

RAPPORT D'ÉVALUATION DU PROJET PILOTE



Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Bas-Saint-Laurent



Kino
Québec

**DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE,
DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION,**

Novembre 2004

ANALYSE ET RÉDACTION :

Sonia Langelier
Agente de recherche sociosanitaire, responsable du volet évaluation

COLLABORATION À LA RÉDACTION :

Hugues Marquis
Agent régional de promotion de la santé, conseiller Kino-Québec
Promoteur et coordonnateur de la mise en œuvre du projet

RÉALISATION DES ENTREVUES DE GROUPE :

Sonia Langelier
Hugues Marquis

COLLECTE ET TRAITEMENT DES DONNÉES :

Roger Dubé
Technicien en recherche

CONCEPTION DU DEVIS DE RECHERCHE ET DES OUTILS DE CUEILLETTE :

Jocelyne Pelletier
Agente de planification et programmation sociosanitaire

SECRÉTARIAT :

Pauline Landry

ISBN : 2-921342-48-0
Dépôt légal – 4^e trimestre 2004
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Dans ce document, le genre masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

La réalisation du projet *Viactive à domicile* a été rendue possible grâce à la participation de plusieurs collaborateurs. Monsieur Hugues Marquis, agent régional de promotion de la santé à la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent et conseiller Kino-Québec s'est particulièrement investi dans ce projet. Nous nous joignons à lui pour remercier chaleureusement toutes les personnes qui ont participé à l'expérimentation et à l'évaluation de ce projet.

Tout d'abord, nous désirons témoigner notre vive reconnaissance à tous les bénévoles impliqués. Ils sont les maillons essentiels de ce programme et, sans leur précieuse implication, aucun client n'aurait pu bénéficier du programme.

Nous remercions également les conseillers Viactive des centres locaux de services communautaires (CLSC) participants qui ont été sollicités tout au long des deux années d'expérimentation. Un gros merci aussi à tous les intervenants des CLSC et des centres d'action bénévole (CAB) qui ont été associés au recrutement, à l'encadrement des bénévoles de même qu'à la référence de la clientèle participante. Plusieurs de ces personnes ont aussi contribué à l'évaluation du projet, pour votre généreuse collaboration, merci.

Sincères remerciements à la Table de concertation des personnes âgées du Bas-Saint-Laurent pour sa collaboration à la mise en œuvre de l'expérimentation.

Enfin, un grand merci à monsieur Roger Dubé, technicien en recherche à la Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, qui, tout au long des deux années d'expérimentation, a recueilli et compilé patiemment les données. De même, un grand merci à madame Josée Gauthier, de l'Institut national de santé publique du Québec pour ses judicieux conseils quant au traitement et à l'analyse statistique des données. Finalement une grande reconnaissance à tout le personnel clérical impliqué de près ou de loin à la réalisation de ce projet.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES	vii
LISTE DES ANNEXES.....	vii
INTRODUCTION.....	8
CHAPITRE 1 - MISE EN CONTEXTE	9
1.1 Problématique à l'origine du projet.....	9
1.2 Description du programme	10
1.2.1 La clientèle-cible	10
1.2.2 Les objectifs	11
1.2.3 Les moyens.....	11
1.2.4 La structure organisationnelle	11
1.2.5 L'échéancier établi.....	13
CHAPITRE 2- MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION	15
2.1 Les questions d'évaluation	15
2.1.1 L'évaluation de la structure.....	15
2.1.2 L'évaluation du processus	16
2.1.3 L'évaluation d'impact.....	16
2.2 Les dimensions, indicateurs, sources et modes de cueillette des données	17
2.3 Les outils de cueillette des données	19
2.3.1 Outils de cueillette des données pour l'évaluation de la structure	19
2.3.2 Outils de cueillette des données pour l'évaluation du processus	19
2.3.3 Outils de cueillette des données pour l'évaluation des effets chez les clients et les aidants	20
2.4 Échéancier de l'évaluation.....	20
2.5 Analyse des données	20
2.6 Limite des données.....	21
CHAPITRE 3- RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION.....	22
3.1 L'évaluation de la structure	22
3.1.1 Les modes organisationnels	22
3.1.2 Le fonctionnement	22
3.1.2.1 Le recrutement des bénévoles.....	22
3.1.2.2 La formation des bénévoles	23
3.1.2.3 La référence	23
3.1.2.4 Le jumelage participant/bénévole	23
3.1.2.5 L'horaire des rencontres	24
3.1.2.6 Encadrement des bénévoles	24

3.1.2.7	Suivi des clients	24
3.1.2.8	Modifications apportées	24
3.1.3	Les ressources humaines et financières	25
3.1.3.1	Les ressources bénévoles.....	25
3.1.3.2	Les ressources financières	25
3.1.4	La perception des acteurs sur les conditions facilitantes, les difficultés rencontrées et les aspects à améliorer	26
3.1.4.1	Les conditions facilitantes.....	26
3.1.4.2	Les difficultés rencontrées ou les améliorations proposées	28
3.2	L'évaluation du processus	31
3.2.1	Les services fournis	31
3.2.1.1	Le contenu et le déroulement de l'intervention	31
3.2.1.2	Les outils utilisés	31
3.2.1.3	Territoire desservi	31
3.2.1.4	La fréquence et la durée de l'intervention	32
3.2.2	Le profil de la clientèle	33
3.2.3	Le taux d'abandon des personnes référées	38
3.2.4	Les modifications apportées aux activités prévues	38
3.2.5	La perception des acteurs sur les conditions facilitantes, les difficultés rencontrées et les aspects à améliorer	39
3.2.5.1	Les conditions facilitantes	39
3.2.5.2	Les difficultés rencontrées ou les améliorations proposées	40
3.3	L'évaluation de l'impact.....	41
3.3.1	Les effets perçus par les participants	41
3.3.1.1	Le taux de réponse	42
3.3.1.2	Les effets sur l'autonomie fonctionnelle	42
3.3.1.3	Les effets sur la perception de l'état général de santé	45
3.3.1.4	Les effets sur la satisfaction face à la vie sociale	46
3.3.1.5	L'adoption par le client d'habitudes régulières de pratique d'exercices physiques	47
3.3.1.6	La satisfaction des répondants	49
3.3.1.7	La perception de l'utilité de l'intervention	52
3.3.2	Les effets chez les proches aidants	54
CHAPITRE 4- DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS		55
BIBLIOGRAPHIE.....		60

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 :	Répartition des tâches CAB/CLSC/Régie	12
TABLEAU 2 :	Étapes de réalisation de l'implantation de <i>Viactive à domicile</i>	14
TABLEAU 3 :	Modèle d'évaluation utilisé	15
TABLEAU 4 :	Dimensions, indicateurs, sources et modes de cueillette des données	17
TABLEAU 5 :	Étapes de réalisation de l'évaluation de <i>Viactive à domicile</i>	20
TABLEAU 6 :	Nombre de bénévoles par MRC	25
TABLEAU 7 :	Coût moyen par participant et par visite à domicile, 2002-2004	26
TABLEAU 8 :	Municipalités des participants au programme.....	32
TABLEAU 9 :	Nombre de séances reçues par les participants selon la MRC	33
TABLEAU 10 :	Durée moyenne d'une visite	33
TABLEAU 11 :	MRC des personnes référées.....	34
TABLEAU 12 :	Sexe des personnes référées.....	35
TABLEAU 13 :	Groupes d'âge des personnes référées	35
TABLEAU 14 :	Degré de difficulté dans les activités de déplacement des répondants	36
TABLEAU 15 :	Nombre de maladies des personnes référées	36
TABLEAU 16 :	Maladies ou conditions chroniques des personnes référées	37
TABLEAU 17 :	Milieu de vie des personnes référées selon les MRC participantes.....	37
TABLEAU 18 :	Nombre de services dispensés par le CLSC par personne référée	38
TABLEAU 19 :	Variation de l'autonomie fonctionnelle pré et post-intervention	43
TABLEAU 20 :	Variation pré et post-intervention de l'autonomie fonctionnelle selon l'âge.....	44
TABLEAU 21 :	Variation pré et post-intervention de la capacité d'accomplir les activités mesurant l'autonomie fonctionnelle.....	45
TABLEAU 22 :	Variation pré et post-intervention de la perception de l'état de santé	46
TABLEAU 23 :	Variation pré et post-intervention de la satisfaction face à la vie sociale	46

TABLEAU 24 :	Variation pré et post-intervention de la satisfaction face à la vie sociale selon la situation de vie du participant	47
TABLEAU 25 :	Pratique des exercices entre les visites	47
TABLEAU 26 :	Poursuite des exercices après retrait du programme selon le type de pratique.....	48
TABLEAU 27 :	Fréquence de la pratique d'exercices après retrait du programme selon le type de pratique.....	48
TABLEAU 28 :	Raisons pour ne pas poursuivre la pratique d'exercices selon le type de pratique.....	49
TABLEAU 29 :	Taux de satisfaction des participants	49
TABLEAU 30 :	Satisfaction face à la qualité des services offerts par les bénévoles	50
TABLEAU 31 :	Proportion des répondants prêts à recommander le programme	50
TABLEAU 32 :	Proches ayant déclaré des changements positifs au niveau de la capacité physique du participant.....	53
TABLEAU 33 :	Effets observés par les proches aidants au niveau de la capacité physique des participants	53
TABLEAU 34 :	Changements dans l'aide nécessitée par le participant	54

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 :	Organigramme du projet.....	13
FIGURE 2 :	Démarche utilisée pour l'identification de la clientèle cible	34

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 :	Outils de collecte de données.
ANNEXE 2 :	Horaire de la formation.

INTRODUCTION

Viactive à domicile est un programme expérimental d'activation physique légère à l'intention des personnes âgées en perte d'autonomie, vivant à domicile, et pouvant difficilement se déplacer. Ce programme, expérimenté dans le Bas-Saint-Laurent, est inspiré de différentes études qui ont mis en lumière le bien-fondé de la pratique d'exercices physiques pour les personnes âgées « fragiles ». L'expérimentation a été initiée au printemps 2002 et a pris fin au printemps 2004. L'intervention, d'une durée de 8 à 12 semaines, consistait en une série de visites à domicile pendant lesquelles des bénévoles, ayant reçu une formation préalable, animaient une séance d'exercices physiques légers.

L'objet de l'actuelle démarche est de présenter les résultats de l'évaluation de cette expérimentation. Il s'agit d'abord et avant tout d'une évaluation de faisabilité où la structure et le processus ont davantage retenu l'attention. Cependant, certains effets perçus par les clients et les aidants ont aussi été vérifiés.

Ce rapport d'évaluation se compose de quatre chapitres. Le premier chapitre présente un résumé du projet et du contexte entourant l'expérimentation. Dans le deuxième chapitre, les questions et la méthodologie d'évaluation sont décrites. Dans le troisième chapitre, nous présentons successivement les résultats de l'évaluation de la structure, du processus et de l'impact. Enfin, le quatrième chapitre, présente une discussion des résultats obtenus ainsi que les recommandations qui s'en dégagent. Nous y discutons également des possibilités d'utiliser *Viactive à domicile* comme porte d'entrée pour l'expérimentation d'un programme de prévention des chutes auprès des aînés vivant à domicile.

CHAPITRE 1- MISE EN CONTEXTE

L'évaluation du projet *Viactive à domicile* est l'aboutissement d'une expérimentation qui a débuté en 2002 et s'est terminée en 2004. Cette expérimentation a été précédée d'une phase exploratoire afin de déterminer la faisabilité d'un tel projet à l'échelle de deux MRC. Ce premier chapitre dresse en quelque sorte l'historique du projet. Nous présenterons d'abord la problématique à l'origine du projet pour ensuite décrire le programme comme tel.

1.1 Problématique à l'origine du projet

Différentes études font état du bien-fondé de la pratique d'exercices physiques pour les personnes âgées « fragiles ». Une étude, menée auprès de personnes de 70 ans et plus présentant des conditions chroniques, a révélé qu'un programme d'exercices de faible intensité a eu des effets bénéfiques sur la mobilité fonctionnelle, la pression artérielle et le sentiment général de bien-être (Hickey et autres, 1996). Une autre étude va même plus loin en identifiant les aînés « fragiles » comme étant le segment de la population pouvant le plus profiter de programmes d'exercices physiques (Evans, 1999). Une troisième étude mentionne l'effet d'un programme d'exercices sur la prévention des fractures de la hanche (augmentation de la densité osseuse, de la coordination, de l'équilibre et de la force musculaire) de même que les effets bénéfiques sur les personnes âgées souffrant d'arthrite, de la maladie de Parkinson, d'accident vasculaire cérébral et d'autres maladies chroniques. Cette même étude mentionne également des effets antidépresseurs et d'amélioration des désordres du sommeil (Butler et autres, 1998). On retrouve également des recherches soutenant l'importance des contacts sociaux dans le maintien d'un bon état de santé globale des aînés (Farquhar, 1995; Prince et autres, 1997).

Il existe différents programmes qui s'adressent aux aînés, dont *Viactive*, un programme d'activation physique dispensé en salle par des bénévoles et *Viactive adaptée* dispensé à des groupes d'aînés vivant en établissement. La clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile et éprouvant des problèmes de mobilité n'a pas accès à ces programmes. L'idée d'offrir un programme léger d'activation physique à une clientèle en perte d'autonomie vivant à domicile, en utilisant les services des bénévoles, paraissait pertinente. Au cours des dernières années, on observe un taux d'abandon grandissant aux séances hebdomadaires offertes en salle, abandons qui sont justifiés par la perte d'autonomie due au processus de vieillissement¹. Le programme *Viactive à domicile*, un programme d'activation physique légère, dispensé par des bénévoles, à l'intention des aînés en perte d'autonomie vivant à domicile et pouvant difficilement se déplacer a donc été développé pour répondre aux besoins de cette clientèle.

S'il semblait relativement aisé de cibler cette clientèle, plusieurs questions ont cependant été soulevées par un tel projet, notamment la possibilité de mobiliser des bénévoles. Ainsi, en 2000, un projet exploratoire a été expérimenté et évalué dans deux MRC (municipalité régionale de comté) de la région du Bas-Saint-Laurent (Rivière-du-Loup et Kamouraska), auprès d'un nombre restreint de clients.

¹ Ce constat fait suite à un sondage réalisé auprès des animateurs *Viactive* et des personnes ne participant plus à *Viactive* en salle.

Les résultats de cette évaluation démontraient la faisabilité de ce type d'intervention et ce, d'une façon sécuritaire (Pelletier et Marquis, 2001). De plus, les effets observés chez les clients corroboraient, du moins partiellement, à ce que l'on retrouve dans la littérature sur le sujet. Des effets positifs ayant été observés chez 50 % de ceux-ci. Toutefois, le nombre de participants étant très petit (N=8), il était impossible de tirer des conclusions de cette évaluation ni, bien sûr, de stratifier les résultats. L'expérience a également démontré que le nombre de clients ciblés, intéressés à bénéficier de ce programme d'activation physique, dépassait largement le nombre de bénévoles recrutés. Enfin, il ressortait des entretiens avec les bénévoles qu'ils avaient besoin de matériel spécifique, adapté au type d'intervention préconisé dans *Viactive à domicile*.

Dans ce contexte, il apparaissait intéressant de parfaire certains éléments de la structure et du processus. Par ailleurs, vu le déséquilibre entre le nombre de bénévoles recrutés et le bassin de clients potentiels, l'identification des caractéristiques des clients les plus susceptibles de bénéficier de cette intervention apparaissait essentielle. Les leçons apprises lors de cette phase exploratoire ont ainsi permis d'établir un cadre de référence d'implantation de *Viactive à domicile* à partir duquel il fut décidé d'expérimenter le projet dans les huit MRC du Bas-Saint-Laurent et de poursuivre l'expérimentation jusqu'à ce qu'un nombre critique de 96 participants, soit environ une douzaine par MRC, aient été rejoints (Marquis, 2001).

Cet élargissement du projet à plusieurs MRC devait permettre de parfaire le mode d'implantation et de fonctionnement. De plus, dans la mesure où le nombre de clients serait suffisant, il devait permettre d'identifier les caractéristiques des clients les plus susceptibles d'en retirer des bienfaits.

1.2 Description du programme²

1.2.1 La clientèle-cible

La clientèle-cible du programme *Viactive à domicile* est constituée des personnes de 70 ans et plus ayant un problème de mobilité, dont la condition physique et mentale est stable et qui vivent à domicile. Les clients présentant en plus une ou plusieurs des caractéristiques suivantes sont référés en priorité :

- atteints de maladies ou conditions chroniques (arthrite, MPOC, Parkinson, accident vasculaire cérébral, diabète, insuffisance cardiaque);
- souffrant d'isolement social;
- présentant des troubles du sommeil;
- manquant de stimuli à l'action.

Les personnes pouvant se déplacer sans difficulté sont exclues, parce qu'elles peuvent participer à un groupe *Viactive* régulier (activités physiques de groupe dans un lieu communautaire).

² Le contenu de cette section est tiré du *Devis d'évaluation du programme Viactive à domicile* (Pelletier, 2001).

1.2.2 Les objectifs

Les principaux objectifs du programme *Viactive à domicile* sont de deux ordres.

Un objectif intermédiaire est fixé en regard des comportements et dans le cas présent, il s'agit de :

- l'adoption par le client d'habitudes régulières de pratique d'exercices physiques légers, avec ou sans l'assistance de personnes de son entourage.

Il ne s'agit donc pas de maintenir de façon continue l'intervention d'une personne bénévole auprès du client, mais plutôt d'amener le client à se prendre en charge et à répéter lui-même les exercices ou à le faire avec l'aide ou en compagnie d'une personne de son entourage.

Des objectifs finaux sont posés en regard de l'effet sur le bien-être des clients à savoir le maintien ou l'amélioration de :

- leur autonomie fonctionnelle;
- leur perception de leur état de santé globale;
- leur satisfaction face à leur vie sociale.

1.2.3 Les moyens

Le programme consiste à dispenser à domicile un programme d'activation physique de faible intensité par l'intermédiaire de bénévoles formés à cet effet et d'amener le client à reproduire les séances par lui-même (avec ou sans l'assistance de son entourage). Le contenu de départ du programme s'inspire grandement du programme *Viactive adaptée* s'adressant à des personnes en perte d'autonomie en institution, mais il s'agit d'un contenu évolutif qui devrait s'enrichir au fil du projet, notamment par la contribution de professionnels de la réadaptation qui jouxteront au programme existant certains mouvements particulièrement recommandés pour l'une ou l'autre des pathologies affectant les participants. En effet, la conception d'un outil d'animation des séances d'exercices (Guide de l'animateur) à l'intention des bénévoles fait partie de ce programme expérimental car les résultats de la phase exploratoire ont démontré le besoin chez les bénévoles de matériel spécifique adapté au type d'intervention préconisé par *Viactive à domicile*.

1.2.4 La structure organisationnelle

Selon le cadre de référence établi à la suite de la phase exploratoire, une concertation entre la Régie régionale³, le CLSC et le CAB représentent un modèle réaliste et fonctionnel pour assurer la mise en place d'un tel programme. Le tableau 1 résume la répartition des tâches qui pourrait être établie dans chaque MRC lors de la mise en œuvre. Par la suite, différents partenaires locaux pourraient s'associer au projet. La position du X identifie l'organisme responsable de coordonner ou de collaborer à la réalisation de la tâche mentionnée. La position du ? identifie les organismes potentiels susceptibles de collaborer à la réalisation de la tâche mentionnée après entente mutuelle. C'est donc dire

³ Maintenant devenue Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

que la répartition des tâches, au niveau des organismes collaborateurs, pourrait être différente d'une MRC à l'autre.

TABEAU 1 : RÉPARTITION DES TÂCHES CAB/CLSC/RÉGIE

TÂCHES	COORDINATION			COLLABORATION		
	CAB	CLSC	RÉGIE	CAB	CLSC	RÉGIE
Déroulement global du projet (3 volets)			X	X	X	
Financement			X	X		
Recrutement et encadrement des bénévoles	?	?		?	?	
Réalisation de l'évaluation			X			
Formation des bénévoles			X	X	X	
Jumelage bénévoles/clients	?	?		?	?	
Déplacements des bénévoles	X					
Support clinique au programme : soins infirmiers/réadaptation/service social		X				
Choix des clients selon les critères prioritaires		X				
Collecte des données d'intervention : relevés des visites/feuilles de référence	?	?		?	?	
Discussions de groupe et rencontres d'évaluation			X	X	X	
Production du matériel d'animation : trousse <i>Viactive à domicile</i>			X		X	
Rapport final			X			
Diffusion et dissémination du projet			X			

Compte tenu de ses composantes, il est certain qu'un tel projet n'aurait pu être mis en œuvre sans l'implication des organismes concernés. Ces derniers sont soit des acteurs, des partenaires ou des collaborateurs, lesquels se définissent comme suit :

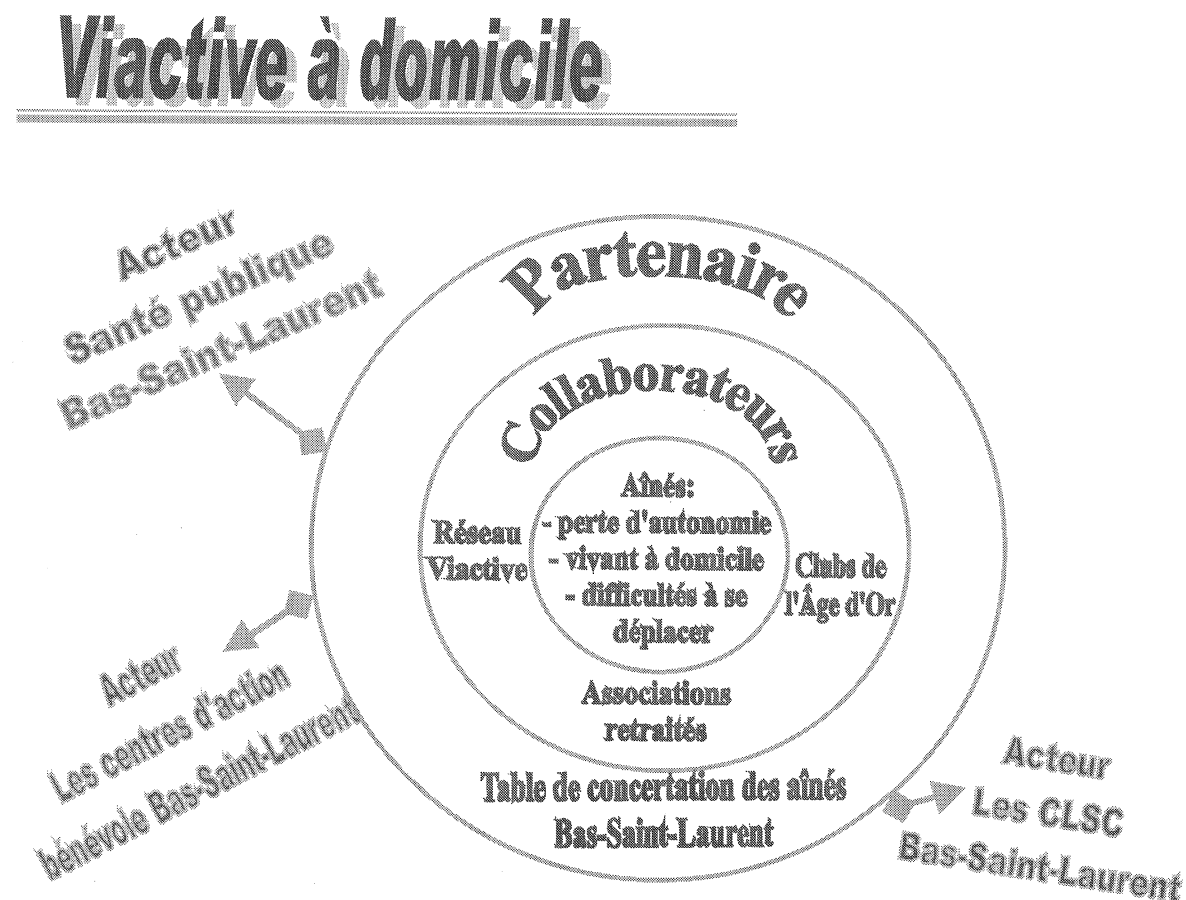
- acteur : organisme maître d'œuvre dans la réalisation du projet;
- partenaire : organisme aidant à la réalisation du projet;
- collaborateur : organisme bénévole ou commanditaire.

Outre les acteurs et partenaires impliqués dans l'expérimentation de cette intervention, d'autres organismes collaborateurs ont été approchés pour les besoins du projet. Il s'agit du réseau *Viactive 01*, des clubs de l'Âge d'Or, des diverses associations de retraités et de bénévoles.

Les besoins à combler étaient, entre autres, le recrutement d'animateurs aînés bénévoles, ainsi que de conducteurs automobiles pour le déplacement de certains animateurs.

L'organigramme du projet est présenté à la figure 1.

FIGURE 1 : ORGANIGRAMME DU PROJET



1.2.5 L'échéancier établi

Le tableau 2 présente les étapes de réalisation de l'implantation du programme. Les premières cohortes devaient commencer à participer à *Viactive à domicile* au printemps 2002 et l'intervention, d'une durée de 8 à 12 semaines, devait prendre fin à l'été 2002.

TABEAU 2 : ÉTAPES DE RÉALISATION DE L'IMPLANTATION DE *VIACTIVE* À DOMICILE

NO	ACTIVITÉS	ÉCHÉANCIER	REMARQUES
1.	Présentation du projet aux conseillers <i>Viactive</i>	Automne 2001	
2.	Présentation du projet aux coordonnateurs CLSC et aux directeurs généraux des CAB-01	Automne 2001	
3.	Présentation du projet au personnel du service SAD en CLSC (soins à domicile)	Automne 2001	
4.	Préparation d'un outil d'animation (Guide de l'animateur)	Hiver 2002 Printemps 2002	Produit final disponible: automne 2002
5.	Recrutement des : bénévoles/clients	Hiver 2002	Objectif : 12 clients/MRC
6.	Information et sensibilisation auprès des bénévoles	Hiver 2002	
7.	Formation des bénévoles	Hiver 2002	
8.	Période de jumelage bénévoles/clients	Hiver 2002	
9.	Début des rencontres bénévoles/clients	Printemps 2002	
10.	Discussion de groupe : conseiller <i>Viactive</i> , CAB, SAD, Régie	Printemps 2002	Ajustements nécessaires en début de projet
11.	Discussion de groupe sur la pérennité du projet : diffusion/dissémination	Automne 2002	Éléments d'évaluation et rédaction du rapport

CHAPITRE 2- MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION

D'entrée de jeu, soulignons que certaines modifications ont été apportées au devis d'évaluation initial, les modalités d'évaluation étant assujetties à la façon dont s'implante le programme. Ces modifications ont été rendues nécessaires en raison des délais de mise en place du programme dans certaines MRC. Ainsi, alors qu'il était prévu au départ que les dernières étapes de l'évaluation auraient lieu à l'automne 2002, soit 6 mois après le début de l'expérimentation, et la rédaction du rapport à l'hiver 2003, cette dernière a été réalisée un an plus tard car le nombre critique de clients rejoints n'avait pas été atteint à la période prévue. Pour cette raison, et afin que les bénévoles et intervenants impliqués aient fraîchement en mémoire les informations pertinentes à l'évaluation, des groupes de discussion ont été tenus régulièrement au cours des deux années d'expérimentation, au lieu des deux seuls prévus à la toute fin du programme.

2.1 *Les questions d'évaluation*

Certaines questions d'évaluation portent sur la structure entourant le programme (ressources et organisation) et le processus (production de services). D'autres concernent l'impact (résultats) : les effets sur les clients, mais également sur les aidants. Le tableau 3 illustre, pour chacun de ces volets de l'évaluation, les principales dimensions retenues.

TABEAU 3 : MODÈLE D'ÉVALUATION UTILISÉ

STRUCTURE (Ressources et organisation)	PROCESSUS (Production de services)	IMPACT (Résultats)
Ressources humaines et matérielles	Nombre de services	Effets sur la population cible
Modes organisationnels	Nombre de clients	Effets sur les proches aidants
Qualité des ressources	Caractéristiques des clients	
Modifications apportées	Modifications apportées	
Conditions facilitantes, difficultés rencontrées et améliorations proposées	Conditions facilitantes, difficultés rencontrées et améliorations proposées	

2.1.1 L'évaluation de la structure

Chaque MRC participant au programme a mis en place des modes organisationnels permettant le fonctionnement du programme. Les questions d'évaluation vérifient donc l'existence et la fonctionnalité des structures mises en place dans chaque MRC, la qualité et le coût des services, les conditions facilitantes et les contraintes.

- Quelles sont les modes organisationnels mis en place dans chaque MRC?
- Comment fonctionnent ces modes organisationnels?

- Quelles sont les modifications apportées aux modes organisationnels en cours d'expérimentation?
- Quelles sont les ressources investies : nombre et caractéristiques des bénévoles recrutés et formés, coûts?
- Les ressources sont-elles habilitées à donner des services de qualité?
- Quelles sont les conditions perçues comme étant facilitantes?
- Quelles sont les difficultés rencontrées et les améliorations proposées?

2.1.2 L'évaluation du processus

L'évaluation du processus vise principalement à vérifier si les activités devant être réalisées l'ont été et si la clientèle-cible a été rejointe. Les principales questions d'évaluation sont donc :

- Quels sont les services fournis par les bénévoles (fréquence et durée des visites ou téléphones, exercices réalisés, matériel utilisé)?
- Quel est le nombre et quelles sont les caractéristiques des clients?
- Les caractéristiques des clients correspondent-elles aux caractéristiques de la clientèle ciblée?
- Quelles sont les modifications apportées aux activités prévues en cours d'expérimentation?
- Quelles sont les conditions perçues comme étant facilitantes?
- Quelles sont les difficultés rencontrées et les améliorations proposées?

2.1.3 L'évaluation d'impact

L'évaluation d'impact permet d'apprécier les effets de l'intervention chez les clients et les aidants, les principales questions étant :

- Quel est le degré de prise en charge du programme par le client (avec ou sans l'assistance de son entourage)?
- Quels sont les changements survenus dans la mesure de la perception de l'autonomie fonctionnelle?
- Comment la perception de la satisfaction face à l'état de santé globale évolue-t-elle?
- Comment la perception de la satisfaction face à la vie sociale évolue-t-elle?
- Quel est le degré de satisfaction face au programme?
- Peut-on observer un changement dans l'aide nécessaire par le client?

Lors de la période exploratoire, quelques personnes de l'entourage des clients ont transmis des commentaires positifs quant aux bienfaits perçus des visites. Cela nous a incité à recueillir les perceptions d'une personne du ménage lorsque le client ne vit pas seul, ou d'une personne aidante lorsqu'il y en a une auprès du client vivant seul. Les perceptions sur les bienfaits directs chez le client et sur les bienfaits indirects auprès des personnes aidantes ou significatives sont donc aussi mesurées.

Chez les référents et organisateurs, l'appréciation de la pertinence du programme pour les clients est aussi vérifiée.

2.2 Les dimensions, indicateurs, sources et modes de cueillette des données

Le tableau 4 présente les dimensions évaluées de même que les indicateurs, les sources et modes de collecte des données. Ces éléments sont reliés aux volets d'évaluation concernés, soit respectivement à l'évaluation de la structure, du processus et de l'impact.

TABEAU 4 : DIMENSIONS, INDICATEURS, SOURCES ET MODES DE CUEILLETTE DES DONNÉES

DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES ET MODES DE CUEILLETTE
Évaluation de la structure		
Structures de fonctionnement dans chaque MRC	Présence des structures	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
Fonctionnement des structures	Rôles des organismes partenaires	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Règles de fonctionnement	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Stratégies de recrutement des bénévoles	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Stratégies de recrutement des clients	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Utilisation de l'outil de référence	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Modifications apportées aux modalités de fonctionnement	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
Ressources bénévoles investies	Nombre et caractéristiques des bénévoles recrutés	Données des relevés de visites et des groupes de discussion avec les organismes et les référents
Ressources financières investies	Coûts ressources humaines et matérielles	Données recueillies auprès des instances locales de coordination et de l'instance régionale
Qualité des services dispensés	Perception des bénévoles quant à leur habileté à dispenser le programme et quant à la pertinence du programme	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Modalités d'encadrement des bénévoles	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
	Modalités de suivi des clients	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés d'organismes (CLSC, CAB) et de référents
Conditions facilitantes, difficultés rencontrées et améliorations proposées	Satisfaction/perception des bénévoles, des référents et des organismes face à la fonctionnalité des structures mises en place	Données recueillies lors des entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles, de référents et d'organismes

DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES ET MODES DE CUEILLETTE
Évaluation du processus		
Services fournis	Nombre et durée des visites	Données des relevés de visites
	Interventions réalisées lors des visites	Données des relevés de visites
	Satisfaction des bénévoles face au matériel d'animation fourni	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Satisfaction des bénévoles face au contenu de l'intervention	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Satisfaction des bénévoles face à la relation avec les clients et leur entourage	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Satisfaction des bénévoles face au climat entourant l'intervention	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Modifications apportées aux activités prévues	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles, de référents et d'organiseurs
Clientèle rejointe	Caractéristiques des clients	Données du feuillet de référence Questionnaire administré par téléphone au client en début de participation
Conditions facilitantes, difficultés rencontrées et améliorations proposées	Perception des bénévoles, des référents et des organisateurs	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles, de référents et d'organiseurs
Évaluation de l'impact : les effets chez les clients		
Degré de prise en charge du programme par le client	Fréquence de répétition des exercices par le client en cours de programme (avec ou sans l'assistance de l'entourage)	Données des relevés de visites et données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles
	Maintien de la pratique des exercices après le retrait du programme	Questionnaire administré par téléphone au client 1 à 2 mois après le retrait du programme
	Fréquence de répétition des exercices par le client (avec ou sans l'assistance de l'entourage) après le retrait du programme	Questionnaire administré par téléphone au client 1 à 2 mois après le retrait du programme
Autonomie fonctionnelle	Mesure de l'évolution de l'autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie courante	Questionnaire administré par téléphone au client au début de la participation et 1 à 2 mois après le retrait du programme
Satisfaction face à l'état de santé globale	Degré de satisfaction	Questionnaire administré par téléphone au client au début de la participation et 1 à 2 mois après le retrait du programme
Satisfaction face à la vie sociale	Degré de satisfaction	Questionnaire administré par téléphone au client au début de la participation et 1 à 2 mois après le retrait du programme

DIMENSIONS	INDICATEURS	SOURCES ET MODES DE CUEILLETTE
Bénéfices perçus	Perception des gains d'autonomie et d'autres gains chez le client	Données recueillies lors d'entrevues semi-dirigées des groupes de discussion composés de bénévoles, de référents et d'organismes Questionnaire téléphonique administré auprès d'un proche aidant 1 à 2 mois après le retrait du programme
Satisfaction face au programme	Degré de satisfaction face à la personne bénévole	Questionnaire administré par téléphone au client 1 à 2 mois après le retrait du programme
	Degré de satisfaction face aux séances d'exercices	Questionnaire administré par téléphone au client 1 à 2 mois après le retrait du programme
Évaluation de l'impact : les effets chez les personnes aidantes		
Bénéfices perçus	Perception des changements dans l'aide nécessaire	Questionnaire téléphonique administré auprès d'un proche aidant 1 à 2 mois après le retrait du programme

2.3 Les outils de cueillette des données

Plusieurs outils de collecte ont été utilisés. Ils sont brièvement décrits dans cette section et annexés au présent document.

2.3.1 Outils de cueillette des données pour l'évaluation de la structure

Une grille d'entrevue semi-dirigée a servi à animer des groupes de discussion auprès des organisateurs et référents et à recueillir les précisions sur le fonctionnement des structures dans les MRC. Les ressources financières investies dans le projet ont été relevées dans chaque MRC participante et acheminées à la Direction de la santé publique aux fins de l'évaluation. En ce qui concerne les informations pour les ressources bénévoles impliquées, un relevé de visites a été complété par chaque bénévole pour chacune des visites effectuées chez le client.

Une deuxième grille d'entrevue semi-structurée a permis de sonder les perceptions des bénévoles sur leurs habiletés d'intervention et leur satisfaction quant aux modalités de fonctionnement établies.

2.3.2 Outils de cueillette des données pour l'évaluation du processus

Les données sur les caractéristiques des services rendus proviennent du relevé de visites déjà mentionné à la section précédente. Un feuillet de référence, comportant les caractéristiques des clients, a été utilisé par les intervenants qui référaient des clients vers le programme *Viactive à domicile* et a servi à établir le profil de la clientèle. Le questionnaire téléphonique réalisé auprès du client en début de participation a permis d'obtenir les informations sur les difficultés de mobilité des clients référés. La grille d'entrevues semi-dirigées qui a servi à l'animation des groupes de discussion auprès des bénévoles a permis de recueillir des informations sur leur satisfaction quant à différents aspects de l'intervention, les difficultés rencontrées et les améliorations proposées.

2.3.3 Outils de cueillette des données pour l'évaluation des effets chez les clients et les aidants

Un questionnaire effectué par entrevues téléphoniques en début d'intervention et quelque temps après la fin du projet vise à connaître l'autonomie de chaque client dans les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD)⁴ de même que sa perception face à son état de santé globale et à sa vie sociale⁵. Des informations portant sur le degré de satisfaction envers le programme et le maintien de la pratique des exercices après le retrait du programme ont aussi été recueillies par le biais de ce questionnaire. En outre, les relevés d'intervention des bénévoles ont permis d'établir le degré et le rythme de prise en charge des exercices par les clients, en cours de programme. Également, un questionnaire téléphonique a été réalisé auprès des aidants après le retrait du programme. Ce questionnaire nous a permis de recueillir leurs perceptions des gains chez le client et, le cas échéant, des changements dans l'aide nécessitée par ce dernier. Finalement, les grilles d'entrevues semi-dirigées utilisées pendant les groupes de discussion auprès des organisateurs et référents de même qu'auprès des bénévoles ont permis d'obtenir des informations sur les bénéfices perçus par ces deux groupes chez les clients.

2.4 Échéancier de l'évaluation

TABEAU 5 : ÉTAPES DE RÉALISATION DE L'ÉVALUATION DE *VIACTIVE À DOMICILE*

ACTIVITÉ	ÉCHÉANCIER
Cueillette des données pour l'évaluation du processus	Relevés de visites : avril 2002 à avril 2004 Feuillets de référence : mars 2002 à février 2004
Cueillette des données pour l'évaluation des effets chez les clients	Avril 2002 à juin 2004
Cueillette des données pour l'évaluation des effets chez les proches aidants	Août 2002 à juin 2004
Cueillette des données qualitatives (groupes de discussion) pour l'évaluation de la structure, du processus et de l'impact	Organisateurs, bénévoles : octobre 2002 Organisateurs et référents : juin 2003 mai 2004 Bénévoles : juin 2003 mai 2004

2.5 Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée en fonction des questions d'évaluation. L'évaluation des structures et des modes de fonctionnement donne lieu à une analyse qualitative de contenu de même qu'à une description quantitative quant aux ressources investies.

⁴ Questions tirées de l' *Évaluation de l'autonomie multiclientèle*, de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.

⁵ Questions tirées du *Rapport de l'enquête sociale et de santé 1987. Questionnaire auto-administré* de Santé-Québec.

Des analyses quantitatives descriptives utilisées dans l'évaluation du processus et des comparaisons des caractéristiques des clients établissent si la clientèle du programme correspond à la clientèle ciblée.

L'évaluation de l'impact est caractérisée à la fois par des analyses qualitatives et quantitatives. Analyses qualitatives pour tout ce qui est perceptuel et analyses quantitatives comparatives pré et post-intervention pour vérifier les effets de l'intervention sur le degré d'autonomie fonctionnelle des clients, leur perception de leur état de santé et leur degré de satisfaction face à leur vie sociale.

Le logiciel SPSS a été utilisé pour le traitement des données quantitatives relatives à l'évaluation du processus et de l'impact.

2.6 Limite des données

Une cueillette de données qui s'échelonne sur une période de plus de deux ans et qui met à contribution plusieurs intervenants et bénévoles donne inévitablement lieu à des difficultés de suivi. Ainsi, des relevés de visites sont manquants. Le nombre de personnes visitées, de séances reçues par les clients sont donc sous-estimés dans certaines MRC. Par ailleurs, la validité des données dont nous disposons est tributaire de la rigueur des informateurs impliqués.

Concernant les données d'impact, l'administration des questionnaires téléphoniques pré et post-intervention aux clients a été difficile pour plusieurs raisons. D'une part, certaines pathologies des clients (surdité, maladie d'Alzheimer, etc.) limitaient leur capacité de répondre aux questions. D'autre part, il est arrivé que la référence nous parvienne après plusieurs semaines d'intervention, ce qui rendait l'administration du questionnaire pré-intervention inutile. Enfin, les nombreuses données manquantes, ajoutées aux refus de réponse et aux abandons, ont réduit considérablement le nombre de cas pouvant faire l'objet d'une comparaison pré et post-intervention de même que les possibilités de stratification des résultats.

CHAPITRE 3- RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

3.1 L'évaluation de la structure

3.1.1 Les modes organisationnels

Sept des huit MRC du Bas-Saint-Laurent ont mis en place une structure organisationnelle basée sur la concertation entre le CLSC et le CAB. Dans le cas d'une MRC (Les Basques), aucune structure n'est actuellement en place. Les conseillers et conseillères *Viactive* des différentes MRC ont été les maîtres d'œuvre de la mise en place du programme. Ils font le pont entre les CLSC et les CAB des différents territoires.

Dans toutes les MRC participantes sauf une, l'organisme responsable de la coordination au niveau local est le CAB. Les CLSC sont collaborateurs, ils effectuent les références des participants par le biais des intervenants des équipes multidisciplinaires de maintien à domicile. Dans certaines MRC, d'autres organismes, comme le Centre de jour et le Service ambulatoire gériatrique (SAG), agissent aussi à titre de collaborateurs en référant des clients.

Dans le Témiscouata, la structure mise en place est différente. La coordination du programme est assumée par les organisatrices communautaires des points de service du CLSC. Le CAB collabore en assurant certains services aux bénévoles.

Au cours de la dernière année d'expérimentation, la gestion financière régionale du programme a été assumée par le CAB Les Seigneuries de Rivière-du-Loup. La coordination régionale du programme et les formations ont été assumées par le conseiller Kino-Québec, rattaché à Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent.

3.1.2 Le fonctionnement

3.1.2.1 Le recrutement des bénévoles

Dans la majorité des MRC où le programme a été expérimenté, le recrutement des bénévoles a été assumé conjointement par le CLSC et le CAB. Le CAB s'est occupé seul du recrutement dans deux MRC.

Plusieurs stratégies de recrutement ont été utilisées : médias locaux (journaux, télévision communautaire, feuillet paroissial), visites aux clubs de l'Âge d'or, à des groupes *Viactive* en salle, demandes auprès de regroupements de retraités (l'Association des aînés de l'UQAR, l'Association des retraités de l'enseignement, etc.). Quelques bénévoles ont été recrutés grâce à ces différentes stratégies mais la majorité des bénévoles présents aux groupes de discussion ont été recrutés directement par un intervenant du CLSC ou le CAB.

3.1.2.2 La formation des bénévoles

Les bénévoles devaient recevoir une formation avant de commencer leur intervention.

La Régie régionale était responsable de dispenser ces formations. Au cours des deux années d'expérimentation, sept formations ont été offertes, soit une dans chaque MRC participante. Une personne diplômée en activité physique animait ces formations. Afin de réunir un plus grand nombre de bénévoles, les formations étaient offertes aux bénévoles de deux MRC à la fois. La fréquence des formations dépendait du nombre de bénévoles recrutés. Cette formation, d'une durée de cinq heures, comprend une partie théorique et une partie pratique, consacrée à l'apprentissage des exercices. En outre, une trousse *Viactive* contenant du matériel d'animation est remise à chaque bénévole lors de cette formation. Le contenu de la formation a été modifié au fil de l'expérimentation. Les principales modifications sont indiquées à la section « *Modifications apportées* ». L'horaire et le contenu de la formation sont présentés en annexe.

Certains conseillers *Viactive* ou professionnels en réadaptation physique ont dû, à l'occasion, dispenser eux-mêmes la formation à des bénévoles nouvellement recrutés afin qu'ils puissent commencer sans trop tarder leurs visites à domicile.

3.1.2.3 La référence

Pour participer au programme, chaque client doit répondre à certains critères⁶ et être référé par un intervenant du réseau de la santé et des services sociaux. Pour ce faire, ce dernier complète un feuillet de référence où sont inscrites certaines informations sur le participant et sa condition de santé. Le feuillet proposé lors de l'expérimentation est présenté en annexe.

Les feuillets de référence sont ensuite acheminés à l'organisme ou la personne responsable de la coordination du programme qui assume les jumelages participants/bénévoles. Les bénévoles sont informés de la condition de santé du participant par le biais des informations inscrites sur ce feuillet.

3.1.2.4 Le jumelage participant/bénévole

Dans six MRC sur sept, le jumelage est effectué par le CAB. Le CLSC, en tant qu'organisme coordonnateur, assume le jumelage dans une MRC. Dans tous les cas, le bénévole peut refuser si le choix du participant ne lui convient pas, ce qui est arrivé rarement. Soulignons qu'il s'agit souvent de petits milieux où tous se connaissent et où certaines animosités peuvent exister.

Dans six des sept MRC, un intervenant du CAB ou du CLSC (la personne référente ou le conseiller *Viactive*), est habituellement présent lors de la première rencontre entre le bénévole et le participant. Cette première rencontre est surtout importante pour clarifier le rôle du bénévole et la durée de l'intervention. Dans une MRC, la première rencontre est annoncée par le CAB au client mais se fait sans la présence d'un intervenant.

⁶ Ces critères ont été présentés à la section *Clientèle-cible*.

3.1.2.5 L'horaire des rencontres

Dans toutes les MRC, l'horaire des rencontres est établi après entente entre le participant et le bénévole. Une majorité des bénévoles téléphonent aux participants la veille pour leur rappeler leur rendez-vous. Chacun est responsable de prévenir l'autre en cas d'empêchement. Dans une MRC, une personne du CAB sert d'intermédiaire pour remémorer les rendez-vous, annuler ou reporter les rencontres au besoin. Dans un cas comme dans l'autre, la façon de faire convient aux bénévoles.

3.1.2.6 Encadrement des bénévoles

Selon la MRC, les bénévoles bénéficient d'un encadrement plus ou moins serré, mais aucun mécanisme formel et systématique d'encadrement des bénévoles *Viactive à domicile* n'a été mis en place. Certains CAB offrent le même encadrement qu'à l'ensemble de leurs bénévoles, c'est-à-dire qu'ils le revoient ou le rappellent pour avoir des nouvelles de l'intervention. Dans d'autres MRC, le bénévole contacte le CAB ou le CLSC en cas de problème seulement. Dans toutes les MRC participantes, les liens entre la personne référente et le bénévole sont pratiquement inexistantes en cours de programme, sauf en cas de nécessité. Même si, dans certains territoires, on encourage fortement les contacts téléphoniques entre les bénévoles et les référents, il semble que, dans la pratique, ce réflexe ne soit pas développé.

3.1.2.7 Suivi des clients

Comme c'est le cas pour l'encadrement des bénévoles, certains CAB offrent aux participants de *Viactive à domicile* le même suivi qu'à leurs autres clients. Cependant, ce n'est pas toujours le cas. Certaines MRC avaient plutôt prévu un suivi de la clientèle par le biais de la personne référente. Cette dernière devait assurer le suivi lors de ses visites chez le client ou encore lui téléphoner un mois après le début de sa participation au programme. Mentionnons que les participants possèdent les coordonnées de la personne responsable du projet et du référent, à qui ils peuvent faire appel au besoin.

3.1.2.8 Modifications apportées

Les principales modifications apportées concernent l'échéancier établi, la reconnaissance des bénévoles et le contenu de la formation.

La mise en place du programme devait être réalisée à l'intérieur d'un délai d'un an. Trois des sept MRC participantes ont réussi à mettre le programme en place au cours de la période prévue alors qu'une période de deux ans a été nécessaire pour les quatre autres MRC.

Au départ, les bénévoles *Viactive à domicile* n'étaient pas reconnus comme étant des bénévoles des CAB, mais plutôt comme faisant partie d'une catégorie à part. Très tôt, il est apparu nécessaire d'assurer une certaine protection à ces bénévoles et des ententes avec les CAB ont été négociées. Dorénavant, que l'organisme de coordination soit le CAB ou le CLSC, tous les bénévoles de *Viactive à domicile* sont reconnus comme des bénévoles des CAB; ils sont assujettis à un code d'éthique, participent aux activités de reconnaissance des bénévoles et sont protégés par l'assurance-responsabilité des CAB. À cet égard, les MRC qui ont mis davantage de temps à mettre en place le programme ont adopté le modèle développé dans les autres MRC. Selon les informateurs responsables de

l'implantation, la reconnaissance des bénévoles *Viactive* par les CAB est une des conditions de réussite du programme.

Concernant la formation, des intervenants du CAB et du CLSC sont maintenant conviés à discuter des particularités de l'intervention à domicile, de la clientèle et de l'éthique. De plus, le contenu pratique a aussi été modifié. Alors qu'au début de l'expérimentation, on se servait du contenu de *Viactive adaptée* (qui compte huit routines), dorénavant, le contenu présenté est un contenu réduit et modifié qui a été élaboré par une équipe de techniciennes en réadaptation physique qui travaillent à domicile et le conseiller Kino-Québec. Ces modifications ont été effectuées pour que les clients intègrent plus facilement les exercices et puissent se prendre en charge après le programme.

3.1.3 Les ressources humaines et financières

3.1.3.1 Les ressources bénévoles

La présente section concerne le nombre et les caractéristiques des bénévoles impliqués dans le programme depuis le début de l'expérimentation. Ces informations, qui proviennent pour la plupart des relevés de visites remplis par les bénévoles, ont été complétées lors des groupes de discussion tenus avec les organisateurs. Tous les bénévoles sont des femmes.

TABLEAU 6 : NOMBRE DE BÉNÉVOLES PAR MRC

MRC	Nombre de bénévoles
Kamouraska	11
Basques	0
Matane	7
La Mitis	4
Rimouski-Neigette	7
Rivière-du-Loup	3
Témiscouata	10
Matapédia	11
Total (bénévoles)	53

3.1.3.2 Les ressources financières

Le tableau 7 fait état des dépenses engagées depuis le début de l'expérimentation du programme, c'est-à-dire de avril 2002 à avril 2004. Certains coûts sont cependant non récurrents, comme ceux du matériel et de la formation. En les excluant, le coût moyen par visite s'abaisse à 20,75 \$ et celui par participant à 179,00 \$. Par ailleurs, les coûts liés à la coordination s'atténuent au fur et à mesure que le projet s'implante. Si le programme était maintenu, les coûts attribués à chaque

visite seraient donc inférieurs à 20,75 \$. Enfin, il existe également certaines possibilités d'abaisser les coûts au niveau du matériel fourni aux bénévoles, notamment par l'obtention de commandites dans la communauté.

TABEAU 7 : COÛT MOYEN PAR PARTICIPANT ET PAR VISITE À DOMICILE, 2002-2004

Coûts d'opération ⁷ 2002-2004	18 118 \$
Formation des bénévoles	4 200 \$
Trousse <i>Viactive</i> à domicile	1 855 \$ (35 \$ l'unité)
Total	24 173 \$
Nombre de participants ⁸ 2002-2004	101
Coût moyen par participant	239 \$
Nombre de visites ⁹ 2002-2004	873
Coût moyen par visite	27,69 \$
Coût minimal estimé par visite	20,75 \$

3.1.4 La perception des acteurs sur les conditions facilitantes, les difficultés rencontrées et les aspects à améliorer

3.1.4.1 Les conditions facilitantes

La reconnaissance du programme :

Une des conditions facilitantes est la reconnaissance du programme par les employeurs des conseillers *Viactive*. Il doit y avoir au moins une personne porteuse du dossier dans chaque MRC pour établir la concertation inter-organismes et diffuser l'information sur le programme auprès des référents potentiels. De plus, dans les MRC où cette personne a participé au recrutement des bénévoles, la mise en place du programme a été facilitée. La présence dans le dossier d'une personne qui fait le lien entre le CLSC et le CAB est donc essentielle.

⁷ Ces coûts incluent les frais de coordination, les frais de déplacement des bénévoles ainsi que certains autres coûts comme la publicité, les activités de reconnaissance des bénévoles, etc.

⁸ La définition donnée au terme « participant » est : toute personne pour qui au moins un relevé de visites a été rempli. Certaines personnes ont pu, par la suite, abandonner en cours de programme. Soulignons qu'il s'agit d'un nombre minimal puisque certaines MRC n'ont pas acheminé tous leurs relevés de visites.

⁹ Du 1 avril 2002 au 15 avril 2004. Encore une fois il s'agit d'un nombre minimal de visites puisque certaines MRC n'ont pas acheminé tous leurs relevés.

La concertation CAB/CLSC :

Dans certaines MRC, on a collaboré avec des organismes autres que le CAB pour mettre en place le programme. Cependant, comme ces organismes ne disposaient pas de ressources suffisantes pour rejoindre la population de toute la MRC, il s'est avéré, finalement que la concertation CAB/CLSC était la formule la plus efficace. Évidemment, l'existence de liens étroits entre le CLSC et le CAB facilite la concertation intersectorielle et la mise en place du programme. Rappelons également que la reconnaissance des bénévoles *Viactive à domicile* par les CAB est une des conditions de réussite du programme.

La collaboration des professionnels en réadaptation physique :

La collaboration des professionnels en réadaptation physique est aussi un facteur facilitant. Leur expertise et leur connaissance de la clientèle à domicile contribuent à préciser le contenu des séances d'exercices qui devrait être offert à la clientèle, de même que les contre-indications, lorsqu'ils connaissent le client. En tant que membres de l'équipe de services à domicile des CLSC, ils peuvent aussi contribuer, par leurs avis ou leurs références directes, à mieux cibler la clientèle susceptible de bénéficier de l'intervention.

La pertinence du programme :

Bien que certains problèmes de référence aient été soulevés, les organisateurs et référents rencontrés ne remettent pas en cause la pertinence du programme, au contraire. La plupart mentionnent que les référents des CLSC ont très bien accueilli ce programme et qu'ils ont démontré beaucoup d'intérêt au début de l'expérimentation. Cependant, dans certains secteurs, cet intérêt s'est estompé en raison de la précarité du programme. Parmi les conditions de réussite énoncées, on retrouve la permanence du programme. Les organisateurs souhaitent qu'un financement récurrent soit accordé, que les responsabilités de chacun soient clairement déterminées (par exemple les modalités de suivi des clients et d'encadrement des bénévoles) et qu'un mécanisme de reddition de comptes soit instauré.

L'existence du programme Viactive en salle dans le milieu :

Même si la plupart des bénévoles n'ont pas été recrutés au sein des animateurs ou participants à *Viactive* en salle, selon les organisateurs, le fait que ce programme existe dans le milieu facilite le recrutement. En sollicitant ceux qui connaissent le programme, on en vient à identifier dans la communauté ou au sein des participants en salle, des gens susceptibles d'être intéressés par *Viactive à domicile*.

L'intégration de Viactive à domicile au service de visites d'amitié des CAB :

Un CAB s'est servi des visites d'amitié qu'il offrait déjà pour dispenser le programme. De cette façon, on a limité le surplus de travail qu'implique la mise en place d'un nouveau service. On a identifié des participants potentiels parmi les personnes qui recevaient déjà des visites d'amitié et on a ajouté les séances d'exercices à leur visite, après s'être assuré auprès du CLSC que le client était admissible au programme. En fait, ce CAB offre maintenant des visites d'amitié avec un service spécifique, et on considère que c'est une réussite.

Le remboursement des frais de déplacement :

Le fait que les frais de déplacement des bénévoles aient été défrayés a facilité l'implication des CAB. Dans certains cas, si on avait assumé la coordination du service gratuitement, il aurait été impensable de puiser dans les enveloppes budgétaires dévolues à d'autres services pour offrir *Viactive à domicile*.

La formation :

La formation est jugée indispensable tant par les organisateurs que par les bénévoles. Il s'agit d'une des conditions de réussite du programme. Il faut s'assurer que les bénévoles effectuent correctement les exercices et connaissent l'effet recherché par ceux-ci. Des bénévoles, qui avaient commencé leurs visites avant d'avoir reçu la formation se sont rendus compte qu'ils ne les faisaient pas correctement lors de celle-ci. La formation est aussi importante pour que les bénévoles sachent adapter les séances à la condition physique de leur client : être à l'écoute du client, détecter les signes de fatigue, de douleur, savoir quand il faut arrêter ou augmenter le niveau de difficulté, etc.

Le support de la Régie régionale :

Enfin, le support de la Régie régionale au niveau des formations, du matériel fourni aux bénévoles et de la disponibilité du conseiller Kino-Québec responsable du programme a facilité la mise en place du programme.

3.1.4.2 Les difficultés rencontrées ou les améliorations proposées

Le financement :

Le financement du programme s'est révélé un facteur contraignant. Au cours de la première année d'expérimentation, seuls les frais de formation et de déplacement des bénévoles étaient financés. Les CAB devaient accepter de s'impliquer sans qu'aucun argent ne leur soit versé pour leurs activités de recrutement et de coordination. Si certains CAB ont accepté une implication conditionnelle à la durée de l'expérimentation, d'autres ont opposé une plus grande résistance, ce qui explique, du moins partiellement, le délai de mise en place du programme dans certaines MRC. L'obtention d'une subvention au cours de la deuxième année d'expérimentation a permis de disposer d'un léger financement pour défrayer le travail des CAB. Cependant, le fait que les montants d'argent consentis ne soient pas récurrents est un frein au développement du programme. Doit-on travailler à mettre en place ce programme si on ne peut, dans l'avenir, en assurer le fonctionnement?

La période de mise en place du programme :

Dans certaines MRC, le programme a démarré en novembre ou décembre. Pour les CAB, cette période est loin d'être idéale et la mise en place d'un nouveau service représente un surplus de travail important.

Les difficultés de recrutement :

Une des difficultés rencontrées se situe au niveau du recrutement des bénévoles. La difficulté à recruter des bénévoles est d'ailleurs évoquée comme la cause principale de l'absence de structure dans une des MRC.

Contrairement aux attentes des organisateurs, les animateurs *Viactive* en salle se sont montrés peu intéressés à s'impliquer dans *Viactive à domicile*; les visites à domicile constituent un type de bénévolat très différent de leur implication habituelle. Par contre, par leur intermédiaire, on a recruté quelques bénévoles au sein de participants à *Viactive* en salle ainsi que dans la communauté. L'intervention à domicile suscite des craintes, c'est un type de bénévolat particulier où l'on entre dans l'intimité de la personne et qui exige des qualités particulières, d'où l'importance de s'associer à un organisme qui possède une expertise en la matière et qui est reconnu dans le milieu. De plus, au début de l'expérimentation, l'inquiétude des bénévoles face à un éventuel accident à domicile a été un frein au recrutement, d'où la nécessité de se joindre à un organisme répondant comme le CAB qui peut offrir une protection aux bénévoles. La durée du projet et la régularité de l'intervention exigent également des bénévoles une disponibilité qui complique le recrutement.

Dans certains cas, la période où l'on a effectué le recrutement n'a pas aidé. À compter du mois de mai, les bénévoles sont difficiles à rejoindre, moins disponibles et peu réceptifs face au recrutement. À l'automne, ils ont davantage de temps et sont plus faciles à convaincre.

L'étendue du territoire rend aussi le recrutement plus difficile. Dans les endroits plus éloignés d'un point de services du CLSC ou du CAB, on connaît moins les gens susceptibles d'être intéressés par ce type de bénévolat et la façon de les rejoindre.

La référence :

Dans certaines MRC, des problèmes de référence ont été rencontrés. Ainsi, des bénévoles formés n'ont pas pu être jumelés. Ces problèmes s'expliquent de plusieurs façons :

- méconnaissance du programme de la part des référents;
- client qui refuse de participer parce que non informé sur le programme et sa propre référence;
- « incertitude/décrochage » de la part des référents du fait que le programme est toujours expérimental et qu'on ignore s'il se poursuivra;
- incertitude des référents sur le nombre de références pouvant être admises;
- informations insuffisantes sur le feuillet de référence du fait que la personne référente ne possède pas toutes les compétences nécessaires.

Selon les organisateurs et référents, les critères d'admissibilité devront aussi être clarifiés. Par exemple, on se demande si un client ayant déjà participé au programme peut être référé une seconde fois.

Le questionnement de certains organisateurs sur les modalités de référence laisse entendre que des clarifications s'imposent aussi sur ce point.

- Quelles sont les différentes sources de référence possibles?
- Doit-on répondre aux seules sources de référence identifiées?
- À partir de critères d'admissibilité clairs et mis à jour, le CAB peut-il admettre une clientèle qu'il identifie ou qui s'adresse directement à ses services?

De l'avis de nos informateurs, le feuillet de référence devrait être amélioré pour y inscrire les capacités et les limitations fonctionnelles du client. Dans le cadre d'un programme comme *Viactive à domicile*

domicile, ces informations sont plus utiles que les maladies ou conditions chroniques du client. Un feuillet modifié est présenté en annexe¹⁰.

La fréquence des formations :

La fréquence des formations a été un facteur contraignant. Lorsqu'un bénévole est recruté, il doit pouvoir être formé et jumelé rapidement sans quoi il se désintéresse du programme ou il s'implique ailleurs.

Certaines solutions à ce problème sont proposées mais celle qui obtient davantage l'assentiment des organisateurs est de former une ressource locale qui dispenserait elle-même la formation au besoin. Les conseillers *Viactive* pourraient assumer cette tâche. Ils pourraient recevoir la formation spécifique *Viactive à domicile* lors de la formation annuelle qui leur est dispensée. Une telle alternative remet cependant en question la pertinence d'avoir recours à un formateur diplômé. Il faudra élucider cette question avant de prendre toute décision concernant les modalités de formation des bénévoles. Par exemple, quel type d'accréditation doit-on exiger des bénévoles et des formateurs?

L'encadrement des bénévoles :

Les coordonnateurs et collaborateurs sont unanimes quant à la nécessité d'instaurer un mécanisme systématique d'encadrement des bénévoles *Viactive à domicile*.

Dans certaines MRC, où l'on a tenté de favoriser les contacts entre référents et bénévoles après le début de l'intervention, on a réalisé que cette procédure était difficilement applicable. En fait, pour les bénévoles, il n'est pas facile de rejoindre un intervenant du CLSC (ou toute autre personne référente); on parle souvent à une boîte vocale. Par ailleurs, souvent, le référent ne revoit son client que plusieurs semaines après le début de l'intervention ou pas du tout, dans le cas où son dossier est fermé. Aussi, le réflexe de rappeler le bénévole pour s'enquérir de l'intervention n'est-il pas instantané? Pour ces raisons, les organisateurs et référents croient qu'il serait souhaitable que les bénévoles aient un contact avec le référent avant le début de l'intervention pour obtenir les informations plus spécialisées mais qu'en cours d'intervention, le CAB ou la personne qui coordonne le programme devrait assurer l'encadrement des bénévoles. Idéalement, le suivi auprès du bénévole devrait être plus intensif au cours du premier mois d'intervention puisque c'est souvent durant cette période qu'il se questionne sur son rôle et peut être tenté d'abandonner. Dans les rares cas où des bénévoles ont eu à faire appel au service du CAB ou du CLSC, ils se sont sentis appuyés. Un seul bénévole mentionne que le CAB et le CLSC se renvoyaient la balle mais qu'il a tout de même obtenu l'information demandée.

Le suivi des clients :

Il est ressorti des groupes de discussion avec les organisateurs et collaborateurs qu'un mécanisme systématique de suivi des clients devrait être établi. Ce suivi devrait se faire quelques semaines (2 ou 3) après le début de l'intervention. Selon les informateurs, la personne ou l'organisme responsable de la coordination devrait assumer cette tâche car, en raison de sa charge de cas ou de critères administratifs qui limitent le nombre et le type d'interventions que les référents peuvent faire, notamment lorsque le dossier du client est fermé, ils ne peuvent pas toujours assurer adéquatement le suivi. Entre autres, il peut s'écouler un long délai avant que les référents ne soient informés que le jumelage bénévole/participant a été fait et que l'intervention est commencée. Advenant un problème qui demande un avis spécialisé, l'instance de coordination pourrait consulter la personne référente.

¹⁰ Ce feuillet est celui utilisé dans la MRC de La Mitis.

3.2 L'évaluation du processus

3.2.1 Les services fournis

3.2.1.1 Le contenu et le déroulement de l'intervention

Lors de la phase exploratoire, le contenu de l'intervention était celui du programme *Viactive adaptée*, offert à des personnes en perte d'autonomie vivant en institution. Ce contenu a été modifié par la suite sous les conseils d'une équipe de techniciennes en réadaptation physique qui travaillent à domicile et qui connaissent la clientèle. Ainsi, le contenu de *Viactive à domicile* comporte dorénavant quatre routines, soit deux routines assis, pour les personnes qui ont des problèmes sévères de mobilité ou d'équilibre, et deux routines assis/debout pour les personnes ayant plus de facilité à se déplacer. Comme dans le cas de *Viactive régulier*, chaque routine compte un certain nombre d'exercices qui s'adressent aux différentes parties du corps. Le principe du « jeux de cartes » a été maintenu, afin de favoriser une continuité avec *Viactive régulier*.

Les bénévoles procèdent de façon graduelle. Les exercices effectués et le nombre de routines apprises au cours du programme varient selon les capacités des participants. Quelques bénévoles complètent le programme d'exercices en allant marcher avec les participants.

L'aspect social du programme est aussi important pour les clients; la plupart des participants offrent café et biscuits pour pouvoir « jaser » après la séance.

3.2.1.2 Les outils utilisés

Alors qu'au début de l'expérimentation on disposait de très peu d'outils, une trousse *Viactive à domicile* a été développée depuis et est utilisée par tous les bénévoles œuvrant dans le programme. Elle est remise aux bénévoles lors de la formation. Cette trousse contient un dépliant qui explique le programme et qui est remis au client par le référent ou le bénévole. On y retrouve également un « Guide de l'animateur » (présenté sous la forme d'un cartable) expliquant et illustrant les différents exercices ainsi qu'une grille d'évaluation des performances du client. La trousse contient aussi un nouvel outil qui a été développé avec l'aide de bénévoles. Il s'agit d'un guide ayant la forme d'un « calendrier sur table » où sont illustrés, d'un côté l'exercice à l'intention du client et, de l'autre côté l'exercice et les consignes à l'intention du bénévole. Cet outil très aidant, selon les bénévoles, est utilisé lors des séances. Plusieurs bénévoles laissent cet outil chez le client afin qu'il puisse pratiquer les exercices entre les rencontres. La trousse contient aussi une bande élastique et une balle-mousse qui ont été ajoutées à la demande des bénévoles.

3.2.1.3 Territoire desservi

Selon les MRC, le nombre de municipalités où le programme a été dispensé varie de 1 à 10. Dans les MRC qui ont pris part au programme pendant les deux années d'expérimentation, soit les MRC de Matapédia, Kamouraska et du Témiscouata, le nombre de municipalités desservies est plus élevé. Mentionnons que ces données proviennent des relevés de visites complétés par les bénévoles après chaque visite. Comme certains relevés sont manquants, le programme peut avoir été dispensé dans d'autres municipalités dont le nom n'apparaît pas dans le tableau suivant.

TABEAU 8 : MUNICIPALITÉS DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME

MRC	MUNICIPALITÉS	
Kamouraska	La Pocatière	St-Gabriel
	Rivière-Ouelle	St-Philippe
	St-Alexandre	
La Mitis	Mont-Joli	St-Donat
	St-Gabriel	
Rimouski-Neigette	Bic	Rimouski
Rivière-du-Loup	Rivière-du-Loup	
Témiscouata	Biencourt	Pohénégamook
	Lac-des-Aigles	Squatec
	Lejeune	St-Athanase
	N.-D.-du-Lac	St-Louis du Ha! Ha!
Matapédia	Amqui	St-Léon
	Causapscal	St-Moïse
	Lac-au-Saumon	St-Noël
	Sayabec	
Matane	Matane	

3.2.1.4 La fréquence et la durée de l'intervention

La durée de l'intervention avait été fixée à 12 semaines, à raison d'une visite par semaine, mais elle pouvait se terminer avant si le participant ou la personne bénévole le jugeait pertinent. La durée minimale du programme était de huit semaines.

Le tableau 9 comporte des données sur le nombre de séances reçues par les clients des MRC participantes. Selon les relevés de visites reçus depuis le début de l'expérimentation en avril 2002, les clients ont reçu en moyenne 8,6 séances d'exercices, pour un total de 873 séances reçues. La situation varie cependant d'une MRC à l'autre, certaines MRC ayant mis en place le programme plus tardivement. Soulignons que le nombre de séances reçues dans la MRC de La Mitis est rapporté à titre indicatif seulement car plusieurs relevés en provenance de cette MRC sont manquants. En outre, cette information n'est pas disponible pour la MRC de Matane. Considérant le nombre maximum de séances reçues, on constate que certains participants ont bénéficié de l'intervention durant une période plus longue que celle prévue, selon le bon vouloir du bénévole et les besoins du participant.

TABLEAU 9 : NOMBRE DE SÉANCES REÇUES PAR LES PARTICIPANTS SELON LA MRC

MRC	NOMBRE MINIMUM DE SÉANCES	NOMBRE MAXIMUM DE SÉANCES	NOMBRE MOYEN DE SÉANCES PAR PARTICIPANT	NOMBRE TOTAL DE SÉANCES REÇUES
Kamouraska	2	19	11,0	154
La Mitis	3	3	3,0	6
Rimouski-Neigette	8	10	8,8	35
Rivière-du-Loup	1	13	6,8	184
Témiscouata	2	14	8,1	285
Matapédia	5	20	11,0	209
Matane	N.D.	N.D.	N.D.	N.D.
Total	1	20	8,6	873

La durée moyenne d'une visite est de 53 minutes (tableau 10). Cependant, on note qu'une visite peut être beaucoup plus longue; la durée maximale déclarée est de 150 minutes. La très grande majorité des bénévoles rencontrés lors des groupes de discussion disent que la durée des visites est supérieure à une heure, même si la séance d'exercices comme telle requiert environ une trentaine de minutes.

TABLEAU 10 : DURÉE MOYENNE D'UNE VISITE

MRC	DURÉE MAXIMALE (MINUTES)	DURÉE MOYENNE DES SÉANCES (MINUTES)
Total	150	53,4

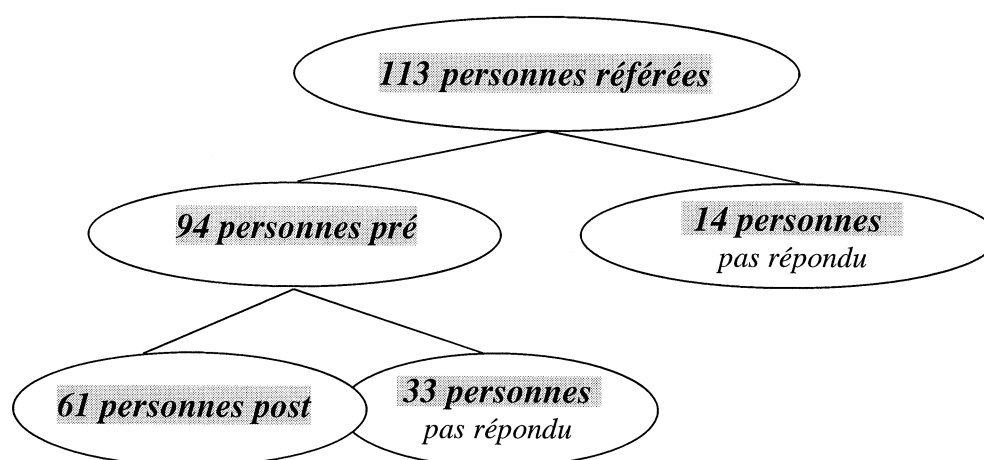
3.2.2 Le profil de la clientèle

Le profil de la clientèle a été établi surtout à partir des informations inscrites sur les feuillets de référence qui nous sont parvenus¹¹. Il est à noter, comme nous le verrons plus loin, que certains clients ayant fait l'objet d'une référence n'ont pas participé au programme. Par ailleurs, le croisement des informations sur la clientèle référée et la clientèle qui a reçu des visites laisse entendre que quelques participants n'ont pas fait l'objet d'une référence, ce qui était pourtant un prérequis.

¹¹ Seules les données sur le degré de difficulté relié aux activités de déplacement des participants proviennent du questionnaire téléphonique qui leur a été administré en début d'intervention.

Au total, 113 clients ont été référés pour participer au programme. Parmi ce nombre, 94 personnes ont répondu au premier questionnaire en début d'expérimentation et 61 personnes ont répondu au deuxième questionnaire à la fin du projet. Voici le diagramme de la répartition de la clientèle qui a répondu aux deux questionnaires.

FIGURE 2 : DÉMARCHE UTILISÉE POUR L'IDENTIFICATION DE LA CLIENTÈLE CIBLE



Dans les MRC de Matane, La Mitis et Rimouski-Neigette le nombre de références est inférieur à celui des autres MRC participantes car le programme n'a été mis en place qu'à l'hiver 2004 (tableau 11).

TABLEAU 11 : MRC DES PERSONNES RÉFÉRÉES

MRC	TOTAL	
	NBRE	%
Kamouraska	17	15,0
Rivière-du-Loup	21	18,6
Témiscouata	41	36,3
Rimouski-Neigette	9	7,9
La Mitis	3	2,7
Matane	1	0,9
Matapédia	21	18,6
Total	113	100,0

Comme le démontre le tableau 12, la majorité des 113 personnes référées sont des femmes.

TABLEAU 12 : SEXE DES PERSONNES RÉFÉRÉES

SEXE	PERSONNES RÉFÉRÉES	
	NBRE	%
Homme	27	23,9
Femme	86	76,1
Total	113	100,0

Une proportion de 90 % des personnes référées ont 70 ans ou plus. Plus de la moitié (61 %) ont 80 ans ou plus (tableau 13). On peut donc affirmer qu'en termes d'âge, la clientèle référée correspond à la clientèle ciblée.

TABLEAU 13 : GROUPES D'ÂGE DES PERSONNES RÉFÉRÉES

GROUPES D'ÂGE	PERSONNES RÉFÉRÉES	
	NBRE	%
Moins de 60 ans	2	1,7
60 à 69	9	8,0
70 à 79	33	29,2
80 à 89	56	49,6
90 et plus	13	11,5
Total	113	100,0

Comme le feuillet de référence utilisé par la plupart des référents ne comportait pas d'espace explicite pour inscrire les limitations fonctionnelles, cette information est très souvent manquante. Aussi, nous ne pouvons, à partir de cet outil, déterminer si la clientèle référée répond à la clientèle-cible du programme quant à la présence de difficultés de mobilité. Par contre, certaines questions du questionnaire pré-intervention administré aux participants nous éclairent sur ce point (Q. 5 à Q. 8). Parmi les 94 répondants à ce questionnaire, cinq utilisent un fauteuil roulant de façon permanente. Le degré de difficulté relié à certaines activités de déplacement chez les autres participants nous est présenté au tableau 14. Les résultats nous indiquent que les deux tiers des répondants éprouvent des problèmes dans leurs déplacements à l'extérieur et lorsqu'ils utilisent les escaliers. Quatre répondants sur dix ont aussi des difficultés à se déplacer à l'intérieur de leur domicile.

TABEAU 14 : DEGRÉ DE DIFFICULTÉ DANS LES ACTIVITÉS DE DÉPLACEMENT DES RÉPONDANTS

ACTIVITÉS	Le faites seul-e sans difficulté		Le faites seul-e malgré que ce soit difficile		Avez besoin de quelqu'un pour vous surveiller		Avez besoin d'aide		Êtes incapable de le faire		Total		Données manquantes
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre
Lorsque vous marchez à l'intérieur de la maison, vous...	53	59,6	30	33,7	6	6,7					89	100,0	---
Lorsque vous marchez à l'extérieur de la maison, vous...	30	33,7	26	29,2	8	9,0	23	25,8	2	2,2	89	100,0	---
Lorsque vous utilisez les escaliers, chez vous ou ailleurs, vous...	28	32,2	21	24,1	7	8,0	24	27,6	7	8,0	87	100,0	2

Selon les informations du feuillet de référence, la quasi totalité des personnes référées présentent au moins une maladie chronique alors qu'un peu plus de la moitié en présentent deux ou trois (52,2 %) (tableau 15). Un faible pourcentage des personnes référées n'ont aucune pathologie chronique, mais présentent tout de même le profil en termes d'âge.

TABEAU 15 : NOMBRE DE MALADIES DES PERSONNES RÉFÉRÉES

NOMBRE DE MALADIES	PERSONNES RÉFÉRÉES	
	NBRE	%
Aucune	6	5,3
1	18	15,9
2	32	28,3
3	27	23,9
4	14	12,4
5	16	14,2
Total	113	100,0

Les pathologies les plus courantes chez les personnes référées sont l'arthrite, l'insuffisance cardiaque et le diabète. La catégorie « *Autres* » regroupe une multitude de conditions différentes mais qui touchent peu de clients à la fois (tableau 16).

TABEAU 16 : MALADIES OU CONDITIONS CHRONIQUES DES PERSONNES RÉFÉRÉES

MALADIES OU CONDITIONS CHRONIQUES	TOTAL	
	NBRE	%
Arthrite	40	13,4
Insuffisance cardiaque	35	11,7
Diabète	20	6,7
ACV ancien	16	5,4
MPOC	13	4,3
Autres	175	57,9
Total	299	100,0

Le tableau 17 porte sur le milieu de vie de la clientèle à savoir à la maison ou en résidence d'hébergement et ce, pour chacune des MRC participantes. Comme on peut le constater, une partie importante de la clientèle qui a été référée vit en résidence d'hébergement. On remarque également que cette situation s'applique à deux MRC en particulier, soit Rivière-du-Loup et Témiscouata, où une majorité des personnes référées vivaient en hébergement, dont un certain nombre en résidence pour personnes autonomes. Sans remettre en cause la pertinence des séances d'exercices pour cette clientèle, on peut néanmoins dire qu'elles ne correspondent pas à la clientèle ciblée par le programme.

Près de 30 % des personnes référées vivant à domicile habitaient seules, ce qui représente 21 personnes (données non présentées dans le tableau).

TABEAU 17 : MILIEU DE VIE DES PERSONNES RÉFÉRÉES SELON LES MRC PARTICIPANTES

MRC	À LA MAISON		EN HÉBERGEMENT		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Kamouraska	17	100,0			17	100,0
Rivière-du-Loup	5	23,8	16	76,2	21	100,0
Témiscouata	15	35,6	26	63,4	41	100,0
Rimouski-Neigette	9	100,0			9	100,0
La Mitis	3	100,0			3	100,0
Matane	1	100,0			1	100,0
Matapédia	21	100,0			21	100,0
Total	71	62,8	42	37,2	113	100,0

Une forte proportion des personnes référées reçoivent au moins un service du CLSC (92 %) (tableau 18). Les services les plus couramment offerts sont les soins infirmiers à domicile (75,2 %) et l'aide à domicile (38,9 %). Des services de réadaptation (physiothérapie, ergothérapie) sont offerts à 16,8 % de la clientèle référée, soit 19 personnes. En principe, les personnes qui recevaient des services spécialisés devaient être exclues du programme.

TABEAU 18 : NOMBRE DE SERVICES DISPENSÉS PAR LE CLSC PAR PERSONNE RÉFÉRÉE

NOMBRE DE SERVICES	TOTAL	
	NBRE	%
Aucun service	9	8,0
1 service	56	49,6
2 à 3 services	42	37,2
4 services et plus	6	5,3
Total	113	100,0

3.2.3 Le taux d'abandon des personnes référées

Des 113 personnes référées, 27 se sont désistées ou ont abandonné le programme après quelques séances. Le taux d'abandon se situe donc à 23,9 %. Les raisons invoquées le plus souvent pour expliquer l'abandon sont le manque d'intérêt et la maladie. Rappelons que quelques clients avaient été référés sans en avoir été informés, ce qui a pu influencer légèrement le taux d'abandon. Le fait qu'un certain nombre de clients évoquent des raisons autres que la pratique d'exercices pour expliquer leur participation au programme peut aussi contribuer à expliquer ce taux d'abandon (avoir de la visite, céder à la pression)¹². Les abandons se produisent la plupart du temps au cours des premières semaines.

3.2.4 Les modifications apportées aux activités prévues

Considérant la clientèle rejointe et le nombre de séances réalisées, on doit admettre que les activités prévues ont été réalisées. Certaines modifications méritent tout de même d'être soulignées. Alors que les bénévoles devaient effectuer leurs visites seuls, quelques bénévoles ont effectué leurs visites en duo. Cette façon de procéder les rassurait.

Par ailleurs, le programme qui devait uniquement être dispensé à une clientèle à domicile a été, nous l'avons mentionné, dispensé à des groupes vivant en résidence d'hébergement et dont la clientèle ne présentait pas le profil recherché. La demande en provenance de ce genre d'établissement est grande. Il est à souligner qu'une fois la durée de l'intervention terminée certains membres

¹² Lors de l'administration du questionnaire pré-intervention, 27 % des raisons évoquées par les répondants pour expliquer leur participation au programme sont des raisons autres que la pratique d'exercices.

du personnel continuant à offrir eux-mêmes le service. Il serait donc intéressant de convier ces personnes aux formations, ce qui permettrait d'augmenter le nombre de bénévoles disponibles pour l'intervention à domicile.

3.2.5 La perception des acteurs sur les conditions facilitantes, les difficultés rencontrées et les aspects à améliorer

3.2.5.1 Les conditions facilitantes

Les outils :

Le matériel d'animation élaboré est très aidant pour les bénévoles. Ils se disent satisfaits de la diversité des exercices proposés. De plus, l'ajout d'une bande élastique et d'une balle-mousse à la trousse d'animation répond à une de leurs demandes.

L'information sur la condition de santé du participant :

L'information reçue sur la condition de santé des participants est essentielle et facilite l'intervention. Les bénévoles sont unanimes sur le fait qu'ils doivent posséder cette information avant de se rendre à domicile.

Le climat entourant l'intervention :

Les clients non motivés mettent habituellement fin à l'intervention dès les premières semaines. Ceux qui poursuivent sont motivés. Les bénévoles sont attendus; les participants sont prêts et l'environnement physique est habituellement adéquat. Les participants ne présentent pas de demande supplémentaire aux bénévoles. Ces derniers ne sont pas perçus comme des commissionnaires.

Les relations avec les participants et leur entourage sont faciles à établir. De plus, les bénévoles se sentent à l'aise avec la condition de santé du participant puisqu'ils en sont informés avant le début de l'intervention.

Des termes d'engagement clairs :

Il est important que les bénévoles connaissent la durée de leur engagement et que leur rôle soit clairement établi. Certains bénévoles qui souhaitent poursuivre leur engagement déclarent que, même si une relation d'amitié s'est développée au cours de l'intervention, ils désireraient être jumelés à un nouveau client si une nouvelle cohorte démarre, ceci afin qu'une relation de dépendance ne s'installe.

Les facilités de transport :

Certains bénévoles qui ne possédaient pas d'automobile ont utilisé le transport fourni par le CAB et l'ont grandement apprécié. Ceux qui utilisaient leur propre véhicule ont été remboursés rapidement et sont satisfaits du montant alloué.

La préparation de la première rencontre :

Tous les bénévoles s'entendent pour dire que la première rencontre avait été bien préparée. Ils étaient attendus et les participants connaissaient même leur nom, ce qui facilite le premier contact. Certains bénévoles, qui étaient accompagnés par un intervenant, trouvent que cette présence lors de la première visite est un facteur facilitant. Toutefois, l'avis des bénévoles est partagé sur ce point. Lorsque l'accompagnateur n'est pas connu du client, sa présence peut nuire plutôt que de faciliter le premier contact. Pour certains clients, il peut être plus intimidant de rencontrer deux personnes inconnues qu'une seule. On peut donc penser que sans qu'il soit systématique, l'accompagnement du bénévole lors de la première visite pourrait être une alternative dans le cas de clients plus difficiles ou lorsque le bénévole le souhaite.

3.2.5.2 Les difficultés rencontrées ou les améliorations proposées

L'information sur les exercices contre-indiqués :

Bien que les bénévoles soient informés de la condition de santé du client avant le début de l'intervention, ils aimeraient également connaître les exercices contre-indiqués, les routines ou exercices recommandés, ce qui implique que le référent possède cette connaissance.

L'intervention en milieu d'hébergement :

Certains bénévoles qui visitaient une personne en milieu d'hébergement étaient grandement sollicités par les autres résidents et ne savaient pas comment réagir à la situation.

D'autre part, des bénévoles qui ont animé des séances de groupe en milieu d'hébergement rapportent qu'il est difficile de s'assurer que les participants font correctement leurs exercices lorsqu'ils sont en trop grand nombre. De plus, il est difficile de s'ajuster puisque la condition des participants est très différente.

Les clients atteints d'un trouble cognitif important :

Dans le cas où les clients présentent un trouble cognitif important, aucune intégration des exercices ne se fait et on doit tout recommencer à chaque semaine. De plus, ce type d'intervention occasionne un stress pour le client et il est arrivé que des problèmes d'agressivité surviennent.

L'environnement social :

Dans les petits milieux, l'environnement social peut être un élément de difficulté. Dans certains petits villages il y a des clans, du commérage, ce qui est difficile pour le bénévole à l'occasion.

L'information des proches :

Selon les bénévoles, dans la mesure du possible, il serait souhaitable qu'un membre de la famille soit présent lors de la première visite afin d'informer et de rassurer la famille sur le programme. Ceci pourrait également contribuer à faciliter l'intervention des bénévoles dans les petits villages où l'environnement social cause problème.

Le temps requis :

Selon les bénévoles, c'est un programme qui demande tout de même du temps. Avec l'expérience, les bénévoles sont en mesure de dire que, pour une visite d'une heure, c'est près d'une demi-journée de leur temps qu'ils consacrent. Il faut compter le temps de préparation, de déplacement, la séance d'exercices, la partie sociale.

La formation/suivi des bénévoles :

Selon l'évaluation qui avait lieu après chaque formation, le contenu de celle-ci est jugé pertinent par les bénévoles et facilite grandement leur intervention. Toutefois, plusieurs évoquent la possibilité d'en améliorer le contenu en y ajoutant un volet sur la respiration. De plus, les bénévoles souhaiteraient qu'une rencontre de suivi avec le formateur soit organisée après deux ou trois visites afin d'échanger sur leur expérience, de consolider les acquis et de répondre à leurs questions au besoin. Les bénévoles déclarent qu'ils ne peuvent tout retenir lors d'une seule journée. Certains bénévoles ont eu l'occasion de participer à deux rencontres de formation et l'ont grandement apprécié.

Les outils fournis :

Plusieurs bénévoles utilisent l'élastique « band » lors des séances d'exercices. Selon eux, cet accessoire devrait être ajouté au matériel fourni puisque, actuellement, ils en défraient les coûts. Différents jeux pourraient aussi être ajoutés au contenu proposé lors des séances d'exercices. Enfin, on propose que le guide « de type calendrier » soit conçu de façon à pouvoir y insérer une routine à la fois ce qui faciliterait son utilisation.

On énonce également le besoin de concevoir du matériel pour aider les clients à poursuivre par eux-mêmes après la cessation du programme. Cette demande a été formulée tant par les participants que les bénévoles et organisateurs. On précise même que certains clients seraient prêts à en assumer le coût.

3.3 L'évaluation de l'impact

3.3.1 Les effets perçus par les participants

L'évaluation de l'impact visait notamment à établir si des effets bénéfiques étaient perçus par le client à trois niveaux :

- l'autonomie fonctionnelle;
- la perception de son état général de santé;
- la satisfaction face à sa vie sociale.

Ainsi, une analyse de variance sur mesures répétées a été effectuée pour chacune de ces dimensions. L'intervalle de confiance a été fixé à 95 %.

Elle visait aussi à établir les caractéristiques de la clientèle la plus susceptible de bénéficier des bienfaits de l'intervention. Ainsi, nous souhaitions pouvoir stratifier les résultats en fonction de certaines caractéristiques de la clientèle. Malheureusement, en raison du nombre restreint de cas va-

lides, il n'a pas été possible d'identifier un profil type de clientèle-cible. Ajoutons que plusieurs questions ont dû être annulées, parce que mal comprises par les répondants.

L'évaluation de l'impact visait aussi un objectif intermédiaire : établir le degré de prise en charge des participants.

3.3.1.1 Le taux de réponse

Sur les 113 personnes référées, 94 ont répondu au questionnaire pré-intervention. Le taux de réponse au questionnaire pré-intervention s'élève à 83 %. De ce nombre, 61 personnes ont répondu au questionnaire post-intervention ce qui porte le taux de réponse utilisable pour l'évaluation des effets chez la clientèle à 54 %.

3.3.1.2 Les effets sur l'autonomie fonctionnelle

L'autonomie fonctionnelle était mesurée par huit questions portant sur des activités de la vie courante (Q. 6 à Q. 13). Pour la mesure de ces questions, la valeur moyenne maximale pouvant être obtenue en pré et en post-intervention est de 5, ce qui signifie que le participant accomplit l'activité seul sans difficulté, et la valeur minimale est de 1, qui correspond à l'incapacité de réaliser l'activité. Une augmentation de la moyenne en post-intervention signifie une amélioration de l'autonomie et inversement. Le nombre de cas valides aux fins de l'analyse est de 53.

Le tableau 19 démontre les résultats obtenus par l'analyse de variance sur mesures répétées. Tant avant qu'après l'intervention, les activités qui semblent causer le plus de difficultés aux participants sont la marche extérieure, l'utilisation d'escaliers et se laver. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de ces résultats car les écarts-types révèlent que la situation est loin d'être homogène au sein des participants. Pour certains indicateurs, on remarque une faible amélioration après l'intervention, pour d'autres, le contraire est observé. Globalement, aucune variation significative de l'autonomie fonctionnelle n'est observée; la valeur de p pour la mesure de cette dimension étant largement supérieure à ,05 ($p = 0,751$).

TABEAU 19 : VARIATION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE PRÉ ET POST-INTERVENTION

AUTONOMIE FONCTIONNELLE	MOYENNE		ÉCART-TYPE	
	PRÉ	POST	PRÉ	POST
Marche intérieure	4,45	4,51	,637	,639
Marche extérieure	3,72	3,77	1,150	1,103
Utilisation escalier	3,47	3,49	1,381	1,310
Manger	4,85	4,85	,456	,361
Laver	3,60	3,34	1,349	1,454
Habiller	4,55	4,43	,774	,888
Faire sa toilette	4,64	4,72	,834	,568
Utiliser toilette	4,74	4,75	,684	,551

$P = 0,751$

Nous avons voulu vérifier si des résultats différents pouvaient être observés lorsqu'on considère l'effet de l'âge. Il était légitime de croire que les bienfaits retirés de l'intervention pouvaient dépendre du groupe d'âge des participants. Pour ce faire, deux groupes d'âge ont été considérés :

- 80 ans et moins (N = 24);
- plus de 80 ans¹³ (N = 29).

Les résultats rapportés au tableau 20 laissent entendre que les effets de l'intervention sur l'autonomie fonctionnelle des participants ne varient pas en fonction de leur âge.

¹³ Le choix de ces catégories d'âge est basé sur la nécessité de disposer d'un nombre de cas suffisant dans chaque catégorie.

TABEAU 20 : VARIATION PRÉ ET POST-INTERVENTION DE L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE SELON L'ÂGE

AUTONOMIE FONCTIONNELLE SELON LE GROUPE D'ÂGE	MOYENNE		ÉCART-TYPE	
	PRÉ	POST	PRÉ	POST
Marche intérieure				
80 ans et –	4,46	4,58	,658	,504
+ 80 ans	4,45	4,45	,632	,736
Marche extérieure				
80 ans et –	3,50	3,50	1,251	1,022
+ 80 ans	3,90	4,00	1,047	1,134
Utilisation des escaliers				
80 ans et –	3,29	3,17	1,367	1,308
+ 80 ans	3,62	3,76	1,399	1,272
Manger				
80 ans et –	4,83	4,83	,381	,381
+ 80 ans	4,86	4,86	,516	,351
Se laver				
80 ans et –	3,63	3,42	1,408	1,442
+ 80 ans	3,59	3,28	1,323	1,486
S'habiller				
80 ans et –	4,42	4,58	,974	,776
+ 80 ans	4,66	4,31	,553	,967
Faire sa toilette				
80 ans et –	4,71	4,79	,751	,415
+ 80 ans	4,59	4,66	,907	,670
Utiliser les toilettes				
80 ans et –	4,75	4,75	,676	,442
+ 80 ans	4,72	4,76	,702	,636

$P = 0,781$

Même si l'analyse de variance sur mesures répétées permet de conclure qu'en moyenne, aucune variation statistiquement significative de l'autonomie fonctionnelle n'a été observée à la suite de l'intervention, considérant les importants écarts-types observés, il apparaît justifié, d'un point de vue clinique, de pousser plus loin l'analyse afin de déterminer combien de participants ont amélioré ou non leur situation. De plus, il semble pertinent de voir si, en termes de tendances, les effets recherchés par l'intervention se révèlent plus marqués pour certaines activités que pour d'autres. Pour ce faire, trois catégories ont été créées en comparant les réponses déclarées par chacun des répondants en pré et en post-intervention et ce, pour huit activités de l'autonomie fonctionnelle mesurées. Ces trois catégories sont : détérioration, maintien et amélioration de la capacité à réaliser cette activité spécifique. Le tableau 21 présente la répartition des réponses ainsi obtenues.

Pour chacune des activités mesurées, la grande majorité, soit plus de 70% des répondants déclarent un maintien ou une amélioration de leur capacité. De plus, peu importe l'activité considérée, la proportion de répondants déclarant un maintien de leur capacité est toujours plus élevée que la proportion de ceux qui expriment une amélioration ou une détérioration de celle-ci. La tendance générale observée chez les participants va donc dans le sens d'un maintien de leur niveau d'autonomie. Toutefois, on enregistre pour certaines activités particulières, des pourcentages non négligeables de

participants dont la capacité s'est améliorée ou détériorée. Du côté des améliorations rapportées, c'est au niveau des activités reliées à la mobilité que les pourcentages de participants déclarant une amélioration de leur capacité sont les plus élevés. C'est également à ce niveau que les proportions de répondants qui rapportent une détérioration de leur capacité sont les plus élevées. Cependant, près d'un répondant sur cinq déclare aussi une détérioration de sa capacité d'accomplir certaines activités reliées aux soins corporels comme se laver ou s'habiller. Force est donc d'admettre que, pour une partie de la clientèle, l'intervention ne suffit pas à maintenir ou à améliorer l'autonomie fonctionnelle, même lorsqu'il s'agit d'activités de la vie courante qui n'impliquent pas de déplacement important.

Parallèlement, en comparant, pour une même activité, le pourcentage de répondants qui déclarent une amélioration de leur capacité et le pourcentage de ceux qui rapportent une détérioration de celle-ci, on réalise que dans le cas des deux activités de déplacement qui ne requièrent pas l'utilisation d'escaliers, les pourcentages d'amélioration de la capacité sont plus élevés que les pourcentages de détérioration. À l'inverse, pour les six autres activités mesurées, notamment pour se laver et s'habiller, les proportions de répondants qui déclarent une détérioration de leur capacité sont plus élevées que celles des personnes qui rapportent une amélioration. À la lumière de ces tendances, il semble que les effets de l'intervention se fassent davantage sentir au niveau de l'amélioration de la mobilité des personnes que de leur capacité d'accomplir les autres activités de la vie courante mesurées dans le cadre de la présente évaluation.

TABLEAU 21 : VARIATION PRÉ ET POST-INTERVENTION DE LA CAPACITÉ D'ACCOMPLIR LES ACTIVITÉS MESURANT L'AUTONOMIE FONCTIONNELLE

ACTIVITÉ	DÉTÉRIORATION		MAINTIEN		AMÉLIORATION		TOTAL RÉPONDANTS	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Marcher à l'intérieur	9	16	37	65	11	19	57	100
Marcher à l'extérieur	16	28	22	39	19	33	57	100
Utiliser les escaliers	14	26	27	51	12	23	53	100
Manger	4	7	55	90	2	3	61	100
Se laver	14	23	37	61	10	16	61	100
S'habiller	11	18	44	72	6	10	61	100
Faire sa petite toilette	8	13	46	75	7	12	61	100
Utiliser les toilettes	7	11	48	79	6	10	61	100

3.3.1.3 Les effets sur la perception de l'état général de santé

Quatre questions mesuraient la perception de l'état de santé (Q.1 à Q.4). La même procédure que la précédente a été utilisée pour mesurer les effets de l'intervention sur cette dimension particulière. La valeur moyenne maximale est de 4 et le minimum est de 1, sauf pour le bonheur perçu où un score maximal de 3 pouvait être atteint. Le nombre de cas valides aux fins de l'analyse est de 56. Ici encore, les données ne démontrent pas de variation significative pouvant être attribuée à l'intervention (tableau 22). Les résultats sont équivoques, tantôt positifs, tantôt négatifs. La valeur de p se situe à ,167.

TABEAU 22 : VARIATION PRÉ ET POST-INTERVENTION DE LA PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ

PERCEPTION ÉTAT DE SANTÉ	MOYENNE		ÉCART-TYPE	
	PRÉ	POST	PRÉ	POST
État de santé comparatif	2,54	2,41	,830	,890
Satisfaction de l'état de santé	2,64	2,77	,796	,809
Stress perçu	2,88	2,62	,875	,885
Bonheur perçu	2,11	2,04	,623	,660

$P = ,167$

3.3.1.4 Les effets sur la satisfaction face à la vie sociale

Deux questions nous ont permis de mesurer la satisfaction des participants face à leur vie sociale avant et après l'intervention (Q. 14 et Q. 16)¹⁴. Pour chacune des questions portant sur cette dimension, le score maximal possible est de 4 et le score minimal est de 1. Le nombre de répondants se chiffre à 59.

Comme on peut le constater, la vie sociale des répondants semble relativement satisfaisante avec un score moyen de 3, tant en pré qu'en post-intervention, et un écart-type inférieur à 1 (tableau 23). De plus, bon nombre des répondants rencontrent fréquemment des parents, amis ou connaissances puisque en pré comme en post-intervention, le score moyen à la question sur la *Fréquence des rencontres sociales* atteint presque le maximum possible et que la valeur de l'écart-type indique des résultats généralement regroupés autour de la moyenne. L'intervention ne semble pas influencer significativement la satisfaction face à la vie sociale ($p = ,704$).

TABEAU 23 : VARIATION PRÉ ET POST-INTERVENTION DE LA SATISFACTION FACE À LA VIE SOCIALE

SATISFACTION FACE À LA VIE SOCIALE	MOYENNE		ÉCART-TYPE	
	PRÉ	POST	PRÉ	POST
Fréquence des rencontres sociales	3,95	3,93	,222	,254
Satisfaction face à la vie sociale	3,03	3,00	,669	,891

$P = ,704$

¹⁴ La question 15 a été annulée en raison de la difficulté des participants à y répondre.

Pour cette dimension, nous avons également voulu vérifier si les effets de l'intervention pouvaient être plus importants pour les personnes vivant seules que pour celles vivant avec d'autres. Les résultats obtenus ne nous permettent pas de conclure à une amélioration plus significative pour ce type de clientèle (tableau 24), ce qui n'est guère surprenant puisque seulement 10 répondants vivant seuls ont répondu aux deux questionnaires.

TABEAU 24 : VARIATION PRÉ ET POST-INTERVENTION DE LA SATISFACTION FACE À LA VIE SOCIALE SELON LA SITUATION DE VIE DU PARTICIPANT

SATISFACTION FACE À LA VIE SOCIALE	MOYENNE		ÉCART-TYPE	
	PRÉ	POST	PRÉ	POST
Fréquence des rencontres sociales				
Vit seul-e	3,80	3,90	,422	,316
Vit avec d'autres	3,98	3,94	,143	,241
Satisfaction face à vie sociale				
Vit seul-e	2,90	2,90	,738	1,101
Vit avec d'autres	3,06	3,02	,659	,854

$P = ,959$

3.3.1.5 L'adoption par le client d'habitudes régulières de pratique d'exercices physiques

Les relevés de visites complétés par les bénévoles comportaient une question sur la pratique des exercices entre les visites du bénévole. Sur les 873 relevés de visites complétés, 674 comportaient des informations à cet égard. La plupart de ces relevés (61,6 %) indiquent que les participants pratiquaient leurs exercices entre les visites (tableau 25). De ce nombre, les deux tiers indiquaient une pratique assidue, soit trois fois ou plus par semaine (données non présentées dans le tableau).

TABEAU 25 : PRATIQUE DES EXERCICES ENTRE LES VISITES

NOMBRE DE RELEVÉS	OUI		NON		TOTAL		DONNÉES MANQUANTES
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	
	415	61,6	259	38,4	674	100,0	199

Certaines questions du questionnaire post-intervention visaient à vérifier si les participants au programme continuaient par eux-mêmes à faire leurs exercices après la cessation du programme. Selon les réponses obtenues, plus de 60 % des participants qui ont répondu au questionnaire post-intervention continuent de pratiquer les exercices appris alors que 38 % ont abandonné (tableau 26). Il est intéressant de constater que les participants qui faisaient les exercices en groupe continuent dans une plus forte proportion que ceux qui recevaient des visites individuelles. Cette situation s'explique par le fait que la plupart de ces personnes vivent en hébergement et qu'une ressource de la résidence continue à animer des séances d'exercices.

TABEAU 26 : POURSUITE DES EXERCICES APRÈS RETRAIT DU PROGRAMME SELON LE TYPE DE PRATIQUE

POURSUITE APRÈS RETRAIT DU PROGRAMME	À LA MAISON		EN GROUPE		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Oui	19	55,9	19	70,4	38	62,3
Non	15	44,1	8	29,6	23	37,7
Total	34	100,0	27	100,0	61	100,0

Toutefois, lorsqu'on examine le tableau 27, on remarque que, même si les gens à la maison sont proportionnellement moins nombreux à poursuivre la pratique d'exercices après le retrait du programme, en revanche, ils sont plus nombreux à le faire de façon assidue (3 fois ou plus par semaine). En moyenne, parmi les répondants qui continuent à faire leurs exercices, la moitié le font de façon assidue.

TABEAU 27 : FRÉQUENCE DE LA PRATIQUE D'EXERCICES APRÈS RETRAIT DU PROGRAMME SELON LE TYPE DE PRATIQUE

FRÉQUENCE DE PRATIQUE PAR SEMAINE	À LA MAISON		EN GROUPE		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
moins 1 fois/semaine			2	10,5	2	5,4
1 fois/semaine	3	15,8	8	42,1	11	28,9
2 fois/semaine	3	15,8	3	15,8	6	15,8
3 fois et plus/semaine	13	68,4	6	31,6	19	50,0
Total	19	100,0	19	100,0	38	100,1
Ne s'applique pas	15		8		23	

Quel que soit le type de pratique, la principale raison pour expliquer l'abandon de la pratique des exercices est le manque de motivation (tableau 28).

TABLEAU 28 : RAISONS POUR NE PAS POURSUIVRE LA PRATIQUE D'EXERCICES SELON LE TYPE DE PRATIQUE

RAISONS POUR NE PAS POURSUIVRE	À LA MAISON		EN GROUPE		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Pas besoin d'en faire	1	7,1			1	5,0
Cause de maladie	1	7,1	2	33,3	3	15,0
Manque de motivation	9	64,4	3	50,0	12	60,0
La marche suffit comme exercice	2	14,3			2	10,0
Trop difficile, besoin d'un guide	1	7,1	1	16,7	2	10,0
Total	14	100,0	6	100,0	20	100,0
Données manquantes	1		2		3	
Ne s'applique pas	19		19		38	

3.3.1.6 La satisfaction des répondants

Le taux de satisfaction des répondants de même que les commentaires qu'ils ont émis lors de l'administration du questionnaire post-intervention peuvent être des indicateurs de l'impact du programme. Les répondants devaient se prononcer sur leur satisfaction face au bénévole et sur leur satisfaction face aux séances d'exercices. Le taux de satisfaction des répondants est très élevé, seul deux participants se déclarent moyennement satisfaits quant à ces deux aspects de l'intervention (tableau 29). Sur un maximum possible de 40, les répondants allouent une note moyenne presque parfaite aux bénévoles pour les divers éléments évalués au tableau 30.

TABLEAU 29 : TAUX DE SATISFACTION DES PARTICIPANTS

TAUX DE SATISFACTION DES PARTICIPANTS	TRÈS SATISFAIT-E		MOYENNEMENT SATISFAIT-E		PAS TRÈS SATISFAIT-E		PAS SATISFAITE DU TOUT	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Face à la personne qui vous a visité	58	96,7	2	3,3	0	0	0	0
Face aux séances d'exercices	58	96,7	2	3,3	0	0	0	0

TABEAU 30 : SATISFACTION FACE À LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS PAR LES BÉNÉVOLES

SATISFACTION FACE À LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS PAR LES BÉNÉVOLES	TOTAL	
	MOYENNE	ÉTENDUE
Ponctualité de cette personne	9,90	8 à 10
Respect envers vous	10,0	10 à 10
Conseils apportés lors des exercices	9,95	9 à 10
Gentillesse de cette personne	9,98	9 à 10
Total	39,83	37 à 40
<i>Minimum possible de 0</i>		
<i>Maximum possible de 40</i>		

Comme on le constate au tableau 31, une forte proportion des répondants seraient prêts à recommander le programme à une autre personne.

TABEAU 31 : PROPORTION DES RÉPONDANTS PRÊTS À RECOMMANDER LE PROGRAMME

PRÊT À RECOMMANDER	TOTAL	
	NBRE	%
Oui	55	91,7
Non	1	1,7
Nsp	4	6,7
Total	60	100,1
Données manquantes	1	

Enfin, les commentaires émis par les participants témoignent, pour la plupart, de leur satisfaction face au programme. Certains participants rapportent des effets positifs sur leur autonomie fonctionnelle.

COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS

Très beau programme.

Aimerait recommencer.

Maintenant, je suis capable de me gratter le dos et d'attacher ma brassière moi-même. Je pense que c'est à cause des exercices.

Grâce au programme, j'ai repris à marcher.

Ça m'a aidé pour les jambes et les bras.

Domage que ce soit terminé.

C'était une bonne chose. Le bras droit lève autant que le gauche. Avant Viactive à domicile, le bras droit ne levait pas.

Les exercices m'ont beaucoup aidé.

Au début, c'était plaisant, mais à la fin c'était trop. Elle (la bénévole) arrivait à 9 h 30 et repartait seulement à 11 h 30. Elle parlait trop.

Après Viactive à domicile, il y a eu des séances de Viactive de groupe au foyer et j'ai préféré ce type d'exercices : plus nombreux et plus dynamiques.

Prêt à recommencer.

Je suis très satisfaite et je serais prête à recommencer le programme.

C'était très bien.

Tout était bien pour moi.

Je serais prêt à le suivre à nouveau.

La bénévole était très à l'écoute de mes besoins car elle ne me faisait pas faire les exercices que je n'avais pas besoin ou pas capable de faire.

Vu mon état de santé, on ne peut demander trop.

Très déçue que le programme ne continue pas.

On a appris des exercices nouveaux. Très bien.

Ça fait passer du temps.

Satisfaisant, serait prête à recommencer.

Très bon programme, prêt à recommencer.

Satisfaite à 100 % et si la santé le permet, aimerait recommencer.

Tout était parfait et on savait nous respecter.

Les séances étaient trop longues (1 heure), mais serait prêt à recommencer.

J'ai aimé le programme malgré que ça ressemble aux mêmes exercices qu'au Centre François Charron.

Très intéressant.

À cause des bienfaits des exercices, serait prête à recommencer.

3.3.1.7 La perception de l'utilité de l'intervention

La perception des bénévoles :

De façon générale, les bénévoles observent chez les participants une plus grande facilité à faire les exercices, une amélioration de la coordination, de la souplesse et de la force. Voici quelques commentaires énoncés par les bénévoles :

- elle ne prend plus sa canne ou presque;
- elle avait de la misère à fermer les genoux, maintenant elle les ferme très bien;
- elle est très fière d'elle. Sa coordination est meilleure et elle dit qu'elle se sent plus droite; elle avait les épaules et le dos courbés;
- elle a beaucoup moins mal depuis qu'elle fait les exercices. Elle est même contente de me voir arriver alors qu'elle se disait trop malade au début des visites;
- elle dit qu'elle a eu une amélioration au niveau des articulations des doigts, du cou et des épaules. Elle a moins de difficulté à travailler avec ses doigts;
- il a un meilleur équilibre. Quand il se levait, il était chambranlant. Il est plus solide maintenant;
- il est très motivé et beaucoup plus souple au niveau des chevilles et des poignets;
- l'état de sa jambe s'est amélioré.

La perception des référents :

Certains référents et organisateurs ont émis des commentaires sur les effets observés chez les participants. Les commentaires recueillis sont les suivants :

- on s'entend tous pour dire que c'est un programme positif;
- amélioration de la condition physique observée chez presque tous les clients;
- détérioration observée chez certaines clientes quelques mois après la cessation du programme;
- impact important sur la motivation des gens à faire leurs exercices;
- ils reprennent confiance en eux; ça, c'est très positif;
- impact positif très important sur le plan psychosocial;
- ils reprennent le goût de faire des choses.

La perception des proches aidants :

Après avoir obtenu l'approbation des participants, quelques 47 proches aidants ont été contactés afin de déterminer s'ils avaient personnellement observé des effets positifs chez le participant.

Des effets positifs au niveau de la capacité physique du participant sont observés par le tiers des proches aidants interrogés mais les deux tiers n'ont constaté aucun changement (tableau 32). Les principaux effets observés sont rapportés au tableau 33. Des changements au niveau psychosocial sont aussi signalés par le quart des proches aidants (25,5 %). Ceux-ci déclarent que le participant a un meilleur moral et qu'il est plus sociable (données non présentées dans le tableau).

TABLEAU 32 : PROCHES AYANT DÉCLARÉ DES CHANGEMENTS POSITIFS AU NIVEAU DE LA CAPACITÉ PHYSIQUE DU PARTICIPANT

EFFETS OBSERVÉS	TOTAL	
	NBRE	%
Oui	16	34,0
Non	31	66,0
Total	47	100,0

TABLEAU 33 : EFFETS OBSERVÉS PAR LES PROCHES AIDANTS AU NIVEAU DE LA CAPACITÉ PHYSIQUE DES PARTICIPANTS

EFFETS	TOTAL	
	NBRE	%
Marche plus	5	29,4
Plus de souplesse	2	11,8
Le physique est meilleur	1	5,9
Les jambes et bras sont meilleurs	1	5,9
Les mains sont moins engourdis	1	5,9
Utilisation de la marchette plus facilement et plus longtemps	1	5,9
Les mouvements du cou sont maintenant plus faciles	1	5,9
Aide plus dans le ménage	1	5,9
Peut plus lever les bras	1	5,9
Plus solide, tombe moins	1	5,9
Transfert au fauteuil roulant plus facile	1	5,9
Meilleure capacité de se mouvoir sans se blesser	1	5,9
Total	17	100,2
Ne s'applique pas	30	

3.3.2 Les effets chez les proches aidants

Les proches aidants ont été interrogés sur l'aide nécessitée par le participant. Sur les 47 proches rejoins, une faible proportion ont déclaré un changement dans l'aide nécessitée par le participant à la suite de l'intervention (tableau 34). Ces changements sont :

- elle fait son déjeuner et son lit;
- un peu plus de facilité pour se raser;
- plus autonome, donc le bain est devenu plus facile à donner;
- moins besoin d'être frotté car moins de douleur.

TABLEAU 34 : CHANGEMENTS DANS L'AIDE NÉCESSITÉE PAR LE PARTICIPANT

CHANGEMENTS DANS L'AIDE NÉCESSITÉE	TOTAL	
	NBRE	%
Oui	4	8,5
Non	43	91,5
Total	47	100,0

CHAPITRE 4- DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

L'évaluation de *Viactive à domicile* a permis d'établir qu'il est faisable, sous certaines conditions, d'implanter ce programme. Dans quatre MRC sur sept, le délai de mise en place a largement dépassé celui prévu. Le faible financement consenti au programme a ralenti l'implication des CAB. Même aujourd'hui, alors que la structure est mise en place dans la plupart des territoires, la non récurrence du financement freine le développement du programme. Cette incertitude face à l'avenir joue aussi sur la motivation des ressources bénévoles et professionnelles impliquées et se répercute au niveau du recrutement des bénévoles, de la référence des clients et de la mise en place de règles de fonctionnement claires et formelles.

Nonobstant l'incertitude face à l'avenir du programme, le recrutement des bénévoles est un problème en soi. Considérant le nombre de bénévoles actifs dans les MRC, la dispensation de ce service à un grand nombre de clients est difficilement concevable, à tout le moins à court terme.

Au niveau des règles de fonctionnement, les interrogations des référents et des organisateurs suggèrent que certaines clarifications s'imposent, notamment quant aux critères d'admissibilité de la clientèle et aux modalités de référence. Aussi, le croisement des informations sur la clientèle référée et la clientèle qui a reçu des visites laisse entendre que quelques participants n'ont pas fait l'objet d'une référence, ce qui était pourtant un prérequis. Des faiblesses au niveau de l'encadrement des bénévoles et du suivi des clients en cours d'intervention ont aussi été dévoilées par les organisateurs/collaborateurs et ils souhaitent que des mécanismes systématiques soient instaurés. En outre, les bénévoles ont exprimé leur désir qu'une rencontre de suivi soit organisée après deux ou trois visites afin d'échanger sur leur expérience, de consolider les acquis et de répondre à leurs questions au besoin.

Par contre, l'intervention comme telle se déroule relativement bien. Les bénévoles sont satisfaits de la formation reçue et de la relation qu'ils établissent avec les participants et l'entourage. Selon eux, il est essentiel qu'ils soient informés de la condition de santé de leurs clients et ils ajoutent qu'il serait grandement utile de connaître les exercices contre-indiqués et recommandés en fonction de leurs capacités, ce qui implique que le référent puisse fournir cette information. La trousse d'animation facilite grandement l'intervention mais l'ajout de certains outils serait apprécié. La présence d'un intervenant lors de la première rencontre est perçue comme un facteur facilitant pour certains bénévoles. Quelques bénévoles plus insécures face à l'intervention ont effectué leurs visites en duo.

La majorité des clients rejoints présentent le profil de la clientèle-cible, cependant, des séances de groupe ont été dispensées à des clients vivant en ressource d'hébergement, dont certains clients autonomes. De plus, l'évaluation a démontré que l'intervention auprès de clients atteints d'un trouble cognitif sévère, par exemple la maladie d'Alzheimer, peut être problématique pour les bénévoles. Le taux d'abandon des clients se situe à près de 25 %, dont un certain nombre en raison du manque d'intérêt, d'où l'importance de bien informer le client sur le programme avant de le référer et de vérifier sa motivation à y participer. Pour certains clients, le recours à d'autres services, comme les visites d'amitié des CAB, serait peut-être plus indiqué. En effet, un certain nombre de clients ont évoqué des raisons autres que la pratique d'exercices pour justifier leur participation au programme.

Au niveau de l'impact, l'analyse statistique des données pré et post-intervention n'a pas pu démontrer une amélioration significative de la condition des participants à l'égard de :

- leur autonomie fonctionnelle;
- leur satisfaction face à la vie sociale;
- leur perception de leur état de santé.

Cependant, aucune détérioration significative n'a été observée non plus. Pour chacune de ces dimensions, on peut donc parler de maintien des acquis, ce qui est positif, compte tenu qu'il ne s'agit pas d'un programme de réadaptation, que la durée de l'intervention est limitée, qu'elle est de faible intensité, que la majorité de la clientèle était très âgée (80 ans ou plus) et présentait à la fois des problèmes de mobilité et d'autres conditions chroniques. Des bénévoles, des référents et des proches déclarent avoir observé des effets bénéfiques chez certains participants. Du côté des participants, le taux de satisfaction est très élevé et la quasi totalité d'entre eux recommanderaient le programme à une autre personne. De plus, selon les intervenants, plusieurs participants seraient intéressés à poursuivre l'intervention. La pertinence du programme n'est donc pas à démontrer.

Il ressort également de l'évaluation que 62 % des répondants au questionnaire post-intervention continuent de pratiquer leurs exercices après la cessation de l'intervention. La moitié de ces répondants le font de façon assidue. Pour ces derniers, on peut donc espérer des résultats positifs à plus long terme. La principale raison pour expliquer l'abandon de la pratique des exercices chez les participants est le manque de motivation.

Considérant que :

- les difficultés rencontrées sont en grande partie reliées au faible financement consenti au programme et à la non récurrence de ce financement;
- la structure est mise en place dans sept des huit MRC;
- les référents et organisateurs rencontrés croient en la pertinence du programme;
- une formation et des outils d'animation ont été développés;
- des bénévoles ont été formés;
- les bénévoles rencontrés sont intéressés à poursuivre;
- les coûts de fonctionnement sont relativement peu élevés.

Nous recommandons que *Viactive à domicile* soit implanté et financé sur une base récurrente, et ce rapidement, afin de pouvoir compter sur les bénévoles déjà formés. Le cas échéant, nous recommandons également :

- de clarifier les critères d'admissibilité de la clientèle;
- de déterminer les différentes sources de référence possibles;
- qu'une relance soit faite auprès des différentes sources de référence identifiées;
- que les personnes référentes possèdent une bonne information sur le programme;
- que les personnes référentes possèdent les connaissances nécessaires pour effectuer une référence rigoureuse;
- que les personnes référentes obtiennent auparavant le consentement éclairé de leur client; mentionnons qu'il existe un dépliant de présentation du programme que les référents peuvent laisser aux clients;
- que le feuillet de référence soit modifié pour y inscrire les capacités et limitations fonctionnelles du client de même que les exercices contre-indiqués et recommandés;
- qu'un mécanisme systématique d'encadrement des bénévoles soit instauré et que les responsabilités des coordonnateurs et collaborateurs à cet égard soient clairement énoncées;

- qu'un mécanisme systématique de suivi des clients soit instauré et que les responsabilités des coordonnateurs et collaborateurs à cet égard soient clairement énoncées;
- que la trousse d'animation soit bonifiée et qu'on envisage la possibilité d'y inclure des outils pour favoriser la prise en charge du participant après la cessation du programme.

Compte tenu des difficultés particulières de recrutement nous recommandons :

- de déterminer, selon le nombre de bénévoles recrutés et formés dans chacune des MRC, le nombre de références pouvant être admises, ce qui implique une mise à jour régulière du nombre de ressources bénévoles disponibles et une circulation fluide de l'information entre les coordonnateurs et les référents;
- de mieux définir les critères d'admissibilité de la clientèle afin d'admettre prioritairement les clients qui sont susceptibles de retirer des bienfaits physiques de l'intervention. Les clients atteints d'un déficit cognitif sévère, les clients souffrant d'isolement social pourraient être dirigés vers d'autres services, par exemple les visites d'amitié des CAB;
- de mettre en place une formule permettant de former le plus rapidement possible les bénévoles nouvellement recrutés; il faut aussi s'assurer de dispenser les formations à des moments où les bénévoles sont disponibles (les mois de décembre, mai, juin, ne sont pas conseillés);
- de ne pas encourager chez les bénévoles les visites en duo; proposer plutôt d'accompagner les bénévoles lors de leur première séance d'exercices s'ils le désirent; idéalement, le client devrait connaître la personne accompagnatrice.

Compte tenu de la forte demande en provenance des ressources d'hébergement, nous recommandons :

- d'inviter les membres du personnel de ces établissements aux formations afin de les habiliter à offrir eux-mêmes le service;
- de limiter le nombre de participants lorsque les séances sont offertes à un groupe de résidents;
- de favoriser la participation des clients autonomes au programme *Viactive* régulier.

Finalement, en ce qui a trait à la possibilité d'utiliser *Viactive à domicile* comme porte d'entrée d'un programme de prévention des chutes, nous énonçons les conclusions suivantes (Groupe de travail provincial pour la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile, mai 2004) :

- en matière de prévention des traumatismes, le *Programme national de santé publique 2003-2012* identifie la cible suivante : « Promotion et soutien de mesures multifactorielles de prévention des chutes destinées aux personnes âgées à risque »; *Viactive à domicile* rejoint cette cible;
- plusieurs des facteurs de risque de chute reconnus par le groupe de travail mentionné plus haut, sont présents chez la clientèle de *Viactive à domicile*, notamment l'âge, la présence de multiples conditions chroniques associées aux chutes (diabète, arthrite, maladies cardiovasculaires), l'altération des capacités motrices, la diminution de la force et de la puissance musculaires ainsi que l'handicap visuel;
- plusieurs études ont démontré que l'efficacité des programmes d'activités physiques axés sur l'équilibre, la démarche et le renforcement peuvent diminuer les chutes chez des populations à risque;
- les programmes d'exercices à domicile, prescrits de façon individuelle par un professionnel de la santé, peuvent réduire les chutes chez les aînés qui présentent ou non des risques de chutes;

- pour les personnes à risque de chutes, il est recommandé que le programme comporte une évaluation des capacités des aînés et un ajustement personnalisé des exercices;
- les participants à *Viactive à domicile* sont référés par des professionnels de la santé;
- le contenu de *Viactive à domicile* a été mis au point par une équipe de professionnels de la réadaptation;
- les bénévoles impliqués dans le programme ont reçu une formation adéquate animée par un professionnel de l'activité physique.

Pour toutes ces raisons *Viactive à domicile* s'avère un programme d'intervention susceptible de rejoindre une clientèle à risque et même à très haut risque de chute. Il s'agit d'un programme novateur, qui contient à la fois des ingrédients de l'intervention communautaire préventive et l'intervention clinique préventive en matière de prévention des chutes. De plus, si certaines des recommandations ci-haut mentionnées sont suivies, notamment celles concernant les modalités de référence et la rigueur des informations transmises aux bénévoles, l'efficacité de *Viactive à domicile* en matière de prévention des chutes pourrait être augmentée.

Comme il existe un consensus d'experts pour recommander l'implantation de programmes multifactoriels de prévention des chutes, la place de *Viactive à domicile* peut être envisagée de trois façons, soit :

- il devient un volet spécifique d'un programme plus large de prévention qui cible plusieurs facteurs de risque de chute à la fois (le contenu du programme pourrait être bonifié à la lumière des connaissances scientifiques existantes, par exemple par l'ajout d'exercices sur l'équilibre et la puissance musculaire);
- on élargit le champ d'intervention des bénévoles de *Viactive à domicile* et on les outille adéquatement pour qu'ils puissent intervenir sur d'autres facteurs de risque, par exemple certains dangers liés aux habitudes de vie ou à l'environnement domiciliaire;
- on privilégie ces deux stratégies à la fois.

Concernant l'élargissement du champ de leur intervention, l'opinion des bénévoles a été sondée lors des groupes de discussion tenus dans le cadre de la présente évaluation et la majorité se sont montrés ouverts face à cette perspective. Nous croyons également que pour certains facteurs de risque particuliers, une « intervention par les pairs » (les bénévoles sont aussi des aînés) peut présenter l'avantage d'être mieux perçue par les personnes âgées. En effet, sans remettre en question la pertinence des interventions spécialisées, la résistance face aux professionnels est une réalité bien documentée dans la littérature.

L'intégration d'un volet « *Prévention des chutes* » au programme *Viactive à domicile* s'avère donc réaliste mais, admettant cette éventualité, certaines conditions d'implantation devront être respectées. Mentionnons entre autres :

- l'intérêt et la liberté de choix des bénévoles à l'égard de cette nouvelle mission associée au réseau *Viactive à domicile*;
- la formation et l'encadrement accordés aux bénévoles ainsi que le matériel associé à ce nouveau volet;
- l'évaluation et la reddition de comptes attribuées à ce type d'intervention;
- la diversification des mouvements intégrés dans une routine spécifique aux chutes;
- la clarification du niveau d'accréditation exigé des bénévoles;
- le budget alloué afin de faciliter la mise en place et la pérennité du volet « *Prévention des chutes* ».

Avant même d'envisager cette intégration, il va sans dire que le réseau *Viactive* Bas-Saint-Laurent, autonome depuis 17 ans, aura à se positionner quant à un éventuel glissement vers une structure davantage « institutionnalisée ». En effet, la spécialisation de la tâche et l'alourdissement de la clientèle sont deux éléments sous-jacents à l'implantation d'un programme de prévention des chutes. En outre, ces deux éléments étant directement associés à la difficulté de recruter des bénévoles, on se doit d'être vigilant quant à l'implantation d'un tel programme par le biais d'une *approche communautaire préventive*. Le passage d'un « État providence » vers un « État accompagnateur », qui, en corollaire, exige davantage de compétence et d'implication bénévoles, aura certes pour effet d'accélérer cette réflexion de fond de la part des réseaux de bénévoles tel que *Viactive-01*.

Comme le dit si bien le vieil adage :

LENTEMENT MAIS SÛREMENT!

BIBLIOGRAPHIE

- Butler RN., Davis R., Lewis CB., Nelson ME., Strauss E. « Physical fitness : benefits of exercise for the older patient : 2 », *Geriatrics*, 1998 Oct;53 (10) : 46, 49-52, 61-62.
- Evans WJ. « Exercise training guidelines for the elderly », *Med Sci Sports Exerc*, 1999 Jan. 31 (1) 7-12.
- Farquhar M. « Elderly people's definitions of quality of life », *Soc Sci Med*, 1995 Nov. 41 (10) 143.
- Groupe de travail provincial sur la prévention des chutes chez les aînés vivant à domicile. *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile : Document d'orientation*, Direction générale de la santé publique, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, mai, 2004.
- Hickey T., Sharpe PA, Wolf FM, Robins LS, Wagner MB, Harik W. « Exercise participation in a frail elderly population », *J Health Care Poor Underserved*, 1996 Aug. 7 (3) : 219-231.
- Marquis Hugues. *Cadre de référence régional Viactive à domicile*, Novembre 2001, 15 pages.
- Pelletier Jocelyne, Marquis Hugues. *Viative à domicile : Un projet exploratoire d'activation physique de personnes âgées en perte d'autonomie vivant à domicile*, Février 2001, 33pages.
- Pelletier Jocelyne. *Devis d'évaluation du programme Vie active à domicile*, Décembre 2001, 16 pages.
- Prince MJ., Harwood RH., Blizard RA., Thomas A., Mann AH. « Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The gospel Oak Project VI », *Psychol Med*, 1997 Mar. 27 (2) : 323-32.
- C.Jessie Jones, Debra J. Rose, « Journal of Aging and physical activity » volume 12 / number 3 / july 2004.

ANNEXE 1 : OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES

SONT PRÉSENTÉS DANS CETTE ANNEXE, TOUS LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES SELON L'ORDRE D'ÉNUMÉRATION QUI SUIT :

- Feuille de référence des clients au programme Viactive à domicile.
- Feuille de référence modifié par le Centre mitissien de santé et de services communautaires.
- Relevé de visites complété par les bénévoles.
- Questionnaire d'entrevue téléphonique auprès des clients en début de participation au programme.
- Questionnaire d'entrevue téléphonique auprès des clients après leur participation au programme.
- Questionnaire d'entrevue téléphonique auprès des proches aidants après la participation du client au programme.
- Grille d'entrevue semi-structurée pour les rencontres de groupe avec les bénévoles après leur participation au programme.
- Grille d'entrevue semi-structurée pour les rencontres de groupe auprès des référents et des organisateurs après leur implication dans le programme.

Feuillet de référence des clients à Viactive à domicile

Nom de l'intervenant(e) : _____ Date _____

Nom de la personne référée _____ Adresse : _____ Téléphone : _____	Âge : _____ Sexe : ☐ Masc. ☐ Fém.
Situation de vie de la personne : ☐ vit seul-e ☐ vit avec d'autre-s (lien (s) avec la personne référée) _____	
Maladies ou conditions chroniques ☐ Insuffisance cardiaque ☐ MPOC ☐ Accident vasculaire cérébral ancien ☐ Parkinson ☐ Diabète ☐ Arthrite ☐ Autres : _____	
Services dispensés par le CLSC ☐ Aide à domicile ☐ Soins infirmiers ☐ Inhalothérapie ☐ Physiothérapie ☐ Ergothérapie ☐ Autres : _____	
Autres informations que vous jugez pertinentes de transmettre : _____ _____ _____	

Feuillet de référence (modifié) des clients Viactive à domicile

Nom de l'intervenant(2) : ____

Date : ____

Nom de la personne référée : ____ Adresse : ____ Téléphone : ____	Dossier : ____ Âge : ____ Sexe : ☐ M ☐ F
Situation de vie de la personne : ☐ Vit seule ☐ Vit avec une autre ou d'autres personnes. Lien avec la personne référée : _____	
Limitations fonctionnelles ☐ Faiblesse _____ ☐ Étourdissements _____ ☐ Troubles de l'équilibre _____ ☐ Essoufflement _____ ☐ Vision diminuée _____ ☐ Surdité _____ ☐ Déficit neurologique _____ ☐ Troubles du sommeil _____ ☐ Isolement social _____ ☐ Stimuli à l'action diminué _____ ☐ Diabète _____ ☐ Autres _____	
Autres informations que vous jugez pertinentes de transmettre : _____ _____ _____ _____	
Compléter la feuille d'autorisation de communiquer des renseignements.	
Signature	Téléphone

Relevé de visite complété par les bénévoles

Votre nom : _____

Nom de la personne visitée, contactée par		
téléphone ou des personnes	_____	_____
rencontrées en groupe :	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Municipalité :	_____	
COMPLÉTEZ L'UNE DES DEUX COLONNES :		

COLONNE 1 : VISITE
Date de la visite : _____ <i>jour mois année</i>
Durée <u>totale</u> de la visite : _____ mi- nutes

COLONNE 2 : TÉLÉPHONE
Date du téléphone : _____ <i>jour mois année</i>
Est-ce que la personne a fait les exercices la semaine dernière ? () oui () non
<u>Si oui</u> , combien de fois pendant la semaine ? _____ fois
<u>Si oui</u> , seule ou avec quelqu'un d'autre ? () seule () avec quelqu'un

Vous pouvez inscrire vos commentaires (exercices moins appréciés, utilisation de matériel, etc.) :

Questionnaire d'entrevue téléphonique auprès des clients en début de participation au programme

Nom	_____	Téléphone	_____	no
Municipalité	_____	Âge	_____	âg
Situation de vie : () vit seul-e vit avec d'autre-s : _____				e
				mu
				n
				vit seul-e



Les 8 premières questions traitent de votre état de santé en général. Je vous poserai la question et je vous donnerai des choix de réponses. Vous n'avez qu'à me répondre par celle qui vous convient le plus.

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général ... ?
 - () excellente () très bonne () bonne
 - () moyenne () mauvaise
2. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait-e de votre état de santé ? Diriez-vous que vous êtes ... ?
 - () très satisfait-e () moyennement satisfait-e () pas très satisfait-e
 - () pas satisfait-e du tout
3. Diriez-vous que dans l'ensemble, votre vie est ... ?
 - () très stressante () plutôt stressante () pas très stressante
 - () pas stressante du tout
4. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne ... ?
 - () très heureuse () plutôt heureuse () pas très heureuse
- 5 a. Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer ?
 - () oui → Q. 5b () non → Q. 6 () quelquefois → Q. 5b
- 5 b. Lorsque vous passez du lit au fauteuil roulant et du fauteuil roulant au lit, est-ce que ... ?
 - () vous le faites seul, sans difficulté
 - () vous le faites seul-e malgré que ce soit difficile
 - () vous avez besoin de quelqu'un pour vous surveiller
 - () vous avez besoin d'aide
 - () vous êtes incapable de le faire

☞ Si utilise un fauteuil roulant (Q5 a = oui), passez à Q.9

	le faites seul-e sans difficulté	le faites seul-e malgré que ce soit difficile	avez besoin de quelqu'un pour vous surveiller	avez besoin d'aide	êtes incapable de le faire
--	-------------------------------------	---	---	-----------------------	-------------------------------

6. Lorsque vous marchez à l'intérieur de la maison, vous ...	()	()	()	()	()	☐
7. Lorsque vous marchez à l'extérieur de la maison, vous ...	()	()	()	()	()	☐
8. Lorsque vous utilisez les escaliers, chez-vous ou ailleurs,	()	()	()	()	()	☐
9. Lorsque vous mangez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
10. Lorsque vous vous lavez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
11. Lorsque vous vous habillez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
12. Lorsque vous faites votre petite toilette, comme vous brossez les dents, vous peigner, vous faire la barbe, vous couper les ongles, vous ...	()	()	()	()	()	☐
13. Lorsque vous utilisez les toilettes, vous ...	()	()	()	()	()	☐

Les 5 prochaines questions concernent votre vie en général avec le même style de questions.

14. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis-es ou des connaissances ? ☐

- () plus d'une fois/semaine () une fois/semaine () au moins 1 fois/mois
() environ 1 fois/année () jamais

15. Au cours des 2 derniers mois, diriez-vous que vous avez passé votre temps libre ... ? ☐

- () presque entièrement seul-e () plus de la moitié du temps seul-e
() à peu près la moitié seul-e et la moitié avec d'autres () plus de la moitié du temps avec d'autres
() presque entièrement avec d'autres

16. Comment trouvez-vous votre vie sociale ? ☐

- () très satisfaisante () plutôt satisfaisante () plutôt insatisfaisante
() vraiment insatisfaisante

17. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ?

() oui

() non

|__|

18. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris-e ?

() oui

() non

|__|

Maintenant, les prochaines questions porteront sur vos habitudes.

19. En moyenne, combien d'heures par nuit dormez-vous ?

() moins de 7 () 7 à 8 heures

() 9 heures et plus

|__|

20 a. Avez-vous l'habitude de dormir le jour ?

() oui → Q. 20b () non → Q. 21

|__|

20 b. Combien d'heure-s dormez-vous le jour ?

() moins d'une heure () 1 heure

() 2 heures () 3 heures et plus

|__|

21. Habituellement, prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir ?

() jamais () moins 1 fois/semaine () 1-2 fois/semaine

() 3-4 () 5-6 fois/semaine () tous les soirs
fois/semaine

|__|

22. Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez acceptée qu'un-e bénévole vienne vous rencontrer pour faire de l'exercice physique ?

() pour faire de l'exercice () pour avoir de la visite () autre :

|__|

23. En terminant, avez-vous des commentaires ?

|__|

Merci de votre collaboration

et je tiens à vous préciser que je vous rappellerai dans quelques semaines à la fin du projet pour connaître vos commentaires.

Questionnaire d'entrevue téléphonique auprès des clients après cessation du programme

Nom _____	Téléphone _____	_ _ no
Municipalité _____	Âge _____	_ _ âge
Situation de vie : () vit seul-e vit avec d'autre-s : _____		_ _ mu n
		_ _ vit seul-e



Les 8 premières questions traitent de votre état de santé en général. Je vous poserai la question et je vous donnerai des choix de réponses. Vous n'avez qu'à me répondre par celle qui vous convient le plus.

5. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général ... ? |_|_|
 () excellente () très bonne () bonne
 () moyenne () mauvaise
6. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait-e de votre état de santé ? Diriez-vous que vous êtes ... ? |_|_|
 () très satisfait-e () moyennement satisfait-e () pas très satisfait-e
 () pas satisfait-e du tout
7. Diriez-vous que dans l'ensemble, votre vie est ... ? |_|_|
 () très stressante () plutôt stressante () pas très stressante
 () pas stressante du tout
8. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne ... ? |_|_|
 () très heureuse () plutôt heureuse () pas très heureuse
- 5 a. Utilisez-vous un fauteuil roulant pour vous déplacer ? |_|_|
 () oui → Q. 5b () non → Q. 6 () quelquefois → Q. 5b
- 5 b. Lorsque vous passez du lit au fauteuil roulant et du fauteuil roulant au lit, est-ce que ... ? |_|_|
 () vous le faites seul, sans difficulté
 () vous le faites seul-e malgré que ce soit difficile
 () vous avez besoin de quelqu'un pour vous surveiller
 () vous avez besoin d'aide
 () vous êtes incapable de le faire

☛ Si utilise un fauteuil roulant (Q5 a = oui), passez à Q.9

(Si aucun fauteuil roulant)	le faites seul-e sans difficulté	le faites seul-e malgré que ce soit difficile	avez besoin de quelqu'un pour vous surveiller	avez besoin d'aide	êtes incapable de le faire	
6. Lorsque vous marchez à l'intérieur de la maison, vous ...	()	()	()	()	()	☐
7. Lorsque vous marchez à l'extérieur de la maison, vous ...	()	()	()	()	()	☐
8. Lorsque vous utilisez les escaliers, chez-vous ou ailleurs, vous ...	()	()	()	()	()	☐
9. Lorsque vous mangez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
10. Lorsque vous vous lavez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
11. Lorsque vous vous habillez, vous ...	()	()	()	()	()	☐
12. Lorsque vous faites votre petite toilette, comme vous brossez les dents, vous peigner, vous faire la barbe, vous couper les ongles, vous ...	()	()	()	()	()	☐
13. Lorsque vous utilisez les toilettes, vous ...	()	()	()	()	()	☐

Les 5 prochaines questions concernent votre vie en général avec le même style de questions.

14. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis-es ou des connaissances ? ☐

() plus d'une fois/semaine () une fois/semaine () au moins 1 fois/mois
() environ 1 fois/année () jamais

15. Au cours des 2 derniers mois, diriez-vous que vous avez passé votre temps libre ... ? ☐

() presque entièrement seul-e () plus de la moitié du temps seul-e
() à peu près la moitié seul-e et la moitié avec d'autres () plus de la moitié du temps avec d'autres
() presque entièrement avec d'autres

16. Comment trouvez-vous votre vie sociale ? ☐

() très satisfaisante () plutôt satisfaisante () plutôt insatisfaisante
() vraiment insatisfaisante

17. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes ?

() oui

() non

☐

18. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris-e ?

() oui

() non

☐

Maintenant, les prochaines questions portent sur vos habitudes.

19. En moyenne, combien d'heures par nuit dormez-vous ?

() moins de 7 heures

() 7 à 8 heures

() 9 heures et plus

☐

20 a. Avez-vous l'habitude de dormir le jour ?

() oui → Q. 20 b

() non → Q. 21

☐

20 b. Combien d'heure-s dormez-vous le jour ?

() moins d'une heure

() 1 heure

() 2 heures

() 3 heures et plus

☐

21. Habituellement, prenez-vous des médicaments pour vous aider à dormir ?

() jamais

() moins 1 fois/semaine

() 1-2 fois/semaine

() 3-4 fois/semaine

() 5-6 fois/semaine

() tous les soirs

☐

22 a. Faites-vous seul-e ou avec quelqu'un près de vous, les exercices appris avec la personne bénévole ?

() oui → Q. 22 b

() non → Q. 22 c

☐

22 b. Combien de fois par semaine avez-vous fait les exercices ?

() moins 1 fois/semaine

() 1 fois/semaine

() 2 fois/semaine

() 3 fois et plus/semaine

☐

22 c. Pourquoi ne faites-vous pas les exercices sans la personne bénévole ?

☐

Maintenant, j'aimerais connaître votre satisfaction face à divers points concernant la personne qui s'est rendue chez-vous pour faire avec vous vos exercices.

23 a. Au tout début de vos rencontres, est-ce que vous connaissiez cette personne ?

() oui → Q. 23 b

() non → Q. 24

☐

23 b. Quel lien avez-vous avec cette personne ?

() parent avec

() ami-e

() voisin-e

() autre : _____

☐

24. Sur un total de 10, vous n'avez qu'à me donner la note que vous accordez pour ces divers points.

- | | | |
|---|-------|---|
| a) la ponctualité de cette personne lors de ces visites | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| b) le respect envers vous | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| c) les conseils apportés dans la réalisation de vos exercices | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| d) la gentillesse de cette personne | _____ | <input type="text"/> <input type="text"/> |

25 a. Dans l'ensemble, diriez-vous que vous êtes très satisfait-e, moyennement satisfait-e, pas très satisfait-e ou pas satisfait-e du tout ...

	très satisfait-e	moyennement satisfait-e	pas très satis- fait-e	pas satisfaite du tout	
de la ou des personnes qui vous ont visité-e ?	() → Q. 26	() → Q. 26	() → Q. 25 b	() → Q. 25 b	
des séances d'exercices ?	() → Q. 26	() → Q. 26	() → Q. 25 b	() → Q. 25 b	

25 b. Pourquoi n'êtes-vous pas plus satisfait-e de _____ ?

26. Qu'est-ce que vous avez le plus aimé dans cette expérience ?

27. Qu'est-ce que vous avez le moins aimé dans cette expérience ?

28. Seriez-vous prêt-e à recommander ce programme à une personne dans votre situation ?

() oui () non → pourquoi ?

29. En terminant, avez-vous des commentaires ?

Si la personne vit avec au moins une autre personne :

30. Est-ce que vous me permettez de poser quelques questions à un cette personne qui vit avec vous pour connaître son opinion sur le programme Viactive à domicile ?

☐

() oui→ _____ () non

Si la personne vit seule :

31. J'aimerais maintenant connaître l'opinion d'une personne qui vous connaît bien sur le programme Viactive à domicile. Est-ce qu'il y a une personne qui vous aide régulièrement ou qui vous visite régulièrement et que vous me permettez de contacter ?

☐

() oui→ _____ () non

Merci de votre collaboration

Questionnaire aux aidants

Nom : _____

Âge : _____

âge

Téléphone : _____

Sexe : _____

sexe

1. D'après vous, est-ce que _____ a maintenant plus de facilité à faire certaines choses qu'il y a ____ mois ?

() oui

() non → q. 2

1.1 Quelles sont les activités qui lui sont maintenant plus faciles ?

2. Depuis que _____ a participé au programme Viactive à domicile, avez-vous remarqué des changements autres que dans sa capacité physique ?

() oui

() non → q. 3

2.1 Quelles sont ces changements que vous avez remarqués ?

3. Depuis que _____ a participé au programme Viactive à domicile, avez-vous changé l'aide que vous lui apportez ?

() oui

() non → q. 4

3.1 Quelles sont les changements auxquels vous pensez dans l'aide apportée ?

4. Est-ce qu'il y a d'autres commentaires dont vous aimeriez nous faire part ?

5. En terminant, j'aimerais connaître votre âge : ____ ans

Merci de votre collaboration

Grille d'entrevue, animation des groupes de discussion auprès des bénévoles

Évaluation de la structure et du fonctionnement

Modes organisationnels	Recrutement des bénévoles	Comment avez-vous entendu parlé du programme Viactive à domicile? Qu'est-ce qui vous a incité à vous impliquer en tant que bénévole ?
	Satisfaction des bénévoles face au contenu du programme	Comment se déroule habituellement une visite à domicile ? Combien de temps passez-vous en moyenne avec le client ? Est-ce que vous êtes satisfait du contenu du programme en termes de : - diversité des mouvements ? - aspect routinier ? - gradation de l'intensité de l'effort ? - matériel mis à votre disposition cassette, élastique, bâton, balle-mousse, vidéo, trousse maison, nécessité d'une chaise sans appui-bras) ? Auriez-vous des suggestions à proposer pour améliorer le contenu du programme (matériel utilisé, diversité des mouvements, etc..)?
	Opinion / Satisfaction des bénévoles sur la formation préalable reçue	Que pensez-vous de la formation que vous avez reçue avant de commencer les visites à domicile en termes de : • durée ? • contenu ? • matériel remis ? • organisation de l'avant-midi ? • organisation de l'après-midi ? • temps consacré à la théorie ? • temps consacré aux exercices ? Considérez-vous que cette formation vous a permis de maîtriser le contenu du programme ? Auriez-vous des suggestions à apporter qui permettraient d'améliorer le contenu ou le déroulement de cette formation ?
	Opinion / Satisfaction des bénévoles en termes de support au contenu durant le programme	Une fois que vous avez commencé vos visites à domicile, pouviez-vous compter sur une ressource pour vous aider si vous aviez des questions ou des difficultés concernant les exercices, les routines etc. ? Personnellement, avez-vous eu recours à cette ressource ? Comment pourrait-on améliorer le support que vous recevez en cas de difficulté ?

Modes organisationnels (suite)	Satisfaction des bénévoles face à l'organisation du premier contact avec le client	Comment s'est déroulée la première rencontre avec la personne que vous visitiez ? Êtes vous satisfait de la façon dont cette première rencontre a été organisée ? Auriez-vous une amélioration à proposer pour faciliter le premier contact avec la personne visitée ? (introduction par le CLSC ou par le CAB)
	Modalités de suivi des clients	Comment procédez-vous pour établir le jour et l'heure de vos visites à domicile ? Cette façon de procéder vous convient-elle ? Comment procédez-vous pour faire le compte-rendu des séances au coordonnateur du programme ? (feuille à compléter) Que pensez-vous de cette façon de procéder ? • lourdeur de la tâche • relevé des visites difficile à utiliser Auriez-vous des améliorations à apporter pour faciliter la transmission des informations à votre coordonnateur de projet (ex. améliorer le formulaire de relevé des visites) ?
	Modalités de suivi du projet	Durant le programme, avez-vous eu des rencontres pour faire le point sur le fonctionnement du projet ? • Si oui, ces rencontres ont-elles été utiles ? Si non, croyez-vous qu'il aurait été utile de tenir ce genre de rencontre ?
	Satisfaction quant à l'organisation du transport	Pour ceux d'entre vous qui utilisaient leur véhicule automobile pour se rendre au domicile du client, êtes-vous satisfait • de la rapidité du remboursement des dépenses ? • du montant alloué par kilomètre parcouru ? Pour ceux qui ne disposent pas d'une automobile, êtes-vous satisfait de la manière dont le transport était organisé ?
Relations interpersonnelles	Satisfaction des bénévoles quant à la qualité de la relation établie avec le client et son entourage	De façon générale, êtes-vous satisfait de la relation que vous avez établie : • avec la personne que vous visitiez ? • avec l'entourage de cette personne ?

Climat entourant les séances	Attitude du bénévole face à l'état de santé de son client	Vous sentiez-vous à l'aise face à l'état de santé de votre client ? (Avez-vous des inquiétudes lorsque vous lui faisiez faire ses exercices ?) La disposition des lieux au domicile de votre client vous permettait-elle de travailler à votre aise ?
	Environnement physique	Habituellement, votre client était-il prêt à votre arrivée ? Habituellement votre client semblait-il motivé à faire les exercices ?
	Disposition du client	De façon générale, votre client portait-il des vêtements adéquats pour la séance d'exercices ?
	Demandes supplémentaires du client	Vous est-il arrivé que votre client vous demande de lui rendre un service qui ne faisait pas partie du programme (par exemple, aller marcher dehors) ? Si oui, est-ce que ces demandes nuisaient à la réalisation des activités du programme ?
Conditions facilitant / contraignant la mise en place et le fonctionnement du projet	Perception des bénévoles sur les facteurs qui ont facilité leur participation au programme	Pouvez-vous me parler des conditions qui ont facilité votre participation au programme ?
	Perception des bénévoles quant aux facteurs qui ont rendu difficile leur participation au programme	Pouvez-vous me parler des conditions qui ont rendu plus difficile votre participation au programme ?

Évaluation de l'impact :

Effets perçus par les bénévoles	Bénéfices personnels retirés	Personnellement, qu'est-ce que vous retirez de votre expérience de bénévole Viactive ?
	Intérêt des bénévoles à poursuivre leur implication	Êtes-vous intéressé à poursuivre votre implication dans le projet ?

Effets chez les personnes visitées	Degré d'utilité perçu pour le client	Au cours du programme avez-vous observé une amélioration de la condition physique de votre client ? Si oui, quels sont-ils ?
	Degré de prise en charge	Au cours du programme avez-vous observé des changements psychologiques chez votre client ? Si oui quels sont-ils ? À votre connaissance, en dehors des séances qu'il avait avec vous, votre client faisait-il ses exercices ? À votre connaissance, maintenant que le programme est terminé, la personne que vous visitiez continue-t-elle à faire ses exercices ? La personne que vous visitiez vous a-t-elle parlé de son intention de se joindre à un groupe régulier Viactive ?
Effets sur l'utilisation des services	Perception des bénévoles sur l'évolution de l'utilisation des services par le client	La personne que vous visitiez vous a-t-elle parlé d'une plus grande facilité à accomplir ses activités domestiques (par exemple faire son ménage, préparer ses repas) ? La personne que vous visitiez vous a-t-elle parlé d'une plus grande facilité à prendre soin de sa personne (par exemple se laver, s'habiller ?) Si oui, quelle-s amélioration-s a-t-elle mentionné ?
Pour terminer notre discussion, y-a-t-il des commentaires, des suggestions que vous aimeriez ajouter ?		

Grille d'entrevue, animation des groupes de discussion auprès des référents et organisateurs	
Indicateurs	Questions suggérées
Évaluation de la structure et du fonctionnement	
Modes organisationnels	Pouvez-vous me parler de la façon dont le programme est organisé sur votre territoire ? • Moment de mise en place du programme • Organismes impliqués • Rôles de chacun des organismes partenaires • Modifications aux modes organisationnels
La référence	Qui sont les référents dans votre territoire ? Comment avez-vous procédé pour faire la promotion du programme auprès d'eux ? Comment le programme a-t-il été accueilli par eux ? Sur la base de quels critères recrutez-vous les clients du programme ? Utilisent-vous l'outil de référence fourni ? Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation de cet outil ? • Si oui, quelles améliorations pourraient être apportées ? Est-ce que vous avez rencontré des difficultés au niveau de la référence des clients ? • Si oui, quelles sont-elles ?
Recrutement des bénévoles	Comment procédez-vous pour recruter vos bénévoles ? Avez-vous établi des critères de recrutement ? • Si oui, quels sont-ils ? Y-a-t-il des difficultés particulières concernant le recrutement des bénévoles ? • Si oui, quelles sont-elles ? Combien de bénévoles sont-ils actifs dans votre MRC ?
Jumelage bénévoles/clients	Comment s'effectue le jumelage entre les bénévoles et les clients ? Comment s'effectue la première rencontre entre les bénévoles et les clients ?

Horaire des visites	Comment procédez-vous pour établir l'horaire des visites ?
Encadrement/support des bénévoles	Que pensez-vous de la formation dispensée aux bénévoles ? À votre avis, cette formation leur permet-elle de maîtriser le contenu du programme ? • Si non, pourquoi ? Avez-vous reçu des commentaires de la part des bénévoles sur cette formation ? Auriez-vous des améliorations à proposer concernant le contenu de cette formation ? Auriez-vous des améliorations à proposer concernant le déroulement, l'organisation de cette formation ? Une fois les visites à domicile commencées, quel support offrez-vous à vos bénévoles ? Avez-vous reçu des demandes de leur part en cours de programme ? À votre avis, y auraient-ils des améliorations à apporter au niveau de l'encadrement des bénévoles ?
Suivi des clients	Comment assurez-vous le suivi des clients ? Les référents ont-ils l'occasion de revoir le client durant l'intervention ? Après l'intervention ? À votre avis, y auraient-ils des améliorations à apporter au niveau du suivi des clients ?
Évaluation du processus	
Durée du programme	Combien de semaines dure l'intervention dans votre territoire ?
Matériel d'animation	Que pensez-vous du matériel d'animation fourni aux bénévoles ? À votre avis, y auraient-ils des améliorations à apporter à ce niveau ?
Évaluation de l'impact	
Degré d'utilité perçu pour le client	Personnellement, avez-vous constaté des améliorations au niveau de la condition physique de la clientèle ? Personnellement, avez-vous constaté des améliorations à d'autres niveaux chez la clientèle ?

	Avez-vous reçu des commentaires concernant l'amélioration de la condition physique des participants ? • Commentaires des participants eux-mêmes • Commentaires des bénévoles • Commentaires d'autres personnes significatives Avez-vous reçu des commentaires concernant l'amélioration d'autres aspects de la vie des participants ? • Commentaires des participants eux-mêmes • Commentaires des bénévoles • Commentaires d'autres personnes significatives À votre avis, comment pourrait-on améliorer l'impact du programme pour les participants ?
Ensemble du projet	
Perception des référents et des responsables des MRC sur les facteurs qui ont facilité le fonctionnement du programme	Selon vous, quelles sont les conditions qui ont facilité le fonctionnement du programme sur votre territoire ? • Collaboration inter-organismes ? • Recrutement des bénévoles ? • Recrutement des clients ? • Ressources humaines et financières ? • Coordination régionale ? • Coordination locale ?
Perception des référents et des responsables des MRC sur les facteurs qui ont nuit au fonctionnement du programme	• Selon vous, quelles sont les conditions qui ont nuit au fonctionnement du programme sur votre territoire ? • Collaboration inter-organismes ? • Recrutement des bénévoles ? • Recrutement des clients ? • Ressources humaines et financières ? • Coordination régionale ? • Coordination locale ? Si on vous demandait de recommencer l'expérience, procéderiez-vous de la même façon ? Si non, quelles modifications apporteriez-vous ?
Avenir du projet	
Opinion des référents et des responsables quant à la continuité du programme	Croyez-vous que le programme doive se poursuivre ? • Si oui, à quelles conditions ? • Si non, pourquoi ? Certains bénévoles vous ont-ils manifesté leur intérêt à poursuivre leur implication ?
Pour terminer notre discussion, auriez-vous des commentaires ou des suggestions à ajouter ?	

Merci de votre collaboration!

ANNEXE 2 :

HORAIRE DE LA FORMATION

VIACTIVE À DOMICILE

JOURNÉE DE FORMATION

Horaire de la journée

09 h 00	Accueil Présentation des formateurs + participants
09 h 15	Objectifs et déroulement de la journée
09 h 30	Présentation du réseau VIACTIVE Présentation du projet VIACTIVE À DOMICILE
09 h 45	Présentation du matériel VIACTIVE À DOMICILE
10h00	Présentation des consignes de sécurité
10h30	Présentation des mouvements et des routines VIACTIVE À DOMICILE Expérimentation
11h45	Dîner
13h00	Information de base concernant l'intervention personnalisée ◆ Présentation de la clientèle potentielle ◆ Présentation du relevé de visite ◆ Le code de conduite
14h00	Retour sur les mouvements + routines
15h00	Mot de la fin