



Implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : vers l'optimisation de la mise en œuvre de cette approche novatrice visant la participation sociale des aînés

Article

Cite this article: Gobeil J, Gaumont V, Germain S, Vézina A, Duguay A-M, & Levasseur M. (2023). Implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) : vers l'optimisation de la mise en œuvre de cette approche novatrice visant la participation sociale des aînés. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement* 42(4), 551–564.
<https://doi.org/10.1017/S0714980823000132>

Received: 18 September 2020
Accepted: 20 November 2022

Mots-clés:



Implantation; participation sociale; aînés; communautaire; facilitateur; obstacle

Keywords:

Implementation; social participation; older adults; community; facilitator; obstacle

Corresponding author:

Janie Gobeil;
Email: janie.gobeil@usherbrooke.ca

Janie Gobeil^{1,2} , Véronique Gaumont³, Stéphanie Germain³, Audrey Vézina³, Anne-Marie Duguay³ and Mélanie Levasseur^{2,3} 

¹Département des sciences de la santé communautaire, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada, ²Centre de recherche sur le vieillissement, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada and ³École de réadaptation, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC, Canada

Résumé

La présente étude visait à documenter l'implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), lors duquel des bénévoles soutiennent la participation sociale d'aînés, dans des organismes communautaires en identifiant les facteurs favorables et défavorables ainsi que ses conditions essentielles. Soutenu par un devis qualitatif descriptif de type recherche clinique, une rencontre et six entretiens semi-dirigés ont été réalisés afin de documenter cette implantation dans six organismes communautaires œuvrant en milieu urbain au Québec (Canada). Selon les six coordonnatrices de l'APIC, les cinq directeurs généraux et l'agente de recherche, le principal facteur favorable est la conviction des responsables de l'implantation en la valeur ajoutée de l'intervention, incluant sa concordance avec la mission et les valeurs des organismes et les besoins de la population qu'ils desservent. Les facteurs défavorables sont principalement la répartition aléatoire et le temps accordé pour l'implantation. Ces résultats permettront de mieux guider l'implantation de l'APIC à plus grande échelle.

Abstract

This study aimed to document the implementation of the Personalized citizen assistance for social participation (*Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire*; APIC), during which volunteers support social participation in older adults, in community organizations, by identifying favorable and unfavorable factors, as well as essential conditions. Supported by a descriptive qualitative clinical research design, one meeting and six semi-structured interviews were carried out to document this implementation in six community organizations in urban areas in Quebec (Canada). According to the six APIC coordinators, five general directors and one research professional, the main favorable factor is the conviction of leaders in the intervention's added value, including its coherence with the values and mission of organizations and needs of the population they served. The unfavorable factors are mainly the randomization and time granted for the implementation. These results will better guide the implementation of the APIC on a larger scale.

Introduction

Le vieillissement de la population représente un des principaux défis de la société actuelle. En effet, au Canada, il est prévu que près d'un Canadien sur quatre sera âgé de 65 ans et plus d'ici 2031 (Statistique Canada, 2017), ce qui représente un enjeu pour le système de la santé et l'économie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rapporte d'ailleurs que les gouvernements, les institutions et la société civile devraient adopter des politiques et des programmes axés sur les déterminants de la santé et aidant la population à vieillir en restant actif (2002). La participation sociale figure parmi les déterminants modifiables et se définit par l'implication d'une personne dans des activités qui lui procurent des interactions avec d'autres dans la communauté (p. ex., participer à une activité organisée par le centre communautaire de son quartier, faire du bénévolat au sein de sa résidence ou marcher avec un ami; Levasseur et al.,

2010). Ces interactions surviennent dans la vie communautaire et dans des milieux partagés et importants, et évoluent selon le temps et les ressources disponibles et en fonction du contexte sociétal des individus et de ce qui est désiré et signifiant pour les aînés (Levasseur et al., 2021). En plus d'assurer la contribution des aînés à la société, la participation sociale a le potentiel de satisfaire leurs besoins d'accomplissement de soi et d'appartenance (Larivière, 2008). La participation sociale contribue également à favoriser le maintien des relations sociales et des rôles signifiants (Levasseur et al., 2010). Toutefois, la participation sociale d'un individu tend à diminuer avec le vieillissement normal, et ce, particulièrement à partir de 75 ans (Desrosiers, Noreau et Rochette, 2004). De plus, la présence d'incapacités augmente avec l'âge (Institut de la statistique du Québec, 2013) et représente un obstacle à la participation sociale (Gilmour, 2012). Les incapacités sont définies par des inaptitudes partielles ou complètes à exercer ses activités de la vie courante (De Villers, 2003). Bien que plusieurs initiatives communautaires tentent de contrer l'isolement social des aînés (p. ex., les visites d'amitié; Pennington et Knight, 2008; Siette, Cassidy et Priebe, 2017; Laermans, Scheers, Vandekerckhove et De Buck, 2020), des interventions innovantes, telles l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC), ont le potentiel de soutenir les aînés dans leur participation sociale, incluant ceux présentant des incapacités légères à modérées.

L'APIC jumelle un aîné présentant des incapacités légères à modérées à un citoyen bénévole formé et supervisé par une équipe multidisciplinaire (Levasseur et al., 2018). Pendant une année, à raison d'environ trois heures par semaine, l'accompagnateur bénévole soutient l'aîné dans la découverte de ses ressources et dans la réalisation d'une ou plusieurs activités signifiantes afin d'améliorer sa participation sociale et son intégration communautaire. L'accompagnateur respecte le type d'activité (c.-à-d. axée sur les contacts sociaux, la collaboration, l'aide ou la contribution à la société) que l'aîné souhaite réaliser selon le niveau désiré d'implication avec les autres (seul, en parallèle ou en interaction; Levasseur et al., 2010). L'APIC est toutefois principalement disponible dans un contexte de recherche et les facteurs favorables et défavorables à son implantation dans la communauté sont peu connus. Au Québec, afin que la population d'un territoire ait accès de façon continue à une large gamme de services de santé et de services sociaux, le gouvernement soutient et reconnaît le milieu communautaire comme un acteur essentiel au développement social de la population (Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec, 2004). Représentant l'ensemble des organismes communautaires et des initiatives citoyennes non organisées ou structurées en organismes à but non lucratifs (OBNL) sur un territoire donné, le milieu communautaire offre aux aînés divers services visant à combler leurs besoins en matière d'activités courantes et sociales (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2018). Ces services visent, entre autres, à favoriser leur intégration dans la communauté, leur pratique de loisirs et le respect de leurs droits.

Dans la littérature, plusieurs études ont identifié des facteurs influençant l'implantation d'interventions visant l'amélioration de la qualité de vie et de la participation sociale de diverses populations ou impliquant un accompagnement personnalisé. Selon le *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR; Damschroder et al., 2009), ces facteurs peuvent être regroupés en une typologie incluant cinq domaines : 1) l'intervention, 2) le contexte externe, 3) le contexte interne, 4) les individus impliqués et 5) le processus (Tableau 1). Par exemple, les capacités des aînés se retrouvent dans les traits personnels des attributs du domaine lié

aux individus impliqués dans l'APIC. Puisque le modèle découle d'une synthèse incluant 19 théories permettant de mieux comprendre l'interaction des facteurs qui influencent l'efficacité de l'implantation d'interventions, le CFIR est sous-jacent à la présente étude (voir spécifications dans la méthodologie). Une synthèse des écrits sur l'implantation de programmes visant à favoriser la participation sociale ou la santé, portés par des organismes communautaires ou par les communautés, a été réalisée lors de travaux antérieurs (Piché et al., 2019) et mise à jour lors de la présente étude (Annexe 1). Selon cette synthèse, les facteurs favorables de l'intervention identifiés par plus d'une étude seraient une faible complexité, incluant une durée suffisante pour permettre la mise en place de changements dans l'organisation et chez les participants, et les possibilités d'adaptation pour répondre aux besoins spécifiques de la population desservie, dont une bonne compatibilité avec les buts et les méthodes des interventions déjà en place (Tableau 1). La perception d'effets positifs ainsi que l'évidence de sa valeur ajoutée favoriseraient également une implantation réussie. Par ailleurs, d'autres facteurs favorables sont un bon climat d'apprentissage, un bon réseau social et une communication de qualité, un engagement élevé des responsables de l'implantation et une grande disponibilité des ressources (financières, formation de l'équipe d'intervenants, espace physique et temps). Enfin, spécifiquement pour les individus impliqués, une motivation élevée, de bonnes habiletés et de l'expérience et des connaissances pertinentes dans le domaine de l'intervention seraient favorables à l'implantation (Tableau 1).

Peu de facteurs défavorables ont été documentés dans les écrits (Tableau 1). Les difficultés à trouver du financement pour couvrir les coûts élevés reliés à l'intervention et à l'implantation est l'élément le plus souvent rapporté dans les études. En plus des défis liés aux réseaux et aux communications (p. ex., établir une collaboration et échanger des informations avec le réseau public), il est nécessaire de mobiliser un nombre élevé de ressources humaines et d'accorder une grande quantité de temps (Disponibilité des ressources; Tableau 1).

Plus spécifiquement pour l'APIC, une recherche-action a porté sur la faisabilité de son implantation, incluant les facilitateurs et les obstacles (Piché et al., 2019). Cette étude de pré-implantation a été réalisée auprès d'un échantillon de 16 participants, dont la majorité n'avait pas concrètement implanté l'APIC. Selon cette étude, les principaux facteurs favorables à l'implantation seraient l'adaptabilité de l'APIC, son appui scientifique, la reconnaissance du besoin d'une telle intervention, l'expertise des organismes communautaires dans lesquels l'APIC est implanté ainsi que la collaboration entre ces organismes et le réseau de la santé (Piché et al., 2019). La présence de responsables de l'implantation ouverts à la nouveauté et d'individus externes à l'organisation offrant du soutien seraient également facilitateurs. Le principal obstacle serait le manque de financement dédié à l'implantation. Les auteurs concluent ainsi que l'APIC pourrait être adapté pour être implanté en intégrant à des organismes communautaires et en impliquant des bénévoles (Piché et al., 2019).

À notre connaissance, aucune étude n'a spécifiquement porté sur l'implantation d'un accompagnement personnalisé visant à améliorer la participation sociale des aînés tel que l'APIC. Afin de favoriser une mise en œuvre réussie de l'APIC à grande échelle dans la province, il importe de mieux documenter l'implantation de telles interventions. Cette documentation permet non seulement d'identifier les conditions essentielles à l'implantation, mais aussi les leviers et les défis à cette mise en œuvre de l'intervention. Cette étude visait donc à documenter l'implantation de l'APIC dans des

Tableau 1. Synthèse des facteurs favorables et défavorables à l'implantation d'un programme des études recensées, selon la description du modèle de Damshroder et al. (2009) adaptée par Piché et al. (2019)

Facteurs théoriques	Définitions	Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Caractéristiques de l'intervention			
Source de l'intervention	Perception que l'intervention est développée à l'interne ou à l'externe		
Faible complexité	Difficultés moindres perçues d'implantation (durée, radicalité, interruption, centralité, complexité, nombre d'étapes requises pour l'implantation)	Dickinson, Gibson, Gotts, Stobbart et Robinson, 2017; Donkers et al., 2018; Leedahl et al., 2019	
Possibilité de l'essayer	Capacité de tester l'intervention à petite échelle dans l'organisation et être capable d'en renverser le cours si besoin		
Qualité de la conception et de la présentation	Excellence perçue en ce qui a trait à la présentation et l'assemblage de l'intervention		
Coût	Coût de l'intervention et coût associé à l'implantation incluant l'investissement, les fournitures et tous les coûts possibles		Belza et al., 2014; Levasseur et al., 2023; Piché et al., 2019; Stijnen, Jansen, Vrijhoef et Duimel-Peeters, 2013
Adaptabilité	Degré auquel une intervention peut être adaptée, taillée, raffinée ou réinventée pour répondre aux besoins locaux	Dickinson et al., 2017; Donkers et al., 2018; Lacerte et al., 2017b	
Force et qualité de l'évidence	Qualité et validité de l'évidence perçues par les acteurs impliqués, ce qui supporte la croyance que l'intervention va avoir les résultats souhaités	Dickinson et al., 2017	
Avantages relatifs	Avantages perçus de l'implantation de cette intervention plutôt qu'une autre solution alternative	Dickinson et al., 2017	
Contexte interne			
Caractéristiques structurelles	Architecture sociale, âge, maturité et taille d'une organisation		
Culture	Normes, valeurs et hypothèses de base d'une organisation donnée		
Climat d'implantation	Capacité de changement, réceptivité des individus impliqués dans l'intervention et façon dont l'utilisation de l'intervention va être récompensée, supportée et souhaitée dans l'organisation		
Pression pour le changement	Degré auquel les acteurs impliqués perçoivent la situation actuelle comme intolérable et nécessitant un changement		
Compatibilité	Degré de correspondance entre la signification et la valeur accordées à l'intervention par les acteurs impliqués, leurs normes et valeurs individuelles, et les risques et besoins perçus; comment l'intervention s'intègre aux systèmes existants	Dickinson et al., 2017	
Buts et rétroaction	Degré auquel les buts sont clairement communiqués et réévalués; rétroaction donnée au personnel et harmonisation de cette rétroaction avec les buts		
Priorités relatives	Perceptions individuelles partagées de l'importance de l'implantation dans l'organisation		
Incitatifs organisationnels et récompenses	Incitatifs externes tels que des récompenses, des évaluations de rendement, des promotions, des augmentations salariales, et des incitatifs moins tangibles tels qu'une augmentation du statut et du respect		

(Continued)

Tableau 1. *Continued*

Facteurs théoriques	Définitions	Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Climat d'apprentissage	Climat dans lequel : i) les leaders expriment leurs propres limites et leur besoin d'être assistés par un membre de l'équipe, ii) les membres d'équipe se sentent essentiels, valorisés et compétents dans le processus de changement, iii) les individus se sentent en sécurité et en confiance pour essayer de nouvelles méthodes et iv) il y a suffisamment de temps et d'espace pour l'évaluation et la pensée réflexive	Belza et al., 2014; Guerrero, Padwa, Fenwick, Harris et Aarons, 2016; Israel, Schulz, Parker et Becker, 1998; Leedahl et al., 2019; Lefebvre et al., 2013; Piché et al., 2019; Ruikes et al., 2012	
Réseaux et communications	Nature et qualité du réseau social et de la communication formelle et informelle dans l'organisation	Belza et al., 2014; Bronstein, Gellis et Kenaley, 2011; Dunstan, Todd, Kennedy et Anderson, 2014; Israel et al., 1998; Levasseur et al., 2023; Lindamer et al., 2009; Piché et al., 2019; Weiss, Lillefjell et Magnus, 2016	Bronstein et al., 2011; Kelly-Gillespie et Wilby, 2012
Disposition pour l'implantation (<i>readiness</i>)	Indicateurs tangibles et immédiats de l'engagement de l'organisation dans l'implantation de l'intervention		
Engagement des leaders	Engagement, implication et responsabilisation des leaders face à l'implantation	Guerrero et al., 2016; Israel et al., 1998; Levasseur et al., 2023; Piché et al., 2019; Weiss et al., 2016	
Disponibilité des ressources	Niveau de ressources dédiées à l'implantation et aux opérations en cours incluant l'argent, la formation, l'éducation, l'espace physique et le temps	Belza et al., 2014; Dickinson et al., 2017; Guerrero et al., 2016; Israel et al., 1998; Levasseur et al., 2023; Piché et al., 2019; Ruikes et al., 2012; Weiss et al., 2016	Belza et al., 2014; Clément et al., 2018; Dickinson et al., 2017; Lacerte et al., 2017b; Piché et al., 2019
Accès aux informations et connaissances	Facilité d'accès à de l'information digeste et à des connaissances à propos de l'intervention, et comment intégrer cela dans les tâches de travail		
Contexte externe			
Politiques externes et incitatifs	Stratégies externes pour étendre des interventions, incluant des politiques et règlements (au niveau du gouvernement ou d'autres entités centralisées), des mandats externes, des recommandations et lignes de conduite, etc.		
Cosmopolitanisme	Mesure dans laquelle une organisation est en réseau avec d'autres organisations externes	Dattalo, Wise, Ford, Abramson et Mahoney, 2017	
Besoins des patients et ressources (centré sur le patient)	Façon dont les besoins des patients, tout comme les facilitateurs et les barrières pour répondre à ces besoins, sont actuellement connus et priorisés par l'organisation		
Pression des pairs	Imitation ou pression de compétition pour implanter l'intervention		
Individus impliqués			
Connaissances et croyances à propos de l'intervention	Attitudes envers l'intervention et valeur y étant attribuée. Familiarité avec les faits et principes reliés à l'intervention		
Auto-efficacité	Croyance des individus en leurs propres capacités d'exécuter les actions nécessaires pour atteindre les buts de l'implantation		
Autres attributs personnels	Construit global qui inclut des traits personnels tels que la tolérance à l'ambiguïté, les habiletés intellectuelles, la motivation, les valeurs, la compétence, la capacité et le style d'apprentissage	Dickinson et al., 2017; Donkers et al., 2018	
Stade du changement	Caractérise la phase à laquelle un individu se situe, comment il progresse en termes de		

(Continued)

Tableau 1. *Continued*

Facteurs théoriques	Définitions	Facteurs favorables	Facteurs défavorables
	qualification, d'enthousiasme et d'utilisation soutenue de l'intervention		
Identification individuelle à l'organisation	Comment l'individu perçoit l'organisation, sa relation et son degré d'engagement envers l'organisation		
Processus d'implantation			
Planification	Degré auquel un schème de comportement ou une méthode pour implanter une intervention est développé à l'avance et qualité de ces schèmes et méthodes		
Engagement	Attraction et implication appropriée d'individus dans l'implantation et utilisation de l'intervention par une combinaison de stratégies de marketing social, d'éducation, de modelage, de formation et d'activités similaires		
Opinion des leaders	Individus dans une organisation qui ont une influence formelle ou informelle sur l'attitude et les croyances de leurs collègues en regard de l'implantation de l'intervention		
Agents de changement externes	Individus, affiliés à une entité externe, qui influencent formellement ou facilitent les décisions dans une direction désirable		
Leaders internes formels de l'implantation	Individus dans une organisation qui ont été formellement nommés pour implanter l'intervention, tels qu'un coordonnateur, un gestionnaire de projet, un chef d'équipe ou un autre rôle similaire		
Champions	Individus qui se consacrent à l'appui et la poursuite de l'implantation, surmontant la résistance ou l'indifférence qu'une intervention peut provoquer dans une organisation		
Exécution	Mise en œuvre ou accomplissement de l'implantation selon un plan	Donkers et al., 2018	
Réflexion et évaluation	Rétroaction quantitative et qualitative à propos du progrès et de la qualité de l'implantation accompagnée par des comptes rendus réguliers en individuels ou en équipe pour discuter du progrès et de l'expérience		

organismes communautaires en identifiant les facteurs favorables et défavorables ainsi que ses conditions essentielles.

Méthodologie

Dispositif de recherche, contexte et participants

La présente étude s'inscrit dans un essai clinique pragmatique multicentrique à répartition aléatoire (ECR) visant à vérifier les effets de l'APIC sur la santé, la participation sociale, la satisfaction envers la vie et l'utilisation des services de santé d'ainés vivant dans la communauté et ayant des incapacités (Levasseur et al., 2018). Pour la présente recherche, un devis qualitatif descriptif de type recherche clinique (Miller et Crabtree, 2003) a permis de

documenter l'implantation, incluant les facteurs favorables et défavorables à l'implantation et les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'APIC. Cette étude a été réalisée en partenariat avec six organismes communautaires des régions de l'Estrie, de Montréal, du Centre-du-Québec et de la Chaudière-Appalaches ainsi que les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) de leur territoire. Avec le soutien d'une équipe de recherche ayant adapté l'APIC auprès d'ainés ayant des incapacités, ces organismes communautaires étaient responsables de l'implantation de l'APIC dans leur milieu. Une agente de recherche était responsable de la gestion générale du projet de recherche et du soutien aux organismes dans l'implantation de l'APIC. Dans chaque organisme, un coordonnateur assurait l'implantation de

l'APIC en respectant ses principes, soit l'établissement d'une relation égalitaire entre l'accompagnateur et l'accompagné, la personnalisation de l'accompagnement, le renforcement du pouvoir d'agir de l'accompagné ainsi que le cheminement dans la réalisation d'un projet de vie (Lacerte, Provencher et Levasseur, 2017a). Les six coordonnateurs devaient recruter et jumeler des aînés et des accompagnateurs bénévoles et assurer l'encadrement des accompagnements. L'ensemble de ces coordonnateurs, cinq directeurs généraux des organismes dans lesquels ils œuvraient ainsi que l'agente de recherche représentaient les participants à l'étude (aucun autre critère d'inclusion ou d'exclusion que celui d'être responsable de l'implantation de l'APIC n'a été retenu).

Variables, outils et procédure de collecte de données

Avant de débiter la collecte des données, les préconceptions de l'équipe de recherche ont été identifiées, et ce, afin de minimiser leur influence lors de l'analyse des données (voir ci-dessous). Afin de documenter l'implantation de l'APIC, des données ont été collectées par quatre étudiantes à la maîtrise en ergothérapie et une étudiante à la maîtrise de recherche lors d'une rencontre et de six entretiens individuels. Une rencontre entre les coordonnateurs et les directeurs généraux des organismes et l'équipe de recherche a d'abord été observée, enregistrée et retranscrite. Ayant pour objectif de faire le suivi sur l'implantation, cette rencontre a permis de faire ressortir les facteurs favorables et défavorables mentionnés ainsi que les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'APIC. Ensuite, six entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés, un premier auprès de l'agente de recherche suivi de cinq autres auprès de six coordonnateurs. Dû à un délai d'implantation, un des directeurs généraux et un des coordonnateurs n'ont pas participé respectivement à la rencontre et à l'entretien individuel. De plus, puisqu'en transition pour ce poste, un organisme avait deux coordonnateurs. Développés en considérant les écrits antérieurs et le CFIR, validés par quatre experts, deux en recherche qualitative et deux en implantation de programmes, et prétestés auprès d'une personne impliquée dans une implantation préalable de l'APIC, deux guides d'entretien semi-dirigés similaires ont été utilisés, une version pour les coordonnateurs et une autre pour l'agente de recherche (Annexe 2). Comprenant des questions ciblées sur les objectifs de l'étude sans suggérer de réponses, le guide d'entretien destiné aux coordonnateurs incluait, par exemple, « Parlez-moi de l'implantation de l'APIC par votre organisme. », « Quels sont, selon vous, les facteurs favorables à l'implantation de l'APIC ? » et « Quels sont les facteurs défavorables (obstacles) à l'implantation de l'APIC ? ». La version du guide pour l'agente de recherche comprenait moins de questions sur les accompagnateurs et les aînés. Les entretiens ont eu lieu lorsque l'APIC était suffisamment implanté (assez de participants et depuis plusieurs mois afin d'apprécier les résultats), soit entre 9 et 13 mois après le début de l'implantation. Ces entretiens ont été enregistrés sur bande audio numérique et retranscrits sous forme manuscrite (verbatim). Enfin, pour décrire les participants à l'étude et le contexte dans lequel l'intervention a été implantée (Pinnock et al., 2017), un questionnaire sociodémographique a été complété par les coordonnateurs, les directeurs généraux ainsi que l'agente de recherche.

Analyse des données

Des statistiques descriptives (médianes [Md] et intervalles semi-interquartiles [Q] pour les variables continues; fréquences [n] et pourcentages [%] pour les variables catégoriques) ont été utilisées

pour décrire les participants. Afin de documenter les facteurs favorables et défavorables ainsi que les conditions essentielles à l'implantation, une analyse de contenu thématique de la rencontre et des entretiens a été effectuée, et ce, en étant le moins possible influencé par les préconceptions de l'équipe de recherche. Suivant un processus inspiré de l'analyse de contenu thématique de Miles, Huberman and Saldaña (2014), deux étudiantes à la maîtrise en ergothérapie et une étudiante à la maîtrise de recherche ont tout d'abord codé les données à l'aide d'une grille de codage mixte, c'est-à-dire une grille initiale inspiré du CFIR à laquelle ce sont ajoutés de nouveaux thèmes émergents des données. Puis, la chercheuse principale a co-analysé environ le tiers des données. Enfin, les thèmes divergents ont fait l'objet de discussions d'équipe, et ce, jusqu'à l'obtention d'un consensus. Cette analyse a permis de catégoriser les thèmes selon les facteurs favorables, défavorables et les conditions essentielles à l'implantation de l'APIC dans six organismes communautaires. Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Excel et Word.

Résultats

Participants

Âgés entre 30 et 60 ans, la majorité des participants étaient des femmes ayant entre 1 et 30 années d'expérience en milieu communautaire ou auprès d'aînés (Tableau 2). À l'exception d'une d'entre elles, toutes les coordonnatrices avaient de l'expérience en implantation de programmes dans le milieu communautaire avant l'étude. Trois des coordonnatrices étaient présentes depuis le début de l'implantation et toujours en fonction, une avait débuté l'implantation et a quitté son poste durant l'étude et deux avaient débuté l'emploi en cours d'implantation. En ce qui concerne les organismes communautaires, ils offraient tous des services à une population aînée et ils existaient depuis au moins 30 ans (Tableau 3). De plus, leur mission était d'offrir des services favorisant le mieux-être des habitants de leur communauté. Avant l'étude, la majorité des organismes offraient déjà des interventions favorisant la participation sociale des aînés et tous sauf un collaboraient avec le secteur public (Tableau 3).

Facteurs favorables et défavorables à l'implantation de l'APIC

Selon la rencontre (R) et les entretiens (E) des participants à l'étude, différentes caractéristiques de l'APIC, des contextes interne et externe, des individus impliqués et du processus influençaient son implantation (Tableau 4). Sauf pour la complexité, la qualité de la conception ainsi que le projet de recherche, les facteurs sous-jacents à ces domaines influençaient globalement de façon favorable l'implantation.

D'abord, en ce qui a trait aux caractéristiques de l'intervention, la complexité de l'APIC était perçue défavorable (Tableau 4), particulièrement en raison de la difficulté à rejoindre et à recruter les aînés, surtout en l'absence de soutien des CIUSSS ou des CISSS. Selon une coordonnatrice dont le CIUSSS n'a pas soutenu le recrutement, une telle collaboration aurait été nécessaire pour rejoindre plus facilement la population cible : « Il y a beaucoup de soins de santé qui sont regroupés sous la même infrastructure et si cette infrastructure-là ne collabore pas, on perd beaucoup de partenaires [et] d'aînés qui seraient faciles à recruter parce qu'ils ont déjà des [incapacités] » (E6). La synchronisation du recrutement des aînés et des accompagnateurs pour former de bons jumelages était aussi un défi. L'implantation a nécessité une grande implication des

Tableau 2. Caractéristiques des participants (n = 13)

	Coordonnateur de l'APIC (n = 7)	Directeur général (n = 5)	Agente de recherche (n = 1)
Variables continues	Md (Q)		
Âge (ans)	47,0 (8,3)	45,0 (3,5)	34
Expérience dans l'emploi actuel (ans)	1,0 (1,3)	11,0 (3,0)	8
Expérience dans le milieu communautaire (ans)	20,0 (7,5)	18,0 (2,5)	N/A
Expérience auprès des aînés (ans)	4,0 (4,8)	11,0 (5,0)	11
Expérience en implantation de programmes (ans)	2,5 (2,3)	15,0 (2,0)	N/A
Variables catégoriques	n (%)		
Sexe (féminin)	7 (100,0)	3 (60,0)	1 (100,0)
Scolarité			
Collégial	0 (0,0)	1 (20,0)	0 (0,0)
1 ^{er} cycle universitaire	4 (57,1)	2 (40,0)	0 (0,0)
2 ^e cycle universitaire	3 (42,9)	2 (40,0)	1 (100,0)

Tableau 3. Caractéristiques des organismes communautaires (n = 6)

Variables continues	Md(Q)
Composition	
Salariés (#)	6,5 (1,3)
Bénévoles (#)	174,0 (111,6)
Membres (#)	428,5 (70,1)
Variables catégoriques	n (%)
Langue (Français)	6,0 (100)
Clientèle*	
Enfants	2,0 (33,3)
Adolescents	2,0 (33,3)
Adultes	4,0 (66,7)
Aînés	6,0 (100)
Interventions ciblant la participation sociale des aînés (Oui)	4,0 (66,7)
Collaboration avec le secteur public (Oui)	5,0 (83,3)

Note: *Un organisme peut desservir plus d'une clientèle.

coordonnatrices due, entre autres, au nombre élevé de tâches à accomplir et au besoin de soutien important des accompagnateurs : « Les bénévoles [de l'APIC] sont très spécifiques : c'est une cohorte complètement nouvelle avec des besoins particuliers. Ça n'implique pas la même gestion. Il faut les nourrir beaucoup, les soutenir » (R). Malgré qu'une implication de 12 mois puisse représenter un enjeu pour certains accompagnateurs, cette durée permettait de répondre aux besoins de la majorité des aînés recrutés. En ce qui a trait à la formation des accompagnateurs, son format était perçu comme sous-optimal pour l'apprentissage des bénévoles, notamment à cause de sa durée (6 heures) et de la complexité du langage utilisé. Le contenu de la formation des accompagnateurs méritait ainsi quelques ajustements. Plusieurs caractéristiques de l'APIC pouvaient facilement être adaptées pour rencontrer les besoins spécifiques et variés des aînés et du milieu, incluant la formation et les rencontres mensuelles des accompagnateurs ainsi que la fréquence et la durée des rencontres entre les aînés et les accompagnateurs.

En effet, tous les participants ont réduit la durée des rencontres d'accompagnement, tel que rapporté par une des coordonnatrices : « Le trois heures, c'est s'ils vont faire une sortie, mais à domicile, les gens vont [parfois] prendre un deux heures » (E4). Cette adaptation était favorable, surtout lors des premières visites, pour permettre une approche progressive, mais aussi lorsqu'aucune activité n'était réalisée dans la communauté. L'adaptation de l'intervention était néanmoins plus difficile pour les personnes ayant des atteintes physiques, cognitives ou psychologiques, qui avaient des besoins plus complexes et qui demandaient davantage aux accompagnateurs, tel que décrit par une coordonnatrice : « [Quand on se rend] compte que les obstacles de la personne, c'est une problématique de santé mentale [ou de] consommation, [...] il faut aller chercher des ressources plus spécialisées » (E2). De plus, les participants percevaient la valeur ajoutée et étaient intéressés par l'APIC, qui permettait de redéfinir les services déjà en place au sein de l'organisme, tel que discuté par une coordonnatrice : « Ça va au-delà des visites d'amitiés [...] visiter quelqu'un, s'asseoir avec [lui], l'écouter, c'est déjà extraordinaire, mais d'élargir le tissu social, je pense qu'on ne l'avait jamais articulé aussi clairement auprès des bénévoles » (E3).

En lien avec le contexte interne, l'expérience des coordonnatrices et le travail d'équipe vers un objectif commun et soutenu par la direction a facilité l'implantation de l'APIC (Tableau 4). De plus, tel que mentionné par l'ensemble des coordonnatrices, la concordance entre la mission et les valeurs de l'APIC et des organismes communautaires, aussi compatibles avec les besoins de plusieurs aînés, ont facilité l'intégration de l'intervention aux autres services. Alors qu'une grande implication des coordonnatrices était perçue favorable au processus d'implantation, notamment pour créer un climat d'apprentissage sécurisant et soutenant pour les accompagnateurs, la disponibilité des ressources pour assurer cette implication a grandement influencé l'implantation. En effet, bien que les ressources financières aient été perçues suffisantes, les ressources humaines, incluant le temps limité à accorder à l'APIC, le manque de personnel et le roulement des coordonnatrices, nuisaient souvent à l'implantation. Par ailleurs, un temps insuffisant à consacrer à l'APIC était associé à des résultats inférieurs, entre autres, liés au recrutement et au suivi du projet, tel qu'exprimé par un directeur général qui témoigne de l'énergie investie par sa coordonnatrice : « Deux journées semaine, ce n'est pas suffisant, c'est impossible. Elle met bien plus » (R). Lorsqu'il était impossible d'attribuer à l'APIC

Tableau 4. Facteurs favorables et défavorables à l'implantation de l'APIC par des organismes communautaires œuvrant en milieu urbain

Caractéristiques de l'intervention
Complexité
<i>Recrutement des aînés(-) et des accompagnateurs (+/-)</i>
<i>Durée de l'intervention (12 mois; +/-)</i>
<i>Implication nécessaire (-)</i>
<i>Soutien des accompagnateurs (+/-)</i>
<i>Synchronisation du recrutement des aînés et des accompagnateurs pour un jumelage selon des intérêts communs (-)</i>
<i>Besoins variés des aînés (+/-)</i>
Qualité de la conception et de la présentation
<i>Format de la formation des accompagnateurs (-)</i>
<i>Contenu de la formation des accompagnateurs (+/-)</i>
<i>Durée des rencontres d'accompagnement (3 heures; -)</i>
Adaptabilité
<i>Capacité d'adaptation de l'intervention pour répondre aux besoins des aînés et du milieu (+/-)</i>
Avantages relatifs
<i>Valeur ajoutée et pertinence de l'APIC (+)</i>
<i>Réponse à une population de bénévoles et d'aînés plus actifs (+)</i>
Contexte interne
Caractéristiques structurelles
<i>Expertise en gestion de bénévoles (+)</i>
<i>Connaissance du milieu (+)</i>
<i>Roulement des coordonnatrices (-)</i>
Climat d'implantation
Compatibilité (+)
<i>Concordance entre la mission et les valeurs de l'organisme communautaire et de l'APIC (+)</i>
<i>Adéquation entre l'APIC et les besoins des aînés (+)</i>
Priorités relatives
<i>Objectif commun du succès de l'APIC (+)</i>
Climat d'apprentissage
<i>Soutien de la direction (+)</i>
<i>Encadrement et rassurance des accompagnateurs (+)</i>
Réseaux et communications
<i>Travail d'équipe au sein des organismes communautaires (+)</i>
Disposition à l'implantation
Engagement des responsables de l'implantation
<i>Grande implication des coordonnatrices dans l'APIC (+)</i>
Disponibilité des ressources
<i>Ressources financières (+)</i>
<i>Ressources humaines (+/-)</i>
Accès aux informations et aux connaissances sur l'intervention
<i>Outils vulgarisés de formation et de promotion disponibles (+/-)</i>
Contexte externe
Projet de recherche
<i>Répartition aléatoire (-)</i>
<i>Méconnaissance de la recherche par les organismes communautaires (-)</i>
<i>Soutien de l'équipe de recherche (+/-)</i>

(Continued)

Tableau 4. *Continued*

Caractéristiques de l'intervention
Cosmopolitanisme
<i>Collaborations avec des partenaires de la communauté pour le recrutement et la diffusion (+/-)</i>
<i>Ouverture et soutien des partenaires de la communauté (+)</i>
Besoins des patients (aînés) et ressources
<i>Besoins déjà connus et ciblés par les organismes communautaires (+)</i>
Individus impliqués dans l'intervention et son implantation
Connaissances et croyances sur l'intervention
<i>Convictions envers l'APIC des organismes, incluant les coordonnatrices (+)</i>
<i>Bonne compréhension de l'APIC par les coordonnatrices, les accompagnateurs et les aînés (+)</i>
Autres attributs personnels
<i>Motivation des coordonnatrices et des accompagnateurs (+)</i>
Stade du changement
<i>Non reconnaissance des contacts sociaux et des activités signifiantes comme un besoin essentiel par les aînés(-)</i>
Processus d'implantation
Planification
<i>Planification des étapes du travail (+/-)</i>
<i>Anticipation de la charge de travail (+/-)</i>
<i>Difficultés non-anticipées(-)</i>
Engagement
Opinion des responsables de l'implantation
<i>Attitude positive des coordonnatrices (+)</i>
Agents de changement externes
<i>Identification de la clientèle cible par les partenaires (+/-)</i>
Responsables internes formels de l'implantation
<i>Utilisation de différentes stratégies de diffusion par les coordonnatrices (+)</i>
Exécution
<i>Modification de la durée et du contenu de la formation des accompagnateurs (+)</i>
<i>Modification de la durée et de la fréquence des rencontres d'accompagnement (+)</i>
<i>Modification du contenu, de la durée et de la fréquence des rencontres entre accompagnateurs (+)</i>

Note. Le texte en italique désigne les ajouts au modèle de Damschroder et al. (2009). (+) = favorable; (-) = défavorable; (+/-) = favorable ou défavorable selon le contexte.

une personne responsable à temps complet, la répartition des tâches de coordination de l'APIC entre plusieurs membres de l'équipe, selon les forces de chacun, semblait être une stratégie favorisant l'implantation. À cet effet, une coordonnatrice ayant adopté cette stratégie dès le début de l'implantation mentionnait : « *S'il avait fallu qu'on se dise : 'Il y en a une qui prend [tout] ça en charge', ça aurait été trop. Partager [les tâches] fait en sorte que [...] tout le monde est sollicité par le projet avec ses forces ou le service [p. ex., travailleuse de milieu] auquel il doit répondre* » (E5). Enfin, les outils de formation et de promotion de l'APIC vulgarisés étaient très aidants, particulièrement le guide d'implantation. Afin de les rendre plus accessibles et complets, certains de ces outils nécessiteraient toutefois des modifications. D'autres outils ont également été créés par une des coordonnatrices, qui souhaitait mettre plus d'accent sur le positif que peut apporter l'APIC lors du recrutement : « *J'ai créé beaucoup de pamphlets, d'affichettes [...] pour les bénéficiaires, les intervenants, les bénévoles* » (E3).

Concernant le *contexte externe*, l'essai clinique pragmatique multicentrique à répartition aléatoire (ECR) visant à vérifier les effets de l'APIC a créé des obstacles à l'implantation de l'APIC, notamment en raison de la méconnaissance de ce type d'étude par les coordonnatrices (Tableau 4). Toujours en lien avec la recherche, la répartition aléatoire a freiné la motivation de plusieurs aînés à s'engager dans l'APIC, tel qu'illustré par une coordonnatrice : « *Le gros défi a été la [répartition aléatoire]. J'ai rencontré des gens qui auraient tellement pu profiter du programme, mais, à cause de la [probabilité de ne pas recevoir l'APIC], ils [n'ont pas accepté de participer]* » (E3). Bien qu'il ait été considéré comme insuffisant par certains milieux, le soutien de l'équipe de recherche a généralement facilité l'implantation. De même, le soutien des partenaires de la communauté a été favorable à la diffusion de l'intervention ainsi que le recrutement de participants, tel qu'indiqué par une coordonnatrice œuvrant au sein d'un organisme communautaire bien établi : « *L'ouverture des partenaires est là, j'ai beaucoup de place. Je*

pourrais convoquer une conférence de presse, je pourrais poursuivre la promotion » (E2). L'établissement de partenariats avec la communauté était cependant parfois long et difficile, tel que vécu par une coordonnatrice dont les résidences pour aînés de sa communauté étaient méfiantes par rapport à l'APIC et ont refusé d'établir un partenariat : « *Ça reste lourd aussi parce que tu veux que ça marche et tu ne comprends pas, c'est tellement un beau projet, comment ça [que les gens] n'embarquent pas* » (E5). Enfin, la connaissance des besoins des aînés par les organismes, notamment de briser leur isolement, a permis de favoriser leur engagement à implanter l'APIC.

Par ailleurs, une connaissance en profondeur de l'APIC par les individus impliqués dans l'intervention et son implantation, la croyance en cette intervention et une grande motivation étaient des facteurs favorables (Tableau 4). Ces facteurs ont été énoncés à plusieurs reprises par une coordonnatrice dédiée à temps plein à l'APIC, subventionnée par la ville et ayant de l'expérience en gérontologie : « *Quand tu crois à un projet, tu mets tout, tu vas chercher tout ce que tu as comme partenaire, tous les outils, ton expérience et tu y vas parce que tu es là pour la cause* » (E4). La mentalité de plusieurs aînés représentait toutefois un défi à l'implantation. En effet, puisqu'ils ne percevaient pas la réalisation d'activités significatives en compagnie d'autres comme un déterminant de leur santé, plusieurs aînés s'intéressaient davantage aux services les aidant à combler leurs autres besoins, tels que le transport aux rendez-vous médicaux, ou exprimaient choisir de rester seul : « *Il y en a beaucoup qui me disaient [être] à l'aise d'être seuls, ils ne ressentaient pas la solitude. C'était un choix volontaire et, s'ils avaient envie de voir ou d'appeler des gens, ils allaient [le faire et] ils [disaient vivre] très bien comme ça* » (E6).

Enfin, en lien avec le processus d'implantation, une attitude positive des coordonnatrices, une bonne planification des étapes du travail et une anticipation juste de la charge de travail étaient favorables (Tableau 4). Plusieurs difficultés non anticipées ont cependant représenté un défi, tel que mentionné par une coordonnatrice : « *Ça a été ressenti dans tous les [organismes]. On pensait vraiment recruter des aînés facilement. [Avoir su] qu'on allait rencontrer cette difficulté, je me serais préparée différemment* » (E2). Perçues positivement pour l'implantation, différentes stratégies publicitaires ont été utilisées, tel que l'explique une coordonnatrice en racontant les démarches réalisées auprès de son arrondissement dans lequel vivent un grand nombre d'aînés : « *J'ai commencé à faire un appel à tout le monde leur disant c'était quoi l'APIC. On l'a mis dans notre bulletin d'information et j'ai commencé à créer aussi des activités pour sensibiliser. Chaque fois qu'il y avait une activité ou un congrès, j'y allais et je demandais d'avoir un espace pour parler de l'APIC* » (E4). Les coordonnatrices sont aussi allées discuter avec les aînés directement sur le terrain pour les informer et les recruter, approche proposée par l'équipe de recherche lors de leur formation : « *C'est vraiment l'approche personnalisée, d'aller rencontrer les gens, mais ça demande du temps. Donc c'est quand même un défi de temps et de ressources pour recruter les aînés* » (E1). Bien que la présence de partenaires fût généralement favorable au recrutement d'aînés, la clientèle référée était régulièrement mal ciblée (p. ex., aînés ayant d'importants déficits cognitifs). Finalement, afin de faciliter l'exécution de l'APIC dans leur organisation, les coordonnatrices ont réalisé quelques modifications. En effet, certaines ont scindé la formation des accompagnateurs en plusieurs parties distinctes, alors que d'autres ont ajouté des mises en situation et personnalisé le contenu. Les rencontres entre les accompagnateurs et les

rencontres d'accompagnement ont aussi été modifiées selon les besoins des bénévoles et des aînés.

Conditions essentielles à l'implantation de l'APIC

Parmi les facteurs favorables à l'implantation de l'APIC par les organismes communautaires, certains étaient essentiels à une implantation réussie. En lien avec l'intervention, il importait de personnaliser l'APIC en fonction des milieux et des aînés ainsi que d'adapter la formation des accompagnateurs à leurs connaissances et leurs besoins d'apprentissage, et ce, tout en respectant les principes clés de l'APIC. Un engagement soutenu et quotidien des personnes impliquées dans l'implantation était essentiel, tout comme un encadrement et un soutien régulier aux accompagnateurs. Travailler en équipe ainsi que de croire en l'APIC étaient tout aussi importants, tel qu'exprimé par l'agente de recherche en parlant d'une coordonnatrice ayant sollicité la collaboration des partenaires de la communauté (p. ex., services municipaux, autres organismes, institutions publiques et religieuses, etc.) : « *C'est vraiment gagnant que tous les acteurs du milieu se mobilisent, c'est vraiment essentiel. Il faut que les gens y croient, puis y adhèrent* » (E1). Par ailleurs, il importait que l'APIC soit implanté dans un milieu ayant une bonne expérience en gestion de bénévoles et dont la mission concordait avec celle de l'intervention.

Discussion

Cette étude visait à documenter l'implantation de l'APIC auprès d'aînés ayant des incapacités par six organismes communautaires du Québec, incluant d'identifier les facteurs favorables et défavorables ainsi que les conditions essentielles à la mise en œuvre de l'intervention. Les résultats suggèrent, entre autres, que la conviction des coordonnatrices en la pertinence de l'APIC était un facteur favorable à l'implantation. La concordance entre, d'une part, l'APIC et, d'autre part, la mission et les valeurs des organismes communautaires et les besoins de la population desservie était aussi perçue comme étant grandement favorable. En ce qui concerne les facteurs défavorables, la répartition aléatoire ainsi que le temps requis à l'implantation de l'APIC ont principalement été identifiés.

Les facteurs favorables à l'implantation d'interventions identifiés dans la littérature incluent notamment une bonne compatibilité des buts et des méthodes d'intervention avec les services déjà en place (p. ex., Dickinson et al., 2017). Dans la présente étude, la compatibilité de l'APIC avec la mission et les valeurs des organismes et les besoins des usagers est non seulement positive, mais aussi bonifiée par l'évidence de la valeur ajoutée de l'intervention. En effet, l'APIC permet de répondre aux besoins d'aînés plus actifs et d'offrir un service d'accompagnement plus complet que les services actuellement offerts. Cette valeur ajoutée a probablement contribué à la motivation des personnes impliquées dans l'implantation, un facteur favorable également appuyé par l'étude de Dickinson et collaborateurs (2017) auprès d'intervenants pour la stimulation cognitive de personnes atteintes de démence au nord de l'Angleterre. Cette motivation a possiblement permis aux coordonnatrices de la présente étude de s'engager avec conviction dans l'implantation de l'APIC, en surmontant les défis et en s'appropriant l'intervention, notamment en adaptant et en bonifiant les outils selon leur perception des besoins. Pour une implantation de l'APIC à plus grande échelle, il importe que les coordonnateurs de chaque organisme aient une connaissance approfondie de l'APIC, surtout si une équipe de recherche n'est plus présente pour assurer le suivi et

pour favoriser la motivation. De plus, chaque organisme doit grandement s'engager dans l'implantation, notamment en recherchant activement des moyens de promouvoir l'APIC et d'impliquer d'autres partenaires. Représentant un grand investissement de temps et d'énergie et facilitant le recrutement des aînés, cet engagement est un facteur favorable appuyé par plusieurs études, dont une recension élargie sur les politiques et les programmes communautaires de promotion de la santé (Weiss et al., 2016). Certaines de ces études portaient par ailleurs sur les dépendances (Guerrero et al., 2016), l'implantation d'interventions requérant l'implication active de membres de la communauté (Israel et al., 1998) ou la pré-implantation de l'APIC (Piché et al., 2019). Enfin, l'expérience des personnes impliquées dans l'implantation, aussi identifiée favorablement dans la littérature (Dickinson et al., 2017), incluant pour les personnes ayant des atteintes cognitives et leur proches (Donkers et al., 2018), est importante, à la fois concernant la clientèle (aînée), le fonctionnement du milieu et des organismes communautaires et le processus d'implantation global d'une intervention.

En ce qui concerne les facteurs défavorables, l'implantation de nouvelles interventions nécessite des ressources humaines et du temps (Dickinson et al., 2017; Guerrero et al., 2016; Israel et al., 1998; Weiss et al., 2016), incluant pour offrir des exercices en groupe auprès d'aînés américains (Belza et al., 2014), pour prévenir le déclin fonctionnel d'aînés fragiles âgés de 70 ans et plus aux Pays-Bas (Ruikes et al., 2012) ou pour l'APIC (Lefebvre et al., 2013; Levasseur et al., 2016). Dans la présente étude, l'importante charge de travail a nui, puisque la majorité des coordonnatrices n'étaient dédiées à l'implantation de l'APIC qu'à temps partiel. Alors que l'investissement de temps nécessaire à l'implantation de l'APIC équivaut probablement à un temps plein, réalisé par une ou plusieurs personnes, les ressources humaines des organismes communautaires sont, quant à elles, limitées. La présente implantation a toutefois été effectuée dans le cadre d'un ECR incluant des rencontres d'équipe, des cibles de recrutement et une répartition aléatoire, contexte qui serait différent lors d'une implantation à plus grande échelle par des organismes communautaires. Ainsi, le temps à investir par les coordonnateurs pourrait être de moins grande envergure. Un autre facteur défavorable à l'implantation, identifié lors de l'étude de pré-implantation de l'APIC (Piché et al., 2019) comme un enjeu dans l'implantation d'interventions en milieu communautaire, est le roulement de personnel. En effet, lors de la présente étude, trois coordonnatrices ainsi qu'un directeur général ont quitté leurs fonctions en cours d'implantation. Dans le cas d'un organisme, un délai est survenu entre le départ de l'ancienne coordonnatrice et l'arrivée de la nouvelle, ce qui a eu pour effet de mettre en suspens les accompagnements et le recrutement et de ralentir l'implantation. Ainsi, ce roulement est important à considérer pour une implantation à plus grande échelle de l'APIC, la main-d'œuvre des organismes communautaires pouvant être précaire et en mouvance (Binhas, 2019). Pour une transition la plus fluide possible lors du départ d'un responsable de l'implantation, il est essentiel de documenter l'implantation et d'assurer le transfert des connaissances sur l'APIC et le milieu. En ce qui concerne les ressources financières, identifiées comme défavorables dans plusieurs études (Belza et al., 2014; Dickinson et al., 2017; Guerrero et al., 2016; Israel et al., 1998; Lefebvre et al., 2013; Levasseur et al., 2016; Ruikes et al., 2012; Weiss et al., 2016), incluant la pré-implantation de l'APIC (Piché et al., 2019), ce facteur n'a pas été explicitement rapporté dans la présente étude. Ce résultat pourrait partiellement être expliqué par le soutien financier que les organismes communautaires recevaient de l'équipe de recherche.

Dans le contexte d'une implantation future, la présence de ressources financières suffisantes ne doit pas être négligée, surtout si l'intervention est implantée dans des organismes communautaires à but non lucratif, où les ressources financières peuvent être précaires en contexte de restrictions budgétaires (Piché et al., 2019). Ainsi, avant l'implantation de l'APIC par des organismes communautaires, il serait pertinent d'obtenir un financement spécifique, de créer des partenariats financiers et de développer un plan d'affaires.

Enfin, certains facteurs favorables et défavorables à l'implantation identifiés dans la présente étude n'avaient pas été identifiés dans les études antérieures recensées. Par exemple, la complexité de l'intervention, perçue plus positivement lors de l'étude de pré-implantation (Piché et al., 2019), s'est avérée un facteur globalement défavorable lors de la présente étude. Puisque l'étude de pré-implantation s'est déroulée de manière théorique, il est possible que certains facteurs tels que les difficultés de recrutement, le temps d'implication nécessaire ainsi que les besoins variés des aînés n'aient pas été anticipés. Aussi, le contexte d'ECR a été un obstacle majeur à l'implantation de l'APIC. En effet, la répartition aléatoire, une stratégie importante pour contrôler les biais et assurer un niveau élevé d'évidence scientifique, a limité de façon non négligeable le recrutement des aînés, qui préféreraient ne pas participer à l'ECR plutôt que d'avoir une chance sur deux d'être accompagnés. Cette méthodologie a également entraîné des enjeux éthiques au sein des organismes ayant un souci d'offrir le plus grand nombre de services possibles à leur communauté. Lors d'une implantation de l'APIC à plus grande échelle, chaque organisme pourra cependant déterminer le nombre d'accompagnements qu'ils désirent effectuer selon son contexte et les ressources de son milieu. De plus, tous les aînés voulant recevoir l'APIC pourront être accompagnés, ce qui favorisera leur participation. Enfin, puisque cette croyance aurait un effet considérable, favorable et motivationnel sur l'implantation, et ce, malgré les défis, il est essentiel que les implantations ultérieures soient menées par des coordonnateurs croyant fermement en l'APIC et ses bienfaits. Il importe cependant de changer les mentalités et d'augmenter les connaissances des aînés sur les bienfaits de l'intervention et l'importance des activités signifiantes dans le vieillissement en santé. La formation des accompagnateurs pourrait notamment inclure plus d'information à ce sujet.

Retombées pour la pratique et suites de l'étude

Considérant que les visites amicales sont un des moyens offerts le plus couramment par les organismes communautaires pour contrer l'isolement des aînés, et ce, malgré des résultats mitigés quant à leur efficacité (Laermans et al., 2020; Pennington et Knight, 2008; Siette et al., 2017), il importe de poursuivre les études sur les interventions favorisant la participation sociale. L'APIC est une des interventions novatrices qui vise à améliorer la participation sociale des aînés et à enrichir les services actuellement offerts en milieu communautaire. En reconnaissant chaque personne à part entière dans son contexte social spécifique (Instituts de recherche en santé du Canada, 2013), l'APIC outille les organismes communautaires et les professionnels de la santé et des services sociaux à l'autonomisation, c'est-à-dire au développement, au maintien ou à l'amélioration des capacités d'une personne pour lui permettre de vivre le plus longtemps possible de façon autonome et, ultimement, de réduire le recours aux services sociaux et de santé plus intensifs et coûteux (Social Care Institute for Excellence, 2013). Ainsi, implanté à plus grande échelle au Québec à l'aide des résultats de la présente étude, l'APIC a le potentiel de permettre à un plus grand

nombre d'ainés d'être mieux intégrés dans leur communauté et, ultimement, de favoriser leur santé. Par exemple, puisqu'ils croient fermement en la pertinence de l'APIC, les organismes communautaires pourront offrir cette intervention aux aînés à risque de situations d'isolement, et ce, après avoir validé leur soutien, que ce soit à l'aide d'un financement d'un des programmes publiques ou l'appui en ressources humaines des partenaires de leur réseau local de services. La formation initiale des accompagnateurs pourrait également être abrégée, notamment en offrant de courtes capsules éducatives lors de leurs rencontres mensuelles subséquentes, et ce, afin de compléter ou de rappeler certaines notions de l'APIC. Pour mieux répartir sa gestion et, malgré le roulement du personnel, assurer un meilleur suivi des jumelages, les tâches de l'APIC pourraient être divisées au sein de l'organisme communautaire plutôt qu'être assignées à une seule personne coordonnatrice. Certains bénévoles pourraient aussi aider à cibler les aînés et les accompagnateurs pouvant bénéficier de l'APIC. De plus, la durée des rencontres pourrait être ajustée en fonction des besoins de l'ainé et de l'accompagnateur, et ce, de façon cohérente avec une autre étude ayant montré l'importance de l'appréciation simultanée de l'expérience par les jumelés, du partage de l'appréciation et de la personnalisation bidirectionnelle (Lacerte, 2020). Enfin, il est primordial de sensibiliser la population à l'importance de la participation sociale pour favoriser un vieillissement actif et en santé, notamment par une diffusion élargie et de qualité, à la fois vulgarisée et scientifique, des résultats de la présente étude.

Afin de pouvoir maintenir ce service, il importe aussi d'adapter l'APIC au contexte de pandémie, surtout en période de confinement. En effet, la crise sanitaire liée à la COVID-19 a exacerbé la proportion d'ainés à risque de vivre des situations d'isolement (Comité en prévention et promotion, 2020) et a intensifié l'âgisme (Ayalon *et al.*, 2020; Brooke et Jackson, 2020; Meisner, 2020). L'APIC pourrait être adapté en proposant des appels téléphoniques ou vidéos plutôt que les rencontres en personne. Lors de ces rencontres virtuelles, l'accompagnateur pourrait ainsi aider l'ainé à bonifier sa routine en incluant des activités saines et porteuses de sens. Stimuler l'ainé à rester en contact avec son entourage tout en restant à domicile et en respectant la distanciation sociale pourrait aussi impliquer de l'encourager à réaliser des activités sociales et de loisirs qu'il apprécie de façon synchrone (p. ex., participer à un club de lecture virtuel) ou asynchrone (p. ex., réaliser une activité d'écriture intergénérationnelle). La formation des accompagnateurs pourrait aussi inclure des pistes sur la façon de soutenir à distance les aînés dans la réalisation de projets respectant la distanciation physique en plus de donner davantage d'information sur le vieillissement et la place des aînés dans notre société. Enfin, un guide d'activités de participation sociale qui respectent les mesures sanitaires et qui favorisent les interactions intergénérationnelles pourrait être mis à la disposition des accompagnateurs.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première à avoir documenté l'implantation de l'APIC par des organismes communautaires du Québec. Parmi les forces, la triangulation des données provenant de plusieurs personnes de différentes organisations et la petite taille de l'échantillon a permis de recueillir des informations riches sur l'implantation de l'APIC, résultats pouvant être transférés à d'autres organismes communautaires ayant un contexte similaire. Parmi les limites de l'étude, la désirabilité sociale pourrait avoir inhibé les propos de certains participants, malgré les encouragements de l'équipe de

recherche à exprimer librement leur opinion et l'absence d'implication directe des étudiantes dans l'implantation. Bien que leurs avis aient été en partie pris en compte par les coordonnatrices, les directeurs généraux et l'agente de recherche, il aurait été important de recueillir aussi les perceptions des bénévoles et des aînés. Considérant les précautions liées à l'ECR en cours, il était toutefois impossible de questionner les bénévoles et, surtout, les aînés quant aux facteurs favorables, défavorables et essentiels à l'implantation de l'APIC. Enfin, comme toute étude qualitative, les résultats sont sensibles au temps et au contexte de l'étude et influencés par l'équipe de recherche.

Conclusion

La présente étude a permis d'identifier les facteurs favorables et défavorables ainsi que ceux essentiels à l'implantation de l'APIC, tels que perçus par des coordonnatrices, des directeurs généraux d'organismes communautaires et une agente de recherche. L'APIC correspondrait avec la mission et les valeurs des organismes communautaires, en plus de répondre aux besoins de plusieurs aînés qu'ils desservent. À titre de principaux responsables de l'implantation, ces organismes croyaient grandement en l'APIC, ce qui représente un facteur favorable à son implantation. La répartition aléatoire associée au projet de recherche et le temps accordé à l'implantation de l'APIC ont été documentés comme étant considérablement défavorables. Afin de faciliter ce déploiement, un guide d'implantation bonifié, intégrant les résultats obtenus dans le cadre de cette étude, sera développé. Pour assurer une bonne implantation, d'autres mesures seront toutefois nécessaires pour contourner les facteurs défavorables et maximiser ceux qui sont favorables. Par exemple, il sera important d'assurer une grande concordance entre la mission des organismes et l'APIC, d'allouer des ressources humaines et financières suffisantes pour mener à bien l'implantation ainsi que de choisir et de former adéquatement les coordonnateurs à l'APIC, une intervention à laquelle ils doivent croire. Les implantations futures devront aussi miser sur les partenariats avec la communauté. Enfin, il serait intéressant de poursuivre l'étude des effets de l'APIC auprès d'ainés en documentant plus explicitement la fidélité de l'implantation, soit le degré auquel l'intervention a été implantée en respectant le plan initial (Carroll *et al.*, 2007) ou les différences entre l'APIC tel que prévu et tel que réellement réalisé. D'autres études sont aussi requises pour obtenir la perspective des aînés sur la participation sociale de façon plus approfondie (p. ex., participer à des groupes de décision, proposer des activités de rencontre au parc pour soutenir d'autres aînés) et documenter la pérennité de l'implantation de l'APIC au sein des organismes communautaires.

Supplementary material. The supplementary material for this article can be found at <http://doi.org/10.1017/S0714980823000132>.

Remerciement. Cette étude a été possible grâce à l'appui financier d'une subvention Volet fondation des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC; 2016–22; #148466), de l'Université de Sherbrooke et du Centre de recherche sur le vieillissement du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Janie Gobeil détient une bourse de formation de maîtrise des Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS; 2019–21; #267895) et Mélanie Levasseur est nouvelle chercheuse des IRSC (2017–22; #360880) et chercheuse sénior FRQS (2021–2025; #298996). Merci à Catherine Maisonneuve et aux personnes qui ont donné de leur temps pour participer à l'étude.

Références

- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B. R., Neupert, S. D., Rothermund, K., et al. (2020). Aging in times of the COVID-19 pandemic: Avoiding ageism and fostering intergenerational solidarity. *Journals of Gerontology: Series B*, *76*(2), e49–e52. <https://doi.org/doi:10.1093/geronb/gbaa051>.
- Belza, B., Petrescu-Prahova, M., Kohn, M., Miyawaki, C. E., Farren, L., Kline, G., et al. (2014). Adoption of evidence-based health promotion programs: Perspectives of early adopters of Enhance* Fitness in YMCA-Affiliated Sites. *Frontiers in Public Health*, *2*, 164. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2014.00164>.
- Binhas, L. (2019, mars). Les repères en économie sociale et en action communautaire : Panorama du secteur et de sa main d'œuvre. Comité sectoriel de main d'œuvre de l'économie sociale et de l'action communautaire. https://www.csmoesac.qc.ca/assets/medias/documents/CSMOesac_lesrepères_2018.pdf (accédé le 29 décembre 2021).
- Bronstein, L., Gellis, Z. D., & Kenaley, B. L. (2011). A neighborhood naturally occurring retirement community: Views from providers and residents. *Journal of Applied Gerontology*, *30*(1), 104–112. <https://doi.org/10.1177/0733464809354730>.
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(13–14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>.
- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science*, *2*, 40. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>.
- Clément, A. P., Djilas, D., Vinet, T., Aubin, A., Demers, K., & Levasseur, M. (2018). Identification and feasibility of social participation initiatives reducing isolation and involving rural older adults Canadians in the development of their community. *Aging Clinical and Experimental Research*, *30*(7), 845–859. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0849-x>.
- Comité en prévention et promotion. (2020, 19 juin). *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> (accédé le 29 décembre 2021).
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, *4*(50), 1–15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>.
- Dattalo, M., Wise, M., Ford, J. H., Abramson, B., Mahoney, J. (2017). Essential resources for implementation and sustainability of evidence-based health promotion programs: A mixed methods multi-site case study. *Journal of Community Health*, *42*(2), 358–368. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0263-x>.
- De Villers, M.-E. (2003). *Multidictionnaire de la langue française* (4e éd). Montréal, Canada : Québec Amérique.
- Desrosiers, J., Noreau, L., & Rochette, A. (2004). Social participation of older adults in Quebec. *Aging Clinical and Experimental Research*, *16*(5), 406–412. <https://doi.org/10.1007/BF03324572>.
- Dickinson, C., Gibson, G., Gotts, Z., Stobbart, L., & Robinson, L. (2017). Cognitive stimulation therapy in dementia care: Exploring the views and experiences of service providers on the barriers and facilitators to implementation in practice using normalization process theory. *International Psychogeriatrics*, *29*(11), 1869–1878. <https://doi.org/10.1017/S1041610217001272>.
- Donkers, H. W., Van der Veen, D. J., Teerenstra, S., Vernooij-Dassen, M. J., Nijhuis-vander Sanden, M. W. G., & Graff, M. J. L. (2018). Evaluating the social fitness programme for older people with cognitive problems and their caregivers: Lessons learned from a failed trial. *BMC Geriatrics*, *18*(237), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0927-8>.
- Dunstan, D. A., Todd, A. K., Kennedy, L. M., & Anderson, D. L. (2014). Impact and outcomes of a rural personal helpers and mentors service. *Australian Journal of Rural Health*, *22*(2), 50–55. <https://doi.org/10.1111/ajr.12074>.
- Gilmour, H. (2012). Participation sociale et santé et bien-être des personnes âgées au Canada. *Rapports sur la santé*, *23*(4), 13.
- Guerrero, E. G., Padwa, H., Fenwick, K., Harris, L. M., & Aarons, G. A. (2016). Identifying and ranking implicit leadership strategies to promote evidence-based practice implementation in addiction health services. *Implementation Science*, *11*(69), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0438-y>.
- Institut de la statistique du Québec. (2013, mars). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités, les maladies chroniques et le vieillissement 2010–2011. Méthodologie et description de la population visée* (Volume 1). <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-limitations-activites-maladies-chroniques-vieillessement-methodologie-et-description-population-visee-volume-1.pdf> (accédé le 29 décembre 2021).
- Instituts de recherche en santé du Canada. (2013, 20 septembre). *Aperçu de la médecine personnalisée*. <https://cihr-irsc.gc.ca/f/43707.html> (accédé le 29 décembre 2021).
- Israel, B. A., Schulz, A. J., Parker, E. A., & Becker, A. B. (1998). Review of community-based research: Assessing partnership approaches to improve public health. *Annual Review of Public Health*, *19*(1), 173–202. <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.19.1.173>.
- Kelly-Gillespie, N., & Wilby, F. (2012). Experiences of volunteers serving older adults. *Working with Older People*, *16*(1), 31–40. <https://doi.org/10.1108/13663661211215187>.
- Lacerte, J. (2020). Composantes essentielles et enjeux d'un accompagnement bénéfique pour les aînés : une étude de cas multiples sur l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC) offert par des bénévoles (mémoire de maîtrise, Université de Sherbrooke, Canada). *Savoirs UdeS* : <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/17506?show=full> (accédé le 29 décembre 2021).
- Lacerte, J., Provencher, V., & Levasseur, M. (2017a). Accroître la participation sociale des aînés en partenariat avec la communauté—Implantation d'un accompagnement-citoyen personnalisé. *Actualités ergothérapeutiques*, *19*(4), 27–28.
- Lacerte, J., Provencher, V., & Levasseur, M. (2017b, juin 9). *Pour les aînés et par la communauté : Adaptation et appropriation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé (APIC) des aînés grâce à la recherche participative*. 13e Journée scientifique du CdRV en collaboration avec la 27e édition du Gérontoclub, Sherbrooke, Québec, Canada.
- Laermans, J., Scheers, H., Vandekerckhove, P., & De Buck, E. (2020). PROTOCOL: Friendly visiting by a volunteer for reducing loneliness and social isolation in older adults. *Campbell Systematic Reviews*, *16*, e1084, 1–10. <https://doi.org/10.1002/cl2.1084>.
- Larivière, N. (2008). Analyse du concept de la participation sociale : Définitions, cas d'illustration, dimensions de l'activité et indicateurs. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, *75*(2), 114–127. <https://doi.org/10.1177/000841740807500207>.
- Leedahl, S. N., Brasher, M. S., Estus, E., Breck, B. M., Dennis, C. B., & Clark, S. C. (2019). Implementing an interdisciplinary intergenerational program using the Cyber Seniors® reverse mentoring model within higher education. *Gerontology & Geriatrics Education*, *40*(1), 71–89. <https://doi.org/10.1080/02701960.2018.1428574>.
- Lefebvre, H., Levert, M.-J., Le Dorze, G., Croteau, C., Gélinas, I., Therriault, P.-Y., et al. (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*, *4*(115), 107–123. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0107>.
- Levasseur, M., Dubois, M.-F., Filiatrault, J., Vasiliadis, H.-M., Lacasse-Bédard, J., Tourigny, A., Levert, M.-J., Gabaude, C., Lefebvre, H., Berger, V., & 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). *BMJ Open*, *8*(3), e018676–e018676. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018676>.
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., 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>.
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Lacerte, J., Carbonneau, H., & Therriault, P.-Y. (2023). Feasibility of social participation intervention for older adults with disabilities. *Activities, Adaptation and Aging*.

- Levasseur, M., Lussier-Therrien, M., Biron, M. L., Raymond, É., Castonguay, J., Naud, D., Fortier, M., Sévigny, A., Houde, S., Tremblay, L. (2021). Scoping study of definitions of social participation: Update and co-construction of an interdisciplinary consensual definition. *Age and Ageing*, *51*(2), afab215. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab215>.
- Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L., & 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*(12), 2141–2149. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.09.041>.
- Lindamer, L. A., Lebowitz, B., Hough, R. L., Garcia, P., Aguirre, A., Halpain, M. C., et al. (2009). Establishing an implementation network: Lessons learned from community-based participatory research. *Implementation Science*, *4*(17), 1–7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-17>.
- Meisner, B. A. (2020). Are you ok, boomer? Intensification of ageism and intergenerational tensions on social media amid COVID-19. *Leisure Sciences*, *43*(1–2), 56–61. <https://doi.org/10.1080/01490400.2020.1773983>.
- Miles, M. B., Huberman, M. A., & Saldaña, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Miller, W. L., & Crabtree, B. F. (2003). Clinical research. In D. N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Éds.), *Strategies of qualitative inquiry* (2^e éd., pp. 397–434). Thousand Oaks, CA : SAGE.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2018, 28 mars). Partenaires du système – organismes communautaires. <https://www.msss.gouv.qc.ca/reseau/partenaires-du-systeme/organismes-communautaires/> (accédé le 29 décembre 2021).
- Organisation mondiale de la santé (OMS). (2002). Vieillir en restant actif : Cadre d'orientation. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67758/1/WHO_NMH_NPH_02.8_fre.pdf (accédé le 29 décembre 2021).
- Pennington, J., & Knight, T. (2008). Staying connected: The lived experiences of volunteers and older adults. *Ageing International*, *32*(4), 298–311. <https://doi.org/10.1007/s12126-008-9020-5>.
- Piché, L., Arsenault, S., Leblanc, M., Croteau, N., et Levasseur, M. (2019). Pré-implantation de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire (APIC): Adaptabilité, collaboration et financement, les déterminants d'une implantation réussie. *Revue canadienne du vieillissement*, *38*(3), 315–327. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000059>.
- Pinnock, H., Barwick, M., Carpenter, C. R., Eldridge, S., Grandes, G., Griffiths, C. J., et al. (2017). Standards for reporting implementation studies (StaRI) statement. *BMJ*, *356*(i6795), 1–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.i6795>.
- Ruikes, F. G. H., Meys, A. R. M., van de Wetering, G., Akkermans, R. P., van Gaal, B. G. I., Zuidema, S. U., et al. (2012). The CareWell-primary care program: Design of a cluster-controlled trial and process evaluation of a complex intervention targeting community-dwelling frail elderly. *BMC Family Practice*, *13*(115), 1–9. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-115>.
- Secrétariat à l'action communautaire autonome du Québec. (2004, août). *Plan d'action gouvernemental en matière d'action communautaire*. Ministère de l'Emploi, de la Solidarité sociale et de la Famille. https://www.mtess.gouv.qc.ca/telecharger.asp?fichier=/publications/pdf/SACA_plan_action_gouv_act_communautaire.pdf (accédé le 29 décembre 2021).
- Siette, J., Cassidy, M., & Priebe, S. (2017). Effectiveness of befriending interventions: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, *7*, e014304, 1–12. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014304>.
- Social Care Institute for Excellence. (2013, mai). Reablement: Maximising the potential of reablement – SCIE Guide 49. <https://www.scie.org.uk/publications/guides/guide49/> (accédé le 29 décembre 2021).
- Statistique Canada. (2017, mai 3). Le Quotidien – Chiffres selon l'âge et le sexe, et selon le type de logement : Faits saillants du Recensement de 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/170503/dq170503a-fra.htm> (accédé le 29 décembre 2021).
- Stijnen, M. M. N., Jansen, M. W. J., Vrijhoef, H. J. M., & Duimel-Peters, I. G. P. (2013). Development of a home visitation programme for the early detection of health problems in potentially frail community-dwelling older people by general practices. *European Journal of Ageing*, *10*(1), 49–60. <https://doi.org/10.1007/s10433-012-0251-7>.
- Weiss, D., Lillefjell, M., & Magnus, E. (2016). Facilitators for the development and implementation of health promoting policy and programs – A scoping review at the local community level. *BMC Public Health*, *16*(140), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2811-9>.