

Orientations

de la Fédération québécoise
du loisir en institution



Publication réalisée par

Fédération québécoise du loisir en institution

Édition produite par

La Fédération québécoise du loisir en institution
14, rue St-Amand
Québec (Québec) G2A 2K9
Téléphone : 418 847-1744
Télécopieur : 418 847-6276
Courriel : info@fqli.org
Site Internet : www.fqli.org

Réalisation de

Anne-Louise Hallé, directrice générale
Fédération québécoise du loisir en institution

Conception graphique, mise en pages et impression

Conception graphique BCGD (www.bcgd.ca)

Collaboration financière à la publication

© Fédération québécoise du loisir en institution, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2006

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN-13 : 978-2-923287-03-4

ISBN-10 : 2-923287-03-7

Tous droits réservés.

Aucune partie de ce document ne peut être reproduite ou transmise sous aucune forme ou par quelque moyen électronique ou mécanique que ce soit, par photocopie, enregistrement ou par quelque forme d'entreposage d'information ou système de recouvrement, sans la permission écrite de la Fédération québécoise du loisir en institution.

Table des matières

Présentation de la Fédération québécoise du loisir en institution	3
Réalité et enjeux	5
1. Le loisir, un droit pour tous	7
1.1 Charte pour le loisir	7
2. La santé et le loisir	9
2.1 Définition de la santé	9
2.2 Définition du loisir : expérience individuelle et collective	9
2.3 Déterminants de la santé	10
2.4 Déterminants de l'expérience de loisir	12
2.5 Bienfaits associés à la pratique d'activités de loisir	13
2.6 Primauté de la personne	14
2.7 Rôle du professionnel en animation-loisirs	15
3. Le loisir, une approche biopsychosociale	17
3.1 Les principes de la programmation	17
3.2 Une intervention à caractère thérapeutique	18
3.3 L'établissement, un milieu de vie animé	20
4. L'éducation au loisir	23
Conclusion	25
Bibliographie	27



Présentation

de la Fédération québécoise du loisir en institution

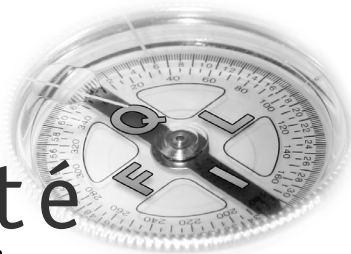
C'est en 1979 que les premières démarches ont commencé pour favoriser l'épanouissement du loisir institutionnel avec le Réseau Pluri-Arts. À l'époque, cette association répondait aux besoins des établissements de santé de la région de Québec. Petit à petit, d'autres associations similaires se sont développées dans d'autres régions du Québec. Chacune avait la même mission, c'est-à-dire la promotion du loisir dans les établissements de santé. Après discussions entre les personnes-ressources de ces associations, il a été convenu, d'un commun accord, de former une association qui pourrait regrouper l'ensemble de ces petites associations. C'est donc en 1984, que l'Association des services de loisir en institution du Québec fit son apparition. À partir de ce moment, les orientations se sont dessinées; on a assisté à une augmentation du membership et à la naissance de d'autres associations régionales. À la suite des discussions des membres du conseil d'administration et des représentants des différentes régions, il a été adopté, en 1987, de changer le nom de l'organisme pour la Fédération québécoise du loisir en institution et que chaque région administrative porte le nom d'Association des services de loisir en institution du Québec.

La mission de la Fédération est de promouvoir le loisir comme un outil permettant d'améliorer la qualité de vie des clientèles et des milieux et comme moyen d'atteindre des objectifs thérapeutiques. La Fédération joue également un rôle de soutien auprès des installations en les aidant à utiliser le loisir pour la création d'un milieu de vie de qualité auprès de leurs usagers. L'action de la Fédération en est une d'expertise, de développement de nouveaux moyens d'intervention par le loisir, de formations des intervenants, d'éducation et de sensibilisation. Les membres sont principalement des installations de santé reliés au ministère de la Santé et des Services sociaux, tels que :

- centres d'hébergement et de soins de longue durée;
- centres de réadaptation;
- ressources intermédiaires;
- centres de jour;
- centres hospitaliers de soins psychiatriques;
- résidences privées;
- autres.

Toutes les installations sont admissibles à devenir membres même s'ils ne possèdent pas de Service d'animation-loisirs structuré. Les installations membres de la Fédération accueillent des personnes âgées, des personnes atteintes de déficits cognitifs, des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des personnes vivant avec une incapacité physique et des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Réalité et enjeux



Au Québec, en 2003, on estimait à environ un million le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus, ce qui représentait 13 % de la population. Selon Lefebvre (2003), la très grande majorité des aînés (90 %) vivait à la maison, c'est-à-dire en ménage privé, et c'était d'ailleurs l'un des aspects importants de leur qualité de vie. Le Conseil des aînés (2001) estimait qu'entre 60 000 et 100 000 aînés habitaient les résidences privées avec services. Toujours selon Lefebvre (2003), une personne sur six (soit environ 160 000 personnes) recevait des soins ou de l'aide à domicile par le biais d'un établissement public. On dénotait également que 25 000 aînés vivant à domicile utilisaient chaque jour les services externes des CHSLD, soit les centres de jour qui offrent des services de réadaptation, de convalescence et de répit-dépannage ou encore les hôpitaux de jour. Quant aux 143 CHSLD du Québec, ils accueillaient près de 40 000 aînés, dont près de la moitié (44 %) avaient 85 ans et plus.¹ Au cours des dernières années, l'autonomie des personnes hébergées a considérablement diminué et 63 % des personnes admises et présentes en CHSLD sont en très grande perte d'autonomie. **Selon le MSSS (2003), le taux de personnes âgées en hébergement affectées par une forme ou l'autre de troubles cognitifs se situait entre 60 % et 80 % selon les établissements.**²

Il est difficile de décrire un portrait général de l'état physique de la personne ayant des problèmes de santé mentale, car le degré de présence de chacune des maladies psychiatriques va affecter de façon différente la condition physique et l'autonomie. Cependant, il nous est possible d'affirmer, grâce à une publication du gouvernement, que la prévalence des troubles mentaux tend à croître avec l'âge.³

Selon l'Office des personnes handicapées, au Québec (2000), on estimait à 228 000 le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle. On dénotait également que 88 % de ces personnes avaient une déficience légère, 7 % une déficience moyenne et 5 % présentaient une déficience grave à profonde.⁴

La clientèle vivant avec une incapacité physique se situe à travers toutes les différentes tranches d'âge. En mai 2003, l'Institut de la statistique du Québec dénombrait 1 086 800 personnes ayant une ou plusieurs incapacités physiques au Québec, soit 15,1 % de la population québécoise totale.⁵

Outre les difficultés reliées à leurs limitations physiques, intellectuelles, sensorielles ou à leurs mésadaptations sociales, diverses études ont démontré l'inadaptation des personnes à vivre en institution, et ce, en raison principalement des importantes ruptures sur le plan familial, vocationnel, économique, social et psychologique que rencontrent les usagers en établissement.

1. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DU LOISIR EN INSTITUTION. *Fascicule 2, Clientèle âgée*, F.Q.L.I., 2005, p. 13.

2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD, Orientations ministérielles*, 2003.

3. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DU LOISIR EN INSTITUTION. *Fascicule 1, Clientèle ayant des problèmes de santé mentale*, F.Q.L.I., 2005, p. 9.

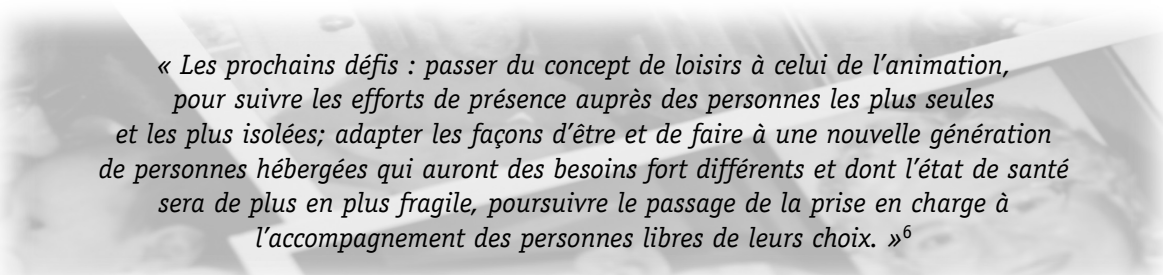
4. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DU LOISIR EN INSTITUTION. *Fascicule 3, Clientèle vivant avec une déficience intellectuelle*, F.Q.L.I., 2005, p. 11.

5. FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DU LOISIR EN INSTITUTION. *Fascicule 4, Clientèle vivant avec une incapacité physique*, F.Q.L.I., 2005, p. 9.

À ces ruptures s'ajoute l'inactivité. Les conséquences de cette inactivité sont bien connues : 1) détérioration sur le plan physique en raison du manque d'exercice; 2) détérioration sur le plan intellectuel en raison du manque de stimulation; 3) rétrécissement du réseau social à cause de l'isolement.

Pour ces citoyens hébergés, la vie continue et ils souhaitent une autre forme de vie adaptée à leur situation. Les clientèles des établissements s'alourdissent, la population vieillit et on assiste au développement de moyens pour permettre aux citoyens de vivre le plus longtemps possible dans leur milieu de vie naturel (centre de jour, maintien à domicile, hôpital de jour, ressources non institutionnelles).

Par ailleurs, les experts sont unanimes sur le fait que le vieillissement de la population du Québec aura des impacts sur le développement et sur l'utilisation du réseau des services de santé et des services sociaux. Ils affirment également que pour acquérir une meilleure autonomie, les personnes devront se réapproprier la santé. Toutefois, la santé est souvent prise dans le sens de santé physique, même si, de plus en plus, les experts démontrent l'importance de la santé mentale et psychologique.



« Les prochains défis : passer du concept de loisirs à celui de l'animation, pour suivre les efforts de présence auprès des personnes les plus seules et les plus isolées; adapter les façons d'être et de faire à une nouvelle génération de personnes hébergées qui auront des besoins fort différents et dont l'état de santé sera de plus en plus fragile, poursuivre le passage de la prise en charge à l'accompagnement des personnes libres de leurs choix. »⁶

De nombreux professionnels ont pu constater l'importance du rôle du loisir dans la vie des personnes vivant en établissement. De plus, l'animation du milieu favorise le développement d'un milieu de vie communautaire et offre l'opportunité d'établir des échanges et un réseau social. L'importance d'avoir des activités de loisir favorisant la détente, le divertissement et le développement, permet de combler certains besoins psychologiques, physiologiques et sociologiques, tout en les aidant à bien occuper leurs temps libres et à vivre le quotidien avec plaisir. Le loisir contribue à l'amélioration de la qualité de vie des personnes hébergées. Il devient un puissant moyen de motivation pour inciter la personne hébergée à se prendre en main, à réaliser des choses, soit individuellement ou collectivement, dans des activités divertissantes, valorisantes et variées. Par le loisir, on redonne à la personne les opportunités d'utiliser sa compétence pour reprendre le contrôle de sa vie en maintenant des rôles qui ont un sens et en lui permettant d'acquérir une plus grande autonomie.

Ainsi, les activités de loisir offrent différents avantages comme : l'amélioration de la santé physique et émotive, la réappropriation des instincts créateurs, l'intégration sociale, le développement d'une attitude positive face à la vie, l'acquisition de nouveaux rôles et elles limitent l'anxiété et diminuent le sentiment de solitude. Le loisir doit permettre l'intégration la plus complète et la plus normalisante possible à la vie communautaire tout en respectant les intérêts et les capacités de la personne en établissement.

6. LAFLEUR, Léon. « Allocution prononcée à l'occasion de la remise du prix Loisir et Qualité de vie », *Échanger pour mieux faire*, F.Q.L.I., 2002, vol. 4, n° 4, p. 8.



Le loisir, un droit pour tous

1.

Le droit au loisir est reconnu universellement depuis 1948 dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, adaptée par l'Organisation internationale des Nations Unies, à l'effet que « Toute personne a droit au repos et aux loisirs ». Cette notion de droit au loisir se retrouve également dans les valeurs partagées et reconnues comme indispensables au mieux-être individuel et collectif par l'UNESCO.⁷ Il concerne tous les citoyens, y compris ceux vivant en milieu institutionnel, peu importe leur sexe, leur âge, leur classe sociale, leur religion et leur état de santé. Le droit au loisir, c'est également garantir à tous les usagers de tous les établissements les mêmes opportunités que les autres citoyens vivant dans la communauté.

Pour la Fédération, cela se traduit par un temps de loisir au quotidien, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement, permettant aux usagers de se réapproprier leurs loisirs en leur offrant une expérience-loisir. Ce droit légitime fait également référence à une réelle accessibilité aux espaces et aux équipements de loisir qui tiennent compte des besoins spécifiques des citoyens en établissement.

Saviez-vous que les temps libres sont nombreux et disponibles en établissement de santé. C'est un terrain propice au développement de l'animation-loisirs. Nous pouvons affirmer que le loisir est une réalité incontournable et un service essentiel à la qualité de vie des usagers du réseau de la santé et des services sociaux au même titre que ceux des personnes vivant dans la société.

La même opportunité devrait être offerte aux citoyens en établissement de santé, puisque le loisir est reconnu comme « une dimension de l'existence humaine présente à toutes les étapes de la vie comme un droit inaliénable dont il faut protéger et promouvoir l'exercice⁸ ». L'environnement physique, la communication et les activités sont des éléments importants qui influencent la qualité de vie et le bien-être de l'usager. Il faut respecter les droits de cette clientèle pour lui offrir un milieu de vie adéquat.

1.1 Charte pour le loisir

World Leisure croit que toutes sociétés et cultures reconnaissent de façon accrue le droit des individus d'avoir des périodes de temps pendant lesquelles ils peuvent librement choisir leurs activités et expériences, spécialement celles conduisant au développement personnel, à l'amélioration de la qualité de vie et à la concrétisation des valeurs communautaires. La liberté des personnes et des choix sont les éléments centraux du loisir, ils doivent être librement exercés par tous.

7. CONSEIL QUÉBÉCOIS DU LOISIR. *Planification stratégique 2003-2006*, CQL, janvier 2003.

8. H. C. J. L. S. *On a un monde à créer, Livre blanc sur le loisir au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1979, p. 51.

Articles :

1. Toute personne a un droit humain élémentaire qui consiste à des activités de loisir qui sont en harmonie avec les normes et les valeurs sociales de sa société. Tous les gouvernements sont obligés de reconnaître et de protéger ce droit qui appartient à leurs citoyens.
2. Les investissements en loisir sont aussi importants que ceux pour l'éducation et la santé. Les gouvernements doivent fournir à leurs citoyens une variété d'opportunités récréatives accessibles et de grande qualité.
3. L'individu est la plus importante ressource en loisir et en récréation. En conséquence, les gouvernements doivent fournir les moyens pour acquérir les habiletés et les compréhensions nécessaires pour maximiser leurs expériences de loisir.
4. Les individus peuvent utiliser les opportunités offertes par le loisir pour le développement personnel, pour le développement de relations sociales, pour accroître leur intégration sociale, pour développer leurs communautés et leurs identités culturelles aussi bien que pour développer la compréhension et la coopération internationale.
5. Les gouvernements doivent s'assurer pour l'avenir de la disponibilité d'expériences de loisir enrichissantes en maintenant la qualité de l'environnement physique, social et culturel.
6. Les personnes effectuant la promotion du loisir doivent être entraînées à aider les individus dans l'acquisition d'habiletés, dans la découverte et le développement de leurs talents et dans l'élargissement de leur connaissance des opportunités récréatives.
7. Les citoyens doivent avoir accès à toutes les formes d'information sur le loisir, les utiliser pour rehausser leur compréhension et leur influence sur les politiques locales et nationales.
8. Les institutions éducatives doivent consacrer tous les efforts à enseigner la nature du loisir et comment intégrer cette connaissance dans leur style de vie personnelle.

Cette charte a été approuvée par le conseil d'administration de la World Leisure en janvier 2000. La version originale fut adoptée par la International Recreation Association en 1970, et subséquemment révisée par son successeur, la World Leisure and Recreation Association en 1979.⁹

9. WORLD LEISURE. *Charter for leisure*, 2000. [En ligne], [<http://www.worldleisure.org/>].

La santé et le loisir



2.

L'intervention en loisir dans le milieu de la santé repose sur trois principes fondamentaux :

- le premier affirme que, quelle que soit la maladie ou l'incapacité, les personnes doivent et peuvent maintenir une qualité de vie pour garder et préserver leur santé, accélérer leur guérison et prévenir leur détérioration;
- le second fait du loisir un fort déterminant de la santé;
- le troisième repose sur la primauté de la personne.

2.1 Définition de la santé

En effet, selon l'Organisation mondiale de la Santé et La politique de la santé et du bien-être du Québec, la santé se définit comme « la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie¹⁰ ».

- la santé est multidimensionnelle;
- la santé est tributaire de nombreux déterminants;
- la santé est dynamique, elle change librement et souvent;
- la santé est subjective, les expériences liées à la santé varient grandement d'une personne à l'autre, même quand les « données extérieures » semblent les mêmes.

Avant de comprendre le rôle du loisir dans cette perspective, il est important de bien définir ce concept.

2.2 Définition du loisir : expérience individuelle et collective

Nous avons tous notre propre définition ou conception du loisir. La Fédération prône la définition de Gaétan Ouellet¹¹ qui se définit à partir de trois dimensions :

- **du temps libre** : c'est-à-dire le temps qu'il reste après le travail, le transport, les tâches domestiques, les obligations sociales, les soins personnels, etc.;
- **une activité non obligatoire** et qui procure du plaisir;
- **une expérience**, c'est-à-dire ce que nous ressentons quand nous affirmons vivre un moment de loisir ou pratiquons une activité de loisir. L'expérience de loisir peut donc être définie comme un état émotionnel.

10. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, Gouvernement du Québec, 1998.

11. OUELLET, Gaétan. *L'éducation au loisir, notes de cours*, Université du Québec à Trois-Rivières, 1991.

Le loisir est une nécessité dans le réseau de la santé. Il a des bienfaits physiologiques et psychologiques, aide à prévenir ou à lutter contre la maladie, augmente l'espérance de vie, aide à maintenir ou rétablir les capacités et les aptitudes physiques, mentales, sociales et affectives tout en améliorant aussi la qualité de vie des individus dans leur milieu.

Il est prouvé que l'exécution au quotidien d'activités de loisir engendre des effets bénéfiques comme l'épanouissement, l'amélioration de l'état de santé, les habiletés motrices, le rétablissement plus rapide en cas de maladie ou d'invalidité, les habiletés sociales ainsi que le maintien de la qualité de vie des individus. Les loisirs sont une composante fondamentale et essentielle de la vie saine. Les loisirs peuvent jouer un rôle déterminant dans l'éducation et dans la responsabilité données aux individus de faire des choix de modes de vie sains.

2.3 Déterminants de la santé¹²

Les éléments qui ont une incidence sur la santé sont les suivants :

- les facteurs biologiques et physiologiques;
- les facteurs liés au mode de vie ou au comportement;
- les facteurs liés au milieu.

L'interaction de ces facteurs peut mener à la santé ou à la maladie.

Voici la liste des grands déterminants de la santé :

- revenu et statut social;
- réseau de soutien social;
- éducation;
- emploi et condition de travail;
- milieux intérieurs et extérieurs;
- facteurs génétiques;
- pratiques de santé individuelles et capacité d'adaptation;
- santé des enfants;
- services de santé;
- sexe;
- culture.

Dans les établissements de santé, pour bien comprendre le rôle du loisir, il est important de bien définir les différents concepts pour arriver à faire une définition du milieu de vie. Le concept qualité de vie est beaucoup utilisé dans le milieu de la santé. On peut concevoir que la définition et la mesure de la qualité de vie s'avèrent des tâches difficiles en raison de toute la dimension subjective qui entoure ce concept. Les critères de perception se définissent et appartiennent à l'individu qui perçoit et à personne d'autre.

12. THIBAUT, André. *Notes de cours SLO-6016*, UQTR, 2003, p. 61.

Ainsi, avant de définir ce qu'est la qualité de vie, nous devons considérer le « sens de la vie » qui oriente à son tour le « goût de vivre » pour chacun. Chaque individu se donne à divers intervalles de la vie, une perception de sa situation propre. Comme le veut l'adage, certains se contentent de peu tandis que d'autres semblent d'éternels insatisfaits. L'écart qui existe entre ces deux extrêmes peut donner matière à une infinité de définitions de la qualité de vie.

Les travaux de Georges et Bearon (1980) ont marqué une étape importante dans cette entreprise de comprendre la qualité de vie. Ces deux auteurs définissent le concept de qualité de vie à partir de deux grandes dimensions : les conditions de vie et l'expérience de vie.

Les conditions de vie renvoient à deux catégories. Premièrement, les conditions intrinsèques (état de santé, autonomie fonctionnelle, etc.) font référence à la personne elle-même. Deuxièmement, on retrouve les conditions extrinsèques (lieux physiques, revenu, etc.) qui relèvent de l'environnement. Les conditions de vie peuvent aussi être décrites en fonction des besoins physiologiques et de sécurité tels que définis par Maslow.

L'expérience de vie renvoie à des dimensions d'ordres psychologiques (satisfaction de vie, morale, bonheur, bien-être, estime de soi). De tous ces concepts, la satisfaction de vie est certainement la plus utilisée comme estimation du niveau de la qualité de vie. Neugarten, Havighurst et Tobin (1961) ont défini la satisfaction de vie à partir de cinq dimensions du bien-être psychologique (entrain, esprit de décision et de fermeté, harmonie entre les buts visés et ceux atteints, bonne estime de soi et état d'âme général de l'individu). Adams (1969), Neugarten (1961) et Georges (1980) associent la satisfaction de vie, le moral et le bonheur pour caractériser l'état général d'une personne. Lefebvre-Girouard (1986) décrit la satisfaction de vie comme étant une perception et une attitude envers la vie qui se colorent selon l'âge. De façon particulière, la satisfaction de vie dépend de l'environnement.

Le milieu de vie se définit comme le centre, le pivot de cette satisfaction de vie. L'endroit et les conditions stables de vie permettent de croître ou d'obtenir des gains, des succès, du bien-être, du bonheur. La personne est perçue et considérée selon l'ensemble des besoins humains fondamentaux. En ce sens, le modèle médical de l'intervention doit faire place à un modèle biopsychosocial où l'utilisateur est vu dans sa globalité et en relation avec les autres et son environnement. Le milieu de vie doit fournir le maximum d'opportunités à l'individu pour qu'il puisse donner un véritable sens à sa vie et qu'il accède au goût de vivre et de s'épanouir en fonction de ses habitudes de vie, ses intérêts et ses goûts.

Un milieu de qualité présente des caractéristiques connues qui en font un lieu d'appartenance où les personnes savent, sentent et agissent comme celles qui sont chez elles. Elles ont un sentiment d'appartenance, partagent les enjeux positifs et négatifs qui les touchent et ont les moyens d'agir et non seulement de subir. Pour agir, il y a une organisation, une structure et des règles du jeu pour assurer la démocratie et l'harmonie.

2.4 Déterminants de l'expérience de loisir

Plusieurs auteurs ont établi une liste des états psychologiques vécus par les individus se décrivant comme étant en train de vivre une expérience de loisir satisfaisante. Gaétan Ouellet en a fait une synthèse :

- sentiment de liberté perçu (libre de pratiquer une activité);
- affect positif (communion, amour, amitié, appartenance à un groupe);
- sensibilité accrue aux sensations corporelles;
- concentration, absorption (usager oublie ses soucis);
- créativité;
- relaxation, détente;
- aventure, découverte (initiation à une nouvelle activité);
- compétence (usager sent qu'il fait des progrès);
- motivation intrinsèque (l'activité doit être uniquement pratiquée pour le plaisir);
- spontanéité, évasion, changement (absence de planification);
- ressourcement;
- épanouissement (amélioration de l'image de soi);
- confiance et estime de soi;
- stimulation;
- conscience du temps altérée (perd la notion du temps);
- dépassement, défi;
- absence d'évaluation.

2.5 Bienfaits associés à la pratique d'activités de loisir¹³

	Conséquences possibles de l'activité	Risques encourus par l'inactivité
Physiques	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des risques cardiovasculaires • Diminution des risques respiratoires • Augmentation des habiletés fonctionnelles (motricité, souplesse, flexibilité) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ostéoporose • Perte musculaire • Perte de flexibilité • Baisse de l'endurance (faible tolérance à l'effort) • Thrombophlébite • Hypotension orthostatique
Cognitifs	<ul style="list-style-type: none"> • Augmentation de la concentration • Diminution de la confusion (de la désorientation) • Augmentation de son orientation dans la réalité 	<ul style="list-style-type: none"> • Non-utilisation des fonctions cognitives, ce qui peut accélérer la baisse de celles-ci • Diminution de l'orientation par la privation sensorielle
Satisfaction de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Plus grande satisfaction de la vie • Meilleure perception de la qualité de vie • Maintien des contacts sociaux (famille, proche, accès à la communauté, etc.) 	
Psychosociaux	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution de la dépression • Diminution de l'anxiété • Diminution du niveau de stress • Augmentation du sentiment de contrôle personnel • Augmentation de la connaissance de soi, de l'estime personnelle • Augmentation des capacités, des attitudes personnelles à faire face aux incapacités personnelles • Augmentation du sentiment d'utilité (conservation de rôles sociaux valorisés) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apparition d'éléments dépressifs (baisse d'énergie, de motivation, du goût de vivre) • Hausse de l'anxiété • Apathique • Baisse de contact avec son entourage • Baisse du goût d'être en contact • Perte des amis • Baisse du réseau social • Solitude

13. ST-ONGE, Marc. *Notes de cours*, UQTR, 2005.

2.6 Primauté de la personne

En conformité avec les politiques gouvernementales en matière de santé, l'intervention en loisir repose sur le concept de la primauté de la personne, c'est-à-dire une personne morale ayant :

- droit aux soins et services de façon continue, personnalisée et non discriminatoire;
- droit à l'information et à la participation aux décisions qui la concernent;
- droit de consentir à des soins et services ou de les refuser;
- droit de participer à l'élaboration de son plan d'intervention;
- droit à la dignité, l'intimité et l'intégrité physique;
- droit aux loisirs;
- droit à la confidentialité.¹⁴

Ceci se traduit par une approche qui est :

Globale :

La personne hébergée est considérée dans sa totalité spirituelle et biologique, de même que dans ses dimensions psychologique, sociale et culturelle. En tant qu'être global, ses besoins sont reconnus indissociables les uns des autres.

Personnalisée :

La personne hébergée est accompagnée dans son cheminement par des intervenants qui la respectent dans ses droits fondamentaux, dans son intégrité, ses choix et ses habitudes de vie. Ainsi, les activités quotidiennes doivent être en lien avec les habitudes de vie antérieures de l'utilisateur, son rythme et son mode d'expression. Ses capacités devront être respectées et son intégration aux espaces de vie s'effectuer selon ses capacités et ses besoins.

Adaptée :

Les besoins particuliers de chacune des clientèles hébergées sont reconnus et des conditions favorables sont mises en place dans le but de répondre le plus adéquatement possible à ces besoins.

Positive :

L'accent est plutôt mis sur les capacités et les forces de la personne résidente et sur la valorisation de son potentiel. L'intervention favorise la stimulation intellectuelle, affective et sociale et celle des capacités physiques encore présentes chez la personne.

Participative :

Le maintien de l'interaction de la personne avec sa famille et ses proches est reconnu comme important et facilité par des actions sur les plans de l'organisation, des modes d'intervention et de l'aménagement et leur implication est sollicitée dans les prises de décisions. Par ailleurs, lorsqu'une personne est lucide, elle seule a le pouvoir de décider d'impliquer ou non sa famille.

14. CLAPE. *Pour un sens à la vie; utilisation de l'animation-loisirs dans l'approche prothétique*, F.Q.L.I., 2002, p. 11.

Interdisciplinaire :

Le processus de résolution des problèmes est axé sur la participation active des membres de l'équipe à toutes les étapes de l'élaboration du plan d'intervention. Le travail en équipe interdisciplinaire favorise une approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne et met à profit des savoirs qui, autrement, seraient fragmentés.¹⁵

2.7 Rôle du professionnel en animation-loisirs

Si l'implication soutenue des intervenants et la recherche constante d'améliorer la qualité des services sont des éléments clés de réussite, il convient de déterminer les rôles et fonctions plus particulièrement dévolus à l'intervenant en loisir.

Ces rôles initialement définis par Tremblay (1991)¹⁶ puis repris par la Fédération québécoise du loisir en institution (1994)¹⁷ se définissent ainsi :

1. Personne-ressource :

Favoriser la pratique autonome des loisirs des usagers en mettant à leur disposition des locaux, équipements, services ponctuels et connaissances diverses.

2. animateur de milieu :

Supporter l'organisation et l'animation des loisirs des usagers en prenant en charge les opérations que ceux-ci ne peuvent assumer.

3. Intervenant-clinicien :

Contribuer à la solution de diverses problématiques en utilisant les loisirs comme moyen d'action et participer à l'éducation au loisir.

4. Multiplicateur :

Augmenter la capacité de production du Service d'animation-loisirs en recrutant des collaborateurs, en s'associant à des organismes partenaires, en négociant des subventions et en ralliant le plus grand nombre de ressources possible.

5. Gestionnaire :

Assurer la bonne marche des opérations en concevant et en appliquant les mécanismes d'encadrement nécessaires aux activités du Service.

15. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, pp. 10-11.

16. TREMBLAY, Georges. *La Méthode Impact*, Éditions Georges Tremblay, 1991.

17. HALLÉ, Anne-Louise et Benoît LAPAN. *Rapport d'enquête sur les Services d'animation-loisirs en établissement de santé et les tâches réelles de leurs intervenants*, Centre de formation et de recherche de la F.Q.L.I., 1994, p. 36.

6. Concepteur de programmes :

Procéder régulièrement à la mise à jour des différents programmes et activités en effectuant les recherches nécessaires pour identifier l'évolution des besoins des usagers et en développant des instruments qui correspondent aux réalités nouvelles.

Il est important de mentionner que pour assurer la tenue des nombreuses activités et fournir le contenu d'une programmation adaptée aux besoins des diverses clientèles de l'établissement, l'intervenant du Service d'animation-loisirs ne pourrait suffire seul à la tâche. C'est en utilisant son rôle de multiplicateur et de personne-ressource qu'il est à même de recruter et former des bénévoles qui apportent du sang neuf à l'équipe d'intervenants pour mieux accompagner les usagers dans leur participation aux activités individuelles ou de groupe, de faire appel aux familles qui collaborent par leur présence régulière aux activités de loisir et de mobiliser le personnel par son implication dans l'animation, l'accompagnement, l'information et la motivation des usagers, que l'intervenant crée un milieu de vie animé.

En plus de ces rôles, la Fédération croit essentiel que les intervenants maîtrisent certaines compétences de base pour œuvrer auprès de la clientèle hébergée dont :

Savoir (connaissance)¹⁸ :

- connaissance en gérontologie, en gériatrie;
- connaissance des clientèles concernées;
- connaissance des techniques et approches spécialisées et de leur évolution;
- connaissance des outils existants.

Savoir-faire (aptitude) :

- habiletés de communication et de présence thérapeutique;
- capacité de travailler en équipe et en interdisciplinarité;
- capacité d'adaptation au milieu et à la clientèle;
- habiletés en analyse et résolution de problèmes;
- capacité de travailler avec une clientèle précise.

Savoir-être (attitude) :

- chaleur et générosité;
- respect, empathie et intérêt pour la clientèle;
- patience, tolérance et flexibilité;
- disponibilité;
- souplesse;
- motivation;
- créativité.

Savoir-percevoir (climat sensoriel) :

- savoir reconnaître et ressentir les émotions.

18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 24 p.



Le loisir, une approche biopsychosociale

3.

3.1 Les principes de la programmation

La personne en établissement a besoin de mouvements, d'actions, en plus d'utiliser ses sens pour avoir une satisfaction de vie pleinement rencontrée. Les activités de loisir permettent d'atténuer ou de ralentir la dégradation physique et mentale de la personne. Le loisir s'inscrit dans une approche globale qui englobe tous les aspects de la personne et implique l'ensemble de l'équipe interdisciplinaire pour créer un véritable milieu de vie.

La Fédération prône que la programmation doit être planifiée en tenant compte de la mission, des buts et objectifs de l'établissement et de la philosophie d'intervention du service. L'intervenant définit sa grille d'activités en fonction des données recueillies auprès des usagers, de leur famille, des différents comités et de l'équipe interdisciplinaire.

Le loisir s'organise en fonction de l'identification des intérêts et des goûts de la personne ou ce qu'on appelle habituellement son vécu-loisir. Puis, avec la contribution de l'ensemble des membres du personnel, des bénévoles et des proches, la personne est ensuite invitée à participer à des activités adaptées à ses goûts, à ses intérêts et à ses capacités, selon une gamme diversifiée et un horaire qui respecte son rythme et ses habitudes de vie.

La grille d'activités doit s'établir sur un horaire de sept jours et prévoir des activités sur trois périodes; le matin, l'après-midi et le soir. Les activités doivent refléter la diversité de la programmation selon les champs d'intérêt et se retrouver dans les trois catégories.

Les champs d'intérêt¹⁹ se définissent comme suit :

Activités physiques :

Elles permettent de bouger et aident à maintenir ou à améliorer la santé ainsi que les déterminants de la condition physique (force, souplesse, endurance musculaire et cardiorespiratoire).

Activités intellectuelles :

Elles encouragent la stimulation et l'effort intellectuel favorisant ainsi le maintien des capacités cognitives.

Activités d'expression et/ou de création :

Elles donnent lieu à la fabrication d'objets et à la création esthétique notamment par la musique, le théâtre, l'écriture, etc.

Activités sociales :

Elles suscitent le développement de relations interpersonnelles qui encouragent l'interaction sociale entre individus par le biais, notamment, de sorties, de fêtes, de regroupements et d'activités à caractère intergénérationnel.

19. LAMARRE, Alain et Jocelyn MORIER. *Le loisir... avec intérêts! Guide de conception de programmes récréatifs en établissement de santé*, Les loisirs-conseils COGIP, 1998, pp. 79-84.

Activités de divertissement :

Elles répondent aux besoins de détente, de divertissement, d'évasion et de distraction.

Activités spirituelles :

Elles ont pour but de donner à la personne des moyens de maintenir ses valeurs, de se libérer l'esprit et de se détendre mentalement par la méditation, la lecture, etc.

On y retrouve également différentes catégories d'activités dont :

Les activités communautaires qui s'adressent à l'ensemble des usagers de l'établissement. Elles accueillent à l'occasion les parents, les amis et la communauté environnante.

Les activités de groupe qui peuvent s'adresser à un nombre restreint de personnes.

Les activités individuelles qui s'adressent à un usager en particulier. Elles sont adaptées en fonction des besoins et intérêts de l'usager. Quelques activités peuvent être conçues et animées auprès de deux ou trois usagers.

De plus, le loisir permet à la personne en établissement de se créer un réseau d'appartenance, l'empêchant, par le fait même, de se replier sur elle-même et de se retirer de la communauté.

« Le loisir organisé dans une société est de plus en plus considéré comme un indicateur fiable du niveau de qualité de vie qu'une collectivité peut offrir à ses membres. L'apport bénéfique du loisir, dans la vie d'une communauté, est en effet maintenant reconnu. Il est bien établi, par exemple, que parmi d'autres considérations, le choix d'un lieu de résidence tient compte de l'existence d'équipements, d'installations et de services fonctionnels reliés aux activités récréatives et aux opportunités de loisir en général. »²⁰

3.2 Une intervention à caractère thérapeutique

Les besoins fondamentaux de la personne étant d'ordre biologique, psychologique et social, les interventions en loisir peuvent atteindre des objectifs thérapeutiques susceptibles de contribuer, d'une manière professionnelle, à l'amélioration de l'état de santé physique et mentale du citoyen en établissement. « Le loisir doit être un lieu privilégié de récupération et de maintien de leur santé, de l'équilibre, de l'harmonie avec leur propre corps. »²¹

« Le modèle d'intervention en loisir de Gunn et Peterson promulgué par le National Therapeutic Recreation Society (1982) est certes le plus connu aux États-Unis et au Canada anglais. La pratique professionnelle qui utilise ce modèle est reconnue sous l'appellation américaine de « therapeutic recreation », que l'on traduit en français par l'expression suivante : « l'utilisation du loisir à des fins thérapeutiques. »²²

20. ASSOCIATION DE LOISIR MUNICIPAL. *Loisir, communauté locale et qualité de vie : une politique du loisir au Québec*, Montréal, 2000, 21 p.

21. H. C. J. L. S. *On a un monde à récréer, Livre blanc sur le loisir au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1979, p. 51.

22. BEAUREGARD, Yves. *Avant-projet du diplôme d'études supérieures loisir et santé*, Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences du loisir et de la communication sociale, 1997, p. 14.

De plus, le loisir thérapeutique a comme finalité « l'ajout du bien-être à la vie en favorisant l'utilisation optimale de la capacité fonctionnelle et en diminuant l'impact des problèmes qui compromettent l'équilibre, l'épanouissement et l'autonomie de la personne. »²³ Sa contribution au cheminement thérapeutique de l'usager est déterminée par des objectifs généraux précis avec un plan d'intervention favorisant une évaluation concrète des résultats obtenus. Basé sur une approche client, ce modèle fait la promotion d'une réponse individualisée aux besoins de la personne dans un continuum comportant trois catégories d'intervention (l'intervention thérapeutique, l'éducation au loisir et la participation récréative). La personne est orientée vers le type d'intervention qui correspond à ses besoins.²⁴ Les interventions du professionnel en loisir permettent de favoriser l'autonomie de la personne et l'utilisation de ses acquis.

« L'intervention thérapeutique concentre ses efforts sur l'acquisition d'habiletés fonctionnelles de base (ex. : augmentation de l'attention et de la concentration pour une personne ayant de la difficulté à garder contact avec la réalité, amélioration des compétences sociales pour une personne ayant des difficultés à entrer en contact avec autrui, etc.), qui sont considérées comme des préalables à l'engagement de la personne en loisir. »²⁵

La participation récréative vise l'atteinte d'une source de plaisir, l'expression de soi et la participation libre aux activités de loisir dans le but d'avoir un rythme de vie jugé plus régulier.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

Sécurisation	Favoriser l'adaptation à l'établissement.
Adaptation au rythme de fonctionnement	Maintenir, stimuler, relaxer pour reprendre le plus tôt possible un rythme de vie normal.
Valorisation	Aider l'usager à expérimenter des succès qui renforcent la perception positive de soi et préparent à la réussite de son intégration.
Intégration sociale	À domicile, pour demeurer actif chez soi ou en établissement. Dans la communauté, pour demeurer actif dans la communauté. Interpersonnelle, pour avoir accès à des relations sociales normales.

La Fédération fournit différents outils aux professionnels en loisir pour qu'ils soient efficaces et qu'ils soient en mesure d'ajuster leurs interventions en fonction des progrès accomplis par la personne.

23. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Gouvernement du Québec, p. 19.

24. TREMBLAY, M., Marc ST-ONGE et B. TREMBLAY. « Les modèles et enjeux de l'intégration au loisir des personnes handicapées ou en perte d'autonomie : pour une véritable participation sociale », *Défi-loisir : pour une véritable participation sociale des personnes handicapées ou en perte d'autonomie*, AQLPH, 2004, p. 36.

25. Idem, p. 36.

3.3 L'établissement, un milieu de vie animé

L'établissement constitue le milieu de vie de l'usager. Compte tenu de cette réalité, le loisir devient le moyen privilégié d'intervention pour la création et l'animation du milieu de vie, en plus de permettre une ouverture sur la communauté. De plus, le loisir se révèle être un support merveilleux pour atténuer cette distance toujours trop grande entre le milieu de vie naturel et l'institution. Selon Myslinski, gagnante du prix de la Société française de gérontologie en 1985, la définition du terme « animation » se traduit comme suit :

« Anima : la vie, l'âme. Cette origine nous conduit à définir alors l'animation comme l'ensemble des méthodes et des moyens permettant à la vie de s'insuffler, de se maintenir, de s'épanouir, dans les lieux dits « de vie » pour les gens âgés. »²⁶

La perception populaire en regard au loisir institutionnel est généralement orientée vers les activités organisées. Or, l'animation du milieu ne se limite pas qu'à l'organisation d'activités pour les citoyens. Elle répond à trois fonctions décrites initialement en regard des vides exposés par Myslinski.

L'animation des temps

Il s'agit de l'aspect le mieux connu, car il fait référence à l'animation des temps libres, notamment entre les périodes de repas, de traitements médicaux, de thérapies, d'hygiène personnelle, etc. On peut intégrer à cet aspect l'organisation d'activités structurées et également la mise en place de mécanismes qui favorisent la participation libre et spontanée à des activités individuelles ou de petits groupes.

L'animation des relations sociales

Il s'agit ici d'animer le milieu, par les contacts avec autrui, en formant des réseaux affinitaires et des groupes de personnes significatives. Ces groupes peuvent devenir autonomes sur le plan du fonctionnement et le professionnel en loisir assure le support technique minimum. L'animation des relations sociales peut également concerner les relations entre les usagers et les membres du personnel, avec les membres des familles, avec la communauté ou tout simplement les membres du personnel entre eux.

L'animation des espaces

Il s'agit ici de l'animation naturelle qui peut être engendrée par un aménagement incitatif des espaces. Ces aménagements devraient permettre aux usagers de retrouver des espaces privés et communautaires en leur donnant la possibilité de s'approprier leur propre zone d'intimité.

26. MYSLINSKI. « La famille face aux différents acteurs de l'animation en milieu institutionnel gériatrique », *Revue Gérontologique*, n° 62, avril 1987, p. 16.

Un milieu de vie animé²⁷

La Fédération croit que la dynamique d'un milieu de vie ne peut pas être laissée à elle-même. Il est essentiel d'orienter et soutenir la dynamique quotidienne d'un centre par une animation-loisirs adaptée. C'est là que prend alors tout le sens du concept « animé ».

Un milieu de vie animé, c'est un endroit où l'utilisateur évolue dans une dynamique se rapprochant de ses habitudes de vie et ses valeurs en continuité avec son vécu et en harmonie avec les personnes qui partagent sa vie. Un milieu de vie animé utilise le loisir pour faciliter la cohésion entre les usagers, les personnes significatives, les proches, les intervenants, les bénévoles et la communauté. Un milieu de vie animé donne un sens, un rythme et une harmonie à l'ensemble des composantes et des règles de fonctionnement d'un établissement. Un milieu de vie animé promeut les valeurs de l'utilisateur et donne de la qualité à sa vie : liberté de choix, intimité, plaisir de vivre, dignité, esprit familial, sécurité et goût de vivre.

L'animation-loisirs est essentielle à la qualité de vie de l'établissement. Il en résulte d'ailleurs souvent un équilibre où l'ambiance et le climat proviennent de l'harmonie entre les composantes du centre. Cet équilibre donne un sens à toutes les énergies investies au quotidien : au travail du préposé, à la visite d'un proche, au maintien de l'autonomie. Il assure la juste balance entre le milieu de soins et le milieu de vie.

En fait, animer un milieu c'est :

- organiser et structurer l'ensemble des événements qui ont un impact positif sur l'évolution du centre;
- donner un mouvement cohérent à l'ensemble des composantes du milieu;
- dépasser le sens premier des événements significatifs à l'utilisateur pour en faire des moments privilégiés favorisant le goût de vivre;
- multiplier la quantité et la qualité des interactions et des ressources qui enrichissent le milieu de vie;
- consolider, adapter, encadrer et guider l'ensemble de l'action du milieu vers une philosophie d'intervention favorisant la liberté de choix;
- continuer à vivre, à rire et à aimer;
- donner un rythme propice à créer des relations significatives, un sens à la vie, une harmonie;
- transformer les temps libres en moments privilégiés;
- valoriser la spontanéité du geste, les relations cœur à cœur, la tendresse, la complicité, l'amitié et le bonheur;
- transformer la routine quotidienne qui marque la vie des chambres et des corridors;
- trouver l'équilibre des interactions fondées sur la logique et le naturel, l'intervention thérapeutique et la spontanéité;
- participer à la création du tissu social;
- encourager l'approche interdisciplinaire basée sur l'apport essentiel de tous dans la régulation des rapports sociaux;
- ouvrir le centre sur la communauté extérieure.

En fait, animer un milieu de vie, c'est reconnaître que le loisir est un véhicule essentiel à la qualité de vie. Le loisir crée l'animation. Le loisir donne un sens à la vie, un sens à l'ensemble de l'établissement. Il constitue un des catalyseurs de l'évolution positive du tissu social d'un centre.

27. CÔTÉ, Line, Benoît LAPAN et Anne-Louise HALLÉ. *Modèle normatif d'Animation-loisirs en centre d'hébergement pour la création d'un milieu de vie animé*, F.Q.L.I., 1997, pp. 17-19.

L'éducation au loisir



4.

L'éducation au loisir vise à permettre la prise de conscience par l'utilisateur de ses horizons en loisir. C'est un processus dynamique impliquant l'amélioration continue des habiletés, des connaissances, des attitudes et de la conscience reliées au loisir. C'est également des interventions ou modes d'intervention destinés à rendre les personnes plus aptes au loisir, mieux disposées à participer et à s'impliquer dans des loisirs significatifs, plus capables d'en retirer du plaisir, de la satisfaction, l'appréciation de l'environnement et tout autre bénéfice, comme le développement personnel, la réalisation de buts et d'objectifs, l'intégration sociale et communautaire.²⁸

Elle a pour but d'aider un individu à apprendre à :

- accorder de l'importance au loisir dans sa vie;
- découvrir les bénéfices qu'il peut en retirer;
- repérer et utiliser les ressources à sa disposition;
- développer des nouvelles habiletés relatives à la pratique d'activités;
- transformer son temps libre en loisir;
- profiter au maximum du bien-être que peut lui apporter son loisir;
- se prendre en charge dans ce domaine.

En somme, l'éducation au loisir vise à rendre la personne capable de profiter pleinement de son loisir (expérience optimale de loisir).²⁹

Selon Ouellet (1995), les démarches d'éducation au loisir, qu'elles soient formelles ou informelles, comportent des interventions de type :

- information sur l'activité (nature, contextes, buts, modalités de pratique, programmes ou équipements existants, horaires, coûts, etc.);
- apprentissage de l'activité (initiation, perfectionnement, maîtrise de l'activité);
- développement d'attitudes favorables au loisir en général ou à certaines catégories ou formes de loisir;
- développement de capacités de décision, de choix et de solution de problème en loisir;
- solution de problèmes personnels et interpersonnels nuisant à l'implication satisfaisante en loisir;
- utilisation d'activités de loisir ou de contextes de loisir pour permettre des apprentissages et le développement d'habiletés.

28. OUELLET, Gaétan. *Éducation au loisir, notes de cours, Cours AEG-1018*, Université du Québec à Trois-Rivières, 1995, p. 55.

29. DESLAURIERS, Julie. *Guide d'éducation au loisir Tome 2. Guide destiné aux intervenants en loisir des milieux institutionnels*, F.Q.L.I., 2000, p. 12.

En somme, les principaux types d'intervention que les intervenants utilisent sont les suivants :

- l'information, la démonstration;
- la sensibilisation, la démystification;
- la clarification des valeurs;
- l'enseignement, la formation, la supervision;
- l'expérimentation;
- la persuasion;
- la relation d'aide.

En plus d'offrir des activités de loisir, il est important de favoriser chez les individus une prise en charge maximale de leur vécu-loisir. L'intervenant en loisir se doit d'offrir une programmation qui favorise cette prise en charge et aider les usagers à retrouver un sens à la vie.

Conclusion

Forte d'une expertise développée depuis 1979, la Fédération québécoise du loisir en institution appuie ses orientations tant sur la connaissance scientifique du loisir institutionnel que sur l'expérimentation pratique dans les milieux d'intervention. Elle assume le rôle de chef de file facilitant l'évolution de « l'art d'agir » de ses membres pour répondre aux besoins réels sur le plan du vécu-loisir des différentes clientèles. Le loisir en institution étant un secteur de développement où les changements et les innovations en matière d'intervention sont constants, la dispensation de formation continue s'impose pour mieux intervenir auprès de la clientèle. Le développement d'un secteur doit nécessairement permettre la recherche de concepts, de méthodologies et d'instruments d'intervention qui tiennent compte des spécificités du loisir en institution.

À l'heure où les orientations ministérielles reconnaissent le loisir comme un service essentiel dans la création d'un milieu de vie, il est maintenant primordial de développer un vécu-loisir institutionnel de qualité pour toutes les clientèles que nous retrouvons dans les établissements de santé du réseau. Les retombées engendrées par ces actions apportent, hors de tout doute, une contribution significative dans la qualité de vie de l'usager en établissement de santé.

En regard des nouvelles perspectives (l'évolution des clientèles et l'accroissement des coûts de santé, certification obligatoire des résidences privées), le loisir s'avérera toujours être une garantie de prévention idéale et de qualité de vie tant pour les usagers que pour les intervenants, prétendant même diminuer les coûts de santé.

Les changements démographiques auront des répercussions importantes dans l'offre de service destinée aux différentes clientèles. Les intervenants seront amenés à changer leur façon de faire pour répondre adéquatement aux besoins de la clientèle que ce soit en créant des alliances avec d'autres partenaires de la communauté (CLSC, centres communautaires, municipalités) ou en modifiant la programmation en privilégiant des activités individuelles pour répondre à l'alourdissement de la clientèle hébergée.

Le rôle de l'intervenant doit ainsi passer d'un rôle centré sur sa fonction à celui d'un rôle beaucoup plus large et plus riche qui demande, à la fois, de : favoriser l'autonomie fonctionnelle optimale de l'usager, soutenir physiquement et moralement la personne, accompagner et assister la personne hébergée lorsqu'elle le désire, maîtriser des connaissances, s'impliquer auprès des familles et des bénévoles pour offrir une qualité de vie optimale, agir en interdisciplinarité dans une équipe de travail et collaborer avec des partenaires en provenance de différents secteurs d'activités.³⁰

Les intervenants en loisir des établissements de santé réalisent des choses extraordinaires par les activités de loisir et celles-ci animent la vie des usagers. Le réseau de la santé compte beaucoup de gestionnaires, d'intervenants et d'employés qui croient fermement que prolonger la vie des personnes hébergées ne suffit pas, qu'il faut en plus ajouter de la qualité à cette vie que l'on prolonge grâce aux bons soins et au progrès de la médecine.

30. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 24 p.

Le loisir est essentiel à la santé et au bien-être des personnes et des collectivités. La qualité de vie est l'une des composantes d'une société qui prône l'équilibre entre le développement économique et le développement de la personne dans sa globalité. En conséquence, le loisir est reconnu, à travers les valeurs qu'il véhicule et les bienfaits qu'il procure, comme un élément majeur du maintien d'une société saine. Le défi sera toujours d'être plus uni pour que les usagers hébergés continuent de bénéficier d'un environnement propice à agrémenter leur bien-être et les empêcher de se replier sur eux-mêmes. Ainsi, on crée des milieux de vie où il fait bon vivre si on y met un peu du sien.

Bibliographie

ACHAP. *Manuel de gestion des services professionnels, Section IV : Service d'animation-loisir*, Montréal, ACHAP, 1990, 145 pages.

ADAMS, D. L. « *Analysis of life satisfaction index* », *Journal of gerontology*, 24 octobre, pp. 470-474.

ASSOCIATION DE LOISIR MUNICIPAL. *Loisir, communauté locale et qualité de vie : une politique du loisir au Québec*, Montréal, 2000, 21 pages.

BEAUREGARD, Yves. *Avant-projet du diplôme d'études supérieures loisir et santé*, Université du Québec à Trois-Rivières, Département des sciences du loisir et de la communication sociale, 1997.

BERGER, L. et D. MAILLOUX-POIRIER. *Personnes âgées, une approche globale. Démarche de soins par besoins*, Montréal, Éditions Études Vivantes, 1989, 588 pages.

CLAPE. *Pour un sens à la vie; utilisation de l'animation-loisirs dans l'approche prothétique*, F.Q.L.I., 2002, 61 pages.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux. *Programme de consultation d'experts, dossier « personnes âgées »*, Québec, Gouvernement du Québec, 1987, 193 pages.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÈMENT DES HÔPITAUX. *Normes pour l'agrément de centres canadiens de soins prolongés*, Ottawa, 1985.

CONSEIL DES AÎNÉS. *La réalité des aînés québécois*, Gouvernement du Québec, Québec, 2001, 199 pages.

CONSEIL QUÉBÉCOIS DU LOISIR. *Planification stratégique 2003-2006*, CQL, janvier 2003.

CÔTÉ, Line, Benoît LAPAN et Anne-Louise HALLÉ. *Modèle normatif d'Animation loisirs en centre d'hébergement pour la création d'un milieu de vie animé*, F.Q.L.I., 1997, 39 pages.

DE RAVINEL, H. « *Les enjeux futurs des loisirs en institution* », *Symposium 1990, un regard vers les années 90*, Québec, F.Q.L.I. 1990, pp. 46-47.

DESLAURIERS, Julie. *Guide d'éducation au loisir Tome 2. Guide destiné aux intervenants en loisir des milieux institutionnels*, F.Q.L.I., 2000, 56 pages.

FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DU LOISIR EN INSTITUTION. *Fascicules sur les clientèles*, F.Q.L.I., 2005.

GEORGES, L. et L. B. BEARON. *Quality of life in older persons: meaning and measurement*, New-York, Human Sciences Press.

HALLÉ, Anne-Louise et Benoît LAPAN. *Rapport d'enquête sur les Services d'animation-loisirs en établissement de santé et les tâches réelles de leurs intervenants*, Centre de formation et de recherche de la F.Q.L.I., 1994, 68 pages.

H. C. J. L. S. *On a un monde à récréer, Livre blanc sur le loisir au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 1979, 107 pages.

LAFLEUR, Léon. « *Allocution prononcée à l'occasion de la remise du prix Loisir et Qualité de vie* », *Échanger pour mieux faire*, F.Q.L.I., 2002, vol. 4, n° 4, page 8.

LAMARRE, Alain et Jocelyn MORIER. *Le loisir... avec intérêts! Guide de conception de programmes récréatifs en établissement de santé*, Les loisirs-conseils COGIP, 1998, 141 pages.

LEFEBVRE, Chantale. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, Institut national de santé publique du Québec, Ste-Foy, 2003, 19 pages.

LEFEBVRE-GIROUARD, A. « *Vieillir en centre d'accueil. Les caractéristiques des personnes âgées hébergées et leur univers relationnel* », *Cahiers de l'ACFAS*, n° 41, pp. 235-245.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec. Orientations*, Québec, Gouvernement du Québec, 1989, 147 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles*, Québec, Gouvernement du Québec, 2003, 24 pages.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Une réforme axée sur le citoyen*, Québec, Gouvernement du Québec, 1990, 91 pages.

MYSLINSKI. « *La famille face aux différents acteurs de l'animation en milieu institutionnel gériatrique* », *Revue Gérontologique*, n° 62, avril 1987, pp. 15-42.

NEUGARTEN, B., R. NAVIGHURST et S. TOBIN. « *The measurement of life satisfaction* », *Journal of gerontology*, 16, pp. 134-143.

OUELLET, Gaétan. *L'éducation au loisir, notes de cours*, Université du Québec à Trois-Rivières, 1995.

THIBAUT, André. *Notes de cours SLO-6016*, Université du Québec à Trois Rivières, 2003, page 61.

TREMBLAY, M., Marc ST-ONGE et B. TREMBLAY. « *Les modèles et enjeux de l'intégration au loisir des personnes handicapées ou en perte d'autonomie : pour une véritable participation sociale* », *Défi-loisir : pour une véritable participation sociale des personnes handicapées ou en perte d'autonomie*, AQLPH, 2004, 125 pages.

TREMBLAY, Georges. *La Méthode Impact*, Éditions Georges Tremblay, 1991, 348 pages.



Fédération québécoise du loisir en institution

14, rue St-Amand, Québec (Québec) G2A 2K9

Téléphone : 418 847-1744

Télécopieur : 418 847-6276

Courriel : info@fqli.org

Site Internet : www.fqli.org