



ACCOMPAGNEMENT-CITOYEN PERSONNALISÉ D'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE (APIC) ET CHANGEMENTS DE LA MOBILITÉ CHEZ DES AÎNÉS EN PERTE D'AUTONOMIE

Caroline Pigeon¹, Rachel Boulianne² et Mélanie Levasseur³

- 1 *PhD, Stagiaire postdoctorale, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 2 *Ergothérapeute, MSc, Étudiante-chercheuse, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*
- 3 *Ergothérapeute, PhD, Professeure, Centre de recherche sur le vieillissement, Université de Sherbrooke, Québec, Canada*

Adresse de contact : caroline.pigeon@usherbrooke.ca

Reçu le 13.07.2018 – Accepté le 05.08.2019

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

doi :10.13096/rfre.v5n2.113

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



RÉSUMÉ

Introduction. Déterminant d'un vieillissement en santé, la mobilité permet aux aînés de réaliser des activités de participation sociale et de demeurer intégrés dans leur communauté. Récemment adapté au vieillissement et à la perte d'autonomie fonctionnelle, l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), un suivi hebdomadaire de 6 mois réalisé par un citoyen visant la réalisation d'activités sociales et de loisirs signifiantes, pourrait favoriser la mobilité d'aînés ayant des incapacités.

Objectif. Cette étude visait donc à : 1) explorer les changements de mobilité tels que perçus par des aînés en perte d'autonomie à la suite de la réalisation de l'APIC et 2) identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité.

Méthodologie. Un devis mixte comportant un dispositif pré-expérimental et une étude qualitative de type recherche clinique a été utilisé auprès d'aînés recrutés selon une stratégie de convenance. Le changement de la mobilité a été considéré à l'aide de comparaisons du Life-Space Assessment avant et après l'APIC et d'une analyse de contenu thématique d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats. Âgés de 66 à 91 ans, les 16 participants étaient majoritairement des femmes et présentaient des incapacités modérées à graves. Après l'APIC, une amélioration de leurs habitudes de déplacement a été observée ($p < 0,01$) et les participants rapportaient fréquenter davantage de lieux et se déplacer seuls plus aisément. La confiance en soi, le transport adapté et la disponibilité d'activités dans la communauté étaient des facilitateurs à la mobilité des participants, tandis que les intempéries et la situation familiale étaient perçues par ceux-ci comme étant des obstacles.

Conclusion. Puisque la mobilité d'aînés en perte d'autonomie s'est améliorée à la suite de la réalisation de l'APIC, les recherches doivent se poursuivre sur cette intervention prometteuse.

MOTS-CLÉS

Habitudes de déplacement, Aire de mobilité, Life-Space Assessment (LSA), Intervention, Participation sociale, Incapacités

PERSONALIZED CITIZEN ASSISTANCE FOR SOCIAL PARTICIPATION (APIC) AND CHANGES IN MOBILITY IN OLDER ADULTS HAVING DISABILITIES

ABSTRACT

Introduction. As a determinant of healthy aging, mobility enables older adults to engage in social participation activities and remain integrated in their community. Nevertheless, interventions fostering mobility in older adults are rare. Recently adapted to aging and functional autonomy decline, the Personalized citizen assistance for social participation (APIC), weekly personalized stimulation sessions carried out by a trained and supervised citizen, and targeting significant social and leisure activities, could promote the mobility of older adults with disabilities.

Objectives. This study aimed to: 1) explore the observed changes in mobility after APIC as perceived by older adults with disabilities; and 2) identify the facilitators for, and obstacles to, their mobility.

Methodology. A mixed-method design including a pre-experimental component and a qualitative clinical research design was used with older adults recruited according to a convenience sampling. The mobility of participants was considered, with comparisons of the Life-Space Assessment before and after APIC, and a thematic content analysis of individual, semi-structured interviews.

Results. Aged 66-91, the 16 participants were mainly women and had moderate to severe disabilities. After the APIC, improvements in their mobility habits were observed ($p < 0.01$) and participants reported visiting more places with better ability to travel alone. Self-confidence, the paratransit, and the availability of activities in the community were mobility facilitators for the participants, while they considered the weather and family situations to be barriers.

Conclusion. Since the mobility of older adults with disabilities improved after APIC, further studies on this promising intervention are required.

KEYWORDS

Travel habits, Life-space, Life-Space Assessment (LSA), Intervention, Social participation, Disabilities

INTRODUCTION

Le vieillissement de la population constitue un défi de société. En effet, par exemple au Québec, les personnes âgées de 65 ans et plus représentaient environ 16,6 % de la population en 2013, et cette proportion devrait atteindre 25,2 % en 2031 (Institut de la statistique du Québec, 2015). En outre, parmi les Canadiens âgés de 65 ans et plus, plusieurs sont atteints de maladies chroniques et près de la moitié ont ou auront des incapacités (Turcotte et Schellenberg, 2007).

Définie comme la capacité à se déplacer (en marchant, en utilisant un dispositif d'assistance ou avec un véhicule) dans les environnements (Webber, Porter et Menec, 2010), la mobilité est réduite au cours du vieillissement et en présence d'incapacités. Avec l'avancée en âge, le nombre de déplacements diminue et l'aire de mobilité, c'est-à-dire le territoire dans lequel la personne s'est déplacée durant une période spécifique (Auger, 2009 ; Baker, Bodner et Allman, 2003), se réduit, pour se restreindre principalement au quartier, voire parfois même au domicile (Yen, Michael et Perdue, 2009). Selon Nader (2011), les trois quarts des Parisiens âgés de 75 ans et plus sortent à l'extérieur de leur domicile quotidiennement, la marche étant leur premier moyen de locomotion. Néanmoins, un rétrécissement de leur aire de mobilité s'observe autour de 85 ans, dégradant progressivement leur appropriation du territoire et leur intégration dans la société. Plus elle est réduite, moins l'aire de mobilité est inclusive et comprend des ressources clés telles que la pharmacie, l'épicerie, le centre de santé et le centre communautaire (Frémont, Chevalier, Herin et Renard, 1984).

La réduction de l'aire de mobilité a d'importantes conséquences sur la santé. En effet, une mobilité limitée aux lieux près du domicile et au domicile est associée à un risque élevé de fragilité (Xue, Fried, Glass, Laffan et Chaves, 2008), de maladie d'Alzheimer (James, Boyle, Buchman, Barnes et Bennett, 2011), d'institutionnalisation prématurée (Sheppard, Sawyer, Ritchie, Allman et Brown, 2013) et de mortalité (Boyle, Buchman, Barnes, James et Bennett, 2010). En outre, la réduction de l'aire de mobilité est aussi associée à une restriction de la participation sociale des aînés (Cohen-Mansfield, Shmotkin, Blumstein, Shorek, Eyal et Hazan, 2013) ; plus l'aire de mobilité est réduite, moins elle présente d'occasions de participer socialement.

La participation sociale, définie par l'implication de la personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec les autres dans la communauté (Levasseur, Richard, Gauvin et Raymond, 2010), constitue un déterminant clé du vieillissement actif et en santé (Organisation mondiale de la santé, 2002). La participation sociale comprend principalement les activités réalisées avec les autres, mais inclut également celles préparant les interactions avec les autres, telles que les déplacements (Levasseur *et al.*, 2010). Selon le Modèle du développement humain – Processus de production du handicap (MDH-PPH), la participation sociale est facilitée lorsque les capacités de la personne et son environnement sont optimisés (Fougeyrollas, 2010), par exemple lorsqu'une réadaptation permet à un individu de remarquer ou lorsqu'un trottoir près d'un centre communautaire est déneigé. Afin de favoriser la participation sociale, il est aussi possible de modifier les activités sociales et de loisirs, notamment en ajoutant des pauses ou en

changeant l'horaire ou le rythme. De plus, une meilleure participation sociale est associée à une proportion élevée de ressources clés à moins de cinq minutes du domicile (Levasseur, Gauvin, Richard, Kestens, Daniel et Payette, 2011). La participation sociale peut également être favorisée par des interventions (Raymond, Grenier et Hanley, 2014) telles que l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), développé auprès de personnes ayant un traumatisme crânien (Lefebvre, Levert, Le Dorze, Croteau, Gélinas, Therriault, Michallet et Samuelson, 2013). L'APIC consiste en un suivi hebdomadaire de trois heures réalisé par un accompagnateur non professionnel, formé aux particularités de la clientèle visée et supervisé par des professionnels de la santé et du milieu communautaire. Au cours des séances d'accompagnement, l'accompagnateur aide l'ainé à identifier des activités de participation sociale qui sont significatives pour lui, mais difficiles à réaliser, puis le stimule progressivement à les accomplir. L'APIC est réalisé en partenariat et selon une approche d'*empowerment*, visant ainsi une amélioration des capacités de la personne à prendre en main les aspects centraux de ses besoins. Cette intervention a été adaptée aux aînés en perte d'autonomie et a permis d'améliorer la participation sociale, l'indépendance fonctionnelle en lien avec la mobilité et la fréquence de pratique de loisirs des participants (Levasseur, Lefebvre, Levert, Lacasse-Bédard, Desrosiers, Therriault, Tourigny, Couturier et Carbonneau, 2016). Ainsi, l'APIC pourrait inciter des aînés à se déplacer davantage et à améliorer leur perception de l'espace qui les entoure, des éléments favorisant l'augmentation ou le maintien de leur autonomie fonctionnelle. Toutefois, les changements sur la mobilité tels que perçus par des aînés en perte d'autonomie à la suite de l'APIC n'avaient pas été spécifiquement étudiés, et c'est ce sur quoi la présente étude voulait se pencher. Un objectif secondaire était d'identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité perçus par ces aînés après la réalisation de l'APIC.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude, utilisant un devis mixte soutenu par un dispositif pré-expérimental et une étude qualitative de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003), s'inscrit dans un programme de recherche qui visait à adapter l'APIC pour des aînés en perte d'autonomie, à évaluer ses effets et à les valider auprès de ces aînés. Les changements observés au niveau de l'autonomie fonctionnelle, de la participation sociale, de la pratique de loisirs et de la qualité de vie des participants après la réalisation de l'APIC ont été décrits dans un autre article (Levasseur *et al.*, 2016). L'étude a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie-CHUS ; MP-22-2014-383).

Population à l'étude

Anticipant trois abandons en cours d'intervention, 19 participants en perte d'autonomie et vivant à domicile ont été recrutés. Puisqu'un participant est décédé et deux ont été admis en soins de longue durée et n'ont pu être réévalués en raison d'incapacités trop importantes, l'échantillon final était de 16 participants. Un échantillon de

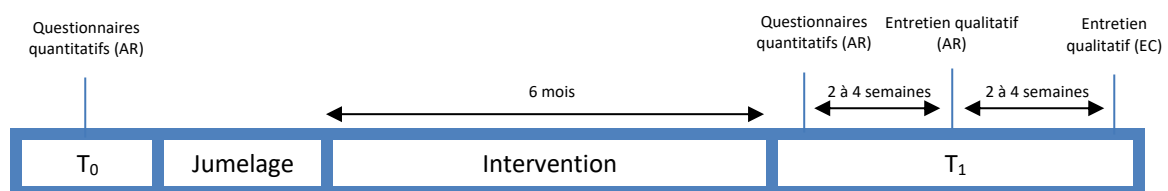
16 aînés permet de détecter une taille d'effet de 0,75 entre deux moyennes du score composé du Life-Space Assessment, avec une différence supérieure au seuil du changement cliniquement significatif de 10 (Baker, Bodner et Allman, 2003), selon un test *t* bilatéral pour données appariées, une puissance statistique de 80 % et une erreur alpha de 0,05 (Machin, Campbell, Tan et Tan, 2009). Cette taille d'échantillon a aussi permis d'atteindre une saturation théorique des données qualitatives. Les participants ont été recrutés selon une stratégie de convenance à partir d'une liste de personnes ayant participé à des études antérieures ou de patients du centre de jour ou de l'hôpital de jour du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

Pour être admissibles, les participants devaient être en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un score supérieur ou égal à 15 au Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF ; Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988), et résider dans un domicile conventionnel ou une résidence pour aînés autonomes ou semi-autonomes. Afin de s'assurer qu'ils étaient en mesure de comprendre les questions et d'y répondre, les aînés présentant les caractéristiques suivantes étaient exclus : 1) troubles cognitifs (score < 17/22 à la version téléphonique de l'Échelle de statut mental – ALFI-MMSE [Roccaforte, Burke, Bayer et Wengel, 1992]) et 2) troubles du langage modérés ou graves.

Collecte des données

Tous les participants éligibles à l'étude, jusqu'à l'obtention de la taille d'échantillon ($n = 16 + 3$, anticipant des abandons), ont été joints et ont signé un formulaire de consentement. Ils ont été rencontrés individuellement, d'abord par une agente de recherche, puis par une étudiante-chercheure, toutes deux formées pour la passation de questionnaires et la réalisation d'entretiens qualitatifs. Avant (T_0) et après l'intervention (T_1 ; Figure 1), chaque aîné a été rencontré individuellement, pendant environ 90 minutes, dans une pièce isolée du lieu de son choix, par l'agente de recherche qui a verbalement fait passer les questionnaires quantitatifs (les résultats de certains de ces questionnaires sont présentés dans un autre article : Levasseur *et al.*, 2016). Deux à quatre semaines après la deuxième administration des questionnaires quantitatifs, deux entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, un d'environ 90 minutes, mené par l'agente de recherche (dont les résultats sont présentés dans Levasseur *et al.*, 2016), et le deuxième d'environ 30 minutes, réalisé par l'étudiante-chercheure (dont les résultats sont présentés dans le présent article). Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio numérique et retranscrits sous forme manuscrite (*verbatim*).

Figure 1 : chronologie des étapes de collecte de données



AR : Collecte effectuée par l'agente de recherche ; EC : Collecte effectuée par l'étudiante-chercheure

Intervention à l'étude

L'APIC a permis aux participants d'être stimulés de façon personnalisée hebdomadairement pendant une séance de trois heures, sur une période de six mois, entre novembre 2013 et septembre 2014. Les 11 accompagnateurs (10 femmes), rémunérés par la recherche, avaient de l'expérience auprès d'ainés, principalement à titre de bénévoles. Les accompagnateurs étaient formés pendant deux jours sur le vieillissement, la perte d'autonomie, les ressources communautaires et l'approche pour cibler un projet (Lefebvre, 2010). Durant les six mois d'accompagnement, les participants ont été aidés par leur accompagnateur à identifier et à accomplir des activités sociales et de loisirs significatives qu'ils ne réalisaient plus, comme aller dans des organismes communautaires, visiter des expositions artistiques ou se rendre à la bibliothèque. Le soutien fourni par les accompagnateurs consistait à assister le participant dans l'organisation de l'activité, par exemple pour la recherche des horaires et des moyens d'inscription à l'activité, ou dans la préparation du déplacement, et parfois à l'accompagner dans la communauté pour réaliser l'activité. Cette aide était graduellement diminuée au cours des séances afin que les participants soient en mesure de continuer à accomplir leurs activités sociales et de loisirs après l'accompagnement. Les accompagnateurs encourageaient l'*empowerment* des aînés, la mobilisation graduelle de leurs ressources personnelles et environnementales et leur intégration dans la communauté. Supervisés par un comité de gestion et de partenariat (CGP), les accompagnateurs se rencontraient mensuellement. Ils remplissaient également un journal de bord dans lequel figuraient les activités ciblées par les participants, les actions envisagées et celles mises en œuvre pour les réaliser, ainsi que les activités accomplies. Les accompagnateurs inscrivaient également dans les journaux de bord les événements particuliers survenus dans la vie des aînés (par exemple, un problème de santé ou un déménagement) qui pouvaient avoir des conséquences sur l'accompagnement ou entraîner l'annulation de séances (l'analyse de ces journaux de bord a été présentée dans un autre article : Levasseur *et al.*, 2016). Le CGP regroupait l'agente de recherche, des professionnels de la santé (ergothérapeutes et récréologues), des chercheurs, des représentants d'organismes communautaires, des accompagnateurs et des aînés qui se rencontraient tous les quatre mois.

Outils de mesure

Deux outils ont été utilisés pour décrire l'échantillon : un questionnaire sociodémographique et le SMAF (Hébert, Carrier et Bilodeau, 1988). Le questionnaire sociodémographique a permis de recueillir des données sur l'âge, le genre, le type de résidence, le niveau de ruralité, la situation de vie, la scolarité, le niveau de revenu, le niveau de santé autorapporté et la condition de santé des participants. Le SMAF, mesurant l'autonomie fonctionnelle, est composé de cinq domaines (activités de la vie quotidienne, mobilité, communication, fonctions mentales et activités de la vie domestique). Cet instrument présente de bonnes qualités psychométriques (Desrosiers, Bravo, Hébert et Dubuc, 1995 ; Hébert *et al.*, 1988).

Pour estimer l'étendue spatiale des habitudes de déplacement des participants avant et après l'intervention, la version canadienne-française (Auger, Demers, Gélinas,

Routhier, Jutai, Guérette et Deruyter, 2009) du Life-Space Assessment (LSA ; Baker, Bodner et Allman, 2003) a été utilisée. Prenant 10 minutes environ à remplir, le LSA aborde dans une première partie les aides techniques utilisées régulièrement. Dans une seconde partie, l'instrument considère les déplacements effectués dans cinq aires de mobilité – dans la maison, autour de la maison, dans le voisinage, dans la ville et à l'extérieur de la ville –, la fréquence de ces déplacements selon une échelle à 4 niveaux (1 : < 1 fois par semaine, 2 : 1-3 fois par semaine, 3 : 4-6 fois par semaine, 4 : chaque jour) et l'utilisation dans chaque cas d'une aide technique ou humaine. Trois composantes sont mesurées : 1) le LS-Maximal, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint quel que soit le type d'assistance utilisé (technique ou humaine au besoin), 2) le LS-Équipement, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint en utilisant une aide technique, mais sans recours à l'assistance d'une autre personne, et 3) le LS-Indépendant, soit le plus haut niveau d'aire de mobilité atteint sans aide technique ni assistance humaine. Le LSA permet ainsi d'obtenir trois sous-scores (LS-Maximal, LS-Équipement et LS-Indépendant ; compris entre 0 et 5) et un score composé (LS-Composé ; compris entre 0 et 120), ce dernier rendant compte des habitudes de déplacement en combinant les niveaux d'aire de mobilité atteints, la fréquence de déplacement et l'aide requise dans chaque aire (Baker, Bodner et Allman, 2003). Le LS-Composé est calculé avec un algorithme d'analyse informatisé proposé par les auteurs de la version canadienne-française (Auger, Demers et Gélinas, 2008). Plus les scores sont élevés, meilleures sont les habitudes de déplacement, et une amélioration de 10 points est considérée comme cliniquement significative (Baker, Bodner et Allman, 2003). L'instrument présente une bonne fidélité test-retest avec un coefficient de corrélation intra-classe (CCI) de 0,87 pour le LS-Composé et entre 0,76 et 0,84 pour chacun des trois sous-scores (Auger *et al.*, 2009). Concernant la validité de construit convergente de l'outil, la version américaine du LS-Composé est significativement associée (CCI = 0,88) avec : 1) le Physical Activity Scale for the Elderly (Cavanaugh et Crawford, 2014), 2) les activités quotidiennes de base (coefficient de Pearson = 0,49) et domestiques autodéclarées (coefficient de Pearson = 0,55) et 3) le Short Physical Performance Battery ([coefficient de Pearson = 0,63] Peel, Sawyer Baker, Roth, Brown, Brodner et Allman, 2005). Un guide d'entretien semi-structuré a permis d'étudier les perceptions des participants à l'égard des effets de l'APIC sur leur mobilité, ainsi que sur les facilitateurs et les obstacles à leur mobilité. Ce guide comprenait des questions ouvertes, portant sur l'APIC et ses effets perçus sur la mobilité, telles que : « *Que faites-vous de différent, s'il y a lieu, depuis votre accompagnement?* », « *Parlez-moi de votre fréquentation du quartier pendant votre accompagnement?* », « *Comment, s'il y a lieu, votre accompagnement vous a-t-il aidé à surmonter les obstacles de la fréquentation de ces lieux?* ». D'autres questions portaient sur les déplacements des participants dans leur environnement et, notamment, les facilitateurs et les obstacles à ces déplacements : « *Parlez-moi de vos déplacements dans votre quartier* », « *Comment vous rendez-vous dans ces lieux mentionnés?* », « *Qu'est-ce qui vous aide, s'il y a lieu, à fréquenter les lieux mentionnés?* », « *Est-ce qu'il y a des lieux actuellement où vous aimeriez aller, mais où vous n'allez pas?* », « *Qu'est-ce qui nuit, s'il y a lieu, à votre fréquentation des lieux mentionnés?* ». Le guide a été validé par un expert en recherche qualitative et une ergothérapeute-chercheure et prétesté auprès d'un aîné. La collecte des données a été réalisée simultanément à l'analyse, permettant

l'ajustement du guide en cours de collecte, en accord avec les lignes directrices de la recherche qualitative (Gauthier, 2008).

Analyses

Pour le volet quantitatif, des statistiques descriptives ont été réalisées pour décrire les participants. Les changements mesurés avec le LSA entre T0 et T1 ont été vérifiés avec le test des rangs signés de Wilcoxon. Pour chaque aire de mobilité du LSA, la fréquence de déplacement ainsi que le nombre de participants utilisant une aide technique ou une aide humaine avant et après l'intervention ont été décrits à l'aide d'histogrammes. Pour le volet qualitatif, une analyse de contenu thématique des entretiens a été effectuée à l'aide d'une grille de codage mixte (Miles et Huberman, 2003) et selon un procédé de repérage systématique (Paillé et Mucchielli, 2003). La grille de codage mixte a été développée à partir des thèmes ciblés par le guide d'entretien et du contenu provenant des entretiens réalisés. Ces thèmes étaient la fréquence et la durée des déplacements, la fréquentation nouvelle de lieux de loisirs, l'amélioration des capacités à se déplacer et la taille de l'aire de mobilité. Les obstacles et les facilitateurs en lien avec la mobilité perçus après la réalisation de l'APIC ont aussi été abordés. Ces thèmes ont été par la suite renommés et organisés à l'aide du MDH-PPH (Fougeyrollas, 2010). Les analyses quantitatives et qualitatives ont été respectivement effectuées avec les logiciels SPSS (v18.0) et Microsoft Word.

RÉSULTATS

Participants

Les 16 participants étaient âgés de 66 à 91 ans, la majorité étaient des femmes et étaient propriétaires ou locataires plutôt qu'en résidence pour aînés (Tableau 1). La moitié des participants vivaient avec un conjoint (25 %) ou un membre de leur famille (25 %), l'autre moitié vivant seuls, et la moitié d'entre eux également avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 \$ (Tableau 1). Pendant l'intervention, deux participants ont déménagé dans une résidence pour aînés et un s'est séparé et a déménagé dans un appartement. Une majorité des participants avaient moins de 12 ans de scolarité et percevaient leur santé comme étant passable ou mauvaise (Tableau 1). La majorité des participants présentaient une perte d'autonomie modérée à grave (score au SMAF allant de 11 à 44/87) et divers diagnostics (Tableau 1). Comparativement à la population des Québécois âgés de 65 ans et plus (Fournier, Cazale, Dubé, Murphy et Godbout, 2014), les participants de la présente étude étaient en plus grande proportion des femmes, vivaient davantage seuls, avaient un niveau de scolarité plus élevé, percevaient avoir un niveau de santé inférieur et avaient un niveau d'incapacité plus élevé. Les participants utilisaient régulièrement de un à cinq types d'aide technique (spécifiques aux déplacements ou non) et, pour la majorité, au moins trois types. La moitié des participants utilisaient une canne et la majorité un déambulateur ou une marchette (Tableau 1). À l'exception d'un participant, tous utilisaient un équipement à la salle de bain. Avant

l'intervention, un participant conduisait occasionnellement son automobile. Après l'intervention, deux autres participants avaient repris la conduite automobile, activité délaissée à la suite d'un problème de santé. Les aînés ont rencontré entre 9 et 27 fois leur accompagnateur, la moyenne étant de 20 séances.

Tableau 1 : caractéristiques des participants (n = 16)

Variables continues		Médiane (Intervalle semi-interquartile)
Âge (ans)		80,5 (7,6)
Autonomie fonctionnelle ^a		21 (4,2)
Séances d'accompagnement (#)		20 (3)
Variables catégorielles		Fréquence (%)
Genre (Femmes)		11 (68,8)
Type de résidence	Propriétaire	6 (37,5)
	Locataire	6 (37,5)
	Résidence pour aînés	4 (25,0)
Niveau de ruralité	Urbain	14 (87,5)
	Périurbain	2 (12,5)
Situation de vie	Vit seul	8 (50,0)
	Vit avec un conjoint	4 (25,0)
	Vit avec un membre de la famille	4 (25,0)
Scolarité (ans)	1-6	1 (6,3)
	7-11	8 (50,0)
	12-14	4 (25,0)
	15-16	3 (18,8)
Revenus (\$ Can)	< 15 000	3 (18,8)
	15 001-20 000	5 (31,3)
	20 001-25 000	1 (6,3)
	25 001-40 000	3 (18,8)
	> 40 000	4 (25,0)
Santé autorapportée	Bonne	6 (37,5)
	Passable	8 (50,0)
	Mauvaise	2 (12,5)

^a Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (/87), < 5 : aucune perte d'autonomie, 5-19 : perte d'autonomie légère à modérée, > 19 : perte d'autonomie modérée à grave.

^b Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10).

^c Incluant les traumatismes crâniens et les fractures du poignet.

^d Life-Space Assessment, plusieurs réponses possibles.

^e Barre d'appui, siège de bain, cabine de douche sans seuil, chaise d'aisance ou toilette surélevée.

Tableau 2 : caractéristiques des participants (n = 16) (suite)

Variables catégorielles		Fréquence (%)
Condition de santé ^b	Maladie du système nerveux	1 (6,3)
	Maladie du système respiratoire	6 (37,5)
	Lésion traumatique, empoisonnement et certaines autres conséquences de causes externes ^c	2 (12,5)
	Maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 (12,5)
	Maladie de l'œil et de ses annexes	2 (12,5)
	Maladie de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 (6,3)
	Autres (p. ex. : chutes)	2 (12,5)
	Aide technique ^d	Équipement de salle de bain ^e
	Déambulateur, marchette	12 (75,0)
	Canne	9 (56,3)
	Fauteuil roulant manuel	5 (31,3)
	Rampe d'accès	5 (31,3)
	Canne blanche	2 (12,5)
	Triporteur, quadriporteur	1 (6,3)
	Orthèse	1 (6,3)

^a Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (/87), < 5 : aucune perte d'autonomie, 5-19 : perte d'autonomie légère à modérée, > 19 : perte d'autonomie modérée à grave.

^b Selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé (CIM-10).

^c Incluant les traumatismes crâniens et les fractures du poignet.

^d Life-Space Assessment, plusieurs réponses possibles.

^e Barre d'appui, siège de bain, cabine de douche sans seuil, chaise d'aisance ou toilette surélevée.

Changements dans les habitudes de déplacements après l'APIC mesurés avec le LSA

Concernant le LSA, les résultats démontrent qu'à la suite de l'APIC, le LS-Composé, qui prend en compte le niveau d'aire de mobilité atteint, la fréquence des déplacements dans chaque aire de mobilité et l'aide utilisée pour s'y rendre, a significativement augmenté ($p < 0,01$; Tableau 2). L'étendue des changements individuels au niveau du LS-Composé est de 64,5 points sur un total de 120 points, avec un changement positif pour 13 participants, qui est supérieur à 10 (16-46 points) pour 7 d'entre eux (données non présentées en tableau). Les scores aux LS-Maximal, LS-Indépendant et LS-Équipement ne diffèrent pas significativement entre les deux temps de mesure, mais le LS-Maximal tend à avoir augmenté.

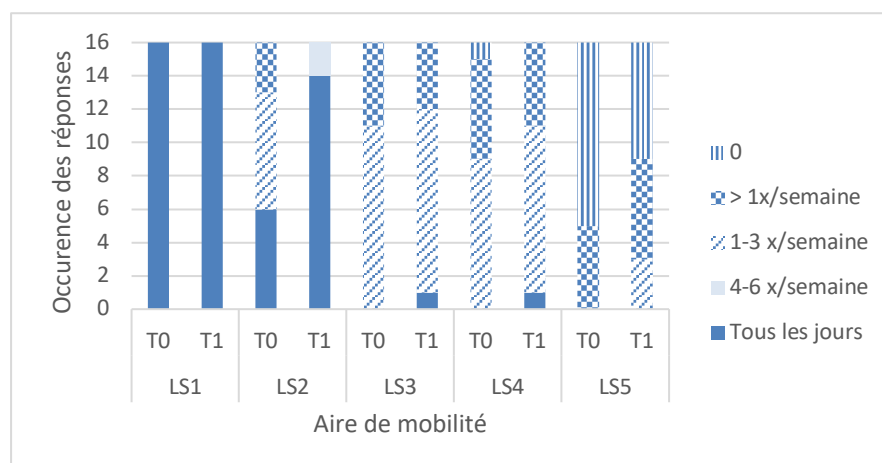
Tableau 3 : comparaison des scores du Life-Space Assessment avant (T₀) et après (T₁) l'intervention (n = 16)

Scores du LS	Médiane (intervalle interquartile)		Valeur de p*
	T ₀	T ₁	
LS-Composé (/120)	30,3 (9,3)	38,5 (13)	< 0,01
LS-Maximal (/5)	4 (1)	5 (1)	0,06
LS-Équipement (/5)	3 (1)	3 (1,3)	0,27
LS-Indépendant (/5)	0,5 (1,3)	0,5 (3)	0,17

* Test des rangs signés de Wilcoxon

La fréquence de déplacement diminue au fur et à mesure que l'aire de mobilité s'éloigne du domicile, et ce, avant et après l'APIC (Figure 2). Néanmoins, à la suite de l'intervention, les fréquences de déplacement ont été augmentées pour toutes les aires de mobilité, à l'exception du domicile, dont la fréquence était déjà au maximum avant l'intervention. Par exemple, alors que ce n'était pas le cas pour la majorité d'entre eux avant l'intervention, l'ensemble des participants ont déclaré s'être déplacés au moins quatre fois par semaine autour du domicile après l'intervention (Figure 2). Ces déplacements ont même eu lieu tous les jours pour 14 d'entre eux. Parmi les 11 participants qui rapportaient ne pas se déplacer à l'extérieur de la ville avant l'intervention, 7 s'y déplaçaient après l'APIC.

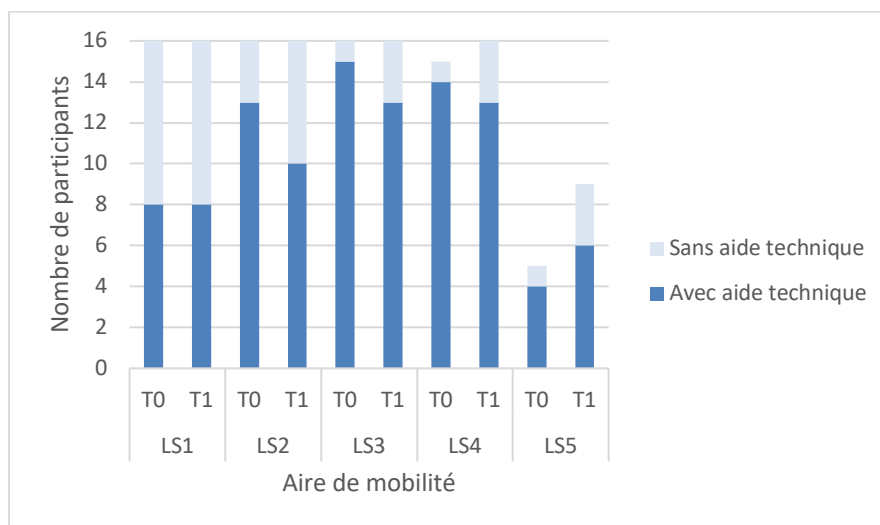
Figure 2 : distribution des fréquences de déplacement par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

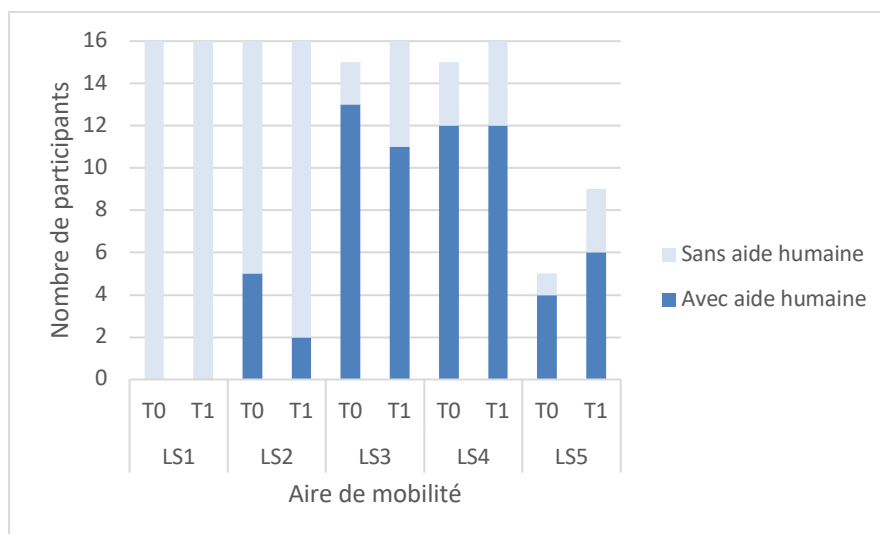
La majorité des participants se déplaçaient avec une aide technique, à la fois avant et après l'intervention (Figure 3). Après l'intervention, une augmentation d'une à trois personnes se déplaçant sans aide technique a toutefois été observée pour toutes les aires, sauf autour du domicile. Au-delà du domicile, la majorité des participants ont eu recours à une assistance humaine, et ce, avant et après l'intervention (Figure 4). Une augmentation d'un à trois participants se déplaçant sans assistance humaine a été observée à la suite de l'APIC pour toutes les aires, sauf autour du domicile (Figure 4).

Figure 3 : nombre de participants utilisant une aide technique par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

Figure 4 : nombre de participants ayant recours à une aide humaine par aire de mobilité avant (T₀) et après (T₁) l'intervention



LS1 : domicile ; LS2 : autour du domicile ; LS3 : voisinage ; LS4 : ville ; LS5 : au-delà de la ville

Changements dans les habitudes de déplacements après l'APIC rapportés par les aînés

Au cours des entretiens semi-dirigés, les aînés ont révélé qu'ils percevaient que l'APIC avait amélioré leur mobilité ; six thèmes ont été identifiés (Tableau 3). En effet, la majorité des aînés ont rapporté avoir augmenté **la fréquence et la durée de leurs déplacements**, comme l'illustre cet homme de 67 ans, vivant avec sa conjointe et ayant une perte d'autonomie modérée : « *Je prends des plus longues marches, j'essaie de marcher une heure par jour. Ça fait quatre-cinq ans que je n'étais pas capable de faire ça* » (P13). D'autres participants mentionnent **fréquenter de nouveaux lieux et une plus**

grande diversité d'endroits, dont des salles de spectacles et des organismes communautaires, comme cet homme de 82 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *Je vais à [nom de l'organisme communautaire] à cause de l'accompagnatrice. C'est elle qui m'a suggéré de m'inscrire là* » (P2). Les aînés ont aussi rapporté avoir **augmenté leur capacité à se déplacer seuls**, notamment dans les escaliers, telle cette dame âgée de 86 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave et qui demeurait dans une résidence pour aînés : « *Elle [l'accompagnatrice] m'a appris à descendre les marches. Parce qu'ici au troisième, il faudrait que je descende d'étage en cas de feu* » (P12). Enfin, les aînés ont rapporté **percevoir moins d'obstacles à leurs déplacements** et avoir **agrandi leur aire de mobilité**, comme l'illustre cette aînée de 66 ans ayant une perte d'autonomie modérée qui s'est inscrite à une nouvelle activité de loisirs dans la communauté : « *Je ne faisais plus rien d'autre que lire ou écouter la télé. [...] J'ai dit écoute [nom de l'aînée elle-même], t'auras pas [nom de l'accompagnatrice] tout le temps. C'est là que j'ai téléphoné à [nom d'un organisme communautaire] s'il y avait encore des [périodes de jeu de] cartes, et il y en avait* » (P10).

Tableau 4 : synthèse des effets de l'intervention sur les déplacements rapportés par les aînés (n = 16)

Effets de l'intervention
Fréquence et durée des déplacements augmentées
Nouveaux lieux découverts
Diversité de lieux fréquentés augmentée
Capacité à se déplacer seul améliorée
Obstacles aux déplacements perçus diminués
Aire de mobilité agrandie

Facilitateurs et obstacles aux déplacements perçus par les aînés

Les facilitateurs aux déplacements identifiés à la suite de l'intervention étaient reliés aux facteurs personnels ou à l'environnement physique ou social (Tableau 4). Parmi les facilitateurs personnels, la **motivation** et la **confiance** des aînés envers leurs capacités sont importantes pour les déplacements. Pour la majorité des aînés, être accompagné les motivait et augmentait leur confiance en leur capacité à se déplacer pour réaliser une activité. Par exemple, pour cet aîné de 85 ans en perte d'autonomie modérée à grave et qui vivait avec sa conjointe, l'APIC l'a motivé à fréquenter de nouveaux lieux comme un centre communautaire où il ne savait pas comment se rendre : « *J'en ai profité [de l'APIC et de l'accompagnatrice], parce que ce sont des endroits où je désirais aller depuis longtemps* » (P1).

Des facteurs de l'environnement physique facilitateurs ont également été rapportés par les participants. L'**automobile** est perçue comme un élément facilitant les déplacements lors de l'APIC (Tableau 4), par exemple pour cette aînée de 66 ans ayant une perte d'autonomie modérée : « *Pour moi l'auto, signifie autonomie. Si j'ai envie à 2 h de l'après-midi d'aller prendre un bon café ou fouiner un peu dans les magasins, je prends mon auto* » (P10). Pour cette participante, la présence de l'accompagnatrice lui

a redonné la confiance nécessaire pour sortir davantage, ce qui, avec l'aide de son véhicule, a grandement facilité ses déplacements et son autonomie (Tableau 4). L'APIC a aussi permis à une des aînées âgée de 79 ans et en perte d'autonomie modérée de consolider une stratégie d'utilisation d'**équipement** mise en place avant l'intervention (Tableau 4) : « *Je peux aller chez [nom d'un magasin] à cause de leur panier sur lequel je peux me tenir. Ils sont assez gros pour ça* » (P5). Les endroits offrant une aide à la mobilité étaient ainsi priorités par les aînés. La **proximité physique des lieux** est aussi un facilitateur à la mobilité lors de l'APIC (Tableau 4), qu'il s'agisse de parc, comme pour cette dame de 67 ans en perte d'autonomie modérée à grave : « *Je vais prendre des petites marches juste en arrière ici. Je vais m'asseoir sur les balançoires, je jase avec le monde qu'y a* » (P8), ou de commerces et services, comme pour cette aînée de 86 ans, également en perte d'autonomie modérée à grave : « *Depuis qu'on est ici, c'est un peu l'attrait qu'il y avait, on était près du [nom d'un centre commercial], on était près de tout* » (P14).

Enfin, les participants ont rapporté que des facteurs de l'environnement social, comme le **transport adapté**, facilitaient leurs déplacements (Tableau 4). C'est ce que mentionnait par exemple cette participante de 91 ans en perte d'autonomie modérée à grave, qui utilise un déambulateur et apprécie que le transport adapté aille la chercher et la reconduire chez elle pour aller au centre de jour, ainsi que pour visiter sa famille : « *Je prends le transport adapté [...] quand il y a quelque chose chez mes enfants, comme un souper [...] C'est bien sécuritaire* » (P3). L'**assistance de l'accompagnateur** s'est également révélée facilitante lors de sorties nécessitant l'aide d'une personne et l'utilisation d'une aide à la marche. C'est le cas pour cette participante de 70 ans, en perte d'autonomie modérée, vivant dans une résidence pour aînés et utilisant trois types d'aide technique : « *Je suis allée voir [nom d'une chanteuse donnant un spectacle]. Je suis allée avec ma marchette. C'est l'accompagnatrice [...] qui a été me chercher mon billet, puis m'a conduite* » (P11). Les **activités disponibles** dans la communauté se sont avérées être une motivation à entreprendre des déplacements (Tableau 4). La majorité des participants ont mentionné vouloir aller à un organisme communautaire qui offre des activités pour les aînés, y compris pour ceux ayant des incapacités : « *[Nom de l'organisme communautaire], il n'y a pas de marche, c'est plat et on fait des exercices, d'une semaine à l'autre ça se ressemble les exercices, c'est quasiment toujours le même rythme, mais il y a différents exercices à faire. Je peux me comparer à d'autres. Je vois que je ne suis pas pire que d'autres* » (P3). L'aide du **réseau social** est un facilitateur au déplacement des aînés dans certaines aires de mobilité (Tableau 4), soit autour du domicile, comme l'illustre cet extrait d'une dame de 87 ans vivant seule et ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *On se rend des services. Comme ma voisine, elle est veuve, elle aussi. Elle est plus jeune que moi. Elle me surveille beaucoup. L'hiver, ils m'ouvrent ma cour* » (P15), ou dans la ville et au-delà, ainsi que le décrit cette aînée de 91 ans, qui vivait aussi seule et avait une perte d'autonomie modérée à grave : « *[Dans] le quartier, je ne sors jamais toute seule. Quand je sors, quelqu'un vient me chercher et on va quelque part* » (P4). La **famille** est aussi un facilitateur à la mobilité de l'environnement social (Tableau 4), comme pour cette participante qui, en dehors de l'accompagnement, pouvait sortir lorsqu'on la visitait : « *Moi, mes enfants, au lieu de venir manger*

ici, quand ma fille descend, on s'en va toujours manger dans les restaurants. Ils me sortent. Eux autres, ce n'est pas parce que ce n'est pas bon, mais c'est pour me sortir de cette place-là [centre d'hébergement] » (P12).

Tableau 5 : facilitateurs et obstacles à la mobilité à la suite de l'intervention, perçus par les participants (n = 16)

Catégories	Facilitateurs	Obstacles
Personnels	<ul style="list-style-type: none"> - Motivation - Confiance en soi 	<ul style="list-style-type: none"> - Connaissances limitées - Deuil
Environnementaux physiques	<ul style="list-style-type: none"> - Automobile - Équipement - Proximité des lieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Inaccessibilité des lieux - Intempéries - Étalement urbain
Environnementaux sociaux	<ul style="list-style-type: none"> - Transport adapté - Accompagnateur - Activités dans la communauté - Réseau familial et social 	<ul style="list-style-type: none"> - Coût des activités - Situation familiale

Quant aux obstacles aux déplacements après l'APIC, ceux-ci étaient également reliés aux facteurs personnels ou à l'environnement physique ou social (Tableau 4). Parmi les obstacles reliés aux facteurs personnels, les participants ont mentionné les **connaissances limitées**, par exemple à propos des activités offertes ou sur l'itinéraire à suivre pour s'y rendre : « *Une place qu'on aimerait aller, c'est jouer à la pétanque, mais on ne savait pas où c'était* » (P14). La difficulté à gérer des émotions liées au **deuil** était aussi un facteur personnel rapporté par des participants veufs, qui ne souhaitaient plus se rendre à certaines activités, par exemple, aller à une soirée dans un organisme communautaire proposant des activités de loisirs aux aînés : « *J'étais allée quand mon mari vivait [...], mais après [...], j'aurais braillé tout le temps que j'étais là* » (P3).

L'**inaccessibilité des lieux** a pu également être un facteur de l'environnement physique restrictif (Tableau 4) : « *Là-bas [dans une église], il n'y a que trois marches à monter et [nom d'une autre église], il faut en monter plus, il y a une douzaine de marches, c'est quelque chose* » (P2). Les obstacles sont aussi reliés aux **intempéries** (Tableau 4) : « *On a eu un vilain printemps, alors ça n'a pas aidé beaucoup. C'est peut-être pour ça qu'on n'est pas sorties, parce qu'il pleuvait tout le temps* » (P4). Ainsi, certains participants avaient tendance à reporter leurs déplacements, comme cette aînée de 71 ans ayant une perte d'autonomie modérée à grave et qui avait prévu aller magasiner avec son accompagnatrice : « *Enfin, on a resté ici : il mouillait. La [accompagnatrice] a dit : "On va y aller la semaine prochaine"* » (P16). Enfin, l'**étalement urbain** peut représenter un obstacle environnemental physique (Tableau 4), par exemple pour cette participante de 79 ans vivant avec un membre de sa famille et ayant une perte d'autonomie modérée à grave : « *Peut-être que ça serait bien que je connaisse les voisins, mais je les connais pas. Ils sont quand même assez loin* » (P7).

Concernant les facteurs de l'environnement social, des participants ont rapporté ne pas vouloir réaliser des activités en raison des **coûts associés** (Tableau 4), comme pour cet homme de 78 ans qui avait une perte d'autonomie modérée à grave : « *Il y a [beaucoup] de places qu'on voudrait aller, mais c'est rendu cher* » (P9). Pour certains, la **situation familiale** pouvait aussi être un obstacle, parce que les membres de leur famille demeuraient loin.

DISCUSSION

La présente étude visait à : 1) vérifier les changements relatifs à la mobilité d'ainés en perte d'autonomie après la réalisation de l'APIC et 2) identifier les facilitateurs et les obstacles à la mobilité, perçus après la réalisation de l'APIC. Les résultats quantitatifs montrent que, après six mois de réalisation de l'APIC, les déplacements des participants ont augmenté. Les aires maximales de mobilité avec et sans aide technique ou assistance humaine n'ont pas changé, mais l'aire maximale de mobilité tend à avoir augmenté. Selon les résultats qualitatifs, les participants rapportent que l'APIC a contribué à améliorer leur mobilité, notamment en leur permettant de découvrir de nouveaux lieux de participation sociale, d'augmenter la diversité des lieux fréquentés et la fréquence de fréquentation et d'améliorer leur capacité à se déplacer seuls.

L'amélioration des habitudes de déplacement des participants de 8,3 points est statistiquement significative, indiquant un changement global positif de la mobilité après la réalisation de l'APIC. En revanche, cette amélioration n'atteint pas le seuil de 10 points, et n'est, par conséquent, pas cliniquement significative (Baker, Bodner et Allman, 2003). Néanmoins, au niveau individuel, sept participants ont connu une augmentation cliniquement significative de leurs habitudes de déplacement. L'absence d'amélioration statistiquement significative des aires maximales de mobilité avec et sans aide technique ou assistance humaine peut s'expliquer par le fait que l'APIC visait à stimuler les participants à augmenter leur fréquence de pratique d'activités sociales. Ces activités impliquaient principalement de se déplacer hors du domicile, mais ne visaient pas leur réadaptation, et ne les incitaient pas spécifiquement à se déplacer dans les aires de mobilité les plus éloignées ou à diminuer leur recours à une aide technique ou à l'aide d'une personne. Ainsi, puisque le score des habitudes de déplacement est le seul qui prend en compte la fréquence des déplacements et est sous-jacent au calcul de la taille de l'échantillon, il était attendu que ce score total change davantage que les sous-scores d'aires maximales. De plus, un effet plafond de l'aire maximale de mobilité peut également expliquer l'absence de différence statistiquement significative. En effet, 15 des 16 participants se déplaçaient dans et au-delà de la ville avant l'intervention, et tous le faisaient après. Enfin, une sensibilité limitée du LSA aux changements pour les sous-scores a été rapportée par Auger et collègues (2009) et expliquerait le fait que les aires maximales de mobilité n'aient pas été augmentées après la réalisation de l'APIC, alors que certains participants rapportent avoir amélioré leur mobilité.

Il ressort des résultats qualitatifs que l'étendue de l'aire de mobilité des participants se serait agrandie et serait devenue moins contraignante ; l'ensemble des résultats indiquent que leur fréquence de déplacement a augmenté. Ainsi, au cours de l'APIC, grâce à l'accompagnateur, les participants semblent avoir pu identifier et surmonter certains obstacles aux déplacements, notamment ceux de nature personnelle. En effet, réaliser l'APIC a offert aux participants de multiples occasions de se déplacer en sécurité, leur permettant d'améliorer leurs capacités à se déplacer et leur confiance en leurs capacités. Bien qu'ils ne l'aient pas explicité, cela a pu par exemple diminuer leur peur de chuter, un des obstacles associés aux habitudes de déplacement d'aînés dans la communauté (Auais, Alvarado, Guerra, Curcio, Freeman, Ylli, Guralnik et Deshpande, 2017). L'inaccessibilité des lieux, identifiée dans la présente étude comme un obstacle, correspond aux résultats de Chaudet (2012) selon lesquels l'accessibilité peut favoriser ou restreindre la participation sociale. En outre, ces résultats sont en accord avec ceux de Raymond, Grenier et Hanley (2014), pour qui l'accessibilité au soutien et la possibilité de faire ses propres choix représentent des conditions essentielles à la participation sociale.

Les résultats de la présente étude sont similaires à ceux de Lefebvre et collaborateurs (2013) qui se sont intéressés aux changements observés auprès de personnes atteintes de traumatismes crâniens à la suite de la réalisation de l'APIC. Ces résultats ont démontré qu'avec l'aide des accompagnateurs, plusieurs participants ont pu fréquenter des endroits où ils n'étaient jamais allés depuis leur traumatisme. Toujours selon cette étude, près de la moitié des participants ont déclaré éprouver moins de difficultés et se sentir moins dépendants de leur entourage dans leurs déplacements (Lefebvre *et al.*, 2013). De tels résultats appuient l'hypothèse qu'accroître la motivation des aînés en perte d'autonomie à entreprendre des activités de participation sociale et leur apporter le soutien adéquat les aide à améliorer leur mobilité.

Implications pour la pratique en ergothérapie

La présente étude a plusieurs implications pour la pratique en ergothérapie. Tout d'abord, l'ergothérapeute a un rôle essentiel à jouer dans la formation et la supervision des accompagnateurs. En retour, les accompagnateurs peuvent soutenir la consolidation sur le long terme des stratégies mises en place au cours de l'intervention de l'ergothérapeute, au rythme des aînés. Ainsi, puisqu'il offre aux aînés de multiples occasions d'être motivés, stimulés et entraînés à réaliser des activités sociales et de loisirs grâce à la mise en place d'une relation égalitaire, régulière et de confiance avec un citoyen de la communauté, l'APIC permet de prolonger et de compléter les interventions des ergothérapeutes.

Forces et limites

Cette étude pilote est la première à avoir exploré en profondeur et à l'aide d'un devis mixte les changements observés sur la mobilité après la réalisation de l'APIC. D'autres variables auraient cependant pu être considérées pour mieux documenter la mobilité des participants avant et après l'intervention, par exemple, en utilisant un journal de déplacements et en recueillant de l'information sur le sentiment de sécurité ou le plaisir des participants lorsqu'ils effectuent des déplacements. La qualité des déplacements aurait également pu être évaluée par un ergothérapeute et des outils, comme

un podomètre ou un GPS, auraient pu être utilisés pour collecter des données objectives. Néanmoins, une étude menée auprès de personnes de 50 ans et plus utilisant un fauteuil roulant a montré que des mesures objectives de mobilité, comme la distance parcourue, étaient significativement associées aux habitudes de déplacement telles que mesurées avec le score composé du LSA (Sakakibara, Routhier et Miller, 2017). Par ailleurs, les facilitateurs et les obstacles à la mobilité des participants auraient pu être également questionnés avant l'APIC, permettant de documenter davantage les changements apportés par l'intervention. D'autre part, l'absence de groupe contrôle ne permet pas d'établir que les changements observés sont uniquement reliés à la réalisation de l'APIC. Enfin, la petite taille de l'échantillon, le recrutement selon une stratégie de convenance ainsi que l'attrition de trois participants limitent la transférabilité et la généralisation des résultats à l'ensemble de la population aînée en perte d'autonomie.

CONCLUSION

Ces résultats soutiennent en partie l'intérêt d'implanter l'APIC dans la communauté, afin de favoriser la mobilité des aînés. Implanter l'APIC grâce à des partenariats entre les organismes communautaires et les centres de santé et de services sociaux réalisant conjointement le recrutement, la formation et la supervision d'accompagnateurs pourrait permettre à un plus grand nombre d'aînés de se déplacer, et de mieux connaître et d'utiliser davantage les ressources de la communauté.

Grâce aux facilitateurs et aux obstacles aux déplacements identifiés par les aînés, les résultats de cette étude appuient également les actions actuelles des communautés qui favorisent le transport actif et l'accessibilité des lieux à une clientèle âgée. En effet, l'APIC agit principalement sur les individus eux-mêmes, par exemple en améliorant leur capacité à marcher. Afin de favoriser une meilleure mobilité et une participation sociale optimale chez les aînés, il importe aussi de mettre en place des initiatives agissant sur des facteurs de l'environnement physique ou social. Ainsi, l'adoption de règlements et d'initiatives visant la « marchabilité » des quartiers et l'adaptation des services municipaux, par exemple à travers des plans directeurs du transport actif et les « communautés amies des aînés », pourrait atténuer les obstacles aux déplacements identifiés dans cette étude.

D'autres études sont néanmoins nécessaires afin de vérifier si les modifications observées après l'APIC, notamment sur la mobilité, perdurent à plus long terme. Par exemple, un essai clinique à répartition aléatoire multicentrique sur l'APIC actuellement en cours devrait permettre de documenter les effets de cette intervention prometteuse (Levasseur *et al.*, 2018). Enfin, afin de soutenir la réalisation de cette intervention en dehors du cadre de la recherche, il serait aussi pertinent d'identifier les facilitateurs et les obstacles à l'implantation de l'APIC dans les milieux communautaires et cliniques, notamment avec des accompagnateurs bénévoles.

REMERCIEMENTS

Les chercheurs souhaitent remercier Jade Bilodeau, Nathalie Bier, Sarah Blain, Élisabeth Dutil, Luc Grégoire, Joanie Lacasse-Bédard, Marie-Anick Lussier, Lise Trottier et tous les accompagnateurs qui ont contribué à l'étude, ainsi que les participants qui ont donné de leur temps et partagé leurs expériences de vie. Le financement a été obtenu des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC ; #284179) et du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement. Des jetons de transport ont été fournis aux accompagnateurs par la Société de transport de Sherbrooke. Caroline Pigeon était chercheuse post-doctorante boursière du Fonds de la recherche du Québec Santé ; Mélanie Levasseur est nouvelle chercheuse des IRSC (2017-22 ; #360880).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Auais, M., Alvarado, B., Guerra, R., Curcio, C., Freeman, E. E., Ylli, A., Guralnik, J., et Deshpande, N. (2017). Fear of falling and its association with life-space mobility of older adults: A cross-sectional analysis using data from five international sites. *Age and Ageing*, 46(3), 459-465. doi:10.1093/ageing/afw239
- Auger, C. (2009). *Évaluation des effets de l'utilisation des aides à la mobilité motorisées chez les personnes âgées de plus de 50 ans*. Thèse de doctorat, Université de Montréal. doi:10.3917/ga.141.0063
- Auger, C., Demers, L., et Gélinas, I. (2008). *Évaluation des habitudes de déplacements – Version canadienne-française d'UAB Life-Space Assessment (LSA-F)*. Montréal : Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal. Repéré à : http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/27554.pdf?Archive=104939192211&File=27554_pdf
- Auger, C., Demers, L., Gélinas, I., Routhier, F., Jutai, J., Guérette, C., et Deruyter, F. (2009). Development of a French-Canadian version of the Life-Space Assessment (LSA-F): Content validity, reliability and applicability for power mobility device users'. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 4(1), 31-41. doi:10.1080/17483100802543064
- Baker, P., Bodner, E., et Allman, R. (2003). Measuring life-space mobility in community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(11), 1610-1614. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51512.x
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., James, B. D., et Bennett, D. A. (2010). Association between life space and risk of mortality in advanced age. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(10), 1925-1930. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.03058.x
- Cavanaugh, J. T., et Crawford, K. (2014). Life-Space Assessment and Physical Activity Acale for the Elderly: Validity of proxy informant responses. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 95(8), 1527-1532. doi:10.1016/j.apmr.2014.03.027
- Chaudet, B. (2012). Les territoires du "Bien vieillir" au prisme de la mobilité quotidienne des personnes âgées. Dans J.-P. Viriot-Durandal, C. Pihet et P.-M. Chapon, *Les défis territoriaux face au vieillissement* (p. 183). Paris : La documentation française.
- Cohen-Mansfield, J., Shmotkin, D., Blumstein, Z., Shorek, A., Eyal, N., et Hazan, H. (2013). The old, old-old, and the oldest old: Continuation or distinct categories? An examination of the relationship between age and changes in health, function, and well-being. *International Journal of Aging & Human Development*, 77(1), 37-57. doi:10.2190/AG.77.1.c
- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., et Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*, 24(5), 402-406. doi:10.1093/ageing/24.5.402
- Fougeyrollas, P. (2010). *Le funambule, le fil et la toile. Transformations réciproques du sens du handicap*. Québec : Presses de l'Université Laval.

- Fournier, C., Cazale, L., Dubé, G., Murphy, M., et Godbout, M. (2014). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010-2011. Utilisation des services de santé et des services sociaux des personnes avec incapacité. Volume 4*. Québec : Institut de la statistique du Québec.
- Frémont, A., Chevalier, J., Herin, R., et Renard, J. (1984). *Géographie sociale*. Paris : Masson.
- Gauthier, B. (dir.) (2008). *Recherche sociale. De la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Hébert, R., Carrier, R., et Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La Revue de Gériatrie*, 13, 161-167.
- Institut de la statistique du Québec (2015). *Bilan démographique*. Repéré à : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/bilan2016.pdf>
- James, B. D., Boyle, P. A., Buchman, A. S., Barnes, L. L., et Bennett, D. A. (2011). Life space and risk of Alzheimer's disease, mild cognitive impairment, and cognitive decline in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 961-969. doi:10.1097/JGP.0b013e318211c219
- Lefebvre, H. (2010). Pour une intervention centrée sur les besoins perçus de la personne et de ses proches. Dans I. Vincent, A. Loïc, & C. Fournier (Eds.), *Modèles et pratiques en éducation du patient: apports internationaux* (pp. 18–35). Paris : Instituts nationale de prévention et d'éducation pour la santé (INPES).
- Lefebvre, H., Levert, M.-J., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., Michallet, B., et 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, 107-123. doi:10.3917/rsi.115.0107
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin L., et Raymond, E. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social Science & Medicine*, 71, 2141-2149. doi:10.1016/j.socscimed.2010.09.041
- Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., et Payette, H. (2011). Associations between perceived proximity to neighborhood resources, disability, and social participation among community-dwelling older adults: Results from the VoisiNuAge study. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(12), 1979-1986. doi:10.1016/j.apmr.2011.06.035
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., ... Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC): A promising intervention for increasing mobility, accomplishments of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102. doi:10.1016/j.archger.2016.01.001
- Levasseur, M., Dubois, M.-F., Filliatraut, J., Vasiliadis, H.-M., Lacasse-Bédard, J., Tourigny, A., ... Eymard, C. (2018). Effect of Personalised citizen assistance for social participation (APIC) on older adults' health and social participation: Study protocol for a pragmatic multicentre randomised controlled trial (RCT). *British Medical Journal Open*, 8(3), 1-11. doi:10.1136/bmjopen-2017-018676
- Machin, D., Campbell, M., Tan, S.-B., et Tan, S.-H. (2009). *Sample size tables for clinical studies* (3^e éd.). West Sussex, UK : Wiley Blackwell.
- Miles, M. B., et Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives* (2^e éd.). Paris : De Broeck.
- Miller, W., et Crabtree, B. (2003). Clinical Research. Dans N. Denzin et Y. Lincoln (dir.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., p. 397-434). Thousand Oaks, CA : Sage Publications Inc.
- Nader, B. (2011). Perception, appropriation et représentations des territoires de vie des 75 ans et plus dans le XIV^e arrondissement parisien : l'apport des cartes mentales. Dans Viriot-Durandal, J.-P., Pihet, C., et Chapon, P.-M. (2012). *Les défis territoriaux face au vieillissement*. Paris : La documentation française.
- Organisation mondiale de la santé (2002). *Viellir en restant actif: cadre d'orientation* (No. WHO/NMH/NPH/02.8). Genève : OMS.
- Paillé, P., et Mucchielli, A. (2003). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand Colin.

- Peel, C., Sawyer Baker, P., Roth, D. L., Brown, C. J., Bodner, E. V., et Allman, R. M. (2005). Assessing mobility in older adults: The UAB Study of Aging Life-Space Assessment. *Physical Therapy, 85*(10), 1008-1019. doi:10.1093/ptj/85.10.1008
- Raymond, É., Grenier, A., et Hanley, J. (2014). Community participation of older adults with disabilities. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 24*(1), 50-62. doi:10.1002/casp.2173
- Roccaforte, W. H., Burke, W. J., Bayer, B. L., et Wengel, S. P. (1992). Validation of a telephone version of the Mini-Mental State Examination. *Journal of the American Geriatrics Society, 40*(7), 697-702. doi:10.1111/j.1532-5415.1992.tb01962.x
- Sheppard, K. D., Sawyer, P., Ritchie, C. S., Allman, R. M., et Brown, C. J. (2013). Life-space mobility predicts nursing home admission over 6 years. *Journal of Aging and Health, 25*(6), 907-920. doi:10.1177/0898264313497507
- Sakakibara, B. M., Routhier, F., et Miller, W. C. (2017). Wheeled-mobility correlates of life-space and social participation in adult manual wheelchair users aged 50 and older. *Disability and Rehabilitation : Assistive Technology, 12*(6), 592-598. doi:10.1080/17483107.2016.1198434
- Statistics Canada (2010). *Population projections for Canada, provinces and territories 2009-2036*. Ottawa : Statistics Canada.
- Turcotte, M., et Schellenberg, G. (2007). *A portrait of seniors in Canada 2006*. Ottawa : Statistics Canada, Social and Aboriginal Statistics Division.
- Webber, S. C., Porter, M. M., et Menec, V. H. (2010). Mobility in older adults: A comprehensive framework. *The Gerontologist, 50*(4), 443-450. doi:10.1093/geront/gnq013
- Xue, Q., Fried, L. P., Glass, T. A., Laffan, A., et Chaves, P. (2008). Life-space constriction, development of frailty, and the competing risk of mortality: The women's health and aging study I. *American Journal of Epidemiology, 167*(2), 240-248. doi:10.1093/aje/kwm270
- Yen, I. H., Michael, Y. L., et Perdue, L. (2009). Neighborhood environment in studies of health of older adults: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 37*(5), 455-463. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.022