-action visait donc à outiller les organismes communautaires pour favoriser le vieillissement actif, la participation sociale et les interactions intergénérationnelles pendant une période de confinement.

2. Adapter une intervention prometteuse pour outiller les organismes du milieu

Afin d'en faciliter la réalisation à distance ou en personne selon les mesures sanitaires, l'APIC a été adaptée tout en maintenant sa visée de soutien à la participation sociale. Cette version de l'intervention intègre des outils numériques comme un guide d'activités de participation sécuritaires pour les accompagnateurs-bénévoles; le [site web de l'APIC](#) servant de référence pour mieux comprendre l'intervention et ses fondements. Plus spécifiquement, cette étude visait quatre objectifs : 1) documenter les adaptations apportées à l'intervention, 2) décrire l'implantation de cette version adaptée de l'APIC dans un organisme communautaire, incluant les facteurs ayant facilité ou freiné sa mise en œuvre, 3) examiner les effets de l'intervention sur les personnes âgées accompagnées, notamment sur leur participation sociale, leur autonomie perçue, leur bien-être psychologique et leur sentiment d'appartenance, et 4) explorer l'applicabilité de l'intervention dans d'autres milieux communautaires. En s'appuyant sur cette expérience d'implantation, ce quatrième objectif visait à explorer comment l'intervention peut fluctuer selon les contextes et être adaptée par d'autres organismes, incluant l'appréciation du site web de l'APIC, visité par des organismes ayant déjà appliqué l'intervention, notamment l'Accorderie des Monts et des Lacs, secteur Sherbrooke, le CAB (Lévis) et le SARA d'Anjou, ce dernier étant l'organisme partenaire principal dans cette étude. En collaboration avec les partenaires du milieu (SARA d'Anjou, Accorderie de Sherbrooke, COMACO, FADOQ, Les Petits Frères, Intergénération Québec, etc.), ces objectifs ont guidé la démarche participative et pragmatique de l'étude, favorisant le développement d'une intervention pour renforcer la participation sociale des personnes âgées mobilisables dans divers contextes, et ce, même en période de confinement.

3. *Intervenir pour contrer l'isolement des personnes âgées en contexte de confinement*

La pandémie de COVID-19 et les mesures de confinement ont exacerbé l'isolement social déjà vécu par de nombreux aînés. Pour contrer ces effets, les écrits dédiés aux interventions soulignent l'importance de faciliter l'utilisation des outils de communication numérique, notamment la vidéoconférence et les appels téléphoniques, pour favoriser le maintien des liens sociaux, la réduction de la solitude et l'amélioration du bien-être des personnes âgées en période de confinement (Welch et al., 2023). L'efficacité de ces interventions dépend toutefois du soutien apporté aux participants (Bocquier et al., 2022). Des formations en littératie numérique, des ateliers collectifs ou un accompagnement individualisé sont indispensables pour surmonter les défis liés à l'accès, aux compétences techniques et à la fracture numérique de la population cible (Boulton et al., 2021).

Puisque les personnes âgées ayant des incapacités ont été particulièrement restreintes dans leurs activités sociales, dans l'accès aux services et les occasions d'interactions significatives lors de la pandémie (Comité en prévention et promotion, 2020), la mise en place d'interventions communautaires ciblées est requise pour maintenir les liens sociaux, prévenir les effets négatifs de l'isolement et favoriser la participation sociale, le vieillissement actif et les interactions intergénérationnelles (Gardiner et al., 2018). Comme le souligne Levasseur et collaborateurs (2015), la participation sociale ne se limite pas à la réalisation d'activités, mais inclut également le désir de participer et le sentiment d'appartenance. Ainsi, les écrits recensés mettent en évidence la nécessité de mettre en place des interventions communautaires adaptées, capables de répondre au désir de participation des personnes âgées et de limiter les effets négatifs de l'isolement accentué par le confinement.

Partie B — Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans une démarche de recherche-action et visait à : 1) documenter les adaptations de la nouvelle version de l'APIC, incluant le développement d'un guide d'activités de participation sociale respectant la distanciation physique; 2) décrire l'implantation de la version adaptée de l'APIC au SARA d'Anjou, incluant les

facteurs facilitateurs, les obstacles et les conditions essentielles assurant la fidélité et la qualité de l'intervention, ainsi que la satisfaction des individus impliqués; 3) examiner les effets de la version adaptée de l'APIC sur les personnes âgées; et 4) explorer l'applicabilité de la version adaptée de l'APIC dans d'autres organismes du milieu. Lors de l'étude, l'APIC a été implanté pendant une période de six à douze mois (entre octobre 2023 et février 2024) dans un organisme communautaire local pour personnes âgées, le Service d'aide et de référencement âgé (SARA) d'Anjou (Montréal, Québec, Canada).

Le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR) a guidé l'adaptation et la mise en œuvre de l'intervention, en tenant compte des facilitateurs et des obstacles propres au contexte communautaire du SARA d'Anjou. Pour le premier objectif, deux forums virtuels ont chacun respectivement réuni 15 participants, soit des personnes : chercheuse (1), étudiantes (7), retraitées (6), ainsi que représentants d'organismes communautaires, de services de santé et sociaux et de tables de concertation (16). Le premier forum permit de documenter les adaptations à apporter à l'intervention tandis que le deuxième a servi à les discuter et en prioriser certaines (obj. 1). Les propositions ont été validées, lors des deux groupes de discussion, par le comité directeur qui a supervisé l'adaptation des outils (guide d'activités, modules de formation, site web) et le déroulement de l'étude. Pour les objectifs. Pour le **deuxième et le troisième objectif** de l'étude, les participants comprenaient trois groupes : les personnes âgées, les bénévoles accompagnateurs et la coordinatrice du SARA d'Anjou. Les critères d'inclusion prévoyaient que les personnes âgées recrutées soient âgées de 60 ans ou plus, s'expriment en français et vivent avec une limitation fonctionnelle. Les bénévoles, toutes des femmes, ont été recrutées par le SARA d'Anjou à partir de leur banque de bénévoles et de l'appel provincial au bénévolat lancé pendant la pandémie. Elles ont reçu une formation spécifique sur le vieillissement, les principes de l'intervention APIC, les enjeux du confinement et, au besoin, l'utilisation des technologies. Chaque participant âgé a ensuite été jumelé à une personne bénévole et les dyades se rencontraient environ 2 à 3 heures par semaine, pour une durée variant entre 6 et 12 mois, selon la disponibilité et l'entente entre les participants. Afin de décrire l'implantation de cette version

adaptée de l'APIC (obj. 2), des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés six mois après le début de l'APIC avec un sous-échantillon disponible et intéressé à participer. L'analyse du contenu thématique a été menée à l'aide d'une grille mixte inspirée du CFIR pour identifier et définir les facilitateurs et les obstacles à la mise en œuvre d'une intervention. Pour examiner les effets de l'intervention (obj. 3), les personnes âgées ont complété des questionnaires à trois temps : avant le jumelage (T0), à six mois (T1) et à douze mois (T2). Pour ce faire, des questionnaires validés ont été utilisés pour mesurer la santé (SF-36; Lins & Carvalho, 2016; Ware & Kosinski, 2001), le sentiment de cohérence (BASOC; Schumann et al., 2003), le soutien social (ESP-10; Caron, 2013), la solitude (ÉSUL; de Grâce et al., 1993), la satisfaction de vie (ESV; Farhat, 2020) et la participation sociale (MHAVIE; Fougeyrollas et al., 2014). Les questionnaires ont été auto-administrés en format papier ou en ligne. En complément, les bénévoles tenaient un journal de bord après chaque rencontre, consignant les activités réalisées, les réactions des personnes âgées et les difficultés rencontrées. Les données de chaque personne âgée ont d'abord été examinées individuellement (intra-cas), puis une analyse inter-cas a été réalisée. La triangulation des sources (entretiens, journaux et groupe de discussion), la validation des résumés des entretiens, des groupes de discussion et des forums auprès des partenaires, et le codage avec un membre de l'équipe de recherche ont permis d'assurer la rigueur scientifique de l'analyse. Pour le **quatrième objectif**, des contraintes de temps n'ont pas permis d'explorer en profondeur l'applicabilité de la version adaptée de l'APIC dans d'autres organismes du milieu. Trois personnes représentantes d'organismes communautaires ont néanmoins été rencontrées virtuellement pour recueillir leurs impressions sur le site web de l'APIC et son utilité pour appliquer l'APIC, tout en soulignant les éléments manquants ou à améliorer.

Partie C — Principaux résultats

1. Objectif 1 et 2: Adaptation et mise en œuvre de l'APIC au confinement

L'âge des participants variait de 20 à 77 ans. La majorité des utilisateurs de connaissances étaient des femmes nées en Amérique du Nord (Tableau 1). En ce qui concerne le niveau de scolarité, la plupart (42,1 %) avaient complété un baccalauréat universitaire. Les autres participants détenaient des diplômes collégiaux (entre 20,0 % et 66,7 % selon les groupes), des baccalauréats universitaires (33,3 % à 46,7 %) ou des diplômes de cycles supérieurs (26,7 % à 40,0 %). Les rôles professionnels étaient variés. Le rôle le plus fréquent était celui de coordinateur (23,7 %), suivi de huit étudiants (21,1 %) et de huit personnes retraitées. L'échantillon comprenait également sept directeurs généraux (18,4 %), deux intervenants communautaires (5,3 %) et deux travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux. Enfin, un chercheur (2,6 %) et un travailleur autonome étaient aussi représentés.

A) Adaptation de l'APIC

Les adaptations apportées se sont concentrées sur la diversification des modes de connexion, en combinant les rencontres en personne, les appels téléphoniques, les visioconférences et les activités hybrides, tout en ajustant la durée et la fréquence des rencontres selon l'énergie et le confort des participants. Ces adaptations ont également visé à renforcer le maillage communautaire par l'engagement d'une coordinatrice dédiée, un recrutement personnalisé, une collaboration intersectorielle accrue et la promotion de l'APIC par des ambassadeurs locaux et des campagnes de sensibilisation. Enfin, les adaptations ont permis d'améliorer la participation numérique grâce à des formations personnalisées sur les outils technologiques, au prêt de tablettes accompagné d'un soutien technique et à l'intégration de jumelages intergénérationnels facilitant l'apprentissage numérique. Ces ajustements ont permis de concevoir une version de l'APIC adaptée aux réalités sanitaires, tout en respectant les principes fondamentaux de l'intervention et en maintenant des liens sociaux significatifs.

Plusieurs personnes âgées ont témoigné de la valeur de cet accompagnement technologique progressif dans leur journal de bord (J) : « *Je pensais que je n'étais pas capable, mais maintenant, je parle à mes petits-enfants sur l'écran chaque semaine.* » (JPA6). Cette appropriation a contribué à maintenir des liens sociaux, et ce, malgré les barrières imposées par le confinement.

En parallèle, deux outils ont été adaptés au contexte de la pandémie. Le module de formation a été mis à jour afin d'intégrer les enjeux spécifiques au confinement, notamment l'utilisation des technologies et le respect des mesures sanitaires. De plus, le guide destiné aux accompagnateurs a été bonifié pour soutenir la réalisation d'activités sécuritaires et adaptées au contexte de la COVID-19. Le comité directeur a joué un rôle central dans la validation et le déploiement de ces outils.

Enfin, l'intervention est demeurée fidèle à ses cinq principes structurants : relation égalitaire entre bénévoles et personnes âgées, intensité suffisante (en moyenne 3 heures/semaine), personnalisation du soutien, renforcement du pouvoir d'agir, et valorisation de la participation sociale signifiante. Ces principes ont été mobilisés à travers des activités variées telles qu'un accompagnement concret (appels de suivi, démarches administratives), des loisirs (marches, jeux de cartes, chorale virtuelle), des projets créatifs à distance et l'apprentissage des technologies. Malgré les activités à distance, plusieurs dyades ont instauré un lien de confiance profond, perçu comme un « filet social » dans un moment d'isolement extrême, comme exprimait une personne âgée, vivant seule et ayant rapporté n'avoir ni amis ni famille dans son quartier ni dans sa ville: « *On avait des mêmes goûts. [...] C'est comme si c'était ma sœur. Je [la bénévole] connais plus que mes propres sœurs.* » PA13.

B) Implantation

Le processus d'implantation et le contexte organisationnel interne ont généré des rétroactions plus importantes sur les facilitateurs et les obstacles rencontrés. L'implantation a toutefois été complexifiée par un

transfert de connaissances limité lors d'un double changement de coordination de l'organisme communautaire (un homme, puis deux femmes), combiné aux responsabilités concurrentes et aux priorités changeantes. Les autres domaines du CFIR, soit les caractéristiques de l'intervention, incluant son degré d'innovation, le contexte externe et les caractéristiques des individus impliqués, ont influencé la mise en œuvre et également été considérés dans l'analyse. Les facilitateurs soulignés concernaient surtout l'adaptabilité de l'APIC et la collaboration étroite avec l'équipe de recherche, tandis que les obstacles étaient principalement liés aux contraintes de ressources humaines et au maintien de l'engagement des bénévoles.

Caractéristiques de l'innovation (APIC)

Parmi les caractéristiques de l'APIC, la coordonnatrice et les bénévoles du SARA d'Anjou ont souligné que, afin de mieux s'adapter aux besoins des personnes âgées et à la motivation des bénévoles, des appels de suivi entre la coordinatrice et les bénévoles étaient effectués chaque semaine au début de la mise en œuvre, le plus souvent par vidéoconférence ou par téléphone. Tel que mentionné par la coordinatrice (C), en plus de les soutenir, de les rassurer sur le déroulement des rencontres et de leur confirmer qu'ils remplissaient bien leur rôle : « *Ces suivis ont renforcé l'engagement des bénévoles en évitant qu'ils se sentent isolés.* ». Ce soutien a favorisé un climat de confiance entre le coordonnateur de l'organisme communautaire et les bénévoles : « *Ils savaient qu'ils pouvaient compter sur [le coordonnateur] en cas de besoin.* » (C). En raison des contraintes de temps et de la charge de travail du coordonnateur au sein de l'organisme, ces suivis sont toutefois devenus moins fréquents vers la fin de la mise en œuvre. Afin de discuter des défis rencontrés avec les personnes âgées et de mieux mettre en pratique les apprentissages liés à l'accompagnement, les bénévoles auraient souhaité que ces suivis se poursuivent de manière régulière. Afin de mieux tenir compte des disponibilités et de la fatigue des participants, certains ajustements ont été apportés à l'APIC, notamment une réduction de la durée de certaines rencontres. Les personnes âgées ont exprimé leur appréciation pour l'intervention, affirmant qu'elle avait soutenu leur participation dans la communauté : « *[L'APIC] a permis de répondre à des besoins personnels*

importants, de gros besoins » (PA2), tout en réduisant leur isolement : « [L'APIC] nous force à sortir de notre solitude » (PA7). Dans la majorité des cas, les personnes âgées étaient encouragées à continuer à pratiquer certaines activités de manière autonome entre les rencontres. Par exemple, après une séance consacrée à l'apprentissage de l'utilisation d'une tablette numérique, elles étaient invitées à l'essayer seules, et, au besoin, les bénévoles pouvaient leur offrir un accompagnement supplémentaire lors d'une prochaine rencontre. Pour la majorité des participants, l'APIC apportait le soutien nécessaire pour accomplir des activités personnelles et quotidiennes : « Ce soutien m'a redonné confiance en moi. » (PA8). Bien que la majorité des participants aient apprécié le soutien offert pour se familiariser avec la technologie, l'utilisation des tablettes électroniques et des plateformes de visioconférence a également constitué un enjeu. Alors que certains ont persévéré malgré leurs réticences initiales, d'autres ont continué de privilégier le téléphone, jugeant les plateformes numériques trop complexes, intrusives ou engageantes, tel qu'une participante âgée affirmait : « Je ne veux pas être obligée de m'inscrire à un truc en ligne juste pour parler à quelqu'un. » (PA4).

Contexte externe

Plusieurs contraintes externes ont influencé la mise en œuvre de l'APIC. Le financement limité a restreint la capacité de l'organisme à soutenir la coordination et à stabiliser les jumelages dans le temps. De plus, l'appui partiel de certains partenaires, notamment du CIUSSS, a complexifié le recrutement des personnes âgées et retardé le démarrage de certaines dyades. Enfin, les conditions particulières du confinement, incluant les mesures sanitaires strictes et la disponibilité restreinte de ressources communautaires, ont représenté des défis supplémentaires pour l'implantation de l'intervention.

Contexte organisationnel interne

En parallèle du double changement de coordination, le temps requis pour rencontrer les participants a exercé une pression considérable sur le coordonnateur de l'organisme communautaire. La difficulté résidait

essentiellement dans le besoin de jongler avec des responsabilités concurrentes et des priorités changeantes, tout en assumant à lui seul la responsabilité de la continuité de l'intervention. Cette expérience met en lumière la vulnérabilité du dispositif en cas de roulement de personnel et souligne l'importance d'un soutien organisationnel plus structuré, et ce, afin d'assurer une implantation stable et durable.

Caractéristiques des individus impliqués

Parmi les caractéristiques des individus impliqués, le coordonnateur a manifesté un réel intérêt pour l'APIC et son implantation, en soulignant la pertinence sociale de l'offrir à celles qui en bénéficieraient le plus c'est-à-dire les personnes âgées les plus isolées ou présentant des limitations fonctionnelles : *« Il y a véritablement un processus de sélection, car ce ne sont pas toutes les personnes qui ont le désir ou les capacités de mener le programme jusqu'au bout. Ça nécessitait d'avoir des discussions approfondies [...] pour déterminer si elles allaient vraiment pouvoir le compléter. »* (C). Il a également souligné l'importance d'assurer la compatibilité des jumelages et l'engagement des bénévoles : *« Pour les bénévoles, comprendre leurs motivations, leur disponibilité et leur aisance dans le rôle était essentiel pour maintenir leur engagement et assurer des jumelages compatibles avec les personnes âgées. »* (C).

Les personnes âgées hésitaient parfois à s'engager dans l'APIC, ce qui nécessitait de la réassurance et de la flexibilité dans la durée du jumelage et de l'accompagnement. Du leur côté, les bénévoles avaient des disponibilités variables et devaient faire preuve de certaines qualités, soit l'empathie, la patience et de grandes capacités d'écoute pour intervenir efficacement auprès des personnes âgées. Au-delà de ces qualités, les résultats soulignent aussi l'importance de bâtir une relation de confiance entre les personnes âgées et les bénévoles, un facteur déterminant pour l'engagement et la réussite des jumelages. Ces qualités ont permis aux personnes âgées d'évoluer à leur propre rythme, tout en renforçant leur autonomie et leur confiance. Elles

soulignent aussi la nécessité de s'adapter aux besoins des personnes accompagnées, tel que mentionné par une bénévole (B) : « *Il faut s'ajuster au niveau de confort et aux intérêts du participant.* » (B4).

Processus de mise en œuvre

Le principal obstacle à la mise en œuvre de l'APIC était lié aux deux changements de *leadership* (Figure 1) au sein de l'organisme communautaire et de l'équipe de recherche, tandis que les principaux facilitateurs concernaient la réussite des jumelages. Une réussite étant opérationnalisée par le maintien de rencontres régulières de 2 à 3 heures par semaine pendant une période minimale de six mois. Tel que mentionné précédemment, l'intervention prévoyait au départ une coordination à temps plein, puis à raison de deux jours par semaine une fois les jumelages établis. Dans le cadre du processus d'implantation, cette ressource constituait un élément central pour assurer la continuité et soutenir l'ensemble des acteurs impliqués, soit les personnes âgées et leurs accompagnateurs. La flexibilité dans la planification et la formation a renforcé la pérennité de l'intervention, menant à une mise en œuvre réussie à 71,4 %, représentant la quantité de participants ayant complété l'ensemble de l'intervention, soit 15 participants sur 21.

2. Objectif 3 — Évaluation des effets de l'intervention

Sur les 21 personnes âgées ayant complété le premier questionnaire (T0), 14 ont complété l'intervention et ont participé aux trois temps de mesure, bien qu'un participant n'ait pu remplir le T1 et que plusieurs participants ont omis des réponses aux questionnaires aux deux temps de réponse. Parmi les sept personnes âgées qui n'ont pas terminé l'étude, quatre ont perdu intérêt, une n'a pas pu être rejointe et une est décédée. Âgés de 64 à 96 ans, les participants avaient un âge médian de 84 ans (Intervalle semi-interquartile (ISI) = 4). Ces participants étaient majoritairement des femmes (86,7 %), retraitées (93,3 %) et plus de la moitié (53,3 %) résidaient en résidence avec services pour personnes âgées (Tableau 1). La majorité avait un niveau de scolarité primaire (40 %) ou secondaire (33,3 %), deux avaient complété des études collégiales (13,3 %) et deux détenaient un

diplôme universitaire. Trois participants vivaient seuls (23 %), deux n’avaient pas d’enfants, et six déclaraient que leur revenu était insatisfaisant ou très insatisfaisant. Six participants ont évalué leur santé comme passable ou mauvaise (40 %), dix se disaient satisfaits de leur vie sociale (66,7 %) et huit étaient satisfaits de leurs loisirs (53,3 %).

Sur les 17 accompagnateurs bénévoles, seul six formulaires socio démographiques furent compilés par la coordinatrice (données manquantes). Parmi ceux-ci, toutes étaient des femmes, âgée de 17 à 82 ans (âge médian = 65,5 ans; EIQ = 28,8), la moitié d’entre elles s’identifiaient comme nord-américaine, l’autre moitié comme africaine. Les deux tiers avaient complété des études secondaires ou collégiales, la même proportion présentait une expérience antérieure d’aide. La plupart vivaient seules (66,7 %), étaient célibataires (50 %) ou veuves (33,3 %). La moitié d’entre elles étaient retraitées, tandis que les autres étaient soit, engagées dans le travail ou les études (33,3 %), soit sans emploi en raison d’une incapacité (12,5 %). Cette proportion illustre l’atteinte d’un des objectifs de l’APIC, soit de favoriser la création de liens intergénérationnels grâce à la participation conjointe de jeunes et de personnes plus âgées dans les jumelages, tel que prévu dans cette étude.

Les résultats issus du questionnaire de santé ont montré une stabilité ou une légère amélioration de la santé mentale (Figure 2). Trois (25 %) participants en T1 (après six mois d’accompagnement) et deux (14.3%) participants en T2 (fin de l’accompagnement) ont rapporté se sentir moins anxieux, plus motivés à sortir de chez eux et, globalement, plus actifs à briser leur isolement et à participer socialement. Par exemple, pour PA1 et PA3, « *la socialisation stimule la motivation* », tandis que PA7 notait un « *progrès dans sa gestion de la peur de sortir* ».

Quant à la provision de soutien social, une amélioration marquée a été observée, particulièrement entre T0 et T2 (Figure 2). Des participants exprimaient un sentiment d’écoute, d’attention et de reconnaissance accru, dont l’une d’elles décrivait comme une : « *augmentation du contact social grâce au soutien.* » (PA01). Le fait d’être une personne importante aux yeux de quelqu’un d’autre jouait un rôle protecteur contre le sentiment de

solitude et ses effets négatifs sur le bien-être psychologique, notamment pour celles vivant seules. Les bénévoles ont aussi témoigné de la création de liens profonds, parfois comparés à une amitié sincère.

La solitude a diminué pour plusieurs personnes âgées (Figure 2). Des exemples concrets ressortent des journaux et des entretiens : PA7 et PA8 parlaient de « *réduction de l'isolement grâce aux sorties planifiées* ». Même si une stabilité a été observée entre T0 et T1 pour 6 participants, le sentiment d'avoir une personne sur qui compter semble faire une réelle différence sur la solitude vécue au quotidien. La satisfaction de vie s'est améliorée pour plusieurs participants (Figure 2). PA5 et PA12 mentionnaient que l'accompagnement avait amélioré leur bien-être global. À travers l'accompagnement, les routines étaient réorganisées, et les journées devenaient plus riches en interactions, même à distance, montrant que pour eux la présence régulière du bénévole apportait un sentiment de sécurité et de prévisibilité qui manquait depuis le début de la pandémie.

La participation sociale a également connu une hausse notable dans les six premiers mois du jumelage (Figure 2), même lorsqu'elles étaient modifiées pour respecter les mesures sanitaires. Que ce soit par des jeux de société virtuels, des appels partagés autour de lectures ou des démarches administratives réalisées ensemble par téléphone, l'APIC a soutenu l'implication active des participants dans la communauté, ce qui a redonné du sens à leur quotidien.

Trois profils principaux se dégagent des trajectoires individuelles. Le groupe en « amélioration continue » a montré des progrès soutenus sur plusieurs dimensions, notamment en matière de santé mentale et de participation, comme exprimé par PA11 : « *J'ai repris contact avec des amies que je n'avais pas vues depuis longtemps, et j'ai aussi appris à utiliser davantage mon téléphone et ma tablette.* ». Pour le groupe « stabilité », l'APIC a agi comme un facteur de protection, en prévenant une détérioration de leur condition psychosociale (Figure 2). Enfin, un troisième groupe présentait des signes de régression ponctuelle, souvent liés à des

événements extérieurs comme un deuil ou une hospitalisation. Malgré l'absence de changement favorable, le bénévole était perçu comme un soutien important lors du rétablissement.

En résumé, les résultats montrent que l'APIC adapté au contexte du confinement et aux besoins des personnes âgées vivant avec des incapacités fonctionnelles a généré des effets significatifs sur le bien-être psychologique, le soutien social perçu et la participation des personnes âgées à la suite d'une période de confinement. Le recours à une approche mixte a permis de capter la complexité de ces changements et d'enrichir l'interprétation des données. Cette étude apporte une contribution empirique originale en documentant une intervention personnalisée, communautaire et intergénérationnelle, mise en œuvre à la suite d'un contexte de crise. Ces résultats soutiennent la reconnaissance de l'APIC comme une intervention structurante, transférable et pérenne de soutien à la participation sociale des personnes âgées. En raison de la taille limitée de l'échantillon, les résultats doivent toutefois être interprétés avec prudence. Ces résultats révèlent néanmoins des tendances et orientent vers des actions concrètes qui soutiennent des besoins de recherches à plus grande échelle.

4. Objectif 4 — Explorer l'intérêt et l'accessibilité du site web dans une démarche d'applicabilité

Trois thèmes majeurs ont été identifiés en lien avec l'intérêt du site web : **l'accessibilité et la clarté du site, le transfert de connaissances et l'adaptation aux réalités locales**. Dans chacun de ces thèmes, les partenaires ont souligné à la fois des points forts et des pistes d'amélioration, avec une attention particulière portée aux enjeux liés au transfert de connaissances.

En lien avec l'accessibilité et la clarté du site, la directrice d'un organisme communautaire (DOC) a souligné que « *le site pourrait bénéficier de caractères plus gros et de davantage de puces, ce qui faciliterait la compréhension pour ceux qui ne connaissent pas l'étude* ». Bien que pertinent, le site gagnerait à être simplifié davantage afin de rejoindre un plus large éventail d'utilisateurs, y compris ceux moins familiers avec le vocabulaire de la recherche. Quant au transfert de connaissances, le site a été qualifié de « *belle carte de visite* »,

mettant en valeur l'APIC. De son côté, la DOC a insisté sur le fait que le site « *donne accès de manière simple à beaucoup d'outils* », confirmant ainsi son potentiel pour faciliter l'appropriation du modèle dans d'autres milieux. La coordinatrice d'un deuxième organisme (CO1) a toutefois trouvé le site théorique, ce qui pouvait complexifier l'appropriation par les bénévoles. Selon elle, la surcharge d'informations théoriques risque de responsabiliser excessivement les accompagnateurs, alors que ceux-ci auraient davantage besoin d'outils pratiques et concrets (p. ex. : comment préparer la fin d'une relation, grilles de satisfaction, fiches d'idées pour stimuler les rencontres). Elle a suggéré l'ajout d'un onglet spécifiquement dédié aux bénévoles, avec des ressources adaptées à leurs besoins. Ces commentaires convergent vers l'idée que le site contribue activement à diffuser et à normaliser l'intervention. Enfin, les partenaires ont abordé l'adaptation aux réalités locales. Selon la coordinatrice d'un troisième organisme (CO2), le site reflète bien les besoins de ses membres, notamment en proposant des jumelages un à un « *pour les personnes qui se sentent dépassées dans les grands groupes* ». Sans se limiter à une approche générique, le site intègre des modalités flexibles pouvant être adaptées à différents environnements. Cependant, selon CO1, le site ne refléterait pas suffisamment les contraintes organisationnelles ou les conditions nécessaires à l'implantation (ressources, recrutement de bénévoles, partenariats à établir). Elle a insisté sur l'importance d'indiquer clairement les conditions de réussite pour que les organismes puissent évaluer la faisabilité de l'APIC dans leur milieu.

En somme, les résultats de ces entretiens suggèrent que le site web constitue non seulement un outil de diffusion de l'APIC, mais également un levier d'appropriation et de transfert dans divers contextes organisationnels. Son attractivité, sa clarté et sa capacité à refléter les réalités locales apparaissent comme des conditions facilitantes pour son utilisation à long terme. Des améliorations demeurent toutefois nécessaires et sont réalisées, notamment en termes de lisibilité et de simplification, mais aussi pour offrir des ressources plus pratiques aux bénévoles, préciser les conditions organisationnelles de réussite et mieux soutenir l'utilisation des outils numériques, afin d'élargir son accessibilité et sa portée.

Partie D — Pistes de solutions et recommandations

Les résultats de cette recherche offrent des pistes concrètes pour les milieux de pratique, les décideurs et les gestionnaires souhaitant prévenir l'isolement social des personnes âgées, en particulier à la suite d'une crise socio-sanitaire. Ces résultats montrent que des interventions souples, personnalisées et bien ancrées dans les milieux communautaires sont non seulement possibles, mais aussi appréciées et efficaces. Dans ce contexte, l'APIC s'est révélé pertinente tant pour sa capacité d'adaptation que pour ses retombées humaines et sociales.

Comparativement à d'autres initiatives mises en place durant la pandémie, telles que les appels de courtoisie téléphoniques (Provencher & Poulin, 2020) ou les livraisons de repas (*Unison*), l'APIC se distingue par la profondeur du lien établi, la régularité des rencontres et la structuration de l'accompagnement. Là où plusieurs programmes ont misé sur la quantité de contacts ou l'urgence, l'APIC favorise un accompagnement relationnel et évolutif qui soutient une réelle participation sociale. Si le maintien de l'engagement des bénévoles et les ressources limitées constituaient des obstacles, nos résultats suggèrent qu'un accompagnement par un professionnel de la santé ou des services sociaux pourrait soutenir les organismes communautaires dans la gestion des jumelages et le suivi des dyades. Ces constats invitent à réfléchir aux conditions nécessaires pour renforcer l'APIC et orientent directement les recommandations suivantes, notamment en matière de structuration du bénévolat, d'intégration des technologies, de pérennisation, de développement des compétences organisationnelles et de soutien continu à la recherche et à l'évaluation.

1. Renforcer la structuration du bénévolat

L'APIC permet de mettre en évidence le rôle fondamental des bénévoles : leur présence régulière, leur écoute, leur souplesse et leur engagement ont constitué des leviers essentiels favorisant l'élargissement du réseau social, l'accroissement des activités significatives et la réduction du sentiment d'isolement chez les personnes accompagnées. Ce rôle repose toutefois sur un équilibre fragile lié à la disponibilité et à la rétention

des bénévoles. En plus d'une formation initiale complète, des rencontres et des suivis réguliers et une valorisation sont aussi requis. La reconnaissance de l'implication bénévole, qu'elle soit symbolique (attestation, lettre de remerciement), formatrice (certificat de compétences, crédit universitaire) ou compensatoire (remboursement des dépenses encourues), joue un rôle clé dans la rétention à long terme.

L'étude a aussi mis en lumière les bénéfices mutuels du jumelage intergénérationnel : les bénévoles ont partagé leurs compétences numériques, tandis que les personnes âgées ont transmis leur expérience et leur perspective de vie. Ces retombées contribuent non seulement à renforcer la valeur intergénérationnelle du programme, mais agissent également comme une forme de formation humaine et sociale pour les bénévoles. Cette complémentarité mérite d'être mieux développée. Afin d'intégrer l'APIC dans les programmes de services communautaires, de stages ou d'apprentissage expérientiel, il est recommandé de développer des partenariats formels avec des institutions scolaires. Ces collaborations permettraient de faciliter le recrutement de bénévoles tout en formant les jeunes à l'engagement social.

2. Intégrer les technologies de manière inclusive

Même si la pandémie a révélé l'importance des technologies pour maintenir les liens sociaux, leur intégration dans l'APIC doit se faire avec prudence et en accompagnant les bénévoles et les personnes âgées. Les résultats de la présente étude montrent que les outils numériques peuvent enrichir l'intervention, à condition d'être introduits de manière progressive et adaptée aux capacités, au rythme et aux préférences des personnes âgées. Plusieurs participants ont bénéficié de formations personnalisées, par leur bénévole, ce qui a permis un gain de compétences numérique et un renforcement du sentiment de compétence. Par exemple, en donnant de petits devoirs hebdomadaires consignés dans le journal de bord, une bénévole a pu suivre les progrès réalisés par une participante dans l'utilisation des outils numériques (JPA8). D'autres ont cependant exprimé des réticences

persistantes, comme mentionné par une participante : « *Je ne suis pas à l'aise avec les ordinateurs... ça me stresse trop, je préfère le téléphone* » (PA13).

Il est ainsi recommandé de prévoir des formations initiales accessibles, modulaires et fondées sur une pédagogie rassurante. L'usage de tablettes prêtées, la simplification des interfaces et le recours à des applications conviviales devraient être systématisés. De plus, les organismes communautaires, tout comme les établissements de santé et de services sociaux qui desservent le territoire, devraient bénéficier de ressources supplémentaires (p. ex. : techniciens, conseillers en numérique social) pour soutenir cette transition. Afin d'éviter une exclusion numérique involontaire, une attention particulière doit aussi être portée aux milieux où l'accès à Internet demeure limité, notamment dans les régions rurales, en assurant un accès équitable et de qualité aux services numériques. Ces résultats soulignent l'importance de maintenir une pluralité de moyens de communication.

L'accessibilité numérique doit également s'accompagner d'une pluralité de formats d'accompagnement. Le téléphone demeure un outil simple, efficace et rassurant pour plusieurs personnes âgées. Il ne doit pas être considéré comme un mode de communication de second plan, mais comme une alternative équivalente dans l'éventail des moyens disponibles. L'enjeu n'est pas de numériser à tout prix, mais d'assurer un accompagnement soutenu, quel que soit l'outil utilisé.

3. Pérenniser l'APIC par son intégration dans les pratiques

L'un des constats majeurs de cette recherche est la difficulté de maintenir une reprise durable des activités sociales et de loisirs dans la communauté à la suite du confinement. Un sentiment commun parmi les personnes âgées participantes concernait l'inquiétude face à la fin du programme, perçue comme un risque de perte des acquis en matière de participation sociale et comme un retour possible à la solitude ou à l'inactivité, tel qu'exprimé par une participante : « *Je savais qu'elle allait m'appeler chaque semaine, ça me rassurait... c'était*

comme avoir quelqu'un de ma famille qui veillait sur moi » (PA19). Cette observation invite à la pérennisation de l'APIC à travers son intégration dans les pratiques institutionnelles et communautaires existantes.

Pour certaines personnes âgées, l'APIC pourrait ne pas être ponctuelle, mais comme un accompagnement permanent. Cette planification à long terme implique toutefois un financement structuré et une reconnaissance du rôle des coordonnateurs et des bénévoles dans les équipes de première ligne. L'APIC pourrait être intégrée dans les services d'animation des résidences et les maisons des personnes âgées, les organismes communautaires de soutien à domicile ou, encore, les bibliothèques ou d'autres organismes culturels. Une telle intégration favoriserait la continuité des liens créés, tout en allégeant la charge émotionnelle associée à la fin de l'étude.

D'un point de vue politique, il est pertinent de promouvoir l'APIC comme un levier de participation sociale reconnu, à inscrire dans les programmes de soutien à l'autonomie, les politiques de vieillissement actif, ainsi que dans le cadre de l'Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées (AIPPA), qui vise la coordination des services de proximité et l'accompagnement personnalisé (*Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées*, 2024). L'établissement de passerelles entre les ministères de la Santé, des personnes âgées, de l'Éducation et du Numérique pourrait soutenir cette reconnaissance, en facilitant le financement croisé, l'essaimage du modèle et la création d'indicateurs d'impact.

La mobilisation des proches aidants et du réseau informel (voisins, membres de la famille, amis) pourrait également constituer un levier de continuité. Dans plusieurs cas, les dyades ont servi de point d'entrée vers une reconfiguration du soutien naturel entourant la personne âgée. Il est recommandé de formaliser ce rôle des proches dans les futures itérations du programme, notamment en les invitant aux formations ou en les intégrant à certaines étapes du jumelage.

4. Développer les compétences des milieux de pratique

La mise en œuvre de l'APIC dans les milieux partenaires a révélé des écarts importants dans leurs capacités organisationnelles. Alors que certains milieux ont pu compter sur une coordination forte, des ressources stables et une bonne communication interne, d'autres ont rencontré des difficultés liées à des changements de personnel, à des charges de travail élevées ou à une méconnaissance de l'APIC. Pour favoriser une mise en œuvre réussie, il est essentiel d'investir dans le développement des compétences locales.

Ce développement peut passer par la création de formations continues pour les intervenants des organismes communautaires ainsi que des services sociaux et de santé, la rédaction de guides de référence ou, encore, la mise en réseau des organismes participants. Certains outils existent déjà (p. ex. : guide pour les accompagnateurs, modules de formation), mais ils gagneraient à être diffusés plus largement, notamment en étant adaptés aux différents contextes d'implantation. Animée par des experts ou des partenaires universitaires, une communauté de pratique pourrait servir de lieu d'échange, de résolution de problèmes et de capitalisation des apprentissages. Cette communauté permettrait de bâtir une expertise collective autour de l'APIC, et ce, pour que l'intervention puisse être adaptée aux contextes variés tout en préservant ses principes clés (citoyens encadrés avec relation égalitaire, intensité suffisante pour permettre un changement, personnalisation, pouvoir d'agir et centration sur des activités de participation sociale porteuses de sens).

Une gouvernance locale partagée, incluant les municipalités, les CISSS/CIUSSS et les organismes communautaires, serait bénéfique pour coordonner l'implantation de l'APIC à plus grande échelle. Les municipalités, en tant qu'acteurs de proximité, peuvent jouer un rôle stratégique dans l'identification des possibilités d'activités sociales et de loisirs adaptées aux besoins des participants, le recrutement de bénévoles et la diffusion des outils. Une concertation municipale intersectorielle favoriserait une meilleure répartition des rôles, une mutualisation des ressources et une reconnaissance accrue de l'APIC.

5. Soutenir la recherche, l'évaluation et l'amélioration continue

Enfin, la consolidation de l'APIC passe par un effort soutenu de documentation, d'évaluation et d'innovation. Cette recherche a permis de poser les bases d'une compréhension approfondie des effets et conditions de réussite de l'APIC, mais plusieurs questions demeurent. Quels sont les effets à long terme de l'accompagnement ? Quels sont les mécanismes qui expliquent le maintien ou la réduction des bénéfices? Comment optimiser le jumelage en fonction de divers profils psychologiques, sociaux et culturels?

Pour répondre à ces questions, il est recommandé de soutenir des projets de recherche longitudinaux, collaboratifs et ancrés dans les milieux. Les partenariats entre universités, organismes communautaires et instances gouvernementales doivent être encouragés, avec des modèles de gouvernance partagée et de diffusion ouverte. Le développement d'outils de suivi simples et accessibles permettrait aussi aux organismes de mieux évaluer leurs actions, de repérer les obstacles et d'ajuster en continu leurs pratiques.

Cette approche participative, tel qu'illustré dans la présente étude, est une force importante, notamment par sa collaboration étroite entre chercheurs et organismes partenaires, et la mise en œuvre de l'APIC dans un contexte réel, renforçant la pertinence et l'applicabilité des résultats. L'approche se distingue également par l'adaptation itérative de l'intervention en fonction des besoins des participants et des réalités organisationnelles. Certaines limites doivent cependant être prises en compte lors de telles approches, soit : la taille restreinte de l'échantillon et la réalisation dans un ou un petit nombre d'organismes, ce qui limite la transférabilité des résultats à des contextes similaires. Les données autos-rapportées peuvent comporter un biais de désirabilité sociale. Ces limites soulignent l'importance de poursuivre la recherche dans divers contextes et avec des échantillons plus larges.

Partie E — Nouvelles pistes de recherche

Les résultats de la présente étude sur l’APIC à la suite d’un confinement soulignent l’importance de maintenir et de soutenir des interventions favorisant la participation sociale des personnes âgées, même en contexte de restrictions sanitaires. Les constats montrent que des interventions personnalisées et encadrées par un organisme communautaire permettent de préserver la santé mentale, le sentiment de sécurité et l’appartenance communautaire, tout en stimulant l’engagement social. Ces résultats plaident en faveur de la pérennisation de l’APIC dans les milieux, de son adaptation à d’autres contextes et de son intégration dans les pratiques courantes, et ce, afin de maintenir des réseaux relationnels solides et durables.

Au niveau organisationnel, afin de soutenir les interventions dans divers contextes, y compris hybrides (présentiel/distanciel), les résultats soulignent la pertinence de maintenir et de diffuser les outils développés (p. ex. : site web modules de formation, journaux). Cette expérience de l’APIC met en évidence l’importance de consolider la capacité d’adaptation et la résilience des organismes communautaires pour répondre efficacement aux besoins des personnes âgées en situation d’isolement ou vivant avec des limitations fonctionnelles.

Sur le plan éducatif, les résultats de l’étude mettent en lumière le potentiel de l’APIC comme outil de formation expérientielle en communication, éthique relationnelle et solidarité intergénérationnelle. Afin d’outiller les futurs professionnels à accompagner les personnes âgées dans une approche humaine et communautaire, il serait pertinent d’intégrer formellement l’APIC dans des cursus de formation en santé, en travail social ou en éducation.

Sur le plan scientifique, cette recherche contribue à combler un vide important dans la documentation des interventions personnalisées en contexte de crise. Les résultats fournissent une base solide pour poursuivre l’évaluation des effets de l’APIC, pour adapter l’intervention à d’autres populations ou contextes, et pour enrichir les connaissances sur les conditions de réussite de l’implantation d’interventions communautaires.

Partie F — Références et bibliographie

- Approche intégrée de proximité pour les personnes âgées: Cadre de référence* (with Bérubé, C.). (2024). Santé et services sociaux Québec.
- Bocquier, A., Costa, M., Arquier, V., Trotta, C., Lavandera, A., & Verger, P. (2022). Des appels téléphoniques contre l'isolement social lors du confinement lié à la Covid-19. *Gérontologie et société*, 44(168)(2), 123–142. <https://doi.org/10.3917/gsl.pr1.0007>
- Boulton, E., Kneale, D., Stansfield, C., Heron, P., Sutcliffe, K., Hayanga, B., Hall, A., Bower, P., Casey, D., Craig, D., Gilbody, S., Hanratty, B., McMillan, D., Thomas, J., & Todd, C. (2021). *Rapid systematic review of systematic reviews: What befriending, social support and low intensity psychosocial interventions, delivered remotely, may reduce social isolation and loneliness among older adults and how?* F1000Research. <https://doi.org/10.12688/f1000research.27076.2>
- Canada, E. et D. social. (2017, February 22). *Isolement social des aînés – Volume 1: Comprendre l'enjeu et trouver des solutions* [Rapport ministériel sur le rendement]. <https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/ministere/forum-federal-provincial-territorial-aines/trousse-isolation-sociale-vol1.html>
- Caron, J. (2013). Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales: L'ÉPS-10 items. *Santé mentale au Québec*, 38(1), 297–318. <https://doi.org/10.7202/1019198ar>
- Comité en prévention et promotion. (2020). *Lutter contre l'isolement social et la solitude des personnes âgées en contexte de pandémie*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/3033-isolement-social-solitude-aines-pandemie-covid19.pdf>
- CORNWELL, E. Y., & WAITE, L. J. (2009). Social Disconnectedness, Perceived Isolation, and Health among Older Adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- de Grâce, G.-R., Joshi, P., & Pelletier, R. (1993). L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): Validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale. [The Laval University loneliness scale: A Canadian-French validation of the University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale.]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 25(1), 12–27. <https://doi.org/10.1037/h0078812>
- Dolbec, A., & Clément, J. (2000). La recherche-action. In T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Eds.), *Introduction à la recherche en éducation* (pp. 199–224). CRP.
- Farhat, S. M. M. (2020). *L'état de santé perçue, la satisfaction envers la vie et l'utilisation des services de santé liés à la violence familiale chez les personnes âgées vivant à domicile au Québec*. <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/17684>
- Fougeyrollas, P., Lepage, C., Noreau, L., Boissière, L., Caron, S., Guimont, D., Larouche, I., Picard, R., Boisvert, Y., & Lachapelle, Y. (2014). *La mesure des habitudes de vie: MHAVIE-Enfant-[4.0]*. RiPPH.
- Fratiglioni, L., Wang, H.-X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: A community-based longitudinal study. *The Lancet*, 355(9212), 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Golt, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health and Social Care in the Community*, 26(2), 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Holt-Lunstad, J. (2017). The Potential Public Health Relevance of Social Isolation and Loneliness: Prevalence, Epidemiology, and Risk Factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127–130. <https://doi.org/10.1093/ppar/prx030>

- Lacerte, J. (2017). *Accroître la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté—Implantation d'un accompagnement-citoyen personnalisé.*
- Lefebvre, H., Levert, M.-K., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., Michallet, B., & Samuelson, J. (2013). Un accompagnement citoyen personnalisé en soutien à l'intégration communautaire des personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral: Vers la résilience ? *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 107–123. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0107>
- Levasseur, M. (2015). *Participation sociale au Canada: Désir de participer et restrictions*. 2, 53.
- Levasseur, M., Filiatrault, J., Aubin, G., Vasiliadis, H.-M., & Levert, M.-J. (2021). *Transformer l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) pour favoriser le vieillissement actif, la participation sociale et les interactions intergénérationnelles de Québécois âgés: Une recherche-action pour mieux outiller les organismes du milieu pendant une période de confinement*. Subvention Action Concertée Du Fonds de Recherche Du Québec – Société et Culture (2021-2024). https://frq.gouv.qc.ca/app/uploads/2021/09/resultats-concours_2020-2021_recherche-action-vieillessement-actif-population-qc.pdf
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M. J., Lacasse-Bédard, L., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96–102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Lins, L., & Carvalho, F. M. (2016). SF-36 total score as a single measure of health-related quality of life: Scoping review. *SAGE Open Medicine*, 4, 2050312116671725. <https://doi.org/10.1177/2050312116671725>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2022). *Santé mentale: Renforcer notre action*. Organisation Mondiale de La Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Provencher, V., & Poulin, V. (2020). Promoting the social participation of seniors through meaningful leisure activities to support satisfying aging. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 43(1), 1–4. <https://doi.org/10.1080/07053436.2020.1727641>
- Rapagnani, G. (2002). Suicide in the elderly. *Revue Médicale de Liège*, 57(2), 91–96.
- Raymond, É. (2019). The challenge of inclusion for older people with impairments: Insights from a stigma-based analysis. *Journal of Aging Studies*, 49, 9–15. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.03.001>
- Schumann, A., Hapke, U., Meyer, C., Rumpf, H.-J., & John, U. (2003). Measuring Sense of Coherence with only three items: A useful tool for population surveys. *British Journal of Health Psychology*, 8(4), 409–421. <https://doi.org/10.1348/135910703770238275>
- Unison. (n.d.). Retrieved September 11, 2025, from <https://unisonalberta.com/news/help-us-feed-the-community>
- Ware, J. E., & Kosinski, M. (2001). *SF-36 Physical & Mental Health Summary Scales: A Manual for Users of Version 1* (2nd ed.). QualityMetric.
- Welch, V., Ghogomu, E. T., Barbeau, V. I., Dowling, S., Doyle, R., Beveridge, E., Boulton, E., Desai, P., Huang, J., Elmostekawy, N., Hussain, T., Wadhwani, A., Boutin, S., Haitas, N., Kneale, D., Salzwedel, D. M., Simard, R., Hébert, P., & Mikton, C. (2023). Digital interventions to reduce social isolation and loneliness in older adults: An evidence and gap map. *Campbell Systematic Reviews*, 19(4), e1369. <https://doi.org/10.1002/cl2.1369>

Partie G — Annexes

Tableau 1. Caractéristiques socio-démographiques des utilisateurs de connaissance

	Forum 1 (n=15)	Forum 2 (n=15)	FG1 (n=5)	FG2 (n=3)	Total (n=38)
Variables continues	Median (SIQR)				Moyenne (S.D)
Age (an)	49 (25)	49 (9)	45 (17)	65 (22.5)	48.37
Variables catégoriques	n (%)				
Genre (femme)	11 (73.3)	13 (86.7)	3 (60.0)	3 (100.0)	30 (78.9)
Origine ethnique					
<i>Amérique du Nord</i>	11 (73.3)	8 (53.3)	4 (80.0)	2 (66.7)	25 (65.8)
<i>Europe</i>	2 (13.3)	3 (20.0)	1 (20.0)	-	6 (15.8)
<i>Caraïbes</i>	1 (6.7)	1 (6.7)	-	-	2 (5.3)
<i>Asie</i>	1 (6.7)	-	-	-	1 (2.6)
<i>Afrique</i>	-	3 (20.0)	-	1 (33.3)	4 (10.6)
Éducation					
<i>Collège</i>	3 (20.0)	5 (33.3)	1 (20.0)	2 (66.7)	11 (28.9)
<i>Programme universitaire de premier cycle</i>	7 (46.7)	6 (40.0)	2 (40.0)	1 (33.3)	16 (42.1)
<i>Programme universitaire de deuxième cycle</i>	5 (33.3)	4 (26.7)	2 (40.0)	-	11 (28.9)
Poste actuel					
<i>Directeur</i>	2 (13.3)	3 (20.0)	2 (40.0)	-	7 (18.4)
<i>Coordinateur</i>	3 (20.0)	3 (20.0)	3 (60.0)	-	9 (23.7)
<i>Chercheur</i>	1 (6.7)	-	-	-	1 (2.6)
<i>Travailleur communautaire</i>	1 (6.7)	1 (6.7)	-	-	2 (5.3)
<i>Travailleur social</i>	1 (6.7)	1 (6.7)	-	-	2 (5.3)
<i>Étudiant</i>	3 (20.0)	4 (26.7)	-	1 (33.3)	8 (21.1)
<i>Retraité</i>	4 (26.7)	2 (13.3)	-	2 (66.7)	8 (21.1)
<i>Entrepreneur</i>	-	1 (6.7)	-	-	1 (2.6)

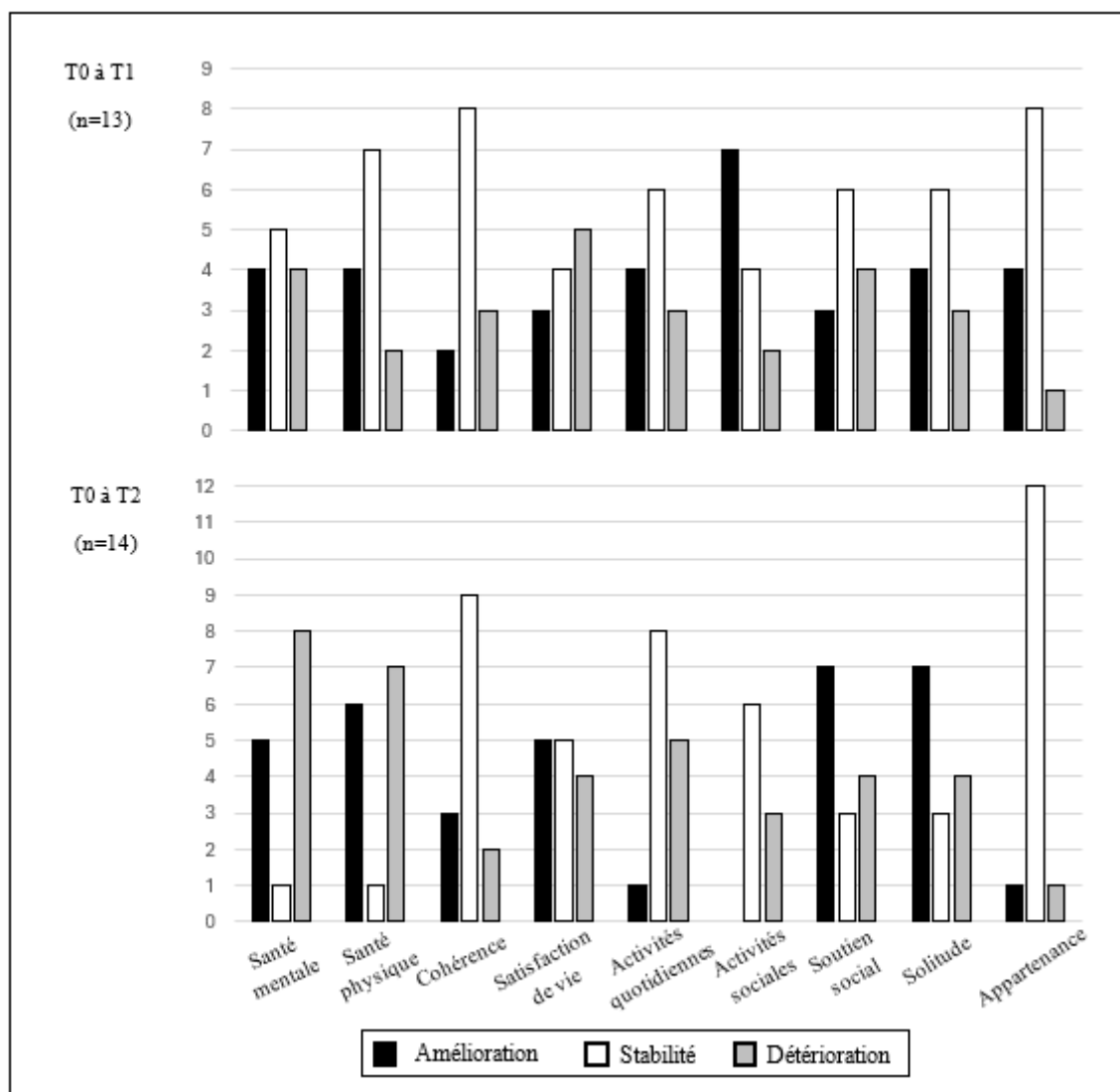
SIQR : intervalles semi-interquartiles

Figure 1. Objectif 2 : Facilitateurs et obstacles à l'implantation de l'APIC selon le cadre du CFIR

Éléments adaptés • Formation AB individuelle • Durée séance 1h30 à 3h • Entretien avec PA pour recrutement • Flexibilité des séances	Contexte externe • Besoin C 3 à 4 jours / semaine • Changement de C (3x) • Désir sociétal maintien PA à domicile	Éléments non- adaptés • Questionnaires trop longs • Manque d'outils pour encadrement AB • Annulation des réunions de bénévoles • Jumelage d'une durée variable (3 à 12 mois) • Fournir le transport pour les sorties APIC • Partenariat avec RPA et écoles
Individus • PA réticents à s'engager • AB horaires chargés	Contexte interne • Communication PA bouche à oreille • Communication AB média sociaux • Défi repérage PA semi-autonomes • Diffusion régulière d'info sur l'APIC	



Figure 2. Objectif 3 : Répartition des changements individuels (amélioration, stabilité, détérioration) entre le départ (T0) et 6 mois (T1) ou 12 mois (T2) pour la santé mentale et physique, le sentiment de cohérence, les activités quotidiennes et sociales, le soutien social, la solitude, la satisfaction de vie et le sentiment d'appartenance.



Note. Tous les participants n'ont pas complété l'ensemble des questionnaires à T1 et T2, ce qui explique que *n* ne soit pas toujours égal à 13 en T1 ou à 14 en T2.