



HAL
open science

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec limitations fonctionnelles : évaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion de la santé mentale chez les personnes âgées à domicile

Stéphanie Meynet

► To cite this version:

Stéphanie Meynet. La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec limitations fonctionnelles : évaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion de la santé mentale chez les personnes âgées à domicile. Psychologie. Université Savoie Mont Blanc, 2022. Français. NNT : 2022CHAMA026 . tel-04429485

HAL Id: tel-04429485

<https://theses.hal.science/tel-04429485>

Submitted on 31 Jan 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

THÈSE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ SAVOIE MONT BLANC

Spécialité : **Sciences cognitives, psychologie et neurocognition**

Arrêté ministériel : 25 Mai 2016

Présentée par

Stéphanie Meynet

Thèse dirigée par **Annique Smeding, Professeure des Universités, Université Savoie Mont Blanc** et
co-encadrée par **Marine Beaudoin, Maître de Conférences, Université Savoie Mont Blanc**

préparée au sein du **Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie / Personnalité, Cognition, Changement Social (LIP/PC2S)**
dans l'**École Doctorale d'Ingénierie pour la santé, la Cognition et l'Environnement (EDISCE)**

La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées avec limitations fonctionnelles : évaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion de la santé mentale

Thèse soutenue publiquement le **7 juillet 2022**

devant le jury composé de :

Madame Aïna CHALABAEV

Professeure des Universités, Université Grenoble Alpes, Examinatrice

Madame Cécile DANTZER

Maître de Conférence HDR, Université de Bordeaux, Rapportrice

Monsieur Olivier DESRICHARD

Professeur des Universités, Université de Genève, Rapporteur

Monsieur Pascal HOT

Professeur des Universités, Université Savoie Mont Blanc, Président

Madame Mélanie LEVASSEUR

Professeure des Universités, Université de Sherbrooke, Examinatrice

Monsieur Lionel SALOMON

Directeur Général, Mutualité Française Rhône Pays de Savoie, Invité

Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord chacun des membres du jury d'avoir accepté d'évaluer mon travail.

Ensuite, à l'image d'un modèle théorique proposé dans un travail de recherche, la réalisation de ce doctorat dépendait de plusieurs variables. Mes indicateurs initiaux représentent l'ensemble des participants qui ont accepté de me recevoir plusieurs fois à leur domicile au cours des trois dernières années. Je les remercie infiniment pour leur accueil, pour nos précieux échanges qui impactent encore mon quotidien ainsi que pour les trop nombreux chocolats et diverses confiseries offertes qui ont réchauffé mes déplacements en hiver.

Ces indicateurs se regroupent sous plusieurs facteurs « Service de Soins Infirmiers à Domicile » qui ont souhaité collaborer à ce travail de thèse. Un grand merci aux responsables de chaque service qui ont su mettre en œuvre ce programme, l'implémenter efficacement et rapidement et, surtout, le conserver malgré les difficultés sanitaires rencontrées. Merci de m'avoir fait connaître les spécialités de vos régions et offert autant de cafés, ils ont souvent été nécessaires pour lutter contre la digestion de ces fabuleux plats que nous avons parfois partagés. Et puis évidemment, un grand merci à chaque aide-soignant qui a rendu possible la réalisation de ce programme. Si chaque soignant est unique, ils ont tous en commun ce dévouement pour les personnes âgées, une passion et un respect certain qui les animent au quotidien. Votre travail à domicile est incroyable et irremplaçable, n'en doutez jamais.

Des médiateurs professionnels et universitaires ont permis de lier cette activité sur le terrain à mes différents travaux. Un premier remerciement aux différents partenaires de ce projet (l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie, La Mutuelle Aesio, la Fédération Nationale de la Mutualité Française) sans qui rien n'aurait été possible. Merci à Monsieur Salomon d'avoir mis en œuvre tous les moyens nécessaires à la réalisation de ce travail de thèse dont le sujet me tient tant à cœur, merci de m'avoir fait confiance durant ces

quatre années. Merci à Catherine et à tous mes collègues d'Annecy qui ont pu m'aiguiller et me faire prendre conscience des réalités du terrain. Merci également d'avoir su m'écouter malgré mes humeurs parfois douteuses, et merci pour ces soirées qui m'ont rendu la vie plus belle.

Sur le versant universitaire, merci à l'équipe « large » du 603 pour vos éclairages et vos compétences en recherche qui m'ont souvent été précieuses après un cursus professionnel. Un merci particulier à Nele sans qui je me serai notamment noyée dans le logiciel R. Et puis, merci à Annique et Marine, mes directrices/encadrantes de thèse. Vous avez su déployer mon intérêt pour la recherche, renforcer mes connaissances et mes compétences et me maintenir dans la course quand ma motivation a pris des vacances. Annique, ton soutien et tes encouragements ces derniers mois ont été très importants pour moi, merci encore pour ton efficacité, ton regard expert et toujours pertinent ainsi que pour ta disponibilité.

Plusieurs modérateurs m'ont également permis de maintenir le cap. Un grand merci à ma petite Mum pour tout le soutien et l'amour que tu m'as apporté dans les bons et mauvais moments ces dernières années. Un merci particulier à Romain qui a supporté les exigences qu'impliquait un travail comme celui-ci, merci pour ton soutien quotidien sans faille, si précieux à mes yeux. A mes grands-parents, merci du fond du cœur pour votre soutien et votre fierté si importants pour moi. Je ne sais pas si je deviendrai votre future Ministre de la Santé comme vous le souhaiteriez, mais je vous promets de continuer à valoriser l'importance de prendre soin de nos aînés. On a tendance à garder le meilleur pour la fin paraît-il, je ne pouvais donc pas terminer par une autre personne que Marie-Odile. Merci à toi de m'avoir permis d'entrer à la Mutualité Française, de m'avoir fait découvrir les si belles valeurs de ce service qui sont les tiennes, de m'avoir pris sous ton aile pendant les premiers mois de stage et de m'avoir transmis davantage encore cet engagement pour l'autonomie et le bien-être de nos aînés. Merci également pour ton écoute, ton soutien et tes encouragements.

Merci à tous, très sincèrement.

Résumé

Le vieillissement démographique représente un enjeu majeur pour lequel la prévention de la perte d'autonomie est devenue une priorité de santé publique (Organisation Mondiale de la Santé, 2016). Si la littérature sur le vieillissement met en évidence l'importance des activités physiques et sociales dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (Bouaziz et al., 2017; Kuykendall et al., 2015; Lamboy et al., 2018), cette pratique n'est pas toujours adaptée aux personnes qui présentent déjà des limitations fonctionnelles. La diminution de la fréquence des activités risque alors de mettre en péril le maintien du vieillissement actif nécessaire à la santé physique et mentale des personnes âgées et fragiles (OMS, 2002). C'est dans ce contexte préoccupant qu'une antenne de la Mutualité Française a mis en œuvre un programme innovant de prévention de la perte d'autonomie à travers le renforcement de la santé mentale : le Pôle Bien-Être Autonomie (BE-A). Quelques études centrées sur la santé mentale des personnes âgées montrent en effet l'intérêt des activités de loisirs dans la promotion du bien-être et la prévention de la dépression de cette population, des indicateurs de santé mentale également reconnus comme des facteurs importants dans le maintien de l'autonomie (Kim et al., 2021; Kuykendall et al., 2015; Soysal et al., 2017; Yoshida et al., 2021).

Ainsi, en cherchant à évaluer le Pôle BE-A, l'objectif de cette thèse était de tester la possibilité de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à travers la promotion de la santé mentale, conceptualisée à la fois par des indicateurs positifs et négatifs. La plausibilité de soutenir un lien directionnel entre ces deux concepts était défendue sur la base de la théorie de l'autodétermination et précisément par le rôle médiateur de la motivation autodéterminée à persévérer dans les activités. Les principaux résultats ont montré l'importance de considérer une conception multidimensionnelle (indicateurs positifs et négatifs) pour évaluer la santé mentale de cette population ainsi que l'intérêt de promouvoir la santé mentale pour maintenir

le vieillissement actif. L'évaluation du Pôle BE-A a indiqué une amélioration des niveaux de dépression, de la fréquence des activités autodéterminées et de l'autonomie des bénéficiaires.

Abstract

Aging population is a public health issue and preventing autonomy loss is a major challenge (OMS, 2016). Most of studies on aging support the importance of physical and social activities to prevent autonomy loss of older adults (Bouaziz et al., 2017; Kuykendall et al., 2015; Lamboy et al., 2018). However, most often, these activities are inappropriate for older adults with functional limitations. The decrease in frequency of activities may therefore jeopardize the maintenance of active aging necessary for the physical and mental health of frail and older adults. “La Mutualité Française”, a national mutual insurance company, has implemented in one of its health care services an innovative program to strengthen mental health: “The Well-being-Autonomy Pole (WB-A Pole).” Several studies focusing on the mental health of older adults show indeed the importance of leisure activities in promoting well-being and preventing depression in this population, and these mental health indicators are also considered as important factors in maintaining physical autonomy (Kim et al., 2021; Kuykendall et al., 2015; Soysal et al., 2017; Yoshida et al., 2021).

Thus, in examining the impact of the WB-A Pole, this thesis aimed to test the possibility of maintaining the autonomy of frail older adults through the promotion of mental health, defined by positive and negative indicators. The possibility of supporting a directional link between these two concepts was based on Self-Determination Theory. We therefore defended the mediating role of self-determined motivation to persevere in activities. Key findings support the importance of a multidimensional approach (positive and negative indicators) to assess mental health of this population as well as of promoting older adults’ mental health to maintain active aging. The evaluation of the WB-A Pole showed an improvement in depression levels, in the frequency of self-determined activities and in the autonomy.

Table des matières

Introduction générale	14
Chapitre 1. Promouvoir la santé mentale des personnes âgées de plus de 75 ans avec des limitations fonctionnelles : revue systématique des interventions proposées à domicile et en établissement	22
La santé mentale des personnes âgées : un concept multidimensionnel à promouvoir	22
Les interventions ciblant la santé mentale des personnes âgées : efficaces auprès d'une population non clinique.	23
Promouvoir la santé mentale des personnes âgées et fragiles : de plus rares interventions.....	25
Méthodologie.....	26
Résultats	27
Qualité des études	28
Résultats descriptifs	33
Interventions menées à domicile : exigeantes mais prometteuses	34
Interventions menées en établissement : prometteuses en fonction des types d'interventions.....	36
Caractéristiques physiques des participants : des facteurs essentiels à considérer pour intervenir auprès des personnes âgées à domicile et en établissement	39
Facteurs relatifs à l'implémentation des interventions.....	39
Facteurs relatifs à l'évaluation des interventions	41
Discussion.....	42
Références	45
Chapitre 2. Promouvoir la santé mentale pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles : le rôle des processus motivationnels	53
Introduction	55
L'autonomie des personnes âgées et fragiles : un réel enjeu	56
Promouvoir l'autonomie et le bien-être : les activités destinées aux personnes âgées et fragiles	57
Le concept de Santé Mentale.....	59
La Santé Mentale de la population âgée : entre bien-être et troubles psychologiques	61
Lien entre santé mentale et autonomie dans le vieillissement	62
La motivation à s'engager dans les activités comme médiateur.....	63
Le modèle théorique proposé.....	67
Limites et perspectives du modèle proposé	68
Références	71
Chapitre 3. Problématique	83
Chapitre 4. Procédures et méthodes	89
Fondements et mise en œuvre du doctorat.....	89
Essaimage du Pôle BE-A.....	90
Adaptation des questionnaires	92

Questionnaire de l'autonomie physique.....	92
Questionnaire de la motivation à persévérer dans les activités.....	95
Protection des données et comité éthique.....	96
Méthodologie d'évaluation des études.....	96
Participants.....	96
Matériel.....	100
Les retours qualitatifs.....	100
Références.....	103
Chapitre 5. Personnes âgées à domicile avec limitations fonctionnelles : étude préliminaire d'une intervention centrée sur le bien-être et l'autonomie.....	105
Introduction.....	107
Interventions existantes en lien avec le concept d'autonomie.....	109
Liens entre autonomie et bien-être en population âgée.....	111
Le concept de bien-être dans le vieillissement.....	112
Objectifs de la présente étude.....	113
Méthodologie.....	114
Participants.....	114
Matériel.....	117
Procédure.....	119
Hypothèses.....	120
Résultats.....	121
Résultats pour l'ensemble des bénéficiaires (échantillon total).....	121
Résultats spécifiques en fonction des principales caractéristiques de santé et socio-démographiques des participants (sous-échantillons).....	123
Discussion.....	124
Conclusion.....	132
Références.....	133
Chapitre 6. Impact du confinement lié au Covid-19 sur la santé mentale et physique : le rôle des limitations fonctionnelles chez les personnes âgées et fragiles à domicile.....	141
Introduction.....	143
Santé mentale et autonomie physique des personnes âgées et fragiles.....	143
La présente étude longitudinale.....	145
Méthode.....	146
Participants et Procédure.....	146
Matériel.....	146
Résultats.....	148
Discussion.....	150
Implications cliniques.....	152

References	154
Chapitre 7. La prévention de la perte d'autonomie par le renforcement de la santé mentale : un essai contrôlé randomisé auprès des personnes âgées et fragiles à domicile	159
Objectifs de la présente étude.....	159
Méthodologie.....	161
Participants	161
Matériel.....	162
Eléments de précision relatifs à certains indicateurs de santé mentale utilisés.....	164
Stratégies d'analyses.....	166
Résultats	167
Analyse du modèle théorique.....	167
Evaluation du Pôle Bien-Etre Autonomie.....	169
Discussion.....	173
Références	179
Chapitre 8. Discussion générale	186
Annexes	197
Annexe 1. Projet de recherche présenté à l'ANRT.....	197
Annexe 2. Exemple des grilles ADL et IADL du questionnaire adapté d'autonomie.....	204
Annexe 3. Notice d'information pour les participants.....	205
Annexe 4. Consentement éclairé	210
Annexe 5. Ensemble des questionnaires validés utilisés dans les présents travaux.....	211
Questionnaire de l'autonomie psychologique	211
Echelle du bien-etre physique & psychologique (Reker & Wong, 1984).....	212
Echelle du bien-etre subjectif (Ryff, 1989).....	213
Hospital anxiety and depression scale (Lépine et al., 1985).....	214
Medical Outcome Study -Short Form 12 (Ware et al.,1996).....	215
Questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi (Evers & Verbanck, 2007).....	216
Mental health continuum-short form (Keyes, 2002).....	217
Instrumental Activities of Daily Living (Lawton & Brody 1969).....	218
Annexe 6. Retours qualitatifs des bénéficiaires du Pôle BE-A	219
Annexe 7. Tableau des corrélations obtenues dans l'ECR (chapitre 7).....	220
Annexe 8. Tableau des ANOVA mixtes réalisées dans l'ECR (chapitre 7).....	222

Introduction générale

Le vieillissement démographique représente un enjeu majeur pour lequel la prévention de la perte d'autonomie est devenue une priorité de santé publique et les Nations Unies ont proclamé 2021-2030 comme étant la « Décennie du vieillissement en santé » (OMS, 2021). La notion d'autonomie dans le vieillissement renvoie habituellement aux capacités physiques des individus, c'est-à-dire à la capacité d'assurer seul les activités de la vie quotidienne nécessaires à leur bien-être et à leur survie (hygiène, transfert, déplacement), leur permettant ainsi d'assurer les activités instrumentales dans leur environnement (s'alimenter, téléphoner, prendre ses médicaments). Si les difficultés fonctionnelles restent relativement faibles et stables jusqu'à 75 ans, elles s'accroissent ensuite avec l'avancée en âge pour une entrée dans la dépendance estimée en moyenne à 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes (Duée & Rebillard, 2006). En 2006, les projections de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, prévoyaient un million deux cent mille personnes âgées en perte d'autonomie pour 2040, et d'ici 2050 la part de cette population pourrait représenter jusqu'à quatre millions de personnes en France (Duée & Rebillard, 2006; Larbi & Roy, 2019). Cette proportion préoccupante accentue les conséquences humanitaires, sociétales et économiques liées à la perte d'autonomie et l'adaptation des systèmes de soins est un défi quotidien.

Dans cette situation de vieillissement démographique, de nombreuses interventions ont été mises en œuvre en réponse aux rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé qui recommandent de prévenir la perte d'autonomie et de promouvoir le bien-vieillir des personnes de plus de 60 ans (OMS, 2016, 2021). Parmi ces interventions, la littérature sur le vieillissement met notamment en évidence l'importance des activités physiques (marche, cyclisme, aviron) et des activités sociales (rencontres intergénérationnelles, bénévolat, sorties culturelles) dans la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (Bouaziz et al., 2017; Kuykendall et al., 2015; Lamboy et al., 2018). Cependant, avec l'apparition et l'accroissement des limitations

fonctionnelles, une majorité de ces activités deviennent inadaptées et la diminution de la fréquence des activités risque de mettre en péril le maintien du vieillissement actif nécessaire à la santé physique et mentale des personnes âgées et fragiles (OMS, 2002).

Dans ce contexte préoccupant, le Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD) d'Annecy, régi par la Mutualité Française Rhône Pays de Savoie (MFRPDS), a mis en œuvre un véritable programme de prévention de la perte d'autonomie à destination des personnes âgées et fragiles : le Pôle Bien-Être Autonomie (BE-A). La mission des SSIAD est d'assurer sur prescription médicale des prestations de soins infirmiers et de nursing (hygiène, confort et relationnels) auprès de personnes âgées malades ou dépendantes âgées en moyenne de 75 ans (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 2010). Développé en 2017, ce programme est composé de cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS : atelier nutrition, mobilisation autonomie, atelier lecture, soins esthétique et massage relationnel) dispensés en parallèle des soins de nursing habituels. Le Pôle BE-A est basé sur l'hypothèse selon laquelle des activités de promotion de la santé mentale permettraient à terme de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles. Cette hypothèse n'avait cependant pas fait l'objet d'une évaluation de son efficacité.

La santé mentale, définie comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2001), renvoie à une perception positive de la santé mentale associée au bon fonctionnement d'un individu dans son environnement. La littérature sur le vieillissement indique, d'une part, que les personnes âgées conserveraient un bon niveau de bien-être en compensant les pertes encourues avec l'avancée en âge (Caradec, 2008) et, d'autre part, que l'accentuation des limitations fonctionnelles serait étroitement liée à l'apparition de troubles psychologiques comme la dépression ou l'anxiété (Andreas et al., 2017; OMS, 2017). Si ce lien directionnel entre l'autonomie et la santé mentale est établi dans

de nombreuses recherches, plusieurs travaux mettent également en évidence un lien étroit entre la dépression et la fragilité ou entre le bien-être et le maintien des capacités, venant ainsi soutenir la pertinence et la plausibilité de supposer un lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie (Gale et al., 2014; Kim et al., 2021).

En cherchant à évaluer l'efficacité du Pôle BE-A, l'objectif de ce travail de thèse est donc de tester la possibilité de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à travers la promotion de la santé mentale. Le premier chapitre de cette thèse par article présentera ainsi un état des lieux des interventions ciblant la santé mentale de cette population à travers une revue systématique de la littérature. Une distinction entre les études réalisées à domicile de celles réalisées en établissement sera opérée en relevant les caractéristiques et les résultats de chacune, et les précautions nécessaires pour l'élaboration et l'évaluation d'interventions auprès de ces personnes âgées et fragiles seront mises en évidence. Cette population, en référence aux caractéristiques des personnes inscrites dans les SSIAD, représentera ainsi l'ensemble des personnes âgées en moyenne de 75 ans qui présentent des limitations fonctionnelles en raison de l'avancée en âge et du processus de vieillissement (DREES, 2010; Duée & Rebillard, 2006). Les mécanismes de santé mentale et physique étant possiblement très différents, les personnes plus jeunes qui présentent des maladies chroniques ou les personnes atteintes de démence ne seront pas incluses dans l'ensemble de ce travail de thèse.

Le chapitre 2 présentera les développements théoriques qui soutiennent ce travail de thèse. L'enjeu de ce chapitre sera de défendre un lien directionnel alternatif à celui établi dans la littérature et, précisément, que maintenir l'autonomie d'une population âgée et fragile peut se faire à travers la promotion de la santé mentale. La plausibilité de soutenir un lien directionnel entre ces deux concepts sera défendue sur la base de la théorie de l'autodétermination et précisément par le rôle médiateur de la motivation autodéterminée à persévérer dans les activités. Le modèle théorique soutenu, ses limites et les perspectives qui en découlent seront

alors présentés. Le chapitre 3 développera ainsi la problématique et les hypothèses qui sous-tendent ce travail de thèse.

Des fondements du doctorat jusqu'aux entretiens réalisés, le chapitre 4 exposera la procédure utilisée pour réaliser l'essai contrôlé randomisé qui a permis de tester l'efficacité du Pôle BE-A. La recherche de collaborateurs et de subventions, l'adaptation des questionnaires, la méthodologie d'évaluation et l'impact de la situation sanitaire sur nos travaux seront détaillés. Un intérêt sera également porté aux retours qualitatifs obtenus lors des entretiens avec les personnes âgées.

Le chapitre 5 présentera le premier travail réalisé au cours de ce doctorat portant sur l'étude pilote qui cherchait à tester la faisabilité méthodologique de l'évaluation du Pôle BE-A. Les limites méthodologiques qui sont venues impacter les résultats encourageants seront exposées et permettront de comprendre en quoi il était important de répliquer le programme. Ce premier article, publié dans le *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillessement*, représente également les premières réflexions sur la plausibilité de supposer un lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie. Le modèle théorique n'ayant pas encore été arrêté à ce stade, les concepts utilisés et les hypothèses avancées ont été rédigés avant que nos choix ne s'affinent au regard de la littérature.

Le chapitre 6 exposera les résultats d'une étude portant sur l'impact du confinement sur la santé mentale et l'autonomie physique des personnes âgées et fragiles et permettra de mettre en évidence que les situations d'isolement n'impactent pas forcément les personnes âgées les plus vulnérables.

Dans la continuité des chapitres 2 et 3, le chapitre 7 présentera, d'une part, les analyses testant la pertinence du modèle théorique proposé au regard des données recueillies à l'aide de la modélisation par équations structurales et, d'autre part, les résultats de l'essai contrôlé randomisé qui a suivi l'étude pilote, et ce après six mois de fonctionnement du Pôle BE-A au

sein de six services de soins infirmiers à domicile. En testant l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale permettrait de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à travers le renforcement de la motivation autodéterminée, ce chapitre permettra également de proposer de nouvelles orientations sur les possibilités de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à domicile.

Enfin, les principaux résultats de ce travail de recherche, les limites méthodologiques liées notamment à la recherche interventionnelle et les perspectives pour de futures recherches seront discutées dans le chapitre 8.

Références

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Ronch, C. D., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Bouaziz, W., Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., Geny, B., & Lang, P. O. (2017). Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over : A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 110-127. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.012>
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 28-41.
- Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *ÉTUDES et RÉSULTATS*, 739, 8.
- Duée, M., & Rebillard, C. (2006). *La dépendance des personnes âgées : Une projection en 2040* (Edition 2006; Données sociales : La société française, p. 613-619). INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045&q=nombre+de+personnes+%C3%A2g%C3%A9es>
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women : The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
- Kim, E. S., Tkatch, R., Martin, D., MacLeod, S., Sandy, L., & Yeh, C. (2021). Resilient Aging : Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211002950. <https://doi.org/10.1177/23337214211002951>

- Kuykendall, L., Tay, L., & Ng, V. (2015). Leisure engagement and subjective well-being : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(2), 364-403.
<https://doi.org/10.1037/a0038508>
- Lambooy, B., Cotton, N., Hamel, E., & Soleymani, D. (2018). Vieillir en bonne santé : Revue des interventions efficaces. *La santé en action*, 446, 4-7.
- Larbi, K., & Roy, D. (2019). 4 millions de seniors seraient en perte d'autonomie en 2050 (N° 1767; INSEE première). INSEE. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4196949>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation* (WHO/NMH/NPH/02.8). Organisation mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Chapitre 1. Promouvoir la santé mentale des personnes âgées de plus de 75 ans avec des limitations fonctionnelles : revue systématique des interventions proposées à domicile et en établissement

Statut de l'article : rédaction terminée, prêt à soumettre

Ce premier chapitre établit un état des lieux des interventions de promotion de la santé mentale proposées chez les personnes âgées et fragiles. A travers cette revue de la littérature, l'objectif est d'une part, d'étudier la qualité et l'efficacité des interventions mises en œuvre auprès de cette population et d'autre part, de distinguer les activités réalisables en fonction du mode d'hébergement des personnes âgées. Un intérêt sera également porté aux conséquences liées aux limitations fonctionnelles des personnes tant sur la mise en œuvre des interventions que sur leur évaluation. Le présent article souhaite ainsi fournir aux professionnels de la gérontologie un aperçu des activités adaptées à leur lieu d'exercice et aux caractéristiques de leurs usagers. Les principaux résultats de la présente revue ont montré que si les interventions sociales et de soutien psychologique semblent prometteuses, d'autres études restent nécessaires pour fournir des preuves d'efficacité. Un accompagnement personnalisé semble également représenter un facteur important pour garantir le succès d'une intervention.

La santé mentale des personnes âgées : un concept multidimensionnel à promouvoir

Les préoccupations sanitaires et démographiques liées au vieillissement de la population et à l'accentuation des incapacités ont engendré de nombreux plans d'action internationaux au cours des dernières années. Après le cadre d'orientation sur le vieillissement actif de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi qu'un rapport sur le vieillissement en bonne santé, la décennie 2021-2030 a été proclamée comme étant la « Décennie du vieillissement en

santé » par les Nations Unies (OMS, 2002, 2016, 2021). Si le vieillissement actif en bonne santé implique d'intervenir auprès des personnes âgées dans l'objectif de renforcer leur santé physique, la dimension de la santé mentale ne doit pas être sous-estimée. Cette dernière définie comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2001), renvoie à un haut niveau de bien-être associé à un fonctionnement optimal de l'individu dans son environnement. Si certaines études montrent que malgré les pertes liées au vieillissement (e.g., rôle social et professionnel) les personnes âgées conserveraient un bon niveau de bien-être en sélectionnant ou en s'engageant dans des activités importantes pour elles (Mather & Carstensen, 2003; Ryff, 1995), d'autres travaux montrent qu'à partir de 70 ans la santé mentale des personnes âgées pourrait être impactée par la présence de plusieurs troubles psychologiques (Westerhof & Keyes, 2010). Par exemple la perte du conjoint, l'éloignement familial et les difficultés fonctionnelles peuvent entraîner un sentiment de solitude et engendrer de la dépression (OMS, 2016; Z. I. Santini et al., 2020). Ce trouble concernerait jusqu'à 35 % des personnes de 74 ans en moyenne (Horackova et al., 2019). L'anxiété concernerait elle aussi une part importante de la population âgée avec une prévalence estimée entre 3 et 17% (Andreas et al., 2017; Lilford & Hughes, 2020). Ainsi, à l'image du double continuum de la santé mentale de Keyes (2005) qui propose de définir ce concept à travers une absence de troubles mentaux associée à une santé mentale élevée, il semble important de s'intéresser à la fois à des indicateurs positifs et à des indicateurs négatifs pour évaluer la santé mentale des personnes âgées.

Les interventions ciblant la santé mentale des personnes âgées : efficaces auprès d'une population non clinique.

L'efficacité des interventions ciblant la santé mentale a fait l'objet de nombreux travaux en psychologie du vieillissement. Ainsi, nous savons par exemple aujourd'hui que la pratique d'une activité physique est associée à la qualité de vie et au bien-être des personnes physiquement indépendantes de plus de 65 ans (Marquez et al., 2020). D'autres études ont également montré que l'utilisation des nouvelles technologies (e.g., visioconférences, jeux vidéo) chez les personnes de plus de 50 ans ainsi que les activités sociales en extérieur (bénévolat, clubs sociaux ou sportifs) pour les personnes de plus de 65 ans permettraient de réduire le sentiment de solitude (Hagan et al., 2014; Niedzwiedz et al., 2016). Enfin, les thérapies basées sur la pleine conscience seraient efficaces pour diminuer la douleur, les symptômes d'anxiété et de dépression et améliorer les affects positifs de cette même population (Hazlett-Stevens et al., 2019).

Cependant, ces interventions ne semblent plus aussi efficaces avec l'avancée en âge ou avec la présence de difficultés fonctionnelles (Hazlett-Stevens et al., 2019; Marquez et al., 2020). Un moindre sentiment de compétence ou d'auto-efficacité couplé à la nécessité d'une intensité élevée dans la pratique entraîneraient ainsi un taux d'abandon élevé et une absence d'effets positifs (Netz et al., 2005; Niclasen et al., 2018). Les personnes âgées et fragiles seraient alors plus à risque de ne pas répondre aux critères de persévérance dans ces activités en raison de leurs limitations fonctionnelles. Par ailleurs cette vulnérabilité est régulièrement contraire aux conditions d'inclusion des interventions proposées aux personnes âgées (Frohlich & Potvin, 2008; Puts et al., 2017). Une revue de la littérature portant sur les interventions de santé mentale auprès des personnes autonomes de plus de 65 ans a ainsi montré qu'il est important de considérer les caractéristiques individuelles des participants, leurs besoins et leurs préférences pour obtenir davantage d'effets positifs (Niclasen et al., 2018).

Promouvoir la santé mentale des personnes âgées et fragiles : de plus rares interventions

Selon l’OMS, promouvoir la santé mentale de la population âgée et fragile lui permettrait d’utiliser son potentiel pour parvenir à gérer les difficultés sociales, physiques et émotionnelles et cela en dépit de la présence de maladies chroniques et des incapacités physiques (OMS, 2002). Ces difficultés fonctionnelles, considérablement faibles et stables jusqu’à 75 ans, auraient tendance à s’accroître ensuite pour une entrée dans la dépendance estimée en moyenne à 78 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes (Duée & Rebillard, 2006). L’accroissement des incapacités, la diminution de la mobilité et les problèmes de santé sont autant de facteurs qui impactent la santé mentale et plusieurs études montrent par ailleurs que la dépression serait notamment associée au nombre de maladies chroniques (Horackova et al., 2019; OMS, 2017). La promotion de la santé mentale et la prévention de l’apparition ou de l’accroissement des troubles psychologiques des personnes âgées et fragiles représentent donc un enjeu important dans le maintien d’un vieillissement actif.

En s’intéressant plus particulièrement aux études qui portent sur les personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles et selon une revue systématique, il existe une surreprésentation d’interventions proposées dans des centres de la collectivité (gymnase, salle des fêtes, hôpital) à destination des personnes résidant à domicile (Nielsen et al., 2018). Ces interventions impliquent alors que les participants qui présentent quelques difficultés fonctionnelles soient suffisamment indépendants pour se rendre dans les établissements qui proposent ces activités. Après 75 ans, et lorsque la participation à ces activités devient incompatible avec l’état de santé physique, l’objectif des interventions porte alors essentiellement sur la prévention des chutes à travers des ateliers équilibre ou des visites à domicile afin de sécuriser l’environnement et de conseiller les bénéficiaires (Luck et al., 2013; van Haastregt et al., 2000). De nombreux travaux s’intéressent ainsi au renforcement musculaire, à la prescription de régimes alimentaires ou encore à l’aménagement du domicile

pour faciliter l'autonomie quotidienne en oubliant la promotion de la santé mentale. Les études sur le renforcement de la santé mentale des personnes âgées et fragiles semblent alors sous-représentées dans la littérature et, à notre connaissance, il n'existe pas de revue ciblant cette population. Ainsi, au vu du nombre de personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles il semble important d'établir un état des lieux sur l'efficacité et les possibilités de telles interventions dans cette population.

En s'intéressant aux interventions qui visent le renforcement de la santé mentale des personnes âgées de plus 75 ans qui présentent des limitations fonctionnelles, l'objectif de la présente revue est d'étudier la qualité et l'efficacité des différentes interventions mises en œuvre auprès de cette population mais également de distinguer les activités proposées à domicile de celles dispensées en établissement. Un intérêt particulier sera porté aux conséquences liées aux caractéristiques physiques des participants tant sur le plan de l'élaboration des interventions que sur le processus d'évaluation.

Méthodologie

Les recherches ont été effectuées sur des bases de données électroniques Cochrane, PubMed, et PsycInfo entre 2001 et 2022. L'année 2001 a été choisie comme première année de publication en référence à l'année de diffusion de la définition de la santé mentale établie par l'OMS. Les mots-clés utilisés pour cette recherche regroupaient les termes de personnes âgées, personnes très âgées, maladie chronique, incapacités physiques, dépendance, vieillissement, établissement, maison de retraite, à domicile, bien-être, bien-être psychologique, bien-être émotionnel, bien-être social, santé mentale, qualité de vie, satisfaction de vie, solitude, isolement, anxiété, dépression, étude pilote, recherche interventionnelle, recherche qualitative, intervention, promotion et prévention. Les filtres « humains, essai contrôlé randomisé, méta-analyse, revue systématique, essai clinique, anglais, français » ont également été sélectionnés.

Un ensemble de critères prédéfinis nous a ensuite permis de sélectionner les articles correspondant à l'objectif de la présente revue. Les interventions devaient porter sur des personnes âgées de plus de 75 ans, âge auquel correspond l'accentuation des difficultés fonctionnelles (Duée & Rebillard, 2006). Les études indiquant un intervalle d'âge dont la borne inférieure était inférieure à 75 (e.g., 55-100) n'étaient pas inclus à moins d'une précision d'un âge moyen correspondant à notre critère. Il n'y avait pas de limite d'âge supérieure. Les études devaient également indiquer la présence de limitations fonctionnelles chez les participants (e.g., maladie chronique avérée, score à une échelle de capacité ou d'incapacité physique). Les études qui ne précisaient pas le niveau d'autonomie des personnes ou qui ciblaient seulement les personnes âgées atteintes de démences n'ont pas été incluses.

Au regard des difficultés à intervenir auprès des personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles, toutes les interventions ciblant la santé mentale ont été incluses, quelles que soient leur méthodologie de recherche, afin de mettre en évidence un plus large éventail sur les possibilités d'intervention. Les méta-analyses et les revues de littérature, qui portaient sur une population plus large, ont été utilisées pour des recherches secondaires, c'est à dire uniquement pour identifier d'autres études dans les listes de références qui n'aurait pas été révélées par les bases de données.

Résultats

Sur la base des mots-clés de recherche mentionnés, 1814 articles ont été identifiés dans les bases de données. Sur la base des titres des études, 1681 articles ont été exclus. Il s'agissait essentiellement d'études qui ne portaient pas sur la promotion de la santé mentale, qui ne ciblaient pas les personnes âgées ou qui s'intéressaient aux personnes atteintes de démence. La lecture des résumés des 133 articles sélectionnés a ensuite entraîné l'exclusion de 66 articles principalement en raison de l'indication d'un âge moyen inférieur à 75 ans. Les articles portant

sur une activité physique modérée à intense, impliquant une certaine indépendance des participants, représentaient également une part importante de cette exclusion. Enfin, sur les 67 études restantes, la lecture intégrale des articles nous a contraint à exclure 49 études qui ne correspondaient pas à nos critères d'inclusion notamment en raison de bénéficiaires âgés de moins de 75 ans ou de participants signalés comme indépendants ou en bonne santé. Au total, 18 articles ont ainsi été inclus dans notre étude.

Qualité des études

Sur l'ensemble des 18 études incluses dans la présente revue, neuf proposaient un essai contrôlé randomisé (ECR), six études présentaient une comparaison pré et post intervention - dont quatre ne comportaient pas de groupe contrôle - et trois études étaient qualitatives. Parmi les neuf études ECR, une a indiqué des biais d'échantillonnage dans la composition des groupes (Rodríguez-Díaz et al., 2016), six ont obtenu des résultats sur la base de mesure auto-rapportées (Bonura & Tenenbaum, 2014; Ching-Teng et al., 2019; Konnert et al., 2009; Resnick et al., 2009) dont deux déclaraient par ailleurs manquer de participants pour attester de l'efficacité de l'intervention (Cesetti et al., 2017; Toledano-González et al., 2019). Concernant les études comparatives pré-post, une a indiqué des biais d'échantillonnage (Tarteaut et al., 2008), deux ont déclaré un nombre de participants insuffisant (Levasseur et al., 2016; Shapira et al., 2007), une présentait ces deux dernières caractéristiques à la fois (Barbosa et al., 2021) et deux études ont utilisé des mesures auto-rapportées (Daban et al., 2021; Greaves & Farbus, 2006). L'ensemble des études qualitatives affirmaient également manquer de participants pour établir des conclusions sur l'efficacité des interventions proposées. Ainsi, trois études portant sur des interventions en établissement présentent une qualité forte et des résultats à priori plus robustes. La majorité des études inclues dans la présente revue relèvent donc d'une qualité scientifique faible à modérée et notamment celles concernant les interventions à domicile. Nous choisissons néanmoins de conserver l'ensemble de ces 18 études pour mettre en lumière les actions mises

en œuvre auprès d'une population vulnérable, isolée et pour laquelle une majorité des interventions validées restent inadaptées. Le Tableau 1 présente l'ensemble de ces études retenues dans la présente revue.

Si l'ensemble des études offrent des possibilités d'intervention encourageantes, les auteurs préconisent la réplication des études à travers une méthodologie plus rigoureuse afin de confirmer les résultats obtenus. L'efficacité des interventions présentées dans la présente revue sera donc à considérer avec prudence.

Tableau 1

Résumé des interventions ciblant la santé mentale en Etablissement (E) et à Domicile (D) auprès des personnes de plus de 75 ans avec des limitations fonctionnelles

Référence	Age des participants	Lieu	Objectifs	Plan expérimental	Intervention
(Bonura & Tenenbaum, 2014)	M = 77.04 SD = 7.28	E	Impact du yoga sur la santé psychologique et la maîtrise de soi	ECT N = 106	GE : Yoga GC1 : Exercice physique GC2 : aucune activité Une fois par semaine (6 semaines)
(Shapira et al., 2007)	M = 80.25 SD = 6.50	E	L'utilisation d'internet améliore le bien-être	Pré-Post, N= 39 GC = 23 GE = 16	GE : Cours d'informatique en groupe GC : cours de peinture et de couture (une à deux fois par semaines, 15 semaines)
(Stewart et al., 2001)	M = 75.00	D	Intérêt des appels téléphoniques avec un groupe de pairs sur le sentiment de solitude	Qualitative N = 23	Appel en groupe une fois par semaine (4 mois) supervisés par une personne âgée plus jeune et un professionnel de santé.
(Rodríguez-Díaz et al., 2016)	M = 86.8 SD = 5.19	E	Intérêt d'un programme d'activité physique et de renforcement du bien-être émotionnel sur la santé	ECR, N = 59 GC = 29 GE = 30	Une fois par semaine : promotion du bien-être (e.g., exercice de respiration, musicothérapie) Deux fois par semaine : exercice aérobique (3 mois)
(Jones et al., 2006)	M = 77.00	D	Implémenter l'art-thérapie à domicile	Qualitative N = 5	Donner du sens aux ressentis et travailler sur la colère à travers la peinture Une heure par semaine (2 mois)
(Ching-Teng et al., 2019)	M = 78,40	E	Effet de l'art-thérapie sur dépression et l'estime de soi	ECR N = 55	Thérapie expressive axée sur les perceptions et la signification des ressentis. 90 minutes par semaine (4 mois)
(Cesetti et al., 2017)	M = 78.4 SD = 6.1	E	Faisabilité et effet de thérapies narrative sur le bien-être et la dépression des personnes âgées vulnérables	ECR, N = 30 GE = 20 GC = 10	GE : Thérapie narrative centrés sur les émotions. GC : Activités artistique et créatives 2 heures, 4 fois par semaines (1 mois)
(Toledano-González et al., 2019)	M = 85.3 SD = 4.0	E	Etudier la différence d'impact entre une intervention d'ergonomie individuelle et de groupe	ECR N = 74 GE = 37 GC = 37	GE = thérapie animale, cognitive, motrices et compétence psychosociale (3 fois par semaine, 6 mois) GC = identique, sans les compétences sociales
(Kerse et al., 2008)	M = 84.0 SD = 4.0	E	Etudier l'effet d'une intervention de renforcement des activités quotidiennes sur la qualité de vie et	ECR, N = 682 GC = 352 GE = 330	Fixation d'objectif individuel de capacité physique (6 mois) GC : visites sociales
(Resnick et al., 2009)	M = 83.8 SD = 8.2	E	Etudier l'effet de soins « réparateur » sur l'autonomie et la qualité de vie	ECR, N= 487 GC = 231 GE = 256	Former les soignants à des discours centrés sur la motivation pour augmenter la participation active lors des soins
(Underwood et al., 2013)	M = 86.7 SD = 7.2	E	Impact de l'exercice physique en groupe sur la dépression	ECR, N = 751 GC = 396 GE = 355	GC : Sensibilisation au trouble GE : Sensibilisation + activité physique en groupe (aérobie et renforcement musculaire)
(Konnert et al., 2009)	M = 81.1 SD = 6.7	E	Effet de la thérapie cognitivo-comportementale sur la dépression	ECR N=43 GC = 23 CE = 20	Repérer les pensées dysfonctionnelles et planifier des événements agréables
(Barbosa et al., 2021)	M = 83.85	E	Impact d'un programme intergénérationnel sur la solitude, la dépression, le bonheur et l'estime de soi des personnes	Pré-post N = 12 GC = 6 GE = 6	Partager le vécu, les émotions, les connaissances et renforcer le lien social 2 heures par mois (12 mois)
(Santini et al., 2018)	M = 83.00	E	Effet d'un programme intergénérationnel sur le bien-être, l'inclusion dans la société et les compétences sociales	Qualitative N = 16 + 16 bénévoles âgés, 24 adolescents	Activités artistiques, jeux, chorale, histoire de vie et événement final 2 heures tous les 10 jours (12 mois)
(Tarteaut et al., 2008)	M = 84.0	E	Evaluer l'impact des soins esthétiques sur les symptômes anxiodépressifs, la douleur, et la	Pré-Post N = 47	Une séance de soins esthétiques (soin du visage, des mains et massage)
(Levasseur et al., 2016)	M = 79.4 SD = 8.7	D	Etudier l'impact de l'Accompagnement-citoyen personnalisé d'intégration communautaire auprès des personnes âgées avec des limitations fonctionnelles	Pré-Post N = 16	Cibler des objectifs sur la réalisation d'activités, renforcer l'empowerment, mobiliser des ressources et renforcer l'intégration sociale 6 mois
(Daban et al., 2021)	M = 75-84 M>85	D	Explorer l'effet d'une intervention de promotion des activités en extérieure	Pré-Post N = 135	Sortie individuelle hebdomadaire et sortie en groupe mensuelle avec accompagnateur (6 mois)
(Greaves & Farbus, 2006)	M = 77.0	D	Intérêt d'un accompagnement personnalisé sur la santé mentale et physique	Pré-Post à 6 et 12 mois N = 72	Soutien d'un mentor pour sensibiliser les personnes à participer à des activités culturelles, sociales ou physiques adaptées (12 mois)

Référence	Age des participants	Lieu	Questionnaires de Santé mentale	Résultats
(Bonura & Tenenbaum, 2014)	M = 77.04 SD = 7.28	E	State Anxiety Inventory, Geriatric Depression Scale (GDS), 29 Lawton's PGC Morale, General Self-Efficacy Scale, Self-control Schedule	Yoga > Exercice physiques>Contrôle Diminution de l'anxiété et de la dépression Amélioration du bien-être, de la perception d'auto-efficacité et de la maîtrise de soi
(Shapira et al., 2007)	M = 80.25 SD = 6.50	E	Life-satisfaction scale Depressive adjective checklist UCLA loneliness scale	Améliorations de la satisfaction de vie et diminution de la dépression et sentiment de solitude
(Stewart et al., 2001)	M = 75.00	D	Entretiens portant sur le soutien social perçu et le sentiment de solitude	Un moindre besoin de soutien et une diminution du sentiment de solitude
(Rodríguez-Díaz et al., 2016)	M = 86.8 SD = 5.19	E	Medical Outcome Scale (short form) Hamilton Anxiety rating Scale Self Esteem Scale Self-Efficacy scale for aging	Amélioration de l'humeur, de l'estime de soi, de la perception d'auto-efficacité et diminution de l'anxiété Pas de résultat sur la dépression
(Jones et al., 2006)	M = 77.00	D	Un groupe de discussion a été créer pour dégager les termes principaux des entrevues réalisées	Amélioration de la confiance en soi, du lien social, de la motivation dans les activités. Bonne implémentation.
(Ching-Teng et al., 2019)	M = 78,40	E	GDS Rosenberg Self-Esteem Scale	Amélioration de l'estime de soi et diminution de la dépression
(Cesetti et al., 2017)	M = 78.4 SD = 6.1	E	GDS Satisfaction with Life Scale (diener) BEP Ryff	Amélioration de l'acceptation de soi et de la satisfaction de vie Pas de résultat sur la dépression
(Toledano-González et al., 2019)	M = 85.3 SD = 4.0	E	BEP GDS General Self Efficacy Sclae (Schwarzer)	Amélioration du bien-être psychologique et de la perception d'auto-efficacité. Diminution de la dépression
(Kerse et al., 2008)	M = 84.0 SD = 4.0	E	Euro Qol (Brook 96) GDS Fear of falling scale (Hille 96)	Pas de résultat
(Resnick et al., 2009)	M = 83.8 SD = 8.2	E	Self-efficacy Dementia quality of life	Pas de résultat
(Underwood et al., 2013)	M = 86.7 SD = 7.2	E	GDS EuroQoLife Social Engagement scale	Pas de résultat
(Konnert et al., 2009)	M = 81.1 SD = 6.7	E	GDS DASMIE (pensées dysfonctionel)	Diminution de la dépression et du nombre de pensées dysfonctionnelles
(Barbosa et al., 2021)	M = 83.85	E	GDS Self-esteem Subjective happiness Scale + entretiens qualitatifs	Diminution de la dépression et de la solitude Amélioration du sens donné à la vie Pas de résultat sur le bonheur et l'estime de soi
(Santini et al., 2018)	M = 83.00	E	Représentation des autres, entraide/relation possible Impact de l'intervention sur l'humeur	Amélioration du sentiment d'utilité et de contribution à la société Diminution du sentiment de solitude.
(Tarteaut et al., 2008)	M = 84.0	E	GDS MOS SF-12 + entretiens qualitatifs	Pas de résultat sur les échelles Diminution de l'anxiété
(Levasseur et al., 2016)	M = 79.4 SD = 8.7	D	Leisure Profile Assessment of Life Habits Quality of Life Index + entretiens qualitatifs	Amélioration de la participation sociale (activités sociales et fréquence des pratiques), des activités de loisirs, de la qualité de vie, du lien social
(Daban et al., 2021)	M = 75-84 M>85	D	Santé auto reporté (SM et phy) EuroQoL Satisfaction	Amélioration de la santé auto reporté pour les femmes de 75 à 85 ans Diminution de l'anxiété chez les plus de 85 ans
(Greaves & Farbus, 2006)	M = 77.0	D	MOS support social survey GDS-15 MOS SF12 + entretiens qualitatifs	A 6 mois, amélioration de la santé mentale et diminution de la dépression A 12 mois, amélioration du support social Engagement dans de nouvelles activités, plus d'optimisme

Résultats descriptifs

Les interventions proposées portaient majoritairement sur la participation ou les activités sociales (six études), cinq études portaient sur le soutien psychologique (e.g., art-thérapie, renforcement des compétences psycho-sociales), une sixième l'associait à la pratique d'une activité physique, trois études se sont intéressées à l'effet de l'activité physique, deux études se sont intéressées à la restructuration des soins quotidiens, et une étude portait sur l'utilisation de la technologie numérique. Les durées d'intervention s'étendaient d'une séance unique à plusieurs séances par semaine sur 12 mois.

Les domaines de santé mentale ciblés par ces interventions étaient relativement variés. Sur l'ensemble des études quantitatives, 11 études ont testé à la fois des indicateurs positifs et négatifs, trois études se sont intéressées au versant positif de la santé mentale et une étude portait uniquement sur l'évaluation des troubles psychologiques. Une majorité d'études ont mesuré les niveaux de dépression ainsi que la qualité de vie, moins d'études se sont intéressées à l'anxiété, au bien-être psychologique ou à la satisfaction de vie. On retrouve également des mesures d'estime de soi, de bonheur, de moral, d'engagement social, de solitude et d'habitude de vie. Les questionnaires utilisés par les chercheurs figurent dans le Tableau 1.

Une majorité des interventions se déroulaient en établissement (13 études) et cinq étaient dispensées à domicile. Les distinctions des études menées au sein de ces deux types d'hébergement seront l'objet d'une première analyse, une dédiée aux interventions à domicile, une aux interventions en établissement. Selon les études, le nombre de participants variait de 5 à 751, il était en général plus élevé dans les établissements qu'à domicile. La moyenne d'âge la plus basse était de 75 ans (l'écart-type n'était pas mentionné), la plus élevée était de 86.8 ans (SD = 5.19). Le niveau de limitation fonctionnelle n'était pas toujours évalué par un instrument de mesure objectif, mais tous les auteurs ont rapporté la présence de plusieurs difficultés fonctionnelles chez les participants. Cette caractéristique particulière implique de considérer

plusieurs facteurs nécessaires à l'élaboration et à l'évaluation d'une intervention et feront l'objet d'une seconde analyse.

Interventions menées à domicile : exigeantes mais prometteuses

Parmi les cinq études menées à domicile, quatre proposaient des activités axées sur la participation ou les activités sociales et une intervention portait sur l'implémentation de l'art-thérapie. Dans l'ensemble de ces études, une particularité émerge à travers la nécessité d'une rigueur organisationnelle associée à un travail important de préparation. Par exemple, dans une étude qualitative qui proposait d'implémenter l'art-thérapie au domicile de cinq personnes, l'intervention a été un succès en termes de satisfaction auprès des bénéficiaires et de leurs proches aidants. Cependant, les perturbations liées à l'environnement en lien avec les nuisances sonores (télévision, radio, animaux domestiques), la nécessité de déplacer les meubles et d'apporter du matériel pour chaque séance ou la difficulté de faire correspondre les emplois du temps des cinq bénéficiaires à celui de la thérapeute ont entraîné une diminution du nombre de séances et de leur efficacité (Jones et al., 2006).

Une autre caractéristique des interventions à domicile s'établit par la présence nécessaire d'un accompagnateur formé pour soutenir une personne âgée participante sur une partie ou sur l'ensemble de l'intervention. Par exemple, les études qui se sont intéressées à renforcer la participation sociale en proposant un accompagnement personnalisé aux personnes âgées et fragiles ont toutes fait état de l'importance de cette présence. Selon les envies (Daban et al., 2021), les intérêts (Greaves & Farbus, 2006) ou les objectifs déterminés avec les participants (Levasseur et al., 2016), les chercheurs ont étudié l'effet du renforcement de la participation aux activités sociales, culturelles et créatives sur la santé mentale et physique des bénéficiaires. La présence de l'accompagnateur est notamment nécessaire pour se renseigner sur l'existence des activités à proximité et rendre possible le transport et l'accès des participants

aux centres qui proposent les activités. Malgré cette contrainte humaine non négligeable, les trois études ont montré des résultats similaires en termes de qualité de vie et de santé physique. Une diminution de la dépression (Greaves & Farbus, 2006), de l'anxiété (Daban et al., 2021) de la solitude et de la douleur (Levasseur et al., 2016) a également été relevée. L'absence de groupe contrôle dans ces études rend néanmoins difficile l'interprétation de ces résultats. Un autre enjeu sous-jacent à ces interventions concerne la difficulté de transférer ces interventions auprès d'une population plus rurale et éloignée des centres d'activités.

En considérant cette inadaptation et en cherchant à réduire les inégalités de dispersion, Stewart (2001) a proposé d'étudier l'efficacité des appels téléphoniques de groupe supervisés par un pair plus jeune et un professionnel de santé auprès des personnes âgées et géographiquement isolées. Cette étude qualitative a relevé que, malgré la fragilité des premiers appels, les participants échangeaient ensuite essentiellement sur leurs difficultés quotidiennes. Le soutien qu'ils pouvaient réciproquement s'apporter semblait renforcer leur sentiment d'appartenance et diminuer leur sentiment de solitude. L'auteur insiste cependant sur l'importance de regrouper les personnes qui présentent le même niveau de difficultés fonctionnelles au risque d'obtenir un effet négatif et une moindre persistance dans cette activité.

En résumé, sous réserve de précautions organisationnelles et environnementales considérées en amont des interventions, l'art thérapie semble pouvoir s'implémenter à domicile et les appels téléphoniques de groupe pourraient également être utilisés pour réduire le sentiment de solitude en zones rurales. Les résultats similaires obtenus dans les différentes interventions ciblant la participation sociale des personnes âgées nous permettent d'estimer que de telles activités pourraient être prometteuses. Des études supplémentaires demeurent nécessaires pour confirmer l'ensemble de ces résultats encourageants. La présence d'un accompagnateur formé au vieillissement ainsi qu'une rigueur organisationnelle sont des

composantes nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de l'ensemble de ces interventions à domicile.

Interventions menées en établissement : prometteuses en fonction des types d'interventions

Parmi les 13 études en établissement, quatre études s'intéressaient aux effets d'un soutien psychologique, trois études portaient sur les activités physiques, les activités sociales et la restructuration dans les soins quotidiens faisaient l'objet de deux études chacune, une intervention proposait une combinaison d'activité physique et de promotion du bien-être et enfin, une activité centrée sur l'utilisation des technologies numériques était proposée. L'ensemble de ces études portaient sur des interventions de groupe et la perte de participants, l'abandon des activités ou le manque de motivation qui venait perturber l'efficacité des interventions étaient régulièrement observés et provenaient possiblement de l'absence d'activités personnalisées.

Ce constat s'est notamment illustré dans le domaine des activités physiques avec par exemple une attrition de 45% des participants dans un ECR qui testait l'effet du renforcement dans les activités quotidiennes sur la qualité de vie et la réduction des chutes (Kerse et al., 2008). Lors d'une intervention portant sur l'effet de l'exercice physique sur la dépression, une attrition de 40% des résidents diagnostiqués dépressifs a également été constatée (Underwood et al., 2013). Malgré ces pourcentages, les deux études d'une qualité scientifique élevée ont par ailleurs obtenu des résultats robustes et similaires indiquant l'inefficacité des activités physiques sur la santé mentale de cette population. Un autre ECR qui s'est intéressé à la restructuration des soins en valorisant la participation physique des participants a obtenu des résultats similaires (Resnick et al., 2009). En formant les aides-soignants à une communication centrée sur la motivation, cette étude avait pour objectif d'encourager les personnes âgées à

s'engager davantage dans les soins du quotidien et de tester les effets de cet engagement sur l'autonomie et la qualité de vie des participants. Cependant les mesures auto-rapportées de qualité de vie et de sentiment d'auto-efficacité n'ont pas montré d'amélioration et ont confirmé que le renforcement des activités physiques ne semble pas montrer d'amélioration de la santé mentale,

Cependant, malgré une absence de résultat sur la dépression, une double intervention alliant des activités physiques (exercices aérobiques adaptés) à des ateliers de renforcement du bien-être (éducation à la santé, musicothérapie, exercices de respiration) a entraîné une amélioration des sentiments d'auto-efficacité et d'estime de soi ainsi qu'une diminution de l'anxiété (Rodríguez-Díaz et al., 2016). Néanmoins, cette recherche n'a pas étudié la distinction entre les effets potentiellement liés à l'exercice physique de ceux liés aux ateliers de bien-être. Toutefois, un ECR sur 106 personnes a comparé l'effet du yoga Hatha (activités physiques associé à des exercices de pleine conscience) à deux groupes contrôles (exercices physiques versus sans activité) et les résultats démontrent que, plus que l'activité physique en soit, ce sont les exercices de pleine conscience qui semblent être liés à l'efficacité de telles intervention (Bonura & Tenenbaum, 2014). Le groupe qui a pratiqué le yoga a en effet obtenu de meilleurs résultats que le groupe qui pratiquait des exercices physiques qui, lui-même, a obtenu une amélioration plus élevée des mesures auto-reportées d'anxiété, de dépression et de bien-être comparativement au groupe sans activité.

Si les études portant sur le soutien psychologique semblent toutes indiquer l'efficacité de ces activités sur les indicateurs positifs de santé mentale (bien-être émotionnel, satisfaction de vie, estime de soi), les résultats semblent moins unanimes concernant la dépression. Tout comme l'étude de Rodriguez et ses collaborateurs, la thérapie narrative centrée sur les émotions ne montre pas d'effet sur la dépression auto-reportée dans un ECR de 30 personnes (Cesetti et al., 2017). A l'inverse, les ECR testant la thérapie cognitivo-comportementale (repérer les

pensées dysfonctionnelles, planifier des évènements agréables) auprès de 43 participants (Konnert et al., 2009), le renforcement des compétences sociales en groupe sur 74 personnes (Toledano-González et al., 2019) ainsi que l'art-thérapie centrée sur la perception et la signification des émotions sur 55 personnes (Ching-Teng et al., 2019) ont montré, à l'image de l'étude de Bonura et Tenenbaum, une amélioration sur le niveau de dépression auto-rapporté.

Les quatre dernières interventions, dont l'interprétation des résultats reste difficile en raison de la méthodologie d'évaluation utilisée (faible nombre de participants, absence de groupe contrôle, biais d'échantillonnage, étude qualitative) montrent des résultats positifs tant sur les indicateurs négatifs que sur les indicateurs positifs de santé mentale. L'étude de Shapira et ses collaborateurs (2007) a permis d'initier 16 résidents à l'utilisation d'internet et s'est traduite par une amélioration de la satisfaction de vie ainsi qu'une diminution de la dépression et du sentiment de solitude comparativement au groupe contrôle. Deux études portant sur l'effet d'un programme intergénérationnel ont montré des améliorations concernant la dépression, les sentiments de solitude et d'exclusion sociale ainsi qu'une amélioration du bien-être émotionnel et du sens donné à la vie (Barbosa et al., 2021; S. Santini et al., 2018). Néanmoins la première étude, un essai contrôlé sur 12 personnes âgées en moyenne de 83.85 ans et 12 enfants de 10.5 ans en moyenne, a indiqué une difficulté à proposer des activités qui correspondaient aux deux générations (Barbosa et al., 2021), ce que les auteurs de la seconde étude avaient amendé par l'intermédiaire d'un troisième groupe composé de bénévoles de 70 ans (S. Santini et al., 2018). Seule une intervention qui proposait d'instaurer des soins esthétiques en complément des soins d'hygiène n'a pas montré d'effet sur la dépression ou la qualité de vie des 47 participantes, sans doute en raison d'une seule session d'activité proposée (Tarteaut et al., 2008). Les entretiens qualitatifs ont néanmoins relevé une diminution de l'anxiété pour l'ensemble des femmes participantes.

En résumé, des résultats probants ont montré que l'activité physique seule ne semble pas être efficace sur la santé mentale des personnes fragiles et âgées de plus de 75 ans. Seules les activités physiques de faible intensité associées à des exercices de respiration seraient adaptées à la population ciblée dans la présente revue. Malgré un niveau de preuve scientifique modéré, des résultats prometteurs sont obtenus sur les indicateurs positifs de la santé mentale pour l'ensemble des interventions qui portent sur le soutien psychologique. Les interventions intergénérationnelles pourraient également avoir un effet, y compris sur les indicateurs négatifs de la santé mentale, sous réserve d'un troisième groupe d'âge moyen qui permettrait de créer du lien entre les plus jeunes et les plus âgés. D'autres études restent néanmoins nécessaires pour appuyer ces conclusions.

Caractéristiques physiques des participants : des facteurs essentiels à considérer pour intervenir auprès des personnes âgées à domicile et en établissement

Au regard des différents articles inclus dans la présente revue, plusieurs facteurs importants devraient être considérés pour programmer et tester une intervention auprès de la population âgée qui présente des limitations fonctionnelles. Il semble ainsi pertinent de sensibiliser les professionnels de santé et les chercheurs aux difficultés reportées dans ces articles afin de favoriser la mise en œuvre d'interventions efficaces à travers une méthodologie adaptée à domicile comme en établissement.

Facteurs relatifs à l'implémentation des interventions

Deux constats émergent d'une majorité d'études sélectionnées dans la présente revue. Le premier renvoie à la nécessité d'adapter chaque activité aux capacités physiques des participants. Les limitations fonctionnelles sont nombreuses et variées au sein de la population de plus de 75 ans et plusieurs chercheurs ont reconnu l'inadaptabilité d'une intervention générale auprès d'un ensemble de participants. Par exemple, les études sur le renforcement de

la participation sociale à domicile conseillent de se focaliser sur des activités adaptées en fonction de chaque personne, l'accompagnement doit être personnalisé pour conserver l'engagement des participants (Greaves & Farbus, 2006; Levasseur et al., 2016). Les interventions qui ne pourraient pas être individualisées devraient alors se concentrer sur les personnes qui présentent des capacités suffisantes pour réussir les activités proposées, notamment pour les activités physiques qui ne semblent pas adaptées aux plus fragiles (Underwood et al., 2013). Les sentiments d'auto-efficacité et d'estime de soi pourraient ainsi jouer un rôle important dans la réussite et l'efficacité des interventions (Rodríguez-Díaz et al., 2016; Toledano-González et al., 2019). Les équipes soignantes qui agissent au quotidien auprès de cette population pourraient non seulement permettre de repérer les personnes en capacité d'intégrer les activités, mais également représenter un maillon essentiel pour garantir la participation et le succès de plusieurs interventions, notamment en établissement (Kerse et al., 2008; Konnert et al., 2009).

Le second facteur important concerne la nécessité d'accompagner les personnes afin de limiter les barrières liées à leurs difficultés fonctionnelles. A domicile comme en établissement, cette population requiert la présence d'un tiers dans la gestion, l'organisation et le déroulement des activités. Par exemple, l'art-thérapie nécessite l'aménagement de certains meubles et l'apport du matériel à domicile. En établissement, lorsque cette activité est proposée en groupe, il convient d'accompagner individuellement les personnes dans la réalisation des activités (Ching-Teng et al., 2019; Jones et al., 2006). Si la présence d'un accompagnateur peut parfois devenir une contrainte budgétaire, il est possible, à l'image de l'étude de Santini (2018), de favoriser le bénévolat des personnes âgées plus jeunes et indépendantes en leur permettant ainsi de profiter également d'un vieillissement actif.

Facteurs relatifs à l'évaluation des interventions

Lié en partie avec les facteurs susnommés d'inadaptabilité et d'absence de soutien dans les interventions, un des risques majeurs pourrait se traduire par une attrition importante des échantillons au cours d'une évaluation d'efficacité. Plusieurs études ont ainsi révélé un taux d'abandon élevé au cours des interventions et plusieurs auteurs insistent sur l'importance de renforcer la motivation des personnes âgées alors considérée comme un vecteur de l'engagement et de la persistance dans les activités et ainsi de l'efficacité des interventions sur la santé mentale (Barbosa et al., 2021; Resnick et al., 2009). Par ailleurs la perte de participants pourrait également être importante en raison de l'état de santé de cette population. Les difficultés physiques et les maladies chroniques risquent d'entraîner une accentuation des incapacités, des hospitalisations ou le décès des participants lors d'une évaluation à long terme.

Enfin, plusieurs chercheurs ont fait état de l'inadaptabilité de certains questionnaires auprès de cette population pour différentes raisons. Par exemple Cesetti (2017) rapporte que certains questionnaires peuvent rapidement devenir trop longs ou trop invasifs pour cette population fragile. D'autres études relèvent un manque de sensibilité sur plusieurs questionnaires avec parfois l'obtention de scores planchers dès les premiers entretiens sur les échelles de qualité de vie (Tarteaut et al., 2008; Underwood et al., 2013) et de dépression (Konnert et al., 2009; Tarteaut et al., 2008). Dans un autre registre, Resnick (2009) indique qu'un questionnaire mesurant l'équilibre n'était adapté qu'à 40% de sa population. Ainsi, quel que soit le champ d'intervention, et bien que les questionnaires soient souvent validés auprès d'une population âgée, il est tout de même recommandé de vérifier que les limitations fonctionnelles que présentent les personnes âgées et fragiles n'entraîneront pas un score plancher qui risquerait de perturber les résultats et les conclusions sur l'effet d'une intervention.

Discussion

L'objectif de la présente revue était de s'intéresser à l'efficacité et aux possibilités d'interventions de promotion de la santé mentale auprès d'une population âgée de plus de 75 ans qui présente des limitations fonctionnelles en opérant une distinction entre celles dispensées à domicile de celles dispensées en établissement. Au regard des articles sélectionnés dans la présente revue, le soutien psychologique parfois associées à des exercices physiques de faible intensité ont obtenu des résultats prometteurs en établissement. Cependant, des résultats probants ont montré que l'activité physique seule ne permettait pas d'améliorer la santé mentale des participants fragiles en établissement, ces activités devraient ainsi être adaptées à chaque participant afin d'observer davantage d'effets positifs (Fairhall et al., 2011; Netz et al., 2005). A domicile, des résultats prometteurs semblent indiquer l'intérêt des interventions centrées sur la participation sociale. D'autres études de haute qualité avec davantage de participants, et notamment à domicile, restent néanmoins nécessaires pour confirmer ces résultats encourageants. Il est particulièrement recommandé de sélectionner des questionnaires suffisamment sensibles et non liés à l'état physique pour permettre de mettre en évidence des modifications de santé mentale chez les plus fragiles.

La présente revue a également permis de souligner que le succès et l'efficacité d'une intervention pourraient être étroitement liés à la motivation des personnes âgées à s'engager dans les activités proposées et au maintien d'un sentiment d'auto-efficacité lors de la réalisation des activités. Cette particularité a également été retrouvée auprès d'une population âgée plus jeune en bonne santé physique (Nielsen et al., 2018). Ainsi, il est important de considérer les caractéristiques physiques des personnes âgées et fragiles en favorisant la mise en œuvre d'interventions personnalisées et en proposant un accompagnement dans la réalisation des activités afin de garantir le succès des interventions. Les interventions à domicile semblent davantage offrir ces possibilités en raison des contraintes environnementales qui accentuent les

difficultés de déplacements autonomes des personnes âgées et fragiles mais également en raison de la dispersion géographique qui réduit les possibilités de regroupement des participants. Ce dernier facteur pourrait cependant être à l'origine d'une inégalité se traduisant par la difficulté de transférer une majorité d'interventions dans les zones plus rurales.

En lien avec des études qui indiquent des prévalences plus élevées de dépression et de trouble du bien-être en établissement, de plus nombreuses interventions ont été relevées en établissement dans le présent article (Cesetti et al., 2017). Cependant, cette différence aurait tendance à s'atténuer avec l'accentuation des limitations fonctionnelles qui renforcent l'isolement, entraînent une diminution de la satisfaction de vie et une augmentent les troubles dépressifs (Pinto et al., 2016). D'autres études montrent également que le niveau de santé mentale des personnes âgées serait équivalent quel que soit le mode d'hébergement, seul le niveau de solitude serait plus élevé en établissement (Lahti et al., 2021). Des recherches futures devraient ainsi s'intéresser à la mise en œuvre et à l'évaluation des activités dispensées auprès des personnes âgées et fragiles à domicile ainsi qu'à la question de la transférabilité des interventions menées en établissement afin de réduire les inégalités relevées dans la présente revue et ce, d'autant plus dans le contexte actuel de promotion du maintien à domicile. Le recours à des pairs bénévoles plus jeunes pourrait par ailleurs représenter une solution aux exigences d'accompagnement du domicile (Daban et al., 2021; Rybarczyk et al., 2019; Santini et al., 2018).

Les limites des études incluses (méthodologie d'évaluation, faible nombre de participants) viennent impacter négativement les possibilités de conclusion et de généralisation des résultats de la présente revue. Cependant, le présent article constitue à notre connaissance le premier état des lieux sur les possibilités d'action auprès des personnes âgées de plus de 75 ans qui, par la présence de plusieurs limitations fonctionnelles, se retrouvent souvent inactives et isolées à domicile ou en établissement. En réponse aux recommandations de santé publique

encourageant le vieillissement actif à tout âge de la vie et la considération des personnes les plus vulnérable, le présent article représente ainsi une première étape en ce sens.

Références

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Ronch, C. D., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shaley, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 125-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Barbosa, M. R., Campinho, A., & Silva, G. (2021). "Give and Receive": The Impact of an Intergenerational Program on Institutionalized Children and Older Adults. *Journal of Intergenerational Relationships*, *19*(3), 283-304. <https://doi.org/10.1080/15350770.2020.1742844>
- Bonura, K. B., & Tenenbaum, G. (2014). Effects of yoga on psychological health in older adults. *Journal of Physical Activity & Health*, *11*(7), 1334-1341. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0365>
- Cesetti, G., Vescovelli, F., & Ruini, C. (2017). The Promotion of Well-Being in Aging Individuals Living in Nursing Homes : A Controlled Pilot Intervention with Narrative Strategies. *Clinical Gerontologist*, *40*(5), 380-391. <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1292979>
- Ching-Teng, Y., Ya-Ping, Y., & Yu-Chia, C. (2019). Positive effects of art therapy on depression and self-esteem of older adults in nursing homes. *Social Work in Health Care*, *58*(3), 324-338. <https://doi.org/10.1080/00981389.2018.1564108>
- Daban, F., Garcia-Subirats, I., Porthé, V., López, M., de-Eyto, B., Pasarín, M. I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., & Díez, E. (2021). Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers : A community health

- intervention. *Atención Primaria*, 53(5), 102020.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102020>
- Duée, M., & Rebillard, C. (2006). *La dépendance des personnes âgées : Une projection en 2040* (Edition 2006; Données sociales : La société française, p. 613-619). INSEE.
[https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045&q=nombre+de+pers
onnes+%C3%A2g%C3%A9es](https://www.insee.fr/fr/statistiques/1371933?sommaire=1372045&q=nombre+de+pers+onnes+%C3%A2g%C3%A9es)
- Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., Lord, S. R., Kurrle, S. E., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., Gill, L., & Cameron, I. D. (2011). Treating frailty-a practical guide. *BMC Medicine*, 9(1), 83. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-83>
- Frohlich, K. L., & Potvin, L. (2008). Transcending the Known in Public Health Practice. *American Journal of Public Health*, 98(2), 216-221.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.114777>
- Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: Outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134-142. <https://doi.org/10.1177/1466424006064303>
- Hagan, R., Manktelow, R., Taylor, B. J., & Mallett, J. (2014). Reducing loneliness amongst older people : A systematic search and narrative review. *Aging & Mental Health*, 18(6), 683-693. <https://doi.org/10.1080/13607863.2013.875122>
- Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults : A Qualitative Review of Randomized Controlled Outcome Research. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 347-358.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1518282>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health

- service use across European regions. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 57, 19-25.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>
- Jones, F., Warren, A., & McElroy, S. (2006). Home-Based Art Therapy for Older Adults with Mental Health Needs : Views of Clients and Caregivers. *Art Therapy*, 23(2), 52-58.
<https://doi.org/10.1080/07421656.2006.10129640>
- Kerse, N., Peri, K., Robinson, E., Wilkinson, T., Randow, M. v., Kiata, L., Parsons, J., Latham, N., Parsons, M., Willingale, J., Brown, P., & Arroll, B. (2008). Does a functional activity programme improve function, quality of life, and falls for residents in long term care? Cluster randomised controlled trial. *BMJ*, 337(oct09 3), a1445-a1445.
<https://doi.org/10.1136/bmj.a1445>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Konnert, C., Dobson, K., & Stelmach, L. (2009). The prevention of depression in nursing home residents : A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy. *Aging & Mental Health*, 13(2), 288-299. <https://doi.org/10.1080/13607860802380672>
- Lahti, A.-M., Mikkola, T. M., Salonen, M., Wasenius, N., Sarvimäki, A., Eriksson, J. G., & von Bonsdorff, M. B. (2021). Mental, Physical and Social Functioning in Independently Living Senior House Residents and Community-Dwelling Older Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12299.
<https://doi.org/10.3390/ijerph182312299>
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC) : A promising intervention for increasing

- mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *64*, 96-102. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Lilford, P., & Hughes, J. C. (2020). Epidemiology and mental illness in old age. *BJPsych Advances*, *26*(2), 92-103. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.56>
- Luck, T., Motzek, T., Lupp, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., Røling, G., Beutner, K., König, H.-H., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age : A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, *8*, 697-702. <https://doi.org/10.2147/CIA.S43284>
- Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Sheppard, B. B., Petruzzello, S. J., King, A. C., & Powell, K. E. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational Behavioral Medicine*, *10*(5), 1098-1109. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and Attentional Biases for Emotional Faces. *Psychological Science*, *14*(5), 409-415. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.01455>
- Netz, Y., Wu, M.-J., Becker, B. J., & Tenenbaum, G. (2005). Physical activity and psychological well-being in advanced age : A meta-analysis of intervention studies. *Psychology and Aging*, *20*(2), 272-284. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.20.2.272>
- Niclasen, J., Lund, L., & Larsen, L. (2018). Mental health interventions among older adults : A systematic review. *Scandinavian Journal of Public Health*, *47*, 140349481877353. <https://doi.org/10.1177/1403494818773530>
- Niedzwiedz, C. L., Richardson, E. A., Tunstall, H., Shortt, N. K., Mitchell, R. J., & Pearce, J. R. (2016). The relationship between wealth and loneliness among older people across

- Europe : Is social participation protective? *Preventive Medicine*, 91, 24-31.
<https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.07.016>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Viellir en restant actif: Cadre d'orientation* (WHO/NMH/NPH/02.8). Organisation mondiale de la Santé.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Pinto, J. M., Fontaine, A. M., & Neri, A. L. (2016). The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health : A study with Brazilian elderly. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 65, 104-110.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.03.009>
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Monforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults : A scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*, 46(3), 383-392.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afw247>
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., & Hebel, J. R. (2009). Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention :

- RESTORATIVE CARE. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1156-1165.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02327.x>
- Rodríguez-Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2016). Coexisting with dependence and well-being : The results of a pilot study intervention on 75-99-year-old individuals. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2067-2078.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216001277>
- Rybarczyk, B., Shamaskin-Garroway, A., Lanoye, A., Griffin, S., Bellg, A., Stone, R., & Nelson, S. (2019). Implementation and Evaluation of a Life Narrative Interview Program for Medical Inpatients. *Clinical Gerontologist*, 42(4), 454-460.
<https://doi.org/10.1080/07317115.2018.1470122>
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. JSTOR.
- Santini, S., Tombolesi, V., Baschiera, B., & Lamura, G. (2018). Intergenerational Programs Involving Adolescents, Institutionalized Elderly, and Older Volunteers : Results from a Pilot Research-Action in Italy. *BioMed Research International*, 2018, e4360305.
<https://doi.org/10.1155/2018/4360305>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP) : A longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public Health*, 5(1), e62-e70.
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Shapira, N., Barak, A., & Gal, I. (2007). Promoting older adults' well-being through Internet training and use. *Aging & Mental Health*, 11(5), 477-484.
<https://doi.org/10.1080/13607860601086546>

- Stewart, M., Mann, K., Jackson, S., Downe-Wamboldt, B., Bayers, L., Slater, M., & Turner, L. (2001). Telephone Support Groups for Seniors with Disabilities. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 20(1), 47-72. <https://doi.org/10.1017/S0714980800012137>
- Tarteaut, M.-H., Herrmann, F., Grandjean, R., & Toutous-Trellu, L. (2008). Soins esthétiques aux personnes âgées dans la réhabilitation hospitalière. *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 92-100. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0092>
- Toledano-González, A., Labajos-Manzanares, T., & Romero-Ayuso, D. (2019). Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults : A Randomized Trial of Occupational Therapy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 277-284. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.05.002>
- Underwood, M., Lamb, S. E., Eldridge, S., Sheehan, B., Slowther, A.-M., Spencer, A., Thorogood, M., Atherton, N., Bremner, S. A., Devine, A., Diaz-Ordaz, K., Ellard, D. R., Potter, R., Spanjers, K., & Taylor, S. J. (2013). Exercise for depression in elderly residents of care homes : A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9886), 41-49. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60649-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60649-2)
- van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community : Systematic review. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7237), 754-758.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health : The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119. <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>

Chapitre 2. Promouvoir la santé mentale pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles : le rôle des processus motivationnels

Statut de l'article : soumis à la revue Psychologie Française

Résumé

Introduction : La majorité des travaux sur la prévention de la perte d'autonomie montre l'efficacité d'une activité physique régulière sur le maintien des capacités physiques des personnes âgées. Cette pratique n'est pas toujours adaptée aux personnes qui présentent déjà des limitations fonctionnelles. L'enjeu du présent article est donc de soumettre une proposition alternative pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles.

Discussion : Le présent article défend l'intérêt des activités de loisirs sur la promotion de la santé mentale des personnes qui présentent des limitations fonctionnelles et de met en évidence le rôle médiateur des processus motivationnels dans le lien directionnel entre la promotion de la santé mentale et le maintien de l'autonomie de cette population.

Conclusion : Les limites et perspectives du modèle seront discutées.

Mots-clés : santé mentale, motivation, activités, limitations fonctionnelles, autonomie

Abstract

Introduction: The literature on the prevention of loss of autonomy shows the effectiveness of regular physical activity in maintaining the physical abilities of older adults. This practice is not always adapted to people who already have functional limitations. The aim of this present article is therefore to propose an alternative solution to maintain the autonomy of frail older adults.

Discussion: This present article defends the interest of leisure activities on the promotion of the mental health of this population and supports the importance of the mediating role of motivational processes in the directional link between the promotion of mental health and the maintenance of autonomy among frail older adults.

Conclusion: The limitations and perspectives of the model will be discussed.

Keywords: mental health, motivation, activities, functional limitations, autonomy

Introduction

La majorité des travaux sur la prévention de la perte d'autonomie montre que la pratique régulière d'une activité physique permet de maintenir les capacités physiques des personnes âgées plus longtemps et de promouvoir un vieillissement en bonne santé (Lambooy et al., 2018; OMS, 2016; Robin et al., 2014). Cependant, cette pratique n'est pas toujours adaptée aux personnes qui présentent déjà des incapacités. Au vu du nombre de personnes âgées qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles, le maintien de l'autonomie de cette population particulière représente un enjeu majeur. Si la pratique physique n'est pas toujours adaptée, plusieurs études centrées sur la santé mentale des personnes âgées ont montré que la pratique d'activités de loisirs chez cette population permet à la fois de promouvoir des indicateurs positifs de la santé mentale (le bien-être émotionnel, social et psychologique) et de prévenir des indicateurs négatifs (anxiété et dépression) reconnus comme des facteurs importants du vieillissement réussi (Gale et al., 2014; Joulain et al., 2019; Soysal et al., 2017; Yoshida et al., 2021). L'enjeu de ce chapitre est donc de soumettre une proposition alternative pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles, population pour laquelle la majorité des travaux sur la prévention de la perte d'autonomie n'est plus adaptée. Les objectifs de cet article sont (1) de défendre sur la base de la littérature empirique l'intérêt des activités de loisirs auprès des personnes qui présentent des limitations fonctionnelles, (2) de comprendre l'importance de considérer des indicateurs positifs (bien-être émotionnel, social et psychologique) et des indicateurs négatifs (anxiété et dépression) pour évaluer la santé mentale des personnes âgées et fragiles, et (3) de mettre en évidence le rôle médiateur des processus motivationnels dans le lien directionnel entre la promotion de la santé mentale et le maintien de l'autonomie de cette population.

L'autonomie des personnes âgées et fragiles : un réel enjeu

La notion d'autonomie dans le vieillissement renvoie habituellement aux capacités physiques des individus, c'est-à-dire à la capacité d'assurer seuls les gestes de la vie quotidienne nécessaires à leur bien-être et à leur survie (hygiène, transfert, déplacement), leur permettant ainsi d'assurer les activités instrumentales au sein de la société (s'alimenter, téléphoner, prendre ses médicaments). Cependant, l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire sans incapacités physiques, est estimée en France à 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes et six millions de français âgés de 60 ans et plus présentaient au moins une difficulté dans la réalisation des activités quotidiennes en 2014 (Brunel & Carrère, 2017; Moisy, 2018). La perte d'autonomie survient en moyenne à 83 ans et plus d'un million de personnes ont besoin d'aide dans la réalisation de ces activités quotidiennes (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2021). Cette proportion préoccupante accentue les conséquences sanitaires, économiques et humanitaires liées au vieillissement démographique. En 2016 l'Organisation Mondiale de la Santé annonçait un plan d'action international de prévention des incapacités afin de favoriser le « Vieillir en bonne santé » et, avec le même objectif, les Nations Unies ont proclamé 2021-2030 comme étant la « Décennie du vieillissement en santé » (OMS, 2016; OMS, 2021).

La prévention de la perte d'autonomie, devenue une priorité de santé publique, a engendré de nombreuses interventions visant à renforcer l'autonomie des personnes afin de promouvoir un vieillissement en bonne santé. Par exemple le programme ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS a récemment été mis en œuvre sous la forme d'une application mobile afin de permettre aux personnes de 60 ans et plus de surveiller leur état de santé dans cinq domaines déterminants du maintien de l'autonomie (nutrition, audition, vision, mobilité et psychologie) (OMS, 2019a). Dans la littérature scientifique, on retrouve également des facteurs de risques pouvant accélérer la perte d'autonomie : le trouble dépressif ou anxieux, la chute, la faible estime de soi, la douleur ou encore l'isolement social (Gale et al., 2018;

Guerrero-Escobedo et al., 2014; OMS, 2016). Les facteurs de protection correspondent essentiellement à l'activité physique, au soutien social et à la participation sociale (Levasseur et al., 2011; OMS, 2016; Robin et al., 2014). Ainsi, basée sur ces différents facteurs, une revue de la littérature a mis en évidence l'efficacité de nombreuses interventions (exercices aquatiques ou aérobics, counselings, activités culturelles ou intergénérationnelles) sur la prévention de la perte d'autonomie et le vieillissement en bonne santé (Lambooy et al., 2018). Cependant la majorité de ces interventions reposent sur la pratique régulière d'une activité physique ou sur des activités sociales en extérieur. Elles deviennent rapidement inadaptées lorsque des difficultés fonctionnelles existent chez les personnes âgées et réduisent alors leur possibilité de sortir du domicile. Mettre en œuvre des interventions adaptées qui reposent sur les capacités de cette population fragile constitue donc un enjeu réel.

Promouvoir l'autonomie et le bien-être : les activités destinées aux personnes âgées et fragiles

Présenter de bonnes capacités physiques représente souvent un critère nécessaire à la participation de la majorité des interventions ciblant la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées (Puts et al., 2017). Après 75 ans et lorsque les personnes présentent plusieurs difficultés fonctionnelles, l'objectif des interventions porte essentiellement sur la prévention des chutes à travers des ateliers équilibre ou des visites à domicile afin de sécuriser l'environnement et de conseiller les bénéficiaires (Luck et al., 2013; van Haastregt et al., 2000). Bien que ces interventions soient efficaces et très utiles à l'autonomie de cette population, il existe d'autres activités qui favorisent davantage l'implication active nécessaire au bien-être et à l'autonomie des personnes âgées et fragiles. Selon un rapport de l'OMS, le vieillissement actif permettrait à la personne âgée, au-delà du maintien de l'autonomie, d'être actrice de son propre bien-être social, mental et physique tout en recevant des soins adaptés à ses difficultés (OMS,

2002). Ce rapport met ainsi en évidence que plusieurs facteurs psychologiques, très présents chez les personnes âgées et fragiles, comme la dépression, l'isolement social ou le manque de motivation pourraient impacter négativement ce vieillissement actif. La pratique d'activités ciblant ces facteurs psychologiques pourrait donc constituer un élément majeur du vieillissement actif en bonne santé.

Les études sur le vieillissement indiquent depuis longtemps le bénéfice des activités de loisirs sur le bien-être des personnes âgées relativement autonomes. Les activités de loisirs se définissent essentiellement par leur caractère libérateur, c'est-à-dire toutes les activités pratiquées en dehors des obligations professionnelles, sociales et familiales (Yonnet, 1999). En 1989, des chercheurs américains indiquaient déjà que le vieillissement réussi dépendait, non pas de l'activité en soi, mais surtout de l'activité librement choisie (Roff & Atherton, 1989). Plus récemment, une méta-analyse a constaté que la relation entre l'engagement dans des activités de loisirs satisfaisantes et le niveau de bien-être était plus forte chez les personnes retraitées en bonne santé physique ($r = 0.42$; IC à 95% = 0.38-0.46) que chez les travailleurs ($r = 0.30$; IC à 95% = 0.23-0.35) (Kuykendall et al., 2015). Les auteurs précisent que la pratique d'activités axées sur les relations sociales (bénévolat) et les compétences (jeux, activités créatives) des personnes seraient les plus bénéfiques pour cette population. Le même constat fait écho auprès de la population âgée de plus de 75 ans. Une étude longitudinale a démontré que, outre la pratique d'activités physiques, la pratique d'activités manuelles (jardinage, bricolage) et sociales (bénévolat) ont un impact positif sur les scores d'estime de soi, de satisfaction de vie et le niveau de dépression des personnes âgées en moyenne de 82 ans (Joulain et al., 2019). Enfin, une récente étude japonaise a observé que les activités de loisirs améliorent la santé mentale des personnes âgées en moyenne de 77 ans qui vivent seules et présentent de bonnes capacités physiques (Yoshida et al., 2021).

Cependant, les bénéfices de ces activités sont plus rarement étudiés auprès des personnes soumises à de plus grandes difficultés fonctionnelles. En 2008, des soins esthétiques ont été proposés à 47 femmes âgées en moyenne de 84 ans qui séjournaient à l'hôpital en raison de leurs difficultés physiques. Au bénéfice d'une seule séance de soin et à travers des entretiens qualitatifs, le niveau d'anxiété et les préoccupations corporelles liées au vieillissement semblaient avoir diminué. Les auteurs ont néanmoins précisé qu'une seule séance n'a pas suffi à diminuer le niveau de dépression ou à améliorer la qualité de vie des participantes (Tarteaut et al., 2008). Plus récemment, une étude pilote réalisée auprès de 59 participants en institution a montré que la promotion du bien-être émotionnel (exercice de respiration, musicothérapie, activités de loisirs) sur neuf semaines permettait d'améliorer le niveau d'estime de soi et le sentiment d'auto-efficacité et de réduire les niveaux de dépression et d'anxiété des personnes de plus de 75 ans (Rodríguez-Díaz et al., 2016). Ces résultats encourageants soutiennent l'idée que les activités de loisirs seraient également adaptées aux besoins et aux capacités des personnes âgées et fragiles en contribuant à améliorer leur niveau de santé mentale.

Le concept de Santé Mentale

L'OMS définit la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2001). Selon cette définition, une personne en bonne santé mentale serait alors caractérisée par un haut niveau de bien-être associé à un fonctionnement optimal dans l'environnement. Deux approches peuvent nous permettre une meilleure appréhension de la conception de la santé mentale telle que définie par l'OMS. L'approche hédonique considère que le bien-être d'une personne dépend de l'écart entre la situation dans laquelle elle aimerait se trouver et la situation qu'elle traverse dans l'actuel. Plus cet écart est réduit plus son niveau de bien-être est élevé. En ce sens, le bien-être correspondrait

aux émotions ressenties par la personne ainsi qu'à sa satisfaction de vie (Diener, 1984). L'approche eudémonique propose que le bien-être renvoie à la capacité d'une personne à actualiser et à réaliser son potentiel. Il s'agit alors de considérer le fonctionnement de l'individu dans son environnement personnel et social (Ryff & Keyes, 1995). Cette vision correspond aux concepts du bien-être psychologique de Ryff (1995) et du bien-être social de Keyes (1998). Le bien-être psychologique permet l'évaluation du fonctionnement psychologique d'un individu à travers six dimensions : acceptation de soi, autonomie (capacité et liberté de choisir), sens de la vie, maîtrise de l'environnement, relation aux autres et développement personnel. Le bien-être social correspond au fonctionnement de l'individu dans la société dans cinq domaines : l'intégration sociale, la cohérence sociale, l'actualisation sociale, l'acceptation sociale et la contribution sociale. La santé mentale serait alors la résultante de ces deux approches alliant à la fois le bien-être émotionnel, le bien-être psychologique et le bien-être social. Cette conceptualisation de la santé mentale a été décrite par Keyes (2002) à travers le Continuum de Santé Mentale, et ce modèle est celui qui est le plus largement accepté par les chercheurs (Muñoz et al., 2016).

Cependant, malgré cette approche intégrative, la conceptualisation de la santé mentale ne fait pas consensus au sein de la littérature en psychologie. Initialement définie sur un continuum unique l'opposant aux troubles mentaux, la santé mentale se caractérisait à l'origine par une absence de maladies ou de troubles mentaux (Keyes, 2002). Un modèle révisé proposait ensuite de définir la santé mentale complète sur un double continuum : l'absence de troubles mentaux associée à une santé mentale élevée (Keyes, 2005). Ce nouveau modèle est soutenu par l'analyse des résultats de la première vague de l'étude MIDUS (MIDlife in the United States, Brim et al., 1999) qui a permis de constater qu'une absence de troubles mentaux n'impliquait pas une bonne santé mentale et que, réciproquement, la présence de troubles mentaux n'impliquait pas l'absence de santé mentale (Ryff et al., 1999). Mais plus récemment

une revue systématique de la littérature a montré qu'il existait encore différentes utilisations de ce concept pour évaluer la santé mentale en population générale (le bien-être comme indicateur unique, l'absence de trouble comme indicateur unique ou encore des échelles multidimensionnelles alliant par exemple des indicateurs de bien-être et de qualité de vie) et de nombreuses mesures existent pour évaluer ces dimensions (Doré & Caron, 2017; Muñoz et al., 2016). En s'intéressant plus particulièrement à la spécificité des personnes âgées, il sera alors possible de déterminer comment se définit ce concept et quels sont les indicateurs nécessaires pour évaluer la santé mentale de cette population.

La Santé Mentale de la population âgée : entre bien-être et troubles psychologiques

La littérature sur la psychologie du vieillissement souligne que les personnes âgées conservent un bon niveau de bien-être en compensant les pertes encourues dues à l'avancée en âge. La théorie de la sélectivité explique notamment que les personnes âgées compensent les activités qui ne peuvent plus être réalisées par de nouvelles activités basées principalement sur des bénéfices émotionnels (Baltes & Baltes, 1993). Par exemple, la diminution du rôle social lié au passage à la retraite est compensée par le choix d'un réseau social de qualité qui assure des émotions positives. D'autres études montrent que le fait de s'engager dans des activités qui ont du sens pour soi ou de sélectionner des objectifs importants pour soi permettraient aux personnes âgées de conserver les besoins psychologiques de compétence, d'appartenance et d'autodétermination nécessaires à leur bien-être (Joulain et al., 2010; Mather & Carstensen, 2003; Ryff, 1995).

Pourtant, d'autres travaux montrent que la santé mentale des personnes âgées pourrait être impactée par la présence de plusieurs troubles psychologiques. Selon les études, les troubles de la dépression et de l'anxiété concernent respectivement entre 11,3 et 15,5% et entre 12,7 et 15,9% des personnes de plus de 65 ans (Giordana et al., 2010; Godin et al., 2012; Tabue-

Teguo et al., 2017). Une autre étude à l'échelle européenne a estimé que la dépression toucherait 17 à 35% des personnes plus âgées (74 ans en moyenne) (Horackova et al., 2019). Concernant les personnes âgées et fragiles, les études sont plus rares mais les limitations fonctionnelles qu'elles présentent engendrent une diminution de la participation sociale et de la mobilité et accentuent alors le risque de troubles psychologiques (National Institute for Health and Care Excellence, 2016). Les prévalences pourraient par ailleurs être largement sous-estimées en raison de la difficulté à établir ces diagnostics dans cette population âgée et fragile qui minimise les symptômes dans des questionnaires auto-reportés et dont les manifestations symptomatologiques (fatigue, agitation, modification de l'appétit) sont couramment associées aux maladies chroniques (Balsamo et al., 2018). Ainsi, en lien avec le modèle du double continuum de Keyes (2005), il est important de considérer à la fois des indicateurs positifs (bien-être émotionnel, social et psychologique) et des indicateurs négatifs (anxiété et dépression) pour évaluer la santé mentale des personnes âgées et fragiles.

Lien entre santé mentale et autonomie dans le vieillissement

Le lien directionnel entre l'autonomie et la santé mentale est établi dans de nombreuses recherches : l'accentuation des incapacités, la diminution de la mobilité et les problèmes de santé sont autant de facteurs qui impactent la santé mentale (OMS, 2017). La satisfaction des besoins psychologiques n'est donc plus aussi évidente dès lors que la diminution des capacités physiques perturbe la réalisation des activités quotidiennes (Neubauer et al., 2015) et la dépression serait notamment fortement associée au nombre de maladies chroniques (OR = 1.25 ; IC à 95% = 1.22-1.27), à la douleur (OR = 1.97 ; IC à 95% = 1.85-2.09), et à la difficulté à réaliser les activités instrumentales de la vie quotidienne (OR = 1.22; IC à 95% = 1.19-1.25) (Horackova et al., 2019). Plusieurs travaux ont également déjà mis en lumière des liens étroits entre, d'une part, le bien-être psychologique et le maintien de l'autonomie des personnes âgées

et d'autre part, la dépression et la fragilité (accentuation des limitations fonctionnelles et des maladies chroniques préexistantes, malnutrition, chutes et décès prématurés) (Gale et al., 2014; Hajek et al., 2021; Soysal et al., 2017). Néanmoins, s'agissant essentiellement d'études corrélationnelles, ces résultats ne nous permettent pas d'établir empiriquement que la santé mentale pourrait être un déterminant de l'autonomie. Afin de défendre théoriquement la pertinence de ce lien directionnel, il semble primordial de comprendre quels mécanismes seraient à l'origine de ce lien. Un enjeu réel réside donc dans l'étude et la compréhension des mécanismes psychologiques sous-tendus dans le lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie des personnes âgées et fragiles, et plusieurs travaux permettent de concevoir que la motivation à s'engager dans les activités quotidiennes détient un rôle important dans ces mécanismes.

La motivation à s'engager dans les activités comme médiateur

La théorie de l'autodétermination (TAD) distingue trois grandes catégories de motivation (Deci & Ryan, 1985). La motivation intrinsèque correspond à l'engagement dans une activité qui concorde avec les besoins et les valeurs de la personne, qui est réalisée pour le plaisir et la satisfaction de l'activité elle-même ainsi que pour les bénéfices émotionnels qu'elle procure. Une activité pratiquée pour atteindre un objectif positif ou éviter un évènement négatif renvoie à la motivation extrinsèque. Alors que la motivation intrinsèque est totalement autodéterminée puisque l'activité choisie est un but en soi, la motivation extrinsèque peut-être autodéterminée lorsque l'individu choisit lui-même l'objectif, soit en raison de sa congruence avec ses propres objectifs de vie (régulation intégrée), soit parce qu'il est considéré comme important pour lui (régulation identifiée). A l'inverse, si l'individu s'engage dans une activité pour soulager un sentiment interne de culpabilité (régulation introjectée) ou en réponse à la pression sociale (régulation externe), la motivation extrinsèque sera alors non autodéterminée.

L'amotivation est quant à elle non autodéterminée puisqu'elle correspond à la pratique d'une activité sans bénéfice, ni en termes de satisfaction, ni en termes d'objectif. La théorie de l'autodétermination affirme également que la satisfaction des trois besoins psychologiques fondamentaux de compétence, d'autonomie et de relation à autrui est essentielle pour garantir une motivation autodéterminée (Ryan & Deci, 2017). Le besoin de compétence renvoie au sentiment d'avoir la capacité de gérer les situations difficiles et de réaliser des activités avec succès. Le besoin d'autonomie traduit ici le sentiment de réaliser librement ses propres choix sans ressentir de pression dans son environnement. Le besoin de relation à autrui est satisfait lorsque l'individu considère avoir des relations sociales de qualité. Enfin, si la satisfaction de ces besoins fondamentaux est liée à un meilleur bien-être, elle est également liée à une meilleure persévérance dans les activités et les comportements de santé (par exemple, l'engagement et persévérance dans les régimes alimentaires et dans l'activité physique), la frustration dans ces besoins peut quant à elle engendrer des symptômes d'anxiété ou de dépression (Cordeiro et al., 2016; Sénécal et al., 2000; Teixeira et al., 2011).

De nombreuses recherches semblent soutenir empiriquement cette théorie de l'autodétermination y compris dans le domaine du vieillissement. Une récente méta-analyse montre par exemple que, comme dans la population générale, la satisfaction des besoins psychologiques nécessaires à la motivation autodéterminée est positivement associée au bien-être ($r = .29$ à $.48$) des personnes âgées de plus de 50 ans (Tang et al., 2019). La littérature est également très consistante sur l'importance de cette motivation dans la pratique et la persistance des activités nécessaires au maintien de l'autonomie chez les personnes âgées en bonne santé. L'autodétermination serait notamment liée à une amélioration des comportements de santé tels qu'une meilleure observance thérapeutique ou une augmentation de la marche quotidienne, et de très nombreuses études ont également montré son impact sur l'engagement et le maintien des activités physiques de cette population (Maillot et al., 2018; Moral et al., 2015; Song et al.,

2004; Teixeira et al., 2012). La motivation autodéterminée, traduite alors par une persévérance dans ces activités, permettrait d'atteindre à terme les objectifs d'autonomie et de bien-être recherchés par les personnes âgées (Cavill & Foster, 2018). La motivation autodéterminée représente ainsi un facteur très important dans le maintien et la persévérance des activités nécessaires au vieillissement actif et en bonne santé. Les études qui s'intéressent aux personnes âgées avec des limitations fonctionnelles sont plus rares, néanmoins la perte d'autonomie semble pouvoir considérablement impacter cette motivation.

Bien que la TAD postule que l'individu a besoin, de manière innée et universelle, de s'engager librement dans des activités qu'il juge importantes ou plaisantes, d'établir des relations sociales de qualité dans son environnement et de mettre en œuvre ses compétences au quotidien (Ryan & Deci, 2017), ces trois besoins pourraient être sensiblement moins satisfaits avec la présence de difficultés fonctionnelles et altérer ainsi la motivation autodéterminée. Par exemple, la difficulté d'accomplir seul les activités autodéterminées habituelles (par exemple, se rendre au marché) en raison des limitations physiques pourrait renvoyer à un manque de compétence ou de liberté et entraîner une diminution de la fréquence de ces activités. Une étude qualitative allemande a notamment montré que les personnes de plus de 65 ans, indépendantes au quotidien mais qui présentent une maladie chronique, se sont adaptées à leurs difficultés fonctionnelles en limitant leurs activités autodéterminées à des étirements, du jardinage et quelques promenades (Stehr et al., 2021). Des auteurs mettent également en évidence que lorsque les limitations fonctionnelles s'accroissent, la réalisation et la fréquence de ces activités autodéterminées sont alors soumises aux contraintes environnementales (bousculade, marches d'escalier), aux capacités des individus (perte d'équilibre, douleurs) ainsi qu'au manque de soutien social (aide et accompagnement) qui risquent de mettre en péril leur santé physique (Deshpande et al., 2009; Stehr et al., 2021). Évaluées comme pouvant porter atteinte à leur santé physique et psychologique, la majorité des activités ne sont alors plus en accord avec les

objectifs autodéterminés de bien-être et d'autonomie des personnes âgées (Cavill & Foster, 2018). Une moindre persévérance dans ces activités, qui renvoie à un manque de motivation autodéterminée, s'installe alors au profit d'activités non autodéterminées considérées comme plus sécurisées (regarder la télévision) ou obligatoires (soins d'hygiène, repas) (Horgas et al., 1998; Stehr et al., 2021). La diminution significative des activités autodéterminées entrave ainsi le vieillissement actif nécessaire au maintien de l'autonomie des personnes âgées et fragiles et les expose alors à un risque accru d'accentuation des difficultés fonctionnelles (Hazif-Thomas & Thomas, 2004; OMS, 2002). Il existe donc un enjeu important à promouvoir la persistance dans les activités quotidiennes des personnes âgées et fragiles.

S'il apparaît difficile de renforcer la satisfaction des trois besoins fondamentaux au vu des difficultés fonctionnelles présentes chez les personnes âgées et fragiles, la littérature sur le vieillissement révèle qu'il serait également possible de promouvoir la motivation autodéterminée en améliorant d'autres indicateurs psychologiques. Plus précisément, la méta-analyse de Tang et ses collaborateurs (2019) a montré une importante relation entre la motivation autodéterminée et le bien-être ($r = .21$ à $.49$) et des indicateurs de dépression ($r = -.55$ à $-.27$). D'autres études mettent également en évidence des associations positives entre cette motivation et la satisfaction de vie, le sens à la vie, l'estime de soi et les affects positifs, ainsi que des associations négatives avec la dépression et l'apathie (Altintas & Guerrien, 2009, 2014; Guay et al., 1995). Étant donné que l'ensemble de ces études ne précise pas le degré d'autonomie des personnes âgées, et s'agissant à nouveau d'études corrélationnelles, il est difficile d'établir l'exactitude et la nature de ces liens chez les personnes âgées et fragiles. Il est intéressant de constater qu'une majorité de ces indicateurs psychologiques (e.g., satisfaction de vie, affects positifs, dépression) semble correspondre aux sous dimensions de la conception multidimensionnelle de la santé mentale telle que décrite dans le présent article. Ainsi, bien qu'il soit difficile de l'évaluer chez les personnes âgées et fragiles, le lien existant entre la

motivation autodéterminée et la santé mentale soutient la pertinence d'agir sur les indicateurs de la santé mentale afin de promouvoir la motivation autodéterminée lorsque celle-ci est impactée par la présence de limitations fonctionnelles. Ces différents éléments nous amènent à supposer qu'une intervention visant la promotion de la santé mentale renforcera la motivation autodéterminée des personnes âgées et ainsi la persévérance dans les activités.

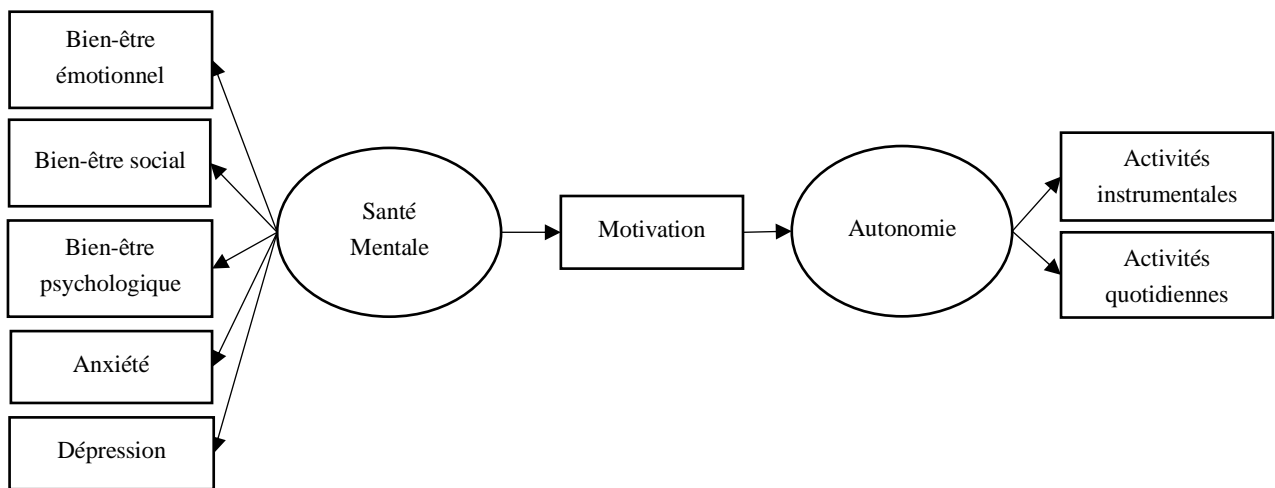
Le modèle théorique proposé

La pratique d'une activité physique régulière, largement recommandée pour maintenir l'autonomie des personnes âgées, n'est pas toujours adaptée à la population âgée qui présente plusieurs limitations fonctionnelles. Pourtant, au vu du nombre de personnes âgées qui présentent des difficultés physiques, le maintien de l'autonomie de cette population représente un enjeu majeur. En lien avec ces difficultés physiques, trois constats ont été mis en avant dans le présent article. D'une part, la prévalence des troubles psychologiques liées aux difficultés fonctionnelles étant élevée et possiblement sous-estimée chez ces personnes, il semble important de considérer à la fois des indicateurs positifs (bien-être émotionnel, social et psychologique) et des indicateurs négatifs (anxiété et dépression) pour mesurer la santé mentale de ces personnes âgées et fragiles. D'autre part, la perte d'autonomie risque d'entraver la satisfaction des besoins psychologiques nécessaires à la motivation autodéterminée et donc à la persévérance dans les activités, et cela pourrait entraîner à terme une accentuation des difficultés fonctionnelles. Enfin, les études sur le vieillissement montrent que les différents indicateurs de santé mentale – positifs et négatifs - semblent avoir un impact sur la persévérance dans ces activités autodéterminées et donc sur les capacités à maintenir une vie autonome. L'ensemble de ces travaux soutiennent donc la pertinence de tester le lien directionnel entre la santé mentale, les processus motivationnels autodéterminés et le maintien de l'autonomie physique chez les personnes âgées et fragiles. Le présent article propose donc que la promotion

de la santé mentale, à travers la mise en œuvre d'activités de loisirs adaptées, renforcerait la persévérance des personnes âgées dans les activités autodéterminées et que cela permettrait à terme de maintenir l'autonomie physique de cette population fragile dans les activités quotidiennes (i.e. : hygiène, transferts déplacements) et instrumentales (i.e. : prendre ses médicaments, téléphoner, s'alimenter). La Figure 1 illustre le modèle proposé.

Figure 1

Présentation du modèle théorique



Limites et perspectives du modèle proposé

Si la littérature nous permet de soutenir la plausibilité du modèle théorique soutenu, des interrogations résident autour de certaines dimensions de la santé mentale. La première concerne la dimension du bien-être social. Bien que le modèle en trois dimensions positives de la santé mentale de Keyes soit validé dans de multiples études, plusieurs chercheurs estiment que la sous-échelle du bien-être social doit être considérée avec prudence en raison de la difficulté de compréhension de plusieurs questions (Agence de la Santé Publique du Canada, 2017; Lamers et al., 2011; Santini et al., 2020). Les auteurs précisent en effet que certaines questions pourraient mesurer davantage l'opinion politique que le bien-être social des

personnes et qu'elles représentent en général le plus grand nombre des données manquantes. De plus, cette sous-échelle évalue cinq dimensions sociales (cohérence sociale, actualisation sociale, intégration sociale, acceptation sociale et contribution sociale) dont plusieurs pourraient être mal adaptées à la population ciblée dans le présent article en raison de leurs limitations physiques (par exemple, contribuer ou à s'intégrer à la vie sociale). La seconde concerne l'anxiété des personnes âgées. Bien que la prévalence de ce trouble soit élevée dans la population étudiée dans le présent article, elle reste inférieure à celle de la dépression. L'impact de l'anxiété sur la santé mentale pourrait alors être moins important que les autres dimensions (bien-être et dépression) sur ce construit. De plus, alors que la dépression est reconnue comme un déterminant majeur de la perte d'autonomie par l'OMS, ce n'est pas le cas pour l'anxiété (OMS, 2019b). Néanmoins, si l'anxiété ne représente pas un déterminant prioritaire pour l'OMS, cet indicateur fait l'objet de moins d'études que la dépression dans le vieillissement, il est alors plus difficile d'obtenir des résultats robustes permettant de confirmer l'impact de l'anxiété sur la santé mentale des personnes âgées et fragiles.

S'il semble exister des interrogations autour de certains construits, d'autres enjeux se posent davantage au niveau opérationnel. Une attention particulière devra par exemple être portée à l'accompagnement des personnes âgées et fragiles dans la réalisation des activités de loisirs proposées. En effet, plusieurs études insistent sur l'importance d'assurer l'aide nécessaire aux personnes âgées en proposant des activités personnalisées qui viendraient limiter les difficultés liées à l'environnement physique et aux difficultés fonctionnelles des bénéficiaires tout en renforçant les relations sociales nécessaires à la persévérance dans les activités des plus fragiles (Aaltonen et al., 2020; Baert et al., 2011; Vallerand & O'Connor, 1989). Des activités réalisées avec l'aide d'un professionnel de santé pourraient ainsi permettre aux bénéficiaires d'accomplir une tâche avec succès et de se sentir compétent à travers la relation avec le soignant (Lindberg et al., 2014). Il semble donc nécessaire que les activités de

loisirs proposées aux personnes âgées et fragiles soient adaptées à leurs capacités et encadrées par des professionnels de la santé afin de correspondre à toutes ces caractéristiques.

En termes de perspectives, une recherche interventionnelle longitudinale que nous menons actuellement auprès de personnes âgées et fragiles, inscrites dans différents Service de Soins Infirmiers à Domicile français en raison de leurs difficultés fonctionnelles, aura pour objectifs de vérifier la pertinence de considérer des indicateurs positifs et négatifs pour évaluer la santé mentale dans cette population, de tester le modèle théorique proposé dans le présent article et d'évaluer l'efficacité des activités de loisirs encadrées sur la santé mentale des personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles.

Références

- Aaltonen, S., Waller, K., Vähä-Ypyä, H., Rinne, J., Sievänen, H., Silventoinen, K., Kaprio, J., & Kujala, U. M. (2020). Motives for physical activity in older men and women : A twin study using accelerometer-measured physical activity. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(8), 1409-1422. <https://doi.org/10.1111/sms.13673>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017, mars 17). *Mesurer la santé mentale positive au Canada : Validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé - PSPMC: Volume 37-4, avril 2017* [Recherche]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-37-no-4-2017/mesurer-sante-mentale-positive-canada-validation-concepts-continuum-sante-mentale-questionnaire-abrege.html>
- Altintas, E., & Guerrien, A. (2009). Orientation motivationnelle et symptomatologie dépressive chez la personne âgée. *L'Encéphale*, 35(2), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.03.006>
- Altintas, E., & Guerrien, A. (2014). Profil motivationnel et bien-être psychologique dans l'âge avancé = Motivational profile and psychological well-being in later life. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 46(2), 95-106. <https://doi.org/10.1037/a0027239>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old : A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 464-474. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults : A review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114100>

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge University Press.
- Brim, O. G., Baltes, P. B., Bumpass, L. L., Cleary, P. D., Featherman, D. L., Hazzard, W. R., Kessler, R. C., Lachman, M. E., Markus, H. R., Marmot, M. G., Rossi, A. S., Ryff, C. D., & Shweder, R. A. (1999). *Midlife in the United States (MIDUS 1), 1995-1996* (Version v19) [Data set]. ICPSR - Interuniversity Consortium for Political and Social Research. <https://doi.org/10.3886/ICPSR02760.V19>
- Brunel, M., & Carrère, A. (2017). Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : Une évolution favorable entre 2007 et 2014—Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014. *Les dossiers de la DREES*, 13, 45.
- Cavill, N. A., & Foster, C. E. M. (2018). Enablers and barriers to older people's participation in strength and balance activities : A review of reviews. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 3(2), 105-113. <https://doi.org/10.22540/JFSF-03-105>
- Cordeiro, P., Paixão, P., Lens, W., Lacante, M., & Sheldon, K. (2016). Factor structure and dimensionality of the balanced measure of psychological needs among Portuguese high school students. Relations to well-being and ill-being. *Learning and Individual Differences*, 47, 51-60. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2015.12.010>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*. New-York: Plenum.
- Deshpande, N., Metter, E. J., Lauretani, F., Bandinelli, S., & Ferrucci, L. (2009). Interpreting fear of falling in the elderly : What do we need to consider? *Journal of Geriatric Physical Therapy* (2001), 32(3), 91-96. <https://doi.org/10.1519/00139143-200932030-00002>
- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.95.3.542>

- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé Mentale Au Québec. Santé mentale des populations*, 42(1). <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women : The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
- Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty : The English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 47(3), 392-397. <https://doi.org/10.1093/ageing/afx188>
- Giordana, J. Y., Roelandt, J. L., & Porteaux, C. (2010). La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*, 36(3), 59-64. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70018-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70018-X)
- Godin, O., Elbejjani, M., & Kaufman, J. S. (2012). Body mass index, blood pressure, and risk of depression in the elderly : A marginal structural model. *American Journal of Epidemiology*, 176(3), 204-213. <https://doi.org/10.1093/aje/kws003>
- Guay, F., Vallerand, R. J., & Losier, F. (1995). La motivation chez les personnes âgées. *Revue Québécoise de psychologie*, 16(2), 209-235.
- Guerrero-Escobedo, P., Tamez-Rivera, O., Amieva, H., & Avila-Funes, J. A. (2014). Frailty is associated with low self-esteem in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(2), 396-398. <https://doi.org/10.1111/jgs.12679>
- Hajek, A., Brettschneider, C., Mallon, T., Lümann, D., Oey, A., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Fuchs, A., Pentzek, M., Röhr, S., Lippa, M., Mösch, E., Weeg, D., Hesel, K., Wagner, M., Scherer, M., Maier, W., Riedel-Heller, S. G., & König, H.-H. (2021). Depressive Symptoms and Frailty Among the Oldest Old : Evidence from a Multicenter Prospective Study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(3), 577-582.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.10.008>

- Hazif-Thomas, C., & Thomas, P. (2004). Loss of motivation in dependent elderly subjects. *Psychologie & Neuropsychiatrie Du Vieillissement*, 2(2), 93-105.
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 57, 19-25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>
- Horgas, A. L., Wilms, H. U., & Baltes, M. M. (1998). Daily life in very old age : Everyday activities as expression of successful living. *The Gerontologist*, 38(5), 556-568. <https://doi.org/10.1093/geront/38.5.556>
- Joulain, M., Alaphilippe, D., Bailly, N., & Hervé, C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression : Le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(57), 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.03.007>
- Joulain, M., Martinent, G., Taliercio, A., Bailly, N., Ferrand, C., & Gana, K. (2019). Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults : A longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 23(1), 77-83. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1394442>
- Keyes, C. L. M. (1998). Social Well-Being. *Social Psychology Quarterly*, 61(2), 121. <https://doi.org/10.2307/2787065>
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

- Kuykendall, L., Tay, L., & Ng, V. (2015). Leisure engagement and subjective well-being : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(2), 364-403. <https://doi.org/10.1037/a0038508>
- Lambooy, B., Cotton, N., Hamel, E., & Soleymani, D. (2018). Vieillir en bonne santé : Revue des interventions efficaces. *La santé en action*, 446, 4-7.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110. <https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Levasseur, M., Gauvin, L., Richard, L., Kestens, Y., Daniel, M., & Payette, H. (2011). Associations Between Perceived Proximity to Neighborhood Resources, Disability, and Social Participation Among Community-Dwelling Older Adults : Results From the VoisiNuAge Study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92(12), 1979-1986. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2011.06.035>
- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis : Patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2208-2221. <https://doi.org/10.1111/jan.12412>
- Luck, T., Motzek, T., Lupp, M., Matschinger, H., Fleischer, S., Sesselmann, Y., Røling, G., Beutner, K., König, H.-H., Behrens, J., & Riedel-Heller, S. G. (2013). Effectiveness of preventive home visits in reducing the risk of falls in old age : A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 697-702. <https://doi.org/10.2147/CIA.S43284>
- Maillot, P., Becquard, C., & Perrot, A. (2018). Motivation des personnes âgées à pratiquer une activité physique: *Gérontologie et société*, 40 / n° 156(2), 127-142. <https://doi.org/10.3917/g1.156.0127>

- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and Attentional Biases for Emotional Faces. *Psychological Science, 14*(5), 409-415. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.01455>
- Ministère des Solidarités et de la Santé. (2021). *Personnes âgées : Les chiffres clés*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/archives/loi-relative-a-l-adaptation-de-la-societe-au-vieillessement/article/personnes-agees-les-chiffres-cles>
- Moisy, M. (2018). *Les Français vivent plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable* | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-francais-vivent-plus-longtemps-mais-leur-esperance-de-vie-en>
- Moral, R. R., Torres, L. A. P. de, Ortega, L. P., Larumbe, M. C., Villalobos, A. R., García, J. A. F., Rejano, J. M. P., & Collaborative Group ATEM-AP Study. (2015). Effectiveness of motivational interviewing to improve therapeutic adherence in patients over 65 years old with chronic diseases : A cluster randomized clinical trial in primary care. *Patient Education and Counseling, 98*(8), 977-983. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.03.008>
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Evolution of the concept of positive mental health : A systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública, 39*, 166-173.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Quality standard [QS137] : Mental wellbeing and independence for older people*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/qs137>
- Neubauer, A. B., Schilling, O. K., & Wahl, H.-W. (2015). What Do We Need at the End of Life? Competence, but not Autonomy, Predicts Intraindividual Fluctuations in Subjective Well-Being in Very Old Age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, gbv052*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv052>

- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2002). *Viellir en restant actif: Cadre d'orientation* (WHO/NMH/NPH/02.8). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/206556>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019a). *L'OMS lance une application numérique pour améliorer les soins aux personnes âgées*. <https://www.who.int/fr/news/item/30-09-2019-who-launches-digital-app-to-improve-care-for-older-people>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2019b). *Manuel—Conseils sur l'évaluation et les filières axées sur la personne dans les soins de santé primaires*. Brazzaville : Bureau régional de l'Afrique,. <https://www.who.int/ageing/publications/manuel-conseil-sur-levaluation-et-les-filieres-axes-sur-la-personne--9789290313274-fre.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
- Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., Ayala, A. P., Roy, A., Rodríguez Monforte, M., Bergman, H., & McGilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults : A scoping

- review of the literature and international policies. *Age and Ageing*, 46(3), 383-392.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afw247>
- Robin, S., Giraud, J., & Moreau, F. (2014). *Autonomie des personnes âgées. Synthèse documentaire réalisée dans le cadre de la mise en place des plateformes de santé publique à l'ARS de Poitou-Charentes* (N° 155; p. 79). <https://www.ors-na.org/publications/autonomie-des-personnes-a%20a2gees-synthese-documentaire-actualisation-2014/>
- Rodríguez-Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2016). Coexisting with dependence and well-being : The results of a pilot study intervention on 75-99-year-old individuals. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2067-2078.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216001277>
- Roff, L., & Atherton, C. (1989). *Promoting Successful Aging*. NelsonHall.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. (Guilford Publications).
- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104. JSTOR.
- Ryff, C. D., Ayanian, J., Grzywacz, J., Krueger, B., Mroczek, D., Radler, B., Mailick, M., & Williams, D. (1999). *Midlife in the United States (MIDUS 1), 1995-1996 : Archival Version*. ICPSR - Interuniversity Consortium for Political and Social Research.
<https://www.icpsr.umich.edu/web/NACDA/studies/2760>
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.4.719>
- Santini, Z. I., Torres-Sahli, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., Rayce, S. B., Baker, M. M., Ten Have, M., Schotanus-Dijkstra, M., & Koushede, V. (2020).

Measuring positive mental health and flourishing in Denmark : Validation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) and cross-cultural comparison across three countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01546-2>

Senécal, C., Nouwen, A., & White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes : Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs? *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 19(5), 452-457. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.19.5.452>

Song, R., June, K. J., Kim, C. G., & Jeon, M. Y. (2004). Comparisons of Motivation, Health Behaviors, and Functional Status Among Elders in Residential Homes in Korea. *Public Health Nursing*, 21(4), 361-371. <https://doi.org/10.1111/j.0737-1209.2004.21410.x>

Soysal, P., Veronese, N., Thompson, T., Kahl, K. G., Fernandes, B. S., Prina, A. M., Solmi, M., Schofield, P., Koyanagi, A., Tseng, P.-T., Lin, P.-Y., Chu, C.-S., Cosco, T. D., Cesari, M., Carvalho, A. F., & Stubbs, B. (2017). Relationship between depression and frailty in older adults : A systematic review and meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 36, 78-87. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2017.03.005>

Stehr, P., Luetke Lanfer, H., & Rossmann, C. (2021). Beliefs and motivation regarding physical activity among older adults in Germany : Results of a qualitative study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1932025. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1932025>

Tabue-Teguo, M., Grasset, L., Avila-Funes, J. A., Genuer, R., Proust-Lima, C., Péres, K., Féart, C., Amieva, H., Harmand, M. G.-C., Helmer, C., Salles, N., Rainfray, M., & Dartigues, J. F. (2017). Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France : Results From the Bordeaux Three-city Study. *The Journals*

- of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(1), 109-116.
<https://doi.org/10.1093/gerona/glx068>
- Tang, M., Wang, D., & Guerrien, A. (2019). A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life : Contributions of self-determination theory. *PsyCh Journal*, pchj.293. <https://doi.org/10.1002/pchj.293>
- Tarteaut, M.-H., Herrmann, F., Grandjean, R., & Toutous-Trellu, L. (2008). Soins esthétiques aux personnes âgées dans la réhabilitation hospitalière. *Recherche en soins infirmiers*, N° 94(3), 92-100. <https://doi.org/10.3917/rsi.094.0092>
- Teixeira, P. J., Carraça, E. V., Markland, D., Silva, M. N., & Ryan, R. M. (2012). Exercise, physical activity, and self-determination theory : A systematic review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(1), 78. <https://doi.org/10.1186/1479-5868-9-78>
- Teixeira, P. J., Patrick, H., & Mata, J. (2011). Why we eat what we eat : The role of autonomous motivation in eating behaviour regulation: Eating self-regulation. *Nutrition Bulletin*, 36(1), 102-107. <https://doi.org/10.1111/j.1467-3010.2010.01876.x>
- Vallerand, R. J., & O'Connor, B. P. (1989). Motivation in the elderly : A theoretical framework and some promising findings. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 30(3), 538-550. <https://doi.org/10.1037/h0079828>
- van Haastregt, J. C. M., Diederiks, J. P. M., van Rossum, E., de Witte, L. P., & Crebolder, H. F. J. M. (2000). Effects of preventive home visits to elderly people living in the community : Systematic review. *BMJ : British Medical Journal*, 320(7237), 754-758.
- Yonnet, P. (1999). *Travail, loisir—Temps libre et lien social* (Gallimard).
- Yoshida, Y., Iwasa, H., Ishioka, Y., & Suzukamo, Y. (2021). Leisure activity moderates the relationship between living alone and mental health among Japanese older adults.

Geriatrics & Gerontology International, 21(5), 421-425.

<https://doi.org/10.1111/ggi.14151>

Chapitre 3. Problématique

Dans un contexte de vieillissement démographique où la prévention de la perte d'autonomie représente un enjeu majeur, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) préconise de promouvoir le vieillissement en bonne santé et les Nations Unies ont proclamé 2021-2030 comme étant la « Décennie du vieillissement en santé » (OMS, 2021). En réponse aux différents plans d'action de l'OMS, la littérature sur le vieillissement a montré que de nombreuses interventions portant sur les activités physiques et les activités sociales permettaient à la fois de renforcer l'autonomie physique et de promouvoir le bien vieillir des personnes de plus de 60 ans (Bouaziz et al., 2017; Kuykendall et al., 2015; Lamboy et al., 2018). Cependant la majorité de ces activités ne sont plus adaptées à une population âgée qui présentent des limitations fonctionnelles alors, au vu du nombre de personnes qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles, il est important de mettre en œuvre des interventions qui correspondent aux capacités de cette population.

En réponse à cette préoccupation, un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) très impliqué dans le bien-être et l'autonomie de ses usagers, a mis en œuvre un programme innovant de promotion de la santé mentale : le Pôle Bien-Être Autonomie (BE-A). La santé mentale est définie comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* » (OMS, 2001). Si cette définition renvoie à une perception positive de la santé mentale associée au bon fonctionnement d'un individu dans son environnement, la conceptualisation de la santé mentale ne fait cependant pas consensus au sein de la littérature en psychologie et plusieurs construits sont utilisés pour évaluer la santé mentale en population générale comme dans le vieillissement (Doré & Caron, 2017; Muñoz et al., 2016). Par exemple, la revue systématique du chapitre 1 a notamment montré que pour évaluer l'efficacité des

interventions ciblant la santé mentale auprès d'une population âgée et fragile, les chercheurs s'intéressaient à différents indicateurs positifs (bien-être, satisfaction et qualité de vie) et négatifs (dépression, anxiété, solitude). La littérature sur le vieillissement indique également que, bien que les personnes âgées semblent conserver un bon niveau de bien-être en compensant les pertes encourues avec l'avancée en âge (Caradec, 2008), l'accentuation des limitations fonctionnelles serait étroitement liée à l'apparition de troubles psychologiques (Andreas et al., 2017; OMS, 2017). Il y aurait donc un intérêt certain à considérer la santé mentale de la population âgée et fragile à travers des indicateurs positifs et négatifs.

Par ailleurs, si le lien directionnel entre l'autonomie et la santé mentale est établi dans de nombreuses recherches, plusieurs travaux mettent également en évidence un lien étroit entre la dépression et la fragilité ou entre le bien-être et le maintien des capacités, venant ainsi soutenir la pertinence de supposer un lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie (Gale et al., 2014; Kim et al., 2021). Le chapitre 2 a montré que la plausibilité de soutenir un lien directionnel entre ces deux concepts pourrait notamment relever du rôle médiateur de la motivation autodéterminée à persévérer dans les activités. Les études portant sur la théorie de l'autodétermination précisent en effet que la motivation autodéterminée, nécessaire à la persévérance dans les activités, permettrait d'atteindre à terme les objectifs d'autonomie et de bien-être recherchés par les personnes âgées (Cavill & Foster, 2018). Si cette motivation autodéterminée dépend des besoins fondamentaux de compétence, d'autonomie (dans ce cadre, la capacité et la liberté à faire des choix) et de relation, elle dépendrait également de plusieurs indicateurs comme le bien-être ou la dépression qui nous permettent alors d'estimer le possible rôle de la santé mentale dans le renforcement de cette motivation (Ryan & Deci, 2017; Tang et al., 2019).

Ainsi, l'objectif de ce travail de thèse est donc de tester la possibilité de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à travers la promotion de la santé mentale. Une

première évaluation du Pôle BE-A (étude pilote) cherchera à vérifier la faisabilité méthodologique d'une évaluation d'efficacité en examinant notamment quels sont les construits les plus adaptés à cette population. L'intérêt de considérer une conception multidimensionnelle (indicateurs positifs et négatifs) de santé mentale chez les personnes âgées et fragiles qui, en raison de la présence de plusieurs limitations fonctionnelles, sont susceptibles de se retrouver face à des situations d'isolement imposées, sera ensuite mis en évidence. Enfin, un essai contrôlé randomisé cherchant à évaluer l'efficacité du programme proposé par le SSIAD, permettra de tester le modèle théorique du chapitre 2 qui propose un lien directionnel entre la santé mentale, les processus motivationnels autodéterminés et le maintien de l'autonomie physique chez les personnes âgées et fragiles.

Références

- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausín, B., Canuto, A., Crawford, M., Ronch, C. D., Grassi, L., HersHKovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., Strehle, J., Weber, K., ... Härter, M. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: The European MentDis_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Bouaziz, W., Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., Geny, B., & Lang, P. O. (2017). Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over : A systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 110-127. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.10.012>
- Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en soins infirmiers*, 94(3), 28-41.
- Cavill, N. A., & Foster, C. E. M. (2018). Enablers and barriers to older people's participation in strength and balance activities : A review of reviews. *Journal of Frailty, Sarcopenia and Falls*, 3(2), 105-113. <https://doi.org/10.22540/JFSF-03-105>
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. Santé Mentale Au Québec. *Santé mentale des populations*, 42(1). <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women : The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
- Kim, E. S., Tkatch, R., Martin, D., MacLeod, S., Sandy, L., & Yeh, C. (2021). Resilient Aging : Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211002950. <https://doi.org/10.1177/23337214211002951>

- Kuykendall, L., Tay, L., & Ng, V. (2015). Leisure engagement and subjective well-being : A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(2), 364-403. <https://doi.org/10.1037/a0038508>
- Lambooy, B., Cotton, N., Hamel, E., & Soleymani, D. (2018). Vieillir en bonne santé : Revue des interventions efficaces. *La santé en action*, 446, 4-7.
- Muñoz, C., Restrepo, D., & Cardona, D. (2016). Evolution of the concept of positive mental health : A systematic review. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 39, 166-173.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Santé mentale et vieillissement*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/santé-mentale-et-vieillessement>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. (Guilford Publications).
- Tang, M., Wang, D., & Guerrien, A. (2019). A systematic review and meta-analysis on basic psychological need satisfaction, motivation, and well-being in later life : Contributions of self-determination theory. *PsyCh Journal*, pchj.293. <https://doi.org/10.1002/pchj.293>

Chapitre 4. Procédures et méthodes

Fondements et mise en œuvre du doctorat

Le Pôle Bien-être Autonomie (Pôle BE-A) est un programme à destination des personnes âgées à domicile inscrites dans un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en raison de leurs limitations physiques. Mis en œuvre en 2017 à Annecy par la volonté des aides-soignants et en réponse aux besoins des usagers, ce programme est composé de cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS) : atelier nutrition, mobilisation, atelier lecture, massage relationnel et soin esthétique. Chacun de ces soins est réalisé en présence d'un aide-soignant du service. Selon les premiers retours du SSIAD d'Annecy, la relation de confiance existante au sein de la dyade soignant-soigné représente un atout majeur, elle permet une bonne adhérence au programme et encourage la participation des bénéficiaires aux SPS. Réciproquement ces SPS renforcent le lien de la dyade, diminuant ainsi le nombre de refus de soin d'hygiène au quotidien. Ces cinq soins ont été initialement conçus pour promouvoir la santé mentale des bénéficiaires à travers le renforcement de leur bien-être. Ce programme est basé sur l'hypothèse selon laquelle l'amélioration de la santé mentale de ces personnes âgées et fragiles serait un déterminant du maintien de leur autonomie. L'efficacité du Pôle BE-A a fait l'objet d'une étude pilote en 2018 (chapitre 5) au sein du SSIAD d'Annecy qui a révélé plusieurs limites majeures. Une faible taille d'échantillon accompagnée d'une absence de groupe contrôle nous ont empêché de conclure quant à l'efficacité du programme. Les résultats concernant l'autonomie restaient également difficilement interprétables en raison des questionnaires utilisés pour évaluer les capacités physiques des participants qui se sont avérés inadaptés pour évaluer l'autonomie physique des personnes inscrites dans ces établissements. Néanmoins, malgré ces limites, les améliorations considérables observés pour certains indicateurs ont encouragé la

Mutualité Française Rhône Pays de Savoie (MFRPDS) à répliquer cette étude en tenant compte de ces différentes limites. L'initiative d'un doctorat a alors été lancée.

Essaimage du Pôle BE-A

Le premier objectif était de répliquer le programme, et pour ce faire, des réponses à une dizaine d'appels à projet centrés sur les personnes âgées et leur autonomie ont été rédigés afin de financer cette réplification dans différents services de soins dans le cadre d'une thèse de doctorat. La première tentative a consisté à répondre à une dizaine d'appels. C'est dans cette optique que nous avons pris l'initiative de réaliser une vidéo de présentation du programme. Après avoir récolté le consentement et l'autorisation d'exploitation de l'image, les aides-soignants et les bénéficiaires ont été filmés sur plusieurs après-midis de Soins de Prévention et de Soutien. Une version courte de cette vidéo est actuellement consultable sur le site de la MFRPDS (<https://mfrpds.fr/>). Nous n'avons cependant reçu aucune réponse positive des organismes de financement. Néanmoins, notre projet de recherche (Annexe 1) pour un doctorat sous convention CIFRE (Convention industrielle de formation par la recherche) nous a permis d'obtenir une partie du financement par l'Association Régionale de la Recherche et de la Technologie (ANRT). Une convention CIFRE permet aux entreprises de bénéficier d'une aide financière de l'ANRT pour recruter un doctorant, il s'agit alors d'un contrat tripartite entre une entreprise, un laboratoire de recherche et un doctorant. Puis, grâce au travail de communication conséquent du Directeur Général et de l'ancien Président de la MFRPDS, nous avons pu obtenir des subventions pour le doctorat auprès de la Mutuelle Aesio. La Fédération Nationale de la Mutualité Française a également accepté de financer la réplification du programme dans chaque service qui souhaitait participer à l'expérimentation.

Le second objectif de mise en œuvre de ce travail de thèse consistait à augmenter la taille de l'échantillon afin de bénéficier d'un essai contrôlé randomisé (ECR) et d'une meilleure

puissance statistique dans l'évaluation du programme. L'essaimage du Pôle BE-A engendrait alors le besoin de collaborer avec plusieurs SSIAD mutualistes à travers la France. C'est lors de la Journée Personne Âgée, organisée chaque année à Paris par la Fédération Nationale de la Mutualité Française que nous avons présenté notre projet à différents directeurs d'établissements de soins mutualistes en juillet 2019. Plusieurs SSIAD ont répondu présent en souhaitant connaître les modalités de participation, la méthodologie nécessaire à une bonne étude scientifique ainsi que les solutions financières pour mettre en œuvre le programme. C'est pourquoi nous avons envoyé aux établissements un guide de fonctionnement du Pôle Bien-Etre Autonomie rédigé en août 2019, ce document conséquent permettait de prendre connaissances des principales caractéristiques du programme, des résultats de l'étude pilote ainsi que des retours qualitatifs des bénéficiaires et des aides-soignants du service de soin d'Annecy. Nous avons ensuite organisé une réunion entre septembre 2019 et février 2020 sur chacun des différents sites qui s'étaient montrés intéressés (Mutualité Française Limousine, Grand-Sud, Allier, Pays de Loire, Lorraine) pour lesquelles j'étais accompagnée de la responsable du service et de l'infirmière responsable du Pôle BE-A du SSIAD d'Annecy. Chaque réunion était l'occasion d'évoquer dans le détail les formations possibles pour la pratique des cinq Soins de Prévention et de Soutien, les possibilités en matière de finances et de ressources humaines nécessaires à une activité suffisante du programme ainsi que les points clés qui composent une méthodologie d'évaluation scientifique. Bien que chaque service a immédiatement souhaité collaborer à cette expérimentation, la compréhension relative à la nécessité de construire un groupe contrôle était moins partagée. Il est en effet difficile de concevoir qu'un service puisse proposer des activités qui pourraient améliorer la santé mentale et l'autonomie de leurs patients mais de devoir se résoudre à n'inclure que la moitié des usagers du service, d'autant plus auprès de cette population fragile pour laquelle une attente de quelques mois peut parfois être trop longue.

Adaptation des questionnaires

Questionnaire de l'autonomie physique

L'étude pilote sur le Pôle Bien-Etre Autonomie menée au sein du SSIAD d'Annecy (chapitre 5) nous a permis de constater que l'échelle utilisée pour mesurer l'autonomie des participants (Instrumental Activities of Daily Living, Lawton & Brody, 1969), bien que très utilisée dans la littérature scientifique pour évaluer la capacité physique des personnes âgées, présentent des limites lorsqu'on s'intéresse aux personnes âgées qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles. Les scores obtenus (attribués par les aides-soignants) étaient tous proches d'un score plancher dès la première vague d'évaluation. L'objectif était donc de créer un questionnaire plus sensible aux évolutions des capacités physiques d'une personne âgée qui présente déjà des limitations fonctionnelles et dont le contenu correspondait aux connaissances des aides-soignants.

Lors de deux séances avec trois aides-soignants en janvier 2020, et se basant sur les questionnaires Activities of Daily Living (ADL, Katz et al., 1963), Physical Self-Maintenance Scale (PSMS, Lawton & Brody, 1969) et le Système de Mesure de l'Autonomie Fonctionnelle (SMAF, Hébert et al., 1983) nous avons tout d'abord collecté les items les plus représentatifs du quotidien de leurs patients dans chacun des questionnaires. Par exemple les items « *Faire sa lessive* » et « *Utiliser les transports en commun* » du SMAF n'étaient pas adaptés à une grande majorité des patients. Ensuite, nous avons manifesté l'intérêt de décomposer chaque item, soit en plusieurs actes distincts afin de mettre en avant les différentes capacités de la population ciblée, soit en déclinant l'item sur un continuum de réponse allant des capacités les plus faibles aux capacités les plus élevées (Tableau 1). Enfin, si les échelles originales comportent en général trois gradients pour évaluer les capacités de réalisation des items (le fait seul, le fait avec de l'aide, ne le fait plus), les aides-soignants ont recommandé d'ajouter le gradient « *le*

fais seul avec l'aide d'un tiers » afin de mettre en évidence l'autonomie d'un usager dans la réalisation d'un acte, en précisant toutefois que la présence d'une personne reste nécessaire pour s'assurer du bon déroulé de l'action.

Tableau 1

Exemple de décomposition des items du questionnaire sur l'autonomie

Mode de décomposition	
En plusieurs actes	L'utilisateur est-il capable de :
	- se laver les cheveux
	- se brosser les dents
	- se raser/se coiffer/se parfumer
	- se laver les mains
	- se laver le dos
	- se laver le haut du corps
- se laver le bas du corps	
Sur un continuum de réponse	<input type="checkbox"/> L'utilisateur ne se déplace pas, est alité
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace en fauteuil avec l'aide d'un tiers
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace en fauteuil, sans aide
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace en déambulateur avec l'aide d'un tiers pour sécuriser
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace avec un déambulateur, sans aide
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace avec l'aide d'un appui mobile (tripode, canne...)
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace avec l'aide d'un appui fixe (murs, main courante)
	<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace seul, avec l'aide d'un tiers pour sécuriser, se rassurer
<input type="checkbox"/> L'utilisateur se déplace seul, sans aucune aide	

Le questionnaire final est ainsi composé d'une grille d'Activités de la vie Quotidiennes qui comporte cinq items (Hygiène corporelle, Habillage, Transfert, Déplacement, Hygiène de l'élimination) et d'une grille Activités Instrumentales de la vie Quotidiennes qui comportent également cinq items (Utiliser le téléphone, Prendre ses médicaments, Anticiper/faire et ranger ses courses, Manipuler des ustensiles et Dérouler du repas. Un exemple pour chacune des grilles d'activité est présenté en Annexe 2. Ce questionnaire a été distribué à deux reprises à toute l'équipe soignante du SSIAD d'Annecy en avril 2019 pour le tester une première fois auprès de notre population cible. Il fera l'objet d'une valorisation scientifique ultérieure.

Questionnaire de la motivation à persévérer dans les activités

Nous avons suivi la même procédure afin d'adapter le questionnaire de la motivation à persévérer dans les activités. Lors d'une réunion avec les aides-soignants, nous avons sélectionné les activités adaptées à la population étudiée dans la présente recherche en se basant sur l'Echelle de Motivation pour les Personnes Âgées (EMPA, Vallerand & O'Connor, 1991) et sur l'article de Marcum (2013) portant sur les différences des activités réalisées en fonction de l'âge des personnes. Comme nous nous intéressons à la motivation autodéterminée des participants, nous avons été particulièrement vigilants à l'énoncé qui présente les activités. En effet, certaines activités peuvent représenter à la fois un divertissement volontaire, et donc autodéterminé, mais également un passe-temps réalisé par défaut (Rousseau et al., 1995). Par exemple, regarder la télé est parfois considéré comme un divertissement, dans ce cas l'émission regardée est choisie en raison de l'intérêt ou du plaisir qu'elle procure à la personne, mais parfois cette activité représente davantage un passe-temps et dans ce cas, l'émission est regardée de manière non autodéterminée. A l'image des énoncés de l'EMPA, nous avons donc formulé les questions ainsi : « *Au cours de ces 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous [nom de l'activité] parce que vous l'aviez choisi, ou parce que cela vous faisait plaisir ?* ». Ainsi, 13 activités regroupées en quatre catégories ont été déterminées : les activités biologiques (dormir, manger), les activités occupationnelles (se détendre, suivre les informations, regarder une émission télévisée), les activités de maintien (marcher, prendre soin de soi, lire, faire des jeux, cuisiner) et les activités relationnelles (famille, voisins, amis). Chaque fréquence d'activité est mesurée sur une échelle en 5 points (de 0 : « jamais » à 5 : « plusieurs fois par jour ») : les scores peuvent ainsi varier de 0 à 10 pour les activités biologiques, de 0 à 25 pour les activités de maintien et de 0 à 15 pour les activités relationnelles et occupationnelles. Le score total, correspondant à la somme des fréquences pour l'ensemble des activités et

représentant ainsi la motivation à persévérer dans les activités autodéterminées, s'étend alors de 0 à 65.

Protection des données et comité éthique

Avec l'entrée en vigueur de la loi sur la protection des données le 25 mai 2018 nous avons renforcé le protocole afin de protéger l'anonymat et les données de santé des participants. Notre recherche devait être conforme à la Méthodologie de Référence 003 énoncée par la commission Nationale Informatique et Libertés. Avec l'aide du DPO (Délégué à la Protection des Données) rattaché à l'Université Grenoble Alpes et à l'Université Savoie Mont Blanc, nous avons réalisé une analyse d'impact de nos études et apporté en conséquence les précisions nécessaires à la Notice d'Information (Annexe 3) et au Consentement Eclairé (Annexe 4) distribués aux participants. Ainsi les données personnelles (adresse, âge, sexe) et de santé (pathologies, Groupe Iso-Ressource) nécessaires à la recherche ont été regroupées sous un pseudonyme propre à chaque usager et seul le responsable de chaque service avait la capacité de relier ce numéro à l'identité de la personne. Le protocole d'évaluation, la Notice d'Information et le Consentement Eclairé ont été soumis et approuvés par le Comité Ethique de l'Université Savoie Mont Blanc.

Méthodologie d'évaluation des études

Participants

Les chapitres 5, 6 et 7 décrivent avec précision la méthodologie employée pour chaque étude, la présente partie présente ainsi plus brièvement les caractéristiques relatives aux participants, aux groupes expérimentaux et au calendrier d'évaluation.

Chaque étude réalisée dans ce travail de thèse consistait à comparer des données pré- et post-test. Pour l'ensemble des études, les mesures de santé mentale et de motivation ont été recueillies en entretiens hétéro-évaluatifs au domicile des personnes interrogées, toutes inscrites dans des SSIAD régis par la Mutualité Française. Les questionnaires d'autonomie ont été complétés par les aides-soignants référents des différents Services de Soins Infirmiers à Domicile à chacun des trois temps de mesure. L'étude pilote portant sur la première évaluation du programme a comparé les données de santé mentale et d'autonomie relevées en février (T0) à celle obtenues en juin (T1) 2018 auprès de 19 usagers du SSIAD d'Annecy ($M = 71.9$; $SD = 16.6$) après trois mois de fonctionnement du programme.

Les évaluations T0 de l'essai contrôlé randomisé ont été effectuées auprès de 170 personnes âgées (136 femmes et 34 hommes, $M = 84.82$; $ET = 7.94$) novembre 2019 et février 2020. Ces premiers entretiens ont également permis de traduire oralement la notice d'information et le consentement éclairé aux personnes qui ne ressentaient pas le besoin de les lire. Une personne a refusé de participer à l'ensemble du protocole. Le Pôle BE-A s'est ensuite immédiatement mis en œuvre pour les participants du groupe expérimentale ($N = 89$) dans chacun des six établissements de soins participants. Les participants du groupe contrôle ($N = 81$) étaient placés sur liste d'attente et bénéficieraient des Soins de Prévention et de Soutien à l'issue du processus d'évaluation. Cependant, le premier confinement lié à la situation sanitaire de 2020 a engendré un arrêt du programme dans chacun des services dès le 16 mars 2020 et tout le processus d'évaluation était momentanément suspendu.

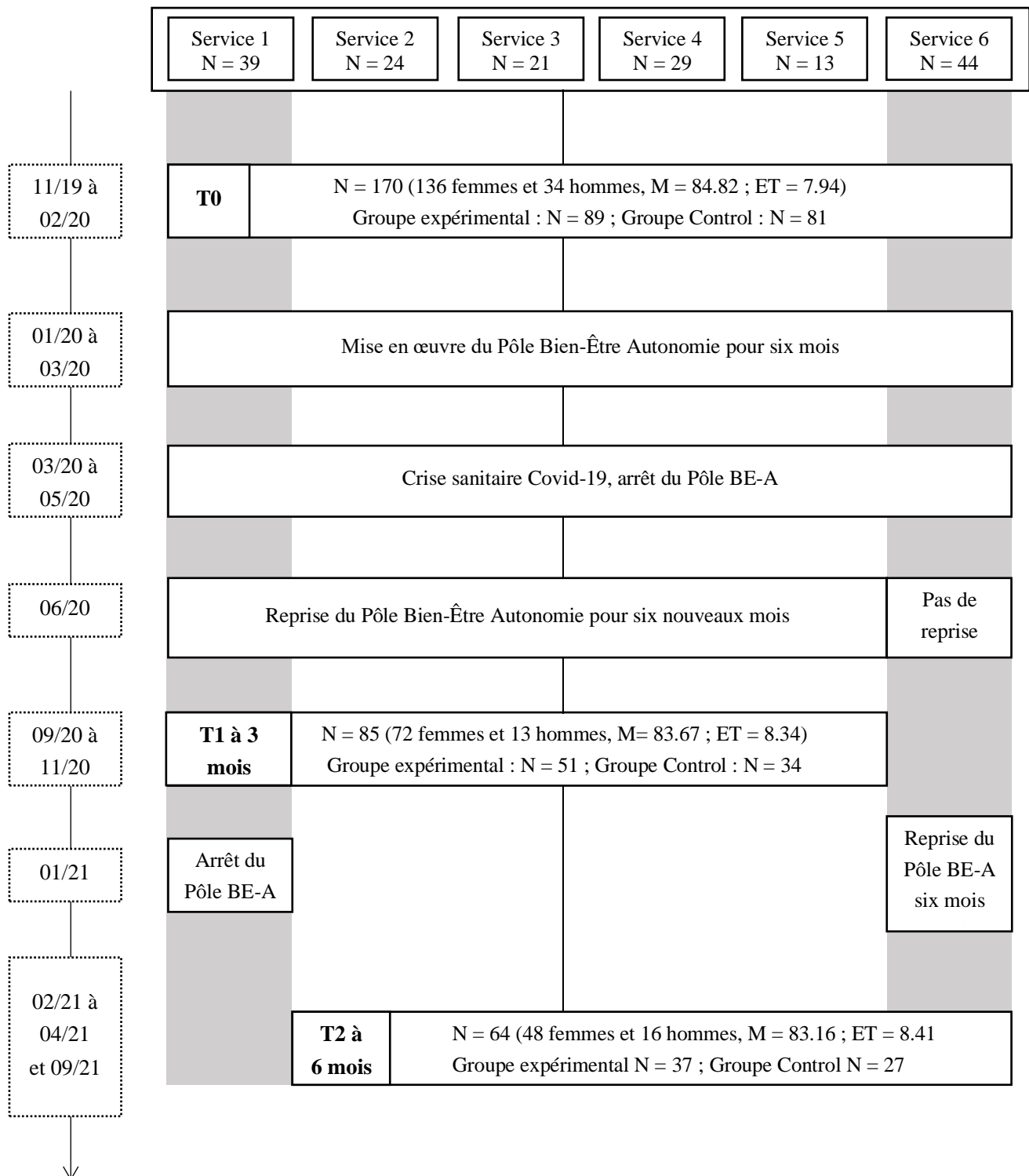
A la levée du confinement en mai 2020, malgré la limitation des déplacements encore en vigueur en France et à l'aide des équipes soignantes sur chaque site, nous avons pu évaluer à nouveau les données de santé physique et mentale auprès de 50 personnes âgées ($M = 83.1$; $SD = 8.77$). Ces données, comparées à celle du T0 de l'ECR, nous ont permis de tester l'impact du

confinement sur l'autonomie et la santé mentale des personnes âgées, l'ensemble constituant ainsi notre deuxième étude (chapitre 6).

Le programme a pu reprendre pour six nouveaux mois dans la majorité des services en juin 2020. Cependant le deuxième confinement en octobre 2020 ainsi que l'accentuation des difficultés liées au manque de personnel dans les équipes n'ont pas permis de maintenir le rythme initialement prévu. Certains services ont ainsi été dans l'obligation de suspendre à nouveaux les Soins de Prévention et de Soutien, parfois auprès de plusieurs usagers, parfois sur l'ensemble du service. La figure 1 représente les variations de participants aux différents temps de mesure de cet ECR qui se sera finalement étendu sur deux années. Au total, ce travail de thèse représente ainsi plus de 320 heures d'entretien dans sept départements de France. Si une telle étude se révèle coûteuse en temps, elle est également enrichie par l'expertise des professionnels sur le terrain et les nombreux échanges avec les usagers des services.

Figure 1

Calendrier et participants évalués aux différents temps de mesure de l'ECR



Matériel

De la même manière que pour la partie précédente, les chapitres 5, 6 et 7 décriront les questionnaires utilisés pour chaque étude. Cette partie synthétise donc l'ensemble des outils qui nous ont permis d'évaluer la santé mentale et l'autonomie des participants.

Comme expliqué dans la partie Introduction du présent manuscrit, le modèle théorique n'ayant pas encore été arrêté à ce stade, le matériel utilisé dans l'étude pilote se distingue des deux autres études. Un des objectifs de cette première évaluation étant de tester les construits les plus sensibles pour la population étudiée, un large éventail de questionnaires en lien avec le bien-être a été utilisé. On retrouvera ainsi au Chapitre 5 des questionnaires mesurant le bien-être psychologique, le bien-être physique, l'autonomie psychologique, le bien-être perçu, l'anxiété, la dépression, la qualité de vie, l'estime de soi et les activités instrumentales de la vie quotidienne (Annexe 5).

Les études du chapitre 6 et 7 portent toutes les deux sur les variations de santé mentale, de persévérances dans les activités autodéterminées et de l'autonomie physique. Les indicateurs positifs (bien-être émotionnel, social et psychologique) de santé mentale sont évalués à travers le Continuum de Santé Mentale (Keyes, 2002) et les indicateurs négatifs (anxiété et dépression) par l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale, (Zigmond & Snaith, 1983) (Annexe 5). La persévérance dans les activités autodéterminées et l'autonomie physique sont mesurées respectivement avec les adaptations de l'EMPA (Vallerand & O'connor, 1991) et des échelles ADL (Katz et al., 1963) et IADL (Lawton & Brody, 1969) décrites précédemment.

Les retours qualitatifs

C'est lors des entretiens T0 que nous présentions le programme proposé aux participants et, régulièrement, les usagers semblaient agréablement surpris d'apprendre que ce programme serait compris dans l'offre de soins habituellement dispensés par les services. Alors qu'il n'était

pas prévu de réaliser des entretiens qualitatifs, nous avons obtenus de nombreux retours qualitatifs lors des appels téléphoniques ou des mails mensuels échangés avec chaque service ainsi que pendant les entretiens T1 et T2.

La mise en œuvre des SPS a été très bien accueillie. Parfois deux SPS étaient regroupés pour un même objectif : un atelier mobilisation pour acheter les ingrédients nécessaires à l'atelier nutrition du lendemain. Les soins esthétiques et les massages ont eu davantage de succès dans les zones urbaines, ils étaient vécus comme un réel instant de détente, certains usagers affirmaient avoir moins de douleurs grâce à ces SPS. Les soins esthétiques étaient particulièrement demandés par les femmes avant la visite d'un membre de la famille, traduisant alors l'envie d'être belle pour ses proches. Dans les zones plus rurales, des voisins se joignaient à la dyade soignant-soigné pour les ateliers lecture et mobilisation ou pour partager les confections de l'atelier nutrition, renforçant ainsi le lien social de ces personnes habituellement isolées. Chaque séance suivante était attendue avec impatience et lors des confinements ou des congés annuels des soignants, les usagers espéraient pouvoir reprendre rapidement ces activités. Il faut tout de même relever que le SPS Mobilisation est celui qui a eu le plus de succès auprès des participants. Revoir son quartier, la rivière, ou parfois simplement son jardin a procuré d'intenses émotions chez ces personnes qui n'étaient pas sorties de chez elle depuis parfois plusieurs années. Ces retours qualitatifs sont présentés en Annexe 6

Concernant les aides-soignants, des retours similaires ont été obtenus auprès des responsables de service. Malgré l'adaptation et l'autonomie que ces Soins de Prévention et de Soutien représentaient, l'ensemble des aides-soignants de chaque service semblaient très investis et enthousiastes à l'idée de diversifier leurs objectifs professionnels. Plusieurs soignants ont rapporté que ces SPS permettaient de sortir du contexte de soin et ainsi de percevoir les usagers différemment, la relation soignant-soigné était considérée d'égal à égal lors de ces soins. Ils ont perçu davantage de reconnaissance lors de la réalisation de ces soins

et ces remerciements ont également été adressés aux responsables des services par les familles qui constataient les bienfaits de ces activités sur leur proche.

Références

- Hébert, R., Carrier, J., & Bilodeau, A. (1983). Élaboration d'un instrument de mesure des handicaps: Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). Montréal: Edition sciences des systèmes 1983:409-413. First international conférence on systems science health/ social services for the elderly and the disabled., Tilquin C ed: SYSTED 83.
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914–919.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum: From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179–186.
- Marcum, C. S. (2013). Age Differences in Daily Social Activities. *Research on Aging*, 35(5), 612–640. <https://doi.org/10.1177/0164027512453468>
- Rousseau, J., Denis, M.-C., Dubé, M., & Beauchesne, M. (1995). L'activité, l'autonomie et le bien-être psychologique des personnes âgées. *Loisir et Société / Society and Leisure*, 18(1), 93–122. <https://doi.org/10.1080/07053436.1995.10715492>
- Vallerand, R. J., & O'connor, B. P. (1991). Construction et Validation de L'échelle de Motivation Pour Les Personnes Áées (EMPA). *International Journal of Psychology*, 26(2), 219–240. <https://doi.org/10.1080/00207599108247888>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361–370.

Chapitre 5. Personnes âgées à domicile avec limitations fonctionnelles : étude préliminaire d'une intervention centrée sur le bien-être et l'autonomie

Statut de l'article : Accepté et publié dans le Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne du Vieillissement

Cet article correspond au premier travail réalisé au cours de ce doctorat et représente également les premières réflexions sur la plausibilité de supposer un lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie. Le modèle théorique n'ayant pas encore été arrêté à ce stade, les concepts utilisés et les hypothèses avancées ont été rédigés avant que nos choix ne s'affinent au regard de la littérature.

Par ailleurs, cet article ayant été publié dans la revue susnommée, il sera présenté dans sa version intégrale. Les parties introductives présentant le cadre théorique, notamment concernant l'autonomie et le lien avec le bien-être, ont déjà été exposées dans les chapitres précédents.

Résumé

Dans un contexte de vieillissement démographique, prévenir la perte d'autonomie représente un enjeu majeur. Adapter les systèmes de soins pour favoriser le maintien des personnes âgées à domicile est un défi quotidien. La Mutualité Française, Société Mutualiste nationale, a mis en place dans l'une de ses antennes un programme innovant de renforcement du bien-être : le Pôle Bien-Etre Autonomie. Composé de cinq Soins de Prévention et de Soutien, ce programme postule que le renforcement du bien-être des personnes âgées présentant déjà certaines limitations physiques permettrait de prévenir le déclin de leur autonomie. L'originalité de ce programme est de s'adresser à un public très peu sollicité dans les études sur la prévention de

la perte d'autonomie en raison des limitations fonctionnelles existantes. Une première évaluation sur trois mois a été menée afin de vérifier la faisabilité méthodologique d'une évaluation d'impact et de fournir des résultats préliminaires concernant l'efficacité du programme. Les principaux résultats indiquent une amélioration des niveaux d'estime de soi, de bien-être physique, d'autonomie psychologique et une diminution de l'anxiété. Les limites méthodologiques identifiées par cette première étude de faisabilité et les perspectives pour des recherches futures sont discutées.

Mots clés : autonomie, bien-être, maintien à domicile, personnes âgées, aides-soignants, activités

Abstract

In the context of demographic ageing, preventing autonomy loss is a major issue. Adapting care systems to help keep seniors at home is a daily challenge. “La Mutualité Française”, a national mutual insurance company, has implemented in one of its health care services an innovative program to strengthen well-being: “The Well-being-Autonomy Pole.” This program comprises five Prevention and Support Care actions and hypothesizes that strengthening the well-being of elderly people already suffering from physical limitations would prevent their autonomy decline. The originality of this program is its focus on elderly people that have rarely been studied in terms of preventing autonomy loss, given their existing functional limitations. A first evaluation over three months was carried out to verify the methodological feasibility of an impact evaluation and to provide preliminary results on the effectiveness of the program. Key findings suggest improved levels of self-esteem, physical well-being, psychological autonomy, and decreased anxiety. Limitations of this first evaluation and perspectives for future research are discussed.

Keywords: autonomy, well-being, homecare, seniors, care-givers, activities

Introduction

Le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique depuis un certain nombre d'années. Cette transition démographique devient problématique dès lors que l'augmentation de la longévité n'est pas toujours accompagnée d'un vieillissement en bonne santé. Le rapport de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé, 2016) définit le « Vieillissement en bonne santé » comme « *étant le processus de développement et de maintien des capacités fonctionnelles qui permettent aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être* » (p.14). Cependant, selon un rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, parmi la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile en France, on relève environ six millions d'individus avec au moins une limitation fonctionnelle (sensorielle, physique ou cognitive) ou une difficulté à se laver (Brunel & Carrère, 2017). Cette perte d'autonomie engendre de lourdes conséquences financières, sociétales et humanitaires. Par exemple, le Cercle de l'Épargne a fixé le coût total de la dépendance en 2017 entre 41 et 45 millions d'euros, la moitié de ce chiffre étant dédiée aux dépenses de soins et un gros tiers étant dédié aux aides formelles pour les activités de la vie quotidienne (Le Cercle de l'Épargne, 2017). Il existe donc un enjeu humanitaire et économique à prévenir les incapacités physiques, sensorielles et cognitives des personnes âgées et à promouvoir le maintien d'une bonne santé tout au long de la vie. Dans cette perspective, le plan d'action de l'OMS 2016-2020 « Vieillir en bonne santé » présente comme objectifs de favoriser le vieillissement en bonne santé et d'adapter les systèmes de santé aux besoins des populations les plus âgées. La santé est elle-même définie par l'OMS comme étant « *un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (OMS, 1946). Ainsi, dans son rapport, l'OMS préconise la prévention des incapacités physiques et intellectuelles des personnes âgées et parallèlement la promotion de leur bien-être subjectif (OMS, 2016).

Dans ce contexte de vieillissement démographique et en réponse aux recommandations de l’OMS, un Service de Soins Infirmiers A Domicile (SSIAD), très impliqué dans le maintien de l’autonomie de ses usagers, a souhaité développer en novembre 2017 et en parallèle des soins de nursing habituels (soins d’hygiène) un véritable programme d’activités en direction des personnes âgées à domicile dénommé le Pôle Bien-être Autonomie (Pôle BE-A). Dans l’objectif de préserver l’autonomie de cette population qui présente déjà des incapacités physiques, les aides-soignants de ce SSIAD proposent à leurs usagers cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS) visant à l’amélioration de leur niveau de bien-être subjectif et pour lesquels ils ont tous été formés : atelier lecture, soins esthétiques, massages relationnels, atelier nutrition et mobilisation autonomie. Chacune des activités proposées a été conçue pour augmenter certaines ressources psychologiques favorisant le bien-être (sentiment de maîtrise, estime de soi, appartenance sociale, sens donné à la vie, etc.). Par exemple, non seulement le massage et l’esthétique peuvent permettre de réduire les douleurs, mais ils peuvent contribuer à améliorer l’estime de soi et l’image corporelle des personnes âgées. Ainsi, ces différentes interventions peuvent permettre aux personnes âgées de satisfaire leurs besoins psychologiques comme de retrouver une estime de soi, de renforcer le sens donné à la vie ou l’acceptation de soi (Tableau 1).

Tableau 1

Description des cinq Soins de Prévention et de Soutien et des ressources psychologiques ciblées.

SPS	Description du SPS	Ressources psychologiques ciblées
Mobilisation autonomie	Exercice de relevé du sol, marche intérieure, sortie extérieure	Sentiment de sécurité, relations sociales positives, estime de soi, diminution des symptômes anxiodépressifs

Massage relationnel	Toucher relationnel sur le corps et/ou le visage	Acceptation de l'image corporelle, diminution des symptômes anxiodépressifs
Soin esthétique	Soin des mains et/ou du visage , épilation, maquillage	Acceptation de l'image corporelle, diminution des symptômes anxiodépressifs
Atelier lecture	Lecture d'un support, jeux, jeux de mot	Relations sociales positives, diminution des symptômes anxiodépressifs
Atelier nutrition	Choix, confection et partage d'une recette	Estime de soi, relations sociales positives, diminution des symptômes anxiodépressifs

Ainsi, l'intérêt du Pôle BE-A est de proposer un programme de prévention de la perte d'autonomie auprès d'une population qui présente déjà certaines limitations fonctionnelles et qui, de ce fait, n'est pas prise en compte dans la plupart des interventions déjà validées. Ce programme est basé sur l'hypothèse innovante selon laquelle l'amélioration du bien-être de ces personnes serait un déterminant du maintien de leur autonomie. Deux mois après la mise en place de ce programme innovant, et dans une démarche de qualité, la Mutualité Française nous a sollicité afin d'évaluer l'impact de son programme en termes de bien-être et d'autonomie. La présente étude préliminaire, qui vise à évaluer l'efficacité de ce programme, permettra de tester quels construits et mesures associées sont les plus sensibles pour cette population particulière, mais aussi quelles sont possiblement les sous-populations les plus pertinentes à cibler, ainsi que l'importance du nombre de SPS effectués.

Interventions existantes en lien avec le concept d'autonomie

Les préoccupations politiques sur le vieillissement ont engendré de nombreuses interventions afin de prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Par exemple, une synthèse de 2018 (Lamboy, Cotton, Hamel, & Soleymani, 2018) montre l'efficacité de certaines interventions sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées à domicile. La promotion d'activité physique (comme la pratique d'exercices aquatiques ou l'entraînement aérobic)

permet de renforcer les aptitudes fonctionnelles et cognitives essentielles au maintien d'une vie autonome. Des actions culturelles permettraient de réduire le nombre de chutes et les symptômes anxio-dépressifs. Les visites à domicile portant sur des thématiques de nutrition permettent de réduire l'isolement et d'améliorer la qualité de vie physique nécessaire au maintien de l'autonomie des aînés. D'autres interventions de prévention de la perte d'autonomie ont déjà été validées et appuient cette recherche. Une méta-analyse sur 159 essais (Gillespie et al., 2012) a montré que la sécurisation du domicile permettrait de réduire le taux de chute (OR = 0.81 ; IC à 95% = 0.68-0.97) et le risque de chute (RR = 0.88 ; IC à 95% = 0.80-0.96). Une autre méta-analyse de 2016 a conclu que l'entraînement physique (exercice d'aérobic) sur les personnes de 70 ans et plus a un effet significatif et positif sur la santé, le maintien des capacités physiques et cognitives et sur leur qualité de vie (Bouaziz et al., 2017). Mais la majorité de ces interventions ne ciblent que des personnes âgées qui présentent un bon niveau de capacités physiques. Ces programmes deviennent donc inadaptés lorsqu'ils s'adressent à une population avec plusieurs limitations fonctionnelles (i.e., difficultés ou impossibilités de se lever, de se laver, de se déplacer, de faire ses courses ou encore de préparer à manger) et qui de ce fait requiert l'intervention d'un service de soin à domicile.

Par ailleurs, même si la notion d'autonomie dans le vieillissement fait généralement référence aux aptitudes physiques d'un individu, c'est-à-dire à la capacité de réaliser seul les gestes de la vie quotidienne nécessaires à la survie et au bien-être de l'individu (hygiène corporelle et alimentaire, mobilité) et lui permettant d'assurer une vie autonome au sein de la communauté (gérer son budget, utiliser les transports en commun), plusieurs travaux mettent en évidence l'intérêt de considérer pleinement les capacités cognitives et sociales des personnes âgées. Par exemple, pour certains auteurs, être autonome renvoie à être perçu comme un individu à part entière, à être capable d'agir et à être responsable de ses actes (Lindberg, Fagerström, Sivberg, & Willman, 2014). Dans un contexte de soin, comme c'est souvent le cas

pour les personnes âgées à domicile, il semble important de prendre en compte le processus relationnel entre le patient et le soignant, c'est-à-dire de percevoir un patient comme étant autonome à travers son interaction avec le soignant (Lindberg et al., 2014). D'autres chercheurs insistent sur l'importance de l'autonomie psychologique, ou la « *volonté d'un individu d'exercer soi-même son pouvoir décisionnel et son pouvoir d'agir en tenant compte de trois facteurs : la dynamique de l'individu, les capacités personnelles et l'intégration sociale* » (Lamy, 1993). L'autonomie psychologique est un ingrédient essentiel du vieillissement réussi, elle permet notamment de renforcer l'estime de soi, l'engagement dans des activités et la satisfaction de vie (Lamy, 1993; Rakowski & Cryan, 1990). Ainsi, dans la présente étude, le concept d'autonomie est considéré à la fois sous des dimensions physiques et psychologiques, ce qui permet également d'être plus inclusif en termes de population et de pouvoir considérer des personnes âgées qui présentent déjà des limitations physiques.

Liens entre autonomie et bien-être en population âgée

Les différentes actions de prévention de la perte d'autonomie choisissent de cibler des éléments de santé physique, et laissent de côté un déterminant pourtant identifié comme central dans le maintien de l'autonomie : le bien-être (Guerrero-Escobedo, Tamez-Rivera, Amieva, & Avila-Funes, 2014 ; Stamm, Pieber, Crevenna, & Dorner, 2016). De nombreuses recherches ont déjà montré la possibilité d'améliorer les niveaux de bien-être des personnes âgées, notamment en termes d'activités de loisirs et d'engagement social (Joulain, Alaphilippe, Bailly, & Hervé, 2010). Par exemple, une étude montre que la pratique d'activités sociales et la pratique d'activités physiques diminuent significativement le niveau de dépression des personnes de 65 ans et plus (Joulain et al., 2010). D'autres auteurs ont démontré que des stimulations cognitives liées à la pratique d'activités de loisirs semblent plus efficaces que des stimulations plus conventionnelles sur l'amélioration des niveaux d'estime de soi (Grimaud, Taconnat, & Clarys,

2017). Enfin, plusieurs chercheurs insistent sur le lien étroit qu'il existe entre la pratique d'activités qui ont du sens pour les aînés et l'amélioration de leur bien-être, indépendamment de la fréquence de ces activités (Joulain et al., 2010; Reis, Sheldon, Gable, Roscoe, & Ryan, 2000). Le bien-être est la cible de beaucoup d'études sur le vieillissement et, au regard d'un certain nombre de travaux, la pertinence d'étudier le lien entre l'autonomie et le bien-être semble être avérée (Gale, Westbury, & Cooper, 2018; Guerrero-Escobedo et al., 2014; Ryff, 1995). Cependant, s'agissant essentiellement d'études corrélationnelles, la possibilité que le bien-être puisse être un déterminant de l'autonomie semble empiriquement plus confuse. Néanmoins, au vu du nombre de personnes âgées qui présentent des limitations fonctionnelles, un intérêt certain pourrait être porté à l'étude du lien directionnel entre le bien-être et l'autonomie. La présente étude préliminaire représente une première étape dans ce sens.

Le concept de bien-être dans le vieillissement

La littérature en psychologie du vieillissement présente plusieurs théories modélisant les dimensions du bien-être, désormais conceptualisé comme un ingrédient essentiel du vieillissement réussi (Heckhausen, Wrosch, & Schulz, 2010; Ryff & Keyes, 1995). En 1995, les travaux de Ryff décrivent que tout être humain a besoin de satisfaire six besoins fondamentaux pour prétendre au bien-être : l'autodétermination (penser et agir sans tenir compte de la pression sociale), les relations positives (avoir des relations satisfaisantes et de confiance), le sens donné à la vie (avoir des croyances et des objectifs qui donnent du sens à la vie passée et présente), l'acceptation de soi (attitude positive envers sa personnalité), la maîtrise de l'environnement (se sentir responsable) et le développement personnel (enrichir ses connaissances, se développer) (Ryff, 1995). Des travaux sur la motivation insistent sur la nécessité de renforcer la satisfaction de ces six besoins fondamentaux de la personne vieillissante afin de promouvoir son bien-être (Ryff, 1995). En 1998, d'autres auteurs

redéfinissent le bien-être avec six autres dimensions : l'estime de soi, le bonheur, l'équilibre émotionnel, l'engagement social, la sociabilité et le contrôle de soi (Massé et al., 1998). Puis en 2000, afin d'évaluer l'impact d'une intervention auprès des retraités, une représentation multidimensionnelle du bien-être est utilisée à travers différents indices : la satisfaction de vie, l'estime de soi, le sens à la vie, les affects positifs, les affects négatifs, la dépression, l'anxiété et le développement personnel (Dubé, Bouffard, Lapierre & Labelle, 2000). Ainsi, au regard de ces différentes représentations, il semble important d'adopter une conception étendue du bien-être. De plus, bien que le terme de bien-être soit régulièrement associé à plusieurs terminologies (subjectif, psychologique, émotionnel), il semble que la distinction entre ces différentes notions ne soit pas rigoureusement déterminée. Le terme de bien-être subjectif est utilisé dans la présente étude préliminaire pour sa conception plus large, comprenant à la fois une composante affective (affects positifs et négatifs) et une composante cognitive (satisfaction de vie). Le modèle de Ryff (1995), complété par des indices de qualité de vie et d'estime de soi, caractérisera la composante cognitive du bien-être ; les mesures d'anxiété et de dépression définiront la composante affective. Enfin, une mesure du bien-être physique et psychologique permettra d'évaluer plus globalement le concept.

Objectifs de la présente étude

Sur la base de cette définition plus englobante du bien-être, différentes études scientifiques mettent en évidence que les dimensions du bien-être subjectif (e.g., estime de soi, sentiment de maîtrise, relations sociales positives, anxiété) ont un impact sur les réserves fonctionnelles des individus et donc, à terme, possiblement sur leur capacité à maintenir une vie autonome (Doba et al., 2016; Gale et al., 2018; Rodríguez-Díaz, Pérez-Marfil, & Cruz-Quintana, 2016). Ainsi par exemple, les travaux sur la prévention des chutes montrent que les personnes âgées avec un haut sentiment d'auto-efficacité ou encore avec un faible niveau d'anxiété sont moins sujettes

aux chutes (Gallagher, Clarke, Loveland-Cherry, Ronis, & Gretebeck, 2015; Morsch, Shenk, & Bos, 2015). Ces travaux fournissent des bases indirectes venant soutenir la pertinence et la plausibilité de supposer un lien directionnel entre le bien-être et l'autonomie. La présente étude préliminaire représente une première étape en ce sens auprès d'une population qui présente déjà plusieurs limitations physiques et qui, de ce fait, échappe à la vigilance de la plupart des travaux sur l'autonomie qui se focalisent essentiellement sur une population présentant un bon niveau d'aptitudes physiques. En effectuant une première évaluation du Pôle Bien-Etre Autonomie (i.e., programme innovant de renforcement du bien-être), la présente étude préliminaire permettra de tester quels sont les construits (autonomie psychologique et physique, bien-être physique et psychologique) et mesures associées (anxiété, dépression, qualité de vie, satisfaction des besoins fondamentaux, estime de soi) les plus sensibles dans le temps (3 mois) pour cette population particulière, quelles sont possiblement les sous-populations les plus pertinentes à cibler, ainsi que l'importance du nombre de SPS effectués.

Méthodologie

Participants

Les personnes ayant participé à cette étude étaient toutes des usagers du SSIAD régit par la Mutualité Française Auvergne Rhône-Alpes, soit des personnes âgées de soixante ans et plus ($M = 71.9$ ans ; $ET = 16.6$) résidant à leur domicile et bénéficiant de Soins de Prévention et de Soutien (SPS). Seuls les usagers présentant un score minimum de 18 au Mini Mental State Examination (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) ont été sollicités. Ce score limite permettait de s'assurer de l'absence de déficience cognitive (Hadjistavropoulos et al., 2007).

Une première évaluation a été effectuée auprès de 26 usagers en février/mars 2018 (t_0), deux mois après la mise en place du Pôle BE-A. La deuxième batterie de questionnaires a été complétée trois mois après la première, soit en mai/juin 2018 auprès de 19 usagers (t_1). La

différence en termes de nombre de participant entre les deux temps de l'étude s'explique par le critère initial d'inclusion (score au MMSE inférieur à 18 en t₁ pour quatre participants), par le refus d'un usager à participer à la deuxième batterie de questionnaires et par le décès de deux participants entre les deux temps d'évaluation.

Description des principales caractéristiques de santé et socio-démographiques de l'échantillon

Au total, sur les 19 usagers (17 femmes et deux hommes) qui ont participé aux deux entretiens, huit d'entre eux étaient en Groupe Iso-Ressources (GIR) 2, deux en GIR 3, sept en GIR 4 et deux étaient en GIR 5. Le GIR définit le niveau d'autonomie physique des personnes âgées à partir de la grille AGGIR (Syndicat National de Gérontologie Clinique, 1994), le niveau 1 étant le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le niveau 6 le plus faible. Les participants recevaient en moyenne trois visites par semaine en dehors des visites du SSIAD (de 0 pour certains à 10 pour d'autres). Concernant le statut familial des participants, cinq étaient veufs, trois étaient divorcés, cinq étaient célibataires et six étaient mariés. Le nombre d'enfant moyen était de 2.1 et neuf participants bénéficiaient de la présence d'un aidant au quotidien. Pour le niveau d'étude, huit participants avaient interrompu leur parcours scolaire à la fin de l'école primaire, sept avaient obtenu le certificat d'étude, deux avaient obtenu un CAP, et deux avaient obtenu le BAC et un diplôme supérieur. Concernant les professions exercées, une participante avait été femme au foyer, 14 avaient exercé un emploi d'ouvrier, deux avaient été techniciens et deux avaient eu le statut de cadre. Enfin, ils ont tous bénéficié d'une ou plusieurs séances de un à quatre SPS différents sur cette période de trois mois. Le nombre de séances moyen dont les usagers ont bénéficié était de 10.6 (Minimum = 4 ; Maximum = 33). Du fait de la diversité des participants, l'échantillon de cette étude présente une grande hétérogénéité. Des résultats complémentaires, prenant en compte les différentes caractéristiques des participants, seront exposés à la suite des analyses principales de cette étude.

Comparaison des données descriptives de l'échantillon à celles reportées dans la littérature sur les principales mesures d'intérêt (voir leur description dans la partie Matériel ci-dessous)

Afin de pouvoir comparer de manière descriptive les caractéristiques physiques et mentales des personnes ayant participé à la présente étude, le Tableau 2 présente les scores moyens (et écarts-types) observés pour certaines dimensions du bien-être et de l'autonomie à côté de ceux reportés dans la littérature sur des personnes âgées du même âge ne présentant pas de limitation fonctionnelle. Ainsi, il semble que les participants à cette étude présentent des scores moyens proches de ceux rapportés dans la littérature pour les mesures de dépression et de qualité de vie mentale. Cependant, au regard des moyennes et des écarts-types du Tableau 2, il semble apparaître une grande différence pour les autres mesures. Le niveau d'anxiété des usagers du SSIAD semble beaucoup plus fort que celui des personnes âgées étudiées dans la littérature, et les niveaux de bien-être physique et psychologique, de qualité de vie physique, d'autonomie psychologique, d'autodétermination, de maîtrise de l'environnement, de développement personnel, de relations positives, de sens à la vie et d'acceptation de soi semblent beaucoup plus faibles que ceux rapportés dans la littérature.

Tableau 2

Scores moyens obtenus par les participants de cette étude et scores moyens obtenus par des personnes âgées du même âge dans la littérature sur les indicateurs d'intérêt.

	Echantillon à t₀		Littérature		Références
	Score moyen	Ecart-type	Score moyen	Ecart-type	
Anxiété	8.105	4.605	4.68	3.61	(Roberge et al., 2013)
Dépression	4.263	3.679	3.56	3.39	
Bien-être physique perçu	30.052	8.243	39.6	7.4	(Reker & Wong, 1984)
Bien-être psychologique perçu	30.263	6.539	36.3	1.7	
Qualité de vie physique	30.22	9.69	43.65	11.02	(Ware et al., 1995)

Qualité de vie mentale	48.43	12.65	52.10	9.53	
Autonomie psychologique	95.737	12.17	116.86	/	(Lamy, 1993)
Autodétermination	13.526	2.525	15.90	2.29	
Maitrise de l'environnement	10.316	2.083	16.09	1.95	
Développement personnel	12.474	2.118	14.88	2.69	
Relations positives	13.579	2.567	16.29	2.15	(Kirby et al., 2004)
Sens à la vie	10.895	2.447	13.44	2.97	
Acceptation de soi	12.947	3.239	14.73	2.82	

La première colonne comprend les scores moyens de l'échantillon de cette étude à t₀, la deuxième colonne renvoie aux scores moyens de certains travaux de la littérature portant sur la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées à domicile du même âge.

Matériel

Une batterie comprenant différents questionnaires validés a été utilisée afin de pouvoir mesurer au mieux les conceptions multidimensionnelles du bien-être et de l'autonomie détaillées précédemment.

Questionnaire de l'Autonomie Psychologique (QAP, Dubé, Lapierre, Alain, & Lalande, 1990). Ce questionnaire québécois validé auprès des personnes âgées francophones mesure deux dimensions de l'autonomie psychologique : le contrôle comportemental (14 items) et le contrôle décisionnel (14 items). Ces deux dimensions comprennent chacune trois facteurs : la dynamique de l'individu (sur les aspects émotif, cognitif et volonté), les capacités (cognitives, sociales et physiques) et l'intégration sociale. Les tests de fidélité effectués montrent une excellente consistance interne avec un coefficient alpha de Cronbach de 0.89 pour la globalité de l'échelle.

Echelle du bien-être psychologique (Ryff & Keyes, 1995). Cette échelle mesure les six besoins fondamentaux du bien-être selon la théorie de l'auteur : l'autodétermination, la maîtrise de l'environnement, le développement personnel, les relations positives, le sens donné à la vie et l'acceptation de soi. Dans cette évaluation, une version courte à 18 items a été choisie en

raison du temps de passation, l'alpha de Cronbach varie de 0.33 à 0.56 selon les dimensions. Chaque item est évalué sur une échelle de six points (de « 1 » : Désaccord à « 6 » : Accord) selon si l'énoncé s'applique à la situation vécue par l'individu interrogé.

Perceived Well-Being Scale (PWB, Reker & Wong, 1984). Cette échelle est composée de 14 questions qui mesurent le bien-être à travers deux indicateurs globaux, huit questions portent sur l'indicateur de bien-être physique et six portent sur l'indicateur de bien-être psychologique. Chaque item est présenté sous forme d'affirmation pour laquelle l'individu juge sur une échelle de 7 points (de fortement d'accord à fortement en désaccord) à quel point elle lui correspond. Elle a été traduite en français par Vézina, Bourque, et Bélanger, en 1988. L'alpha de Cronbach est de 0.82 pour le bien-être psychologique et de 0.78 pour le bien-être physique.

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond & Snaith, 1983). Cette échelle permet de mesurer le niveau d'anxiété des patients ainsi que leur niveau de dépression en 14 items (sept pour l'anxiété et sept pour la dépression). Chaque item est coté de 0 à 3 points, les scores d'anxiété et de dépression peuvent donc varier de 0 à 21 points. Le coefficient alpha de Cronbach varie entre 0.79 et 0.90 selon les études pour les deux sous échelles. La version française de cette échelle a été validée par Lépine, Godchau, Brun, et Lempérière en 1985.

Medical Outcome Study Short Form (MOS SF-12, Ware et al., 1996). Ce questionnaire est un outil de mesure quantitative de la qualité de vie en rapport avec l'état de santé perçu. Il s'agit de la version courte du SF-36, validé en français (Leplège, Ecosse, Verdier, & Perneger, 1998). Il permet d'obtenir deux scores : un score de qualité de vie mentale (MCS, Mental Component Summary Scale) et un score de qualité de vie physique (PCS, Physical Component Summary Scale). Chaque item fait appel à une échelle de Likert et le score est ensuite pondéré afin d'obtenir une note allant de 0 (qualité de vie minimale) à 100 (qualité de vie maximale).

Questionnaire de Satisfaction Corporelle et de Perception Globale de Soi (QSCPGS, Evers & Verbanck, 2010). Ce questionnaire mesure l'estime de soi et a été validé auprès de sujets non cliniques. Il est composé de deux parties constituées chacune de dix items. La première cherche à évaluer comment l'individu perçoit son corps et la seconde permet de mesurer la perception qu'il a de lui-même de façon plus générale. Chacun des items est une dyade composée d'un terme positif (bonne santé, pur, calme...) et du terme contraire négatif (mauvaise santé, impur, nerveux...) ; ces deux expressions sont opposées par une échelle de Likert en 5 points (de 1 : « très peu » à 5 : « très fort ») présentés en miroir et séparés en leur centre par le 0.

Instrumental Activities of Daily Living (IADL, Lawton & Brody, 1969). Issue des travaux sur les activités de la vie quotidienne (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, & Jaffe, 1963), cette échelle mesure le niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (utiliser le téléphone, faire les courses et la cuisine, faire le ménage et la lessive, utiliser les transports en communs, prendre ses médicaments, gérer son budget). La dépendance est évaluée en 0 ou 1 point pour chaque item. Un score faible traduit un niveau de dépendance élevé.

Procédure

L'ensemble des mesures a été recueilli à deux reprises, lors d'une première session (t_0) au début du programme, environ deux mois après sa mise en place, et lors d'une seconde session (t_1) trois mois après la première. Un cahier d'observation a été élaboré comprenant les critères d'inclusion et l'ensemble des questionnaires énoncés précédemment. Seul le questionnaire des IADL était complété par l'équipe soignante au sein du SSIAD. Avant la passation, tous les participants à cette évaluation ont reçu en t_0 et t_1 une lettre signée de l'infirmière coordinatrice leur expliquant la démarche. Puis un rendez-vous était convenu (par téléphone ou via les aides-soignants). Les passations se déroulaient au domicile des usagers en hétéro-évaluation afin de

permettre aux usagers un moment d'échange et de partage mais aussi pour éviter de trop nombreuses réponses manquantes, une mauvaise compréhension des consignes ou des situations d'échec. Le temps de passation était d'environ 45 à 60 minutes par session et pour chaque participant.

Hypothèses

Les usagers du SSIAD bénéficiant du Pôle Bien-Etre Autonomie devraient présenter un meilleur niveau de bien-être subjectif en t_1 (comparativement à t_0) à travers l'amélioration des deux indicateurs globaux (bien-être physique et bien-être psychologique) et des deux composantes du concept (cognitive et affective). Une augmentation du niveau de l'estime de soi, de la qualité de vie et de la satisfaction des six besoins fondamentaux (autodétermination, maîtrise de l'environnement, développement personnel, relations positives, sens donné à la vie et acceptation de soi) traduirait une amélioration de la composante cognitive. Une diminution des niveaux d'anxiété et de dépression traduirait une amélioration de la composante affective. Concernant l'autonomie, la littérature sur la prévention de la perte d'autonomie montre qu'en l'absence d'intervention, le niveau d'autonomie physique des personnes âgées décline naturellement en lien avec le processus de vieillissement, contrairement aux personnes qui bénéficient d'une intervention de prévention (Gitlin et al., 2006; Pardessus et al., 2002). Ainsi, dans la présente étude les participants devraient présenter un déclin limité de l'autonomie physique en t_1 . Enfin, le niveau d'autonomie psychologique des usagers devrait s'améliorer en t_1 en raison du renforcement de la capacité décisionnelle impliquée dans la participation aux SPS.

Résultats

Résultats pour l'ensemble des bénéficiaires (échantillon total).

Les données récoltées ont tout d'abord été soumises à un test de normalité via le Test de Shapiro-Wilk.

Tableau 3

Récapitulatif et test de normalité des résultats obtenus par les usagers aux différentes échelles du protocole

	Usagers. N= 19								Test de Normalité Shapiro-Wilk		Signification	
	Mini		Maxi		M		ET		W		p	
	T ₀	T ₁	T ₀	T ₁	T ₀	T ₁	T ₀	T ₁	T ₀	T ₁	T ₀	T ₁
QAP	75	75	114	119	95.737	102.474	12.174	12.249	.921	.938	.115	.245
PWB physique	15	19	43	48	30.052	34.316	8.243	8.693	.957	.946	.513	.339
PWB psychologique	18	19	43	42	30.263	31.842	6.539	7.018	.964	.939	.647	.253
BEP	59	60	85	93	73.737	78.105	8.412	10.109	.940	.949	.267	.379
Autodétermination	9	6	18	18	13.526	14.474	2.525	2.875	.958	.891	.539	.034
Maîtrise	7	7	14	14	10.316	10.947	2.083	1.779	.926	.961	.147	.587
Développement	7	9	16	18	12.474	13.474	2.118	2.653	.940	.963	.266	.640
Relation Positive	9	11	18	18	13.579	14.842	2.567	2.522	.946	.895	.335	.039
Sens à la vie	6	4	15	17	10.895	10.684	2.447	3.591	.965	.971	.671	.803
Acceptation	5	10	18	17	12.947	13.684	3.239	1.974	.867	.947	.013	.359
HADS Anxiété	3	1	17	14	8.105	5.842	4.605	3.819	.869	.909	.014	.071
HADS Dépression	0	0	15	13	4.263	4.053	3.679	4.275	.835	.831	.004	.003
MOSSF12 physique	15.535	15.535	54.618	49.069	30.221	32.954	9.690	9.020	.952	.967	.428	.715
MOSSF12 mentale	23.453	25.989	65.193	66.723	48.426	50.101	12.649	12.851	.938	.921	.242	.118
QSCPG	-15	-12	69	76	22.000	29.842	19.276	21.701	.976	.922	.885	.121
IADL	1	1	4	4	2.29	2.29	1.18	1.18	.896	.896	.018	.018

Légende des échelles : QAP : Questionnaire de l'Autonomie Psychologique, PWB : Perceived Well-Being Scale, BEP : Echelle du Bien-Etre Psychologique, HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale, MOSSF12 : Qualité de vie, QSCPG : Questionnaire de la Satisfacation Corporelle et Perception Globale de soi, IADL : Instrumental Activities Daily Living

Les résultats du Tableau 3 permettent de confirmer que les données de l'autonomie psychologique (QAP), du bien-être physique et psychologique (PWB), des sous-échelle du BEP (autodétermination, maîtrise, développement personnel, relations positives, sens à la vie et

acceptation de soi), de la qualité de vie physique et mentale (MOS SF-12) et de l'estime de soi (QSCPG) sont comparables à celles de la population parente, ce qui n'est pas le cas pour l'HADS (anxiété et dépression), ni pour les IADL (autonomie physique). Afin de tester les hypothèses, l'analyse des données comprend ensuite la comparaison de deux séries de mesures pour les 19 participants ayant complété les deux temps de mesures (t_0 et t_1). Aux vues des résultats du test de normalité (Tableau 3), l'utilisation d'un test paramétrique adapté à la structuration de nos données (i.e., mesures répétées) est nécessaire pour les variables qui suivent une distribution normale : l'autonomie psychologique (QAP), le bien-être physique et psychologique (PWB et BEP), la qualité de vie physique et mentale (MOS SF-12) ainsi que l'estime de soi (QSCPG). Le Test de Student pour données appariées est ainsi le plus approprié pour mesurer l'impact du Pôle Bien-Etre Autonomie pour ces variables. Pour les autres variables (anxiété, dépression et autonomie physique), un test non paramétrique (Test de Wilcoxon) pour données appariées sera utilisé.

Le Tableau 4 montre des différences significatives entre t_0 et t_1 au sein de chacune des composantes du bien-être subjectif. Les résultats font apparaître une amélioration de l'autodétermination ($p = 0.049$; $d = 0.484$) et de l'estime de soi (QSCPG : $p = 0.028$; $d = 0.678$) pour la composante cognitive, et une amélioration du bien-être physique ($p = 0.008$; $d = 0.679$) ainsi qu'une diminution de l'anxiété ($p = 0.030$; $d = 0.535$) pour la composante affective. De la même façon, concernant l'autonomie, les analyses montrent une amélioration significative pour la dimension psychologique (QAP : $p = 0.036$; $d = 0.518$). Les indicateurs de taille d'effet de ces différentes mesures traduisent que les scores moyens relevés en t_1 se situent à plus d'un demi écart-type au-dessus des scores moyens relevés en t_0 . Par ailleurs, les scores moyens d'autonomie physique mesurés par l'échelle des IADL ne présentent aucune différence entre t_0 et t_1 .

Tableau 4

Comparaison des moyennes aux scores de bien-être et d'autonomie avant et après la mise en place du Pôle Bien-Etre Autonomie

	Test de Lévène sur l'égalité des variances		Test de Student sur l'égalité des moyennes		Test de Wilcoxon sur l'égalité des moyennes		D de Cohen
	F	p	t	p	W	P	d
QAP	0.000	.979	-2.2582	.036*			0.5181
PWB physique	0.049	.824	-2.9636	.008*			0.6799
PWB psychologique	0.087	.768	-1.9483	.067			0.4469
BEP	0.589	.443	-1.6455	.117			0.3775
Autodétermination	0.294	.588	-2.11	.049*			0.4841
Maîtrise	0.435	.509	-1.2865	.215			0.2952
Développement	0.883	.347	-1.4184	.173			0.3254
Relation Positive	0.019	.890	-1.598	.127			0.3666
Sens à la vie	2.515	.113	0.2758	.786			0.0633
Acceptation	4.138	.042	0.8914	.385			0.2045
MOSSF12 physique	0.089	.764	-1.575	.133			0.2362
MOSSF12 mentale	0.004	.947	-0.0559	.583			0.1284
QSCPG	0.245	.620	-2.3795	.029*			0.6777
HADS Anxiété					122.5	.030*	0.5349
HADS Dépression					68	.668	0.0527
IADL					/	/	/

Comparaisons de moyennes effectuées entre t_0 et t_1 avec les tests de Student et de Wilcoxon sur les différentes échelles. Les résultats significatifs au niveau 0,05 sont illustrés par une étoile (*).

Résultats spécifiques en fonction des principales caractéristiques de santé et socio-démographiques des participants (sous-échantillons).

Au vu de l'hétérogénéité de l'échantillon global, il semblait important d'examiner si les effets observés dans le Tableau 4 sont plus ou moins importants en fonction des caractéristiques de l'échantillon. Pour cela, des analyses de variance mixtes (ANOVA) ont été réalisées sur chacune des variables, prenant en compte, séparément, le niveau de dépendance des participants (GIR 2/3 versus GIR 4/5), leur âge (plus versus moins de 70 ans), le nombre de SPS reçu (un versus plus de un) et le nombre total de séances dont ils ont bénéficié (plus de cinq versus cinq

ou moins). Les résultats significatifs obtenus montrent que le niveau de dépendance initiale des participants et le nombre de SPS semblent impacter respectivement les niveaux d'anxiété et d'autonomie psychologique. Ainsi, les participants qui ont bénéficié de plusieurs SPS différents présentent une amélioration plus importante de leur niveau d'autonomie psychologique en t_1 comparativement aux participants qui n'ont reçu qu'un seul SPS, $F(1,17) = 4.767, p = 0.037$. Et, de la même manière, les participants avec un faible niveau de dépendance initiale (GIR 4/5) présentent une diminution plus importante de leur niveau d'anxiété en t_1 comparativement aux participants avec un niveau de dépendance initiale plus élevé (GIR 1/2), $F(1,17) = 5.080, p = 0.043$.

Discussion

En cherchant à tester l'efficacité du Pôle Bien-Etre Autonomie sur les niveaux de bien-être subjectif et d'autonomie d'une population pour laquelle la plupart des interventions de prévention de la perte d'autonomie restent inadaptées, la présente étude préliminaire avait plusieurs objectifs : tester quels sont les construits et les mesures associées les plus sensibles pour cette population, déterminer quelles sont possiblement les sous-populations les plus pertinentes à cibler ainsi que l'intérêt du nombre de SPS concernés.

La première hypothèse proposait que le Pôle Bien-Etre Autonomie mis en place auprès des personnes âgées, via la mise en œuvre d'un ou plusieurs SPS, améliore leur niveau de bien-être subjectif. Les analyses effectuées ont montré une amélioration significative des niveaux de bien-être physique perçu, d'autodétermination, d'estime de soi et une diminution significative du niveau d'anxiété. Ces résultats concordent avec l'étude de Rodríguez-Díaz et al. (2016) qui montre qu'un programme d'activité physique couplé à de la gestion émotionnelle en institution permet de réduire le niveau d'anxiété et de promouvoir l'estime de soi des bénéficiaires. Mais la particularité de la présente étude est de s'intéresser aux personnes âgées à domicile qui

présentent déjà plusieurs limitations fonctionnelles, et en ce sens les résultats sont particulièrement encourageants pour cette population spécifique. En effet, un faible niveau de bien-être physique, une faible estime de soi et un haut niveau d'anxiété sont trois dimensions résultantes de cette limitation fonctionnelle qui affectent les personnes âgées inscrites dans un parcours de soins infirmiers à domicile. Si l'absence d'un groupe contrôle ne nous permet pas d'affirmer le lien entre la mise en place du programme et l'amélioration de ces trois dimensions, ces résultats obtenus en trois mois seulement restent notables et pourraient s'expliquer à travers différentes perspectives théoriques.

Dans une approche psychosociale du vieillissement, Levy (2009) propose l'hypothèse selon laquelle l'exposition répétée à des stéréotypes négatifs liés au vieillissement engendrerait une internalisation de ces stéréotypes et provoquerait une perception négative du vieillissement. Ce processus pourrait alors avoir des conséquences sur la santé et sur les composantes du bien-être physique, émotionnel et cognitif dès lors qu'on se considère comme une personne âgée. De récentes études ont par ailleurs démontré que la discrimination liée à l'âge accroît la peur de vieillir et menace la perception de son propre vieillissement, ceci entraînant une diminution du niveau d'estime de soi (Giasson, Queen, Larkina, & Smith, 2017; Marquet, Chasteen, Plaks, & Balasubramaniam, 2018). Les participants à la présente étude sont confrontés chaque jour à un renforcement du stéréotype lié au vieillissement : l'intervention des aides-soignants pour des soins de nursing leur renvoie quotidiennement l'image de leurs incapacités et peut laisser place à une vision négative et anxiogène de leur propre vieillissement. Dès lors, on peut tout à fait imaginer que, par exemple, du fait de ses limitations fonctionnelles, un usager ne se sente plus en capacité de cuisiner pour sa famille qui lui rend visite. Dans de telles conditions, le maintien d'une bonne estime de soi peut s'avérer compliqué. La pratique de SPS pourrait ainsi permettre aux personnes âgées de prendre conscience de certaines capacités encore existantes et de réduire l'anxiété face à son propre vieillissement. Pour reprendre l'exemple ci-dessus, l'usager pourrait

retrouver le plaisir de confectionner une pâtisserie pour ses proches grâce à l'Atelier Nutrition. En ce sens, les SPS ont possiblement amélioré l'estime de soi via une diminution de la saillance du stéréotype négatif relatif à la vieillesse. Les croyances stéréotypiques relatives à la vieillesse n'ayant pas été mesurées dans la présente étude, ce mécanisme reste spéculatif mais pourra être investigué dans des recherches futures.

Pour l'anxiété plus particulièrement, une autre explication est possible si on tient compte du score élevé obtenu en t_0 à cet indicateur par les participants de la présente étude comparativement à la moyenne de la population âgée reportée dans la littérature (cf. Tableau 2). Les personnes âgées inscrites dans des parcours de soins à domicile présentent plusieurs incapacités physiques et cela peut entraîner une détresse psychologique en termes d'anxiété liée à la peur de mourir ou à la peur de chuter (Rodríguez Díaz, Cruz-Quintana, & Pérez-Marfil, 2014). Ces incapacités physiques provoquent une diminution du sentiment d'auto-efficacité et engendrent un amoindrissement de la pratique d'activités. Les études montrent que cette diminution des distractions peut avoir des effets néfastes sur la composante affective du bien-être (Bouisson & Swendsen, 2003). Ainsi, il est possible que la pratique de SPS vienne contrer ce schéma en diminuant l'anxiété liée au déclin physique, ce qui augmenterait les perspectives futures des bénéficiaires à travers le renforcement du sentiment d'auto-efficacité.

Par exemple, à travers la Mobilisation Autonomie, les personnes âgées sont à nouveau capables de sortir de leur environnement et cela apporte de nouvelles perspectives en termes d'activités ou de liens sociaux. En appui à cette explication, une étude de 2013 a mis en évidence le rôle médiateur du sentiment d'auto-efficacité dans le renforcement de la satisfaction de vie caractérisant la composante cognitive du bien-être (Gana, Klein, Saada, & Trouillet, 2013). Cependant, dans la présente étude préliminaire, les analyses ne montrent pas d'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires telle que mesurée par le MOS SF-12 (Ware et al., 1996). D'autres travaux, utilisant ce même questionnaire pour mesurer la qualité de vie, observent

comme dans la présente étude aucune amélioration post intervention sur les scores à cette échelle (Rodríguez-Díaz et al., 2016). En contraste, l'étude de Gana et al. (2013), comme beaucoup d'autres études, utilisent l'échelle de satisfaction de vie de Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985) pour mesurer la composante cognitive du bien-être subjectif. Il est donc possible que le questionnaire MOS SF-12 ne soit pas, d'une part, l'indicateur le plus adapté pour mesurer cette composante du bien-être et, d'autre part, l'indicateur le plus adapté à la population ciblée dans la présente étude. En effet, la sous-échelle qualité de vie physique évalue, entre autres, la capacité des individus à monter des marches d'escalier ou à déplacer des objets lourds. Au regard des limitations fonctionnelles caractérisant cette population cible, les participants à cette étude ne peuvent pas montrer d'amélioration dans ces domaines. Une mesure plus adaptée, davantage sensible à des améliorations quantitativement plus ténues et/ou qualitativement différentes, représente ainsi une alternative plus viable pour des recherches futures. Par ailleurs, concernant la sous échelle de l'HADS (Zigmond & Snaith, 1983) mesurant la dépression, l'absence de résultat peut s'expliquer par l'absence de symptomatologie dépressive chez les participants de cette étude avant même la mise en œuvre de l'intervention. Le score moyen de dépression initialement obtenu dans cette étude est bien inférieur au seuil diagnostique de 8 retenu par les auteurs de l'HADS pour attester la présence d'une symptomatologie dépressive avérée (Lépine et al., 1985). Il est donc difficile de détecter une amélioration significative. Une nouvelle fois, ces caractéristiques correspondent à celles de l'étude de Rodríguez-Díaz et al. (2016) qui décrivent également un score moyen initial très faible et n'obtiennent donc aucune différence sur les niveaux de dépression après une intervention ciblant le bien-être.

Enfin, concernant l'échelle du bien-être psychologique (Ryff & Keyes, 1995), seul le niveau d'autodétermination est significativement plus élevé après l'intervention. Pour rappel, Ryff (1995) définit le sens à la vie comme le fait de percevoir un sens dans sa vie passée et

présente mais aussi le fait d'avoir des croyances et des objectifs qui donnent un sens à la vie future. Les SPS proposés par le SSIAD ne portent ni sur des objectifs de vie, ni sur des croyances, ce qui peut expliquer l'absence de résultat pour cette sous-échelle. Par ailleurs, bien que certains SPS (i.e., atelier nutrition, atelier lecture et mobilisation autonomie) fassent directement appels aux notions d'efficacité et de compétence, il est envisageable que les usagers attribuent en partie ces compétences à l'intervention des aides-soignants. Cela expliquerait l'absence de résultat observée pour la dimension maîtrise de l'environnement, même si, dans un contexte de soin, il semble important de tenir compte de l'interaction entre un soignant et un usager. Dans ce cadre, se sentir autonome à travers la relation à l'autre renvoie directement à la notion d'autonomie dans le vieillissement (Lindberg et al., 2014).

Par ailleurs, l'absence de différence pour la sous-échelle relations positives est un résultat surprenant puisque les SPS Mobilisation Autonomie et Atelier Nutrition font directement appel à cette composante à travers les rencontres en mobilisation extérieure ou à travers l'idée du partage de la confection. Et, en appui à cette constatation, il semble également que la relation soignants-usagers s'améliore à travers la pratique des SPS. Les aides-soignants rapportent en effet que la nature même des SPS est très différente des soins de nursing pratiqués habituellement. Ils expliquent en premier lieu avoir plus de temps à accorder aux usagers lors de la pratique de ces SPS, mais également ne plus percevoir les bénéficiaires comme étant uniquement des patients malades qui ont besoin d'aide. Ils affirment alors que la particularité de ces soins est de renforcer la confiance, le respect et la complicité dans la relation soignant-usager. Dans la mesure où ces spécificités ne semblent pas adéquatement mesurées par l'échelle de bien-être psychologique de Ryff et Keynes (1995), possiblement reflétées par l'absence d'amélioration des scores entre les deux temps de mesure, se pose la question de la pertinence de cet outil pour notre population cible. Au regard de la présente étude préliminaire, il se pourrait que l'échelle PWB (Reker & Wong, 1984) soit plus adaptée pour évaluer le bien-être

et son évolution auprès de personnes âgées à domicile présentant déjà plusieurs limitations fonctionnelles. Les résultats de la présente étude montrent en effet une amélioration pour le bien-être physique, ainsi qu'une amélioration tendancielle pour le bien-être psychologique.

La deuxième hypothèse proposait que les SPS améliorent l'autonomie psychologique des bénéficiaires et amoindrissent le déclin de leur autonomie physique. L'analyse des résultats concorde en partie avec cette hypothèse. Tout d'abord, l'amélioration de l'autonomie psychologique des bénéficiaires pourrait être mise en relation avec la valorisation des capacités décisionnelles des usagers. Pour rappel, l'autonomie psychologique est définie comme la volonté de choisir et de prendre des décisions, c'est-à-dire de contrôler son quotidien. Chez des personnes âgées inscrites dans un parcours de soin à domicile, les journées sont en partie rythmées par la présence des aides-soignants ou des auxiliaires de vie qui viennent en aide aux personnes pour assurer les activités de la vie quotidienne (se nourrir, se laver, s'habiller, etc.), activités perçues comme obligatoires et dont les horaires et le rythme sont régulièrement imposés. La pratique des SPS vient justement contrer ce schéma en permettant aux personnes âgées de choisir et de contrôler diverses informations : la mise en œuvre des séances, la validation du jour et de l'horaire proposé, le choix des activités réalisées pendant une séance, la possibilité d'exprimer un refus ou la fin d'une séance. L'analyse des résultats a ensuite montré une absence de déclin dans les activités instrumentales de la vie quotidienne entre t_0 et t_1 . Ce résultat est encourageant mais il est difficilement interprétable. D'une part, les faibles scores moyens obtenus aux IADL en t_0 couplés à l'absence d'un groupe contrôle ne nous permettent pas d'affirmer s'il s'agit d'un réel maintien des capacités physiques ou si les usagers présentent un score plancher à cette échelle en lien avec leur caractéristiques physiques initiales. Nous pouvons également nous demander si l'intervalle de trois mois entre les deux temps de mesures est suffisant pour affirmer un maintien d'autonomie. D'autre part, cette échelle ayant été complétée par les aides-soignants du service, il est possible que la perception de subtiles

différences de capacités physiques, malgré leurs regards experts, soit moins fine que celle des usagers eux-mêmes.

Cette étude a également permis de mettre en avant d'autres résultats plus exploratoires qui indiquent pour quels sous-échantillons et sous quelle disposition le programme semble avoir le plus d'impact. Les analyses effectuées montrent d'une part une diminution significative du niveau d'anxiété pour les participants présentant une moindre limitation fonctionnelle (GIR 4/5) comparativement à ceux qui présentent un niveau d'incapacité plus avancé (GIR 2/3), et d'autre part un renforcement significatif de l'autonomie psychologique lorsqu'ils participent à au moins deux SPS différents comparativement à ceux qui ne bénéficient que d'un seul SPS. Ces données pourront être prises en compte pour orienter la pratique des professionnels et pour les recherches futures.

Ainsi, les résultats obtenus dans cette étude engendrent plusieurs interrogations qui pourront faire l'objet d'une future évaluation du Pôle Bien-Etre Autonomie. L'efficacité des activités physiques et sociales sur l'autonomie et le bien-être a déjà été prouvée, mais il serait intéressant de connaître l'impact de chacun des SPS sur ces construits (Bouaziz et al., 2017; Joulain et al., 2010; Reis et al., 2000). Une nouvelle évaluation permettrait donc, au moyen d'une méthodologie précise, de comprendre pourquoi et comment les SPS mis en place dans le Pôle BE-A maintiennent l'autonomie des personnes âgées à domicile. Par exemple, un SPS comme l'atelier lecture pourrait améliorer les capacités cognitives perçues et donc diminuer l'anxiété relative aux situations de stimulation cognitive. Et cela préviendrait, à terme, la perte d'autonomie cognitive.

Bien que les résultats obtenus soient encourageants, leurs interprétations restent difficiles en raison de différentes limites méthodologiques. Tout d'abord, une évaluation du programme de prévention deux mois après sa mise en place peut expliquer l'absence de certains résultats. En effet, certains usagers avaient déjà bénéficié de plusieurs séances de SPS avant la

première évaluation, il est donc possible que les niveaux de bien-être et d'autonomie initiaux soient légèrement surestimés et d'autres résultats seraient peut-être apparus si l'évaluation to avait pu commencer avant la mise en place du Pôle BE-A. Par ailleurs, l'exclusion de 4 participants sur le critère d'un score MMSE inférieur à 18 en t_1 , bien que cela ne soit pas diagnostique en soi de l'évolution du niveau bien-être, pourrait également représenter une limite aux résultats obtenus. L'absence d'un groupe contrôle et la faible taille d'échantillon représentent d'autres limites méthodologiques importantes ne permettant pas de conclure quant à l'efficacité du programme. Enfin, les résultats significatifs obtenus doivent être utilisés avec prudence au vu de l'intervalle temporel de l'évaluation et de l'hétérogénéité de notre échantillon. Une nouvelle évaluation avec une méthodologie plus rigoureuse est donc nécessaire pour mesurer l'efficacité du Pôle BE-A.

Les différentes limites dans ce premier travail d'évaluation incitent la Mutualité Française à effectuer une analyse plus approfondie du programme mis en place sous forme d'un essai contrôlé randomisé en reproduisant le programme dans différents Services de Soins Infirmiers à Domicile et en s'assurant d'une plus longue période de suivi. Une attention particulière devra être portée au choix des questionnaires au vu des résultats de ce premier travail. Il semble important de conserver l'HADS (Zigmond & Snaith, 1983), le Questionnaire de Satisfaction Corporelle et de Perception Globale de Soi (Evers & Verbanck, 2010) et le Questionnaire de l'Autonomie Psychologique (Dubé et al., 1990) qui ont montré des résultats assez consistants. Le Perceived Well-Being Scale (Reker & Wong, 1984) serait également conservé pour mesurer le concept du bien-être sous ses composantes physiques et psychologiques, alors que l'échelle du bien-être psychologique (Ryff & Keyes, 1995) ne devrait pas être retenue au vu de l'absence d'amélioration des scores pour chacune des sous-échelles dans la présente étude. Le questionnaire du MOS SF-12, n'étant pas adapté à la population étudiée, sera remplacé par un questionnaire de satisfaction de vie. Enfin, il sera sans doute

intéressant de considérer des mesures de perception du stéréotype liée au vieillissement et du sentiment d'auto-efficacité.

Conclusion

L'objectif de cette étude était d'examiner la faisabilité méthodologique de l'évaluation d'une intervention de prévention de la perte d'autonomie sur les niveaux de bien-être subjectif et d'autonomie des bénéficiaires et de fournir des résultats préliminaires concernant son impact. Pour cela, deux évaluations ont été menées en début et en fin d'intervention afin de comparer l'évolution de ces différents construits. Le bien-être subjectif a été considéré dans cette étude avec des indicateurs globaux et sous ses composantes affectives et cognitives. L'autonomie a été évaluée sous des dimensions physiques et psychologiques. Cette étude a permis de mettre en avant que le choix des questionnaires, un plus long intervalle temporel entre les deux évaluations et la présence d'un groupe contrôle sont primordiales pour mesurer l'impact d'une intervention centrée sur le bien-être et l'autonomie auprès d'une population si particulière. Les principaux résultats, qui restent préliminaires au regard des limites soulevées, ont montré une amélioration de l'autonomie psychologique et des effets à la fois sur un indicateur global du bien-être (bien-être physique) mais aussi sur les composantes cognitives (estime de soi, autodétermination) et affectives (anxiété) du concept. L'autonomie physique montre une absence de déclin sur les 3 mois séparant les deux temps d'évaluation. Ces résultats sont prometteurs mais il semble important de reproduire une évaluation du programme, sous forme d'un essai contrôlé randomisé, afin de pouvoir les confirmer.

Références

- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1993). *Successful Aging : Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge, United Kingdom : Cambridge University Press.
- Bouaziz, W., Vogel, T., Schmitt, E., Kaltenbach, G., Geny, B., & Lang, P. O. (2017). Health benefits of aerobic training programs in adults aged 70 and over : a systematic review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 69, 110-127. doi : 10.1016/j.archger.2016.10.012
- Bouisson, J., & Swendsen, J. (2003). Routinization and Emotional Well-Being : An Experience Sampling Investigation in an Elderly French Sample. *The Journals of Gerontology : Series B*, 58(5), 280-282. doi : 10.1093/geronb/58.5P280
- Brunel, M., & Carrère, A., Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (2017). *Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 - Premiers résultats de l'enquête Vie quotidienne et santé 2014*. Paris : Ministère des Solidarités et de la Santé.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 5. doi : 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Doba, N., Tokuda, Y., Saiki, K., Kushiro, T., Hirano, M., Matsubara, Y., & Hinohara, S. (2016). Assessment of Self-Efficacy and its Relationship with Frailty in the Elderly. *Internal Medicine (Tokyo, Japan)*, 55(19), 2785-2792. doi : 10.2169/internalmedicine.55.6924
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S & Labelle, R. (2000). Le bien-être psychologique par la gestion des buts personnels : une intervention de groupe auprès des retraités. *Revue québécoise de psychologie*, 21(2), 255-280.
- Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1990). *Autonomie psychologique*. Récupéré de <http://www.rqrv.com/fr/instru/echelle-autonomie-psych.pdf>
- Evers, L., & Verbanck, P. (2010). Création d'un questionnaire de satisfaction corporelle et de

- perception globale de soi : le QSCPGS. Recherche de normes et début de validation. *L'Encéphale*, 36(1), 21-27. doi : 10.1016/j.encep.2008.12.008
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). « Mini-mental state ». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. Récupéré de http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/mini%20mental%20state_a%20practical%20method%20for%20grading%20the%20cognitive%20state%20of%20patients%20for%20the%20clinician.pdf
- Gale, C. R., Westbury, L., & Cooper, C. (2018). Social isolation and loneliness as risk factors for the progression of frailty : the English Longitudinal Study of Ageing. *Age and Ageing*, 47(3), 392-397. doi : 10.1093/ageing/afx188
- Gallagher, N. A., Clarke, P. J., Loveland-Cherry, C., Ronis, D. L., & Gretebeck, K. A. (2015). Self-efficacy, neighborhood walking, and fall history in older adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 23(1), 64-71. doi : 10.1123/japa.2012-0287
- Gana, K., Klein, V., Saada, Y., & Trouillet, R. (2013). Perspectives temporelles et satisfaction de vie chez les personnes âgées : test de l'effet médiateur du sentiment d'auto-efficacité. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(1), 49-57. doi : 10.1016/j.erap.2012.07.001
- Giasson, H. L., Queen, T. L., Larkina, M., & Smith, J. (2017). Age Group Differences in Perceived Age Discrimination : Associations With Self-Perceptions of Aging. *The Gerontologist*, 57(Suppl 2), S160-S168. doi : 10.1093/geront/gnx070
- Gillespie, L. D., Robertson, M. C., Gillespie, W. J., Sherrington, C., Gates, S., Clemson, L. M., & Lamb, S. E. (2012). Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(9). doi : 10.1002/14651858.CD007146.pub3

- Gitlin, L. N., Winter, L., Dennis, M. P., Corcoran, M., Schinfeld, S., & Hauck, W. W. (2006). A Randomized Trial of a Multicomponent Home Intervention to Reduce Functional Difficulties in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *54*(5), 809-816. doi : 10.1111/j.1532-5415.2006.00703x
- Grimaud, É., Tacconnat, L., & Clarys, D. (2017). Stimulation cognitive chez les adultes âgés : comparaison d'une méthode de stimulation par les activités de loisirs et d'une méthode de stimulation conventionnelle. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, *15*(2), 214-223. doi : 10.1684/pnv.2017.0669
- Guerrero-Escobedo, P., Tamez-Rivera, O., Amieva, H., & Avila-Funes, J. A. (2014). Frailty is associated with low self-esteem in elderly adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, *62*(2), 396-398. doi : 10.1111/jgs.12679
- Hadjistavropoulos, T., Herr, K., Turk, D. C., Fine, P. G., Dworkin, R. H., Helme, R., ... Williams, J. (2007). An interdisciplinary expert consensus statement on assessment of pain in older persons. *The Clinical Journal of Pain*, *23*(Suppl 1), S1-S43. doi : 10.1097/AJP.0b013e31802be869
- Heckhausen, J., Wrosch, C., & Schulz, R. (2010). A motivational theory of life-span development. *Psychological Review*, *117*(1), 32-60. doi : 10.1037/a0017668
- Joulain, M., Alaphilippe, D., Bailly, N., & Hervé, C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression : le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *10*(57), 106-110. doi : 10.1016/j.npg.2010.03.007
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL : a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, *185*(12), 914-919. doi:10.1001/jama.1963.03060120024016
- Kirby, S. E., Coleman, P. G., & Daley, D. (2004). Spirituality and Well-Being in Frail and

- Nonfrail Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 59(3), 123-129. doi : 10.1093/geronb/59.3.P123
- Lamboy, B., Cotton, N., Hamel, E., & Soleymani, D. (2018). Vieillir en bonne santé : revue des interventions efficaces. *La santé en action*, (446), 4-7. Récupéré de <http://inpes.santepubliquefrance.fr/SLH/pdf/articles/446/prevention-vieillissement-interventions-probantes.pdf>
- Lamy, L. (1993). *L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteurs de l'autonomie psychologique chez les personnes âgées*. (Mémoire de maîtrise, Université du Québec, Trois Rivières, Québec). Récupéré de <http://depote.uqtr.ca/5436/1/000598089.pdf>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people : self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. Récupéré de http://www.eurohex.eu/bibliography/pdf/Lawton_Gerontol_1969-1502121986/Lawton_Gerontol_1969.pdf
- Le Cercle de l'Épargne. (2017). *La dépendance, le défi des 20 prochaines années : de l'état des lieux aux solutions* (Janvier 2017). Paris : Le Cercle de l'Épargne, de la Retraite et de la Prévoyance.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Annales Médico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. V. (1998). The French SF-36 Health Survey : translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 1013-1023.
- Levy, B. (2009). Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332-336. doi : 10.1111/j.1467-

8721.2009.01662x

- Lindberg, C., Fagerström, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis : patient autonomy in a caring context. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2208-2221. doi : 10.1111/jan.12412
- Marquet, M., Chasteen, A. L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. (2018). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & Mental Health*, 1-8. doi : 10.1080/13607863.2018.1514487
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélaïr, S., & Battaglini, M. A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : L'ÉMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), 352-357. doi : 10.17269/cjph.89.1014
- Morsch, P., Shenk, D., & Bos, A. J. G. (2015). The relationship between falls and psychological well-being in a Brazilian community sample. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 30(1), 119-127. doi : 10.1007/s10823-014-9249-2
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (1946). *Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin -22 juillet 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats.* Récupéré de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
- Organisation Mondiale de la Santé (Éd.). (2016). *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé.* Récupéré de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf?sequence=1
- Pardessus, V., Puisieux, F., Di Pompeo, C., Gaudefroy, C., Thevenon, A., & Dewailly, P. (2002). Benefits of home visits for falls and autonomy in the elderly : a randomized trial

- study. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 81(4), 247-252.
- Récupéré de
https://www.researchgate.net/profile/Christophe_Di_Pompeo/publication/11412719_Benefits_of_Home_Visits_for_Falls_and_Autonomy_in_the_Elderly_A_Randomized_Trial_Study/links/0c9605213c4f8f2ad9000000.pdf
- Rakowski, W., & Cryan, C. D. (1990). Associations among Health Perceptions and Health Status within Three Age Groups. *Journal of Aging and Health*, 2(1), 58-80. doi : 10.1177/089826439000200105
- Reis, H. T., Sheldon, K. M., Gable, S. L., Roscoe, J., & Ryan, R. M. (2000). Daily Well-Being : The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 419-435. doi : 10.1177/0146167200266002
- Reker, G. T., & Wong, P. T. P. (1984). Psychological and Physical Well-Being in the Elderly : The Perceived Well-Being Scale (PWB). *Canadian Journal on Aging*, 3(1), 23-32. doi : 10.1017/S0714980800006437
- Roberge, P., Doré, I., Menear, M., Chartrand, É., Ciampi, A., Duhoux, A., & Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 171-179. doi : 10.1016/j.jad.2012.10.029
- Rodríguez Díaz, M. T., Cruz-Quintana, F., & Pérez-Marfil, M. N. (2014). Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Index de Enfermería*, 23(1-2), 36-40. doi : 10.4321/S1132-12962014000100008
- Rodríguez-Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2016). Coexisting with dependence and well-being : the results of a pilot study intervention on 75-99-year-old individuals. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2067-2078. doi : 10.1017/S1041610216001277

- Ryff, C. D. (1995). Psychological Well-Being in Adult Life. *Current Directions in Psychological Science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719-727. doi : 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Stamm, T. A., Pieber, K., Crevenna, R., & Dorner, T. E. (2016). Impairment in the activities of daily living in older adults with and without osteoporosis, osteoarthritis and chronic back pain : a secondary analysis of population-based health survey data. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17(1), 139. doi : 10.1186/s12891-016-0994-y
- Syndicat National de Gériatrie Clinique. (1994). A.G.G.I.R. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-ressources. *La revue de Gériatrie*, 19(4), 249-259.
- Vézina, J., Bourque, P., & Bélanger, Y. (1988). Traduction du « Perceived Well-Being ». *Document inédit*. Ecole de psychologie, Université Laval.
- Ware, J., Kosinski, M., & Keller, S. D. (1996). A 12-Item Short-Form Health Survey : construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical Care*, 34(3), 220-233.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi : 10.1111/j.1600-04471983.tb09716.x

Chapitre 6. Impact du confinement lié au Covid-19 sur la santé mentale et physique : le rôle des limitations fonctionnelles chez les personnes âgées et fragiles à domicile.

Statut de l'article : Soumis (en anglais) à la revue Clinical Gerontologist

Cet article a été traduit en français pour les besoins du manuscrit de thèse.

Abstract

Objectives: There is currently a gap regarding the impact of lockdown on the mental and physical health of the already frail older adults. The present longitudinal study examines the impact of the first lockdown in France on mental health, frequency of activities, and physical autonomy among older adults (mean age over 80 years) living at home and tested the moderating role of functional limitations. We expected to observe the most important decrease among the relatively autonomous older adults.

Methods: Pre-lockdown (December 2019-February 2020) and post-lockdown (May 2020) data were collected. Questionnaires were used to measure mental health, frequency of activities, and physical autonomy, partly via self-reports and partly via other (i.e., trained health professionals) reports.

Results: Results confirmed a decrease in mental health and frequency of activities, especially among the most autonomous participants.

Conclusions: Contributions, limitations, and the importance of an integrative approach to mental health will be discussed.

Clinical implications: Interventions to strengthen well-being could be important to prevent autonomy loss.

Keywords: lockdown, functional limitations, mental health, physical health, frailty

Résumé

Objectifs : Il existe actuellement un manque de données concernant l'impact du confinement sur la santé mentale et physique des aînés qui présentent des limitations fonctionnelles. La présente étude longitudinale examine l'impact du premier confinement en France sur la santé mentale, la fréquence des activités et l'autonomie auprès des personnes âgées (âge moyen de plus de 80 ans) vivant à domicile et teste le rôle modérateur des limitations fonctionnelles. Nous nous attendions à observer une diminution plus importante parmi les adultes âgés, relativement autonomes malgré leurs limitations physiques.

Méthode : Des données ont été recueillies avant le confinement (décembre 2019 à février 2020) et après le confinement (mai 2020). Les niveaux de santé mentale et de fréquence d'activité ont été mesurés par des questionnaires en entretien hétéro-évaluatifs au domicile des participants. Les questionnaires sur l'autonomie ont été complétés par les soignants professionnels qui les accompagnent au quotidien.

Résultats : Les résultats ont confirmé une diminution de la santé mentale et de la fréquence des activités, surtout chez les participants relativement autonomes.

Conclusions : Les contributions, les limites et l'importance d'une approche intégrative de la santé mentale seront discutées.

Répercussions cliniques : Les interventions visant à renforcer le bien-être pourraient être importantes pour prévenir la perte d'autonomie.

Mots clés: confinement, limitations fonctionnelles, santé mentale, santé physique, fragilité

Introduction

La crise sanitaire liée au Covid-19 a été une situation sans précédent qui a particulièrement touché les aînés fragiles. Les chiffres de mortalité de cette population dans les établissements ont rapidement fait prendre conscience d'une situation de crise. Cependant, il n'existe pas de données sur les décès à domicile, pourtant 59 % des personnes ayant une perte d'autonomie en France vivent à domicile (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques, 2020). Pour ces personnes âgées, la présence de comorbidités requiert souvent le soutien à domicile de professionnels de la santé qui assurent leur autonomie physique et leur santé mentale (e.g., exercices physiques, stimulations cognitives et relations sociales) contribuant alors à réduire le risque de mortalité (Dour et coll., 2014; Holt-Lunstad et coll., 2010). Toutefois, pendant le confinement, la plupart de ces activités ont été interrompues. Compte tenu des spécificités et des vulnérabilités des personnes âgées et fragiles qui souhaitent rester à domicile et de la rareté de la recherche sur cette population, des études portant sur l'impact du confinement sur leur santé mentale, leur fréquence d'activités et leur autonomie physique sont grandement nécessaires. La présente étude longitudinale contribuera à cet effort en comparant les mesures recueillies peu avant et peu après le premier confinement en France. Les limitations fonctionnelles présentes avant le confinement serviront de variable modératrice afin de tester l'impact du confinement en fonction du niveau initial d'autonomie.

Santé mentale et autonomie physique des personnes âgées et fragiles

La santé mentale et l'autonomie physique des personnes âgées sont au cœur des préoccupations en matière de santé publique et les Nations Unies ont proclamé 2021-2030 la « Décennie du vieillissement en santé » (Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 2021). L'autonomie dans le vieillissement désigne les capacités physiques des individus à accomplir les actions de la vie quotidienne nécessaires au bien-être et à la survie (hygiène corporelle,

transfert, mobilité), leur permettant de mener une vie autonome (manger, téléphoner). En France, les capacités physiques des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles sont mesurées chaque année par les professionnels de santé à l'aide de la Grille Iso-Ressource (GIR), un outil national d'évaluation de la perte d'autonomie d'une personne, et donc du niveau de limitations fonctionnelles. Ce score GIR est plutôt général : il divise les personnes en six catégories, du GIR 6, où la personne est considérée comme relativement autonome, au GIR 1, où la personne est généralement alitée et a besoin d'une aide constante. Si la pratique d'une activité physique est liée à une bonne santé mentale dans la population âgée, la perte d'autonomie pourrait, elle, entraîner des troubles psychologiques comme l'anxiété, la dépression ou le sentiment de solitude (Forsman et al., 2011; Marquez et al., 2020, Steptoe et al., 2013).

L'OMS définit la santé mentale comme « *un état de bien-être dans lequel une personne peut réaliser son potentiel, faire face aux stress normaux de la vie, réaliser un travail productif et contribuer à sa communauté* » (2001). Une bonne santé mentale serait alors le résultat d'une absence de troubles mentaux associés à un niveau élevé de bien-être (Keyes, 2002; 2005). Les troubles mentaux les plus répandus chez les personnes de plus de 60 ans sont la dépression (11,3 % à 15,5 %) et l'anxiété (12,7 % à 15,9 %) (Giordana et al., 2010; Godin et al., 2012; Tabue-Teguo et al., 2017). Plusieurs études ont examiné l'impact du confinement sur la santé mentale des aînés, principalement sur des indicateurs négatifs comme l'anxiété, la dépression, la détresse psychologique, les sentiments de solitude ou le stress post-traumatique (Czeisler et al., 2020; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Les résultats étaient cependant contradictoires : une revue de la littérature a par exemple montré que l'anxiété et la dépression avaient touché respectivement jusqu'à 49 % et 47 % des personnes de plus de 60 ans pendant le confinement (Sepúlveda-Loyola et al., 2020), mais d'autres recherches ont montré que, bien que le confinement augmentait l'anxiété, les symptômes dépressifs et la consommation de substances

dans la population générale des États-Unis, les personnes âgées semblaient ne pas être impactées (Czeisler et al., 2020). En plus de ces résultats contradictoires, la plupart de ces études n'incluaient pas les adultes âgés de plus de 80 ans et ne précisait pas le niveau de limitations fonctionnelles des participants ou son incidence sur leur santé mentale. Par conséquent, il y a actuellement un manque de connaissances concernant l'impact du confinement sur la santé mentale et physique des personnes âgées et fragiles, mais également sur le rôle modérateur des limitations fonctionnelles. Pourtant, les difficultés fonctionnelles, la faible auto-efficacité perçue et la mauvaise santé mentale sont autant de facteurs liés au niveau de solitude perçue chez les personnes âgées (Cohen-Mansfield et al., 2016), ce qui rend l'inclusion des deux concepts, lorsqu'ils sont liés au confinement, particulièrement importante.

La présente étude longitudinale

La présente étude cherche à (1) examiner l'impact du premier confinement en France sur la santé mentale, la fréquence des activités et l'autonomie physique des personnes âgées et fragiles (comparaison pré et post confinement), et (2) identifier les personnes âgées les plus touchées par le confinement en testant le rôle modérateur des limitations fonctionnelles. Plus précisément, nous nous attendions à observer une diminution plus importante de la santé mentale et de l'autonomie chez les adultes âgés relativement autonomes (GIR 4, 5 et 6) en raison de l'absence des activités familiales et de la diminution des visites des professionnels de santé qui ont considérablement réduit les stimulations physiques, cognitives et sociales nécessaires à leur autonomie et à leur santé mentale. Leurs homologues moins autonomes (GIR 1, 2 et 3), pour lesquels les possibilités limitées d'activités sociales ou de sorties en extérieur caractérisaient habituellement leur vie quotidienne avant le confinement, devraient être possiblement moins affectés par le confinement.

Méthode

Participants et Procédure

Dans le cadre d'une étude longitudinale sur les personnes âgées fragiles, pour laquelle l'approbation du comité éthique local a été obtenue, une première vague de mesures (t0) a été menée. Cette première vague a eu lieu peu avant le premier confinement, entre décembre 2019 et février 2020, au domicile de 170 participants (136 femmes et 34 hommes) âgés de 69 à 99 ans ($M = 84,82$; $ET = 7,94$) et inscrits dans trois services de soins à domicile en France (régis par la Mutualité Française) en raison de la présence de limitations fonctionnelles. Parmi eux, 103 étaient en GIR de 1, 2 ou 3 (c.-à-d. nécessitant une aide soutenue) et 67 en GIR de 4, 5 ou 6 (c.-à-d. relativement autonome). Seuls les bénéficiaires ayant de bonnes compétences cognitives ont été inclus (sans troubles du langage et de la compréhension, ou déficit de la mémoire), afin de garantir une compréhension appropriée de toutes les mesures. La deuxième vague (t1) a été réalisée en mai 2020 à la suite de la levée du confinement, mais les restrictions étaient encore très présentes en France et les activités pour les plus de 60 ans restaient très limitées. Par conséquent, de nombreux participants n'ont pas pu participer à l'étude et lors de cette deuxième vague de mesures cinquante bénéficiaires ont volontairement participé à l'étude ($M = 83,1$; $ET = 8,77$) en donnant leur consentement éclairé. Sur les 50 participants (34 femmes et 16 hommes), 35 étaient en GIR 1, 2 ou 3, et 15 en GIR 4, 5 ou 6. Pour chaque bénéficiaire, les entretiens individuels ont duré en moyenne une heure.

Matériel

Des questionnaires ont été utilisés pour mesurer une conception multidimensionnelle de la santé mentale (bien-être, anxiété et dépression), la fréquence des activités et l'autonomie physique. Les Alpha de Cronbach correspondants sont reportés dans le Tableau 1. Pour la première vague de mesure, seuls les questionnaires sur l'autonomie physique étaient complétés

par les professionnels de santé. Pour la seconde vague de mesure, en raison des restrictions sanitaires toujours très présentes en France, toutes les données ont été récoltées par ces professionnels de santé, formés pour l'occasion aux entretiens hétéro-évaluatifs.

Mental Health Continuum (Keyes, 2002). Cette échelle mesure le niveau de santé mentale en 14 items divisés en trois dimensions positives : le bien-être émotionnel, le bien-être social et le bien-être psychologique. Chaque question est formulée ainsi : *Au cours du derniers mois, combien de fois vous êtes-vous senti/avez-vous senti... ?* (de 0=*jamais* à 5=*tous les jours*).

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). La version française (Lépine et al., 1985) de l'HADS de Zigmond et Snaith's, (1983) a été utilisée. Cette échelle mesure l'anxiété et la dépression des personnes à travers 14 items, sept pour chaque dimension. Chaque item est coté de 0 à 3 points.

Fréquence des activités. Un questionnaire pour évaluer la fréquence et la catégorie des activités pratiquées par les personnes âgées et fragiles a été créé. Il contient 13 items divisés en quatre catégories: les activités biologiques (dormir, manger), les activités occupationnelles (se détendre, suivre les informations, regarder une émission télévisée), les activités de maintien (marcher, prendre soin de soi, lire, faire des jeux, cuisiner) et les activités relationnelles (famille, voisins, amis). Chaque fréquence d'activité est mesurée sur une échelle en 5 points (de 0 : « jamais » à 5 : « plusieurs fois par jour »).

Autonomie physique. Un questionnaire adapté des *Instrumental Activities of Daily Living* (IADL, Lawton & Brody, 1969) et des *Activities of Daily Living* (ADL, Katz et al. 1963) a été utilisé. Chaque item des échelles originales a été divisé en plusieurs actes réalisés pendant l'activité afin d'être adapté à la population qui présente des limitations fonctionnelles (de 0 = *ne le fais pas du tout* à 3 = *le fait seul*).

Résultats

Le Tableau 1 montre les corrélations entre les mesures t0 et t1. Il indique que plus le niveau de santé mental initial est élevé, plus le niveau de dépression post-confinement est faible ($r = -.517$) et, à l'inverse, plus le niveau initial de dépression est élevé, plus le niveau de santé mental en post-confinement est faible ($r = -.320$). De plus, plus le niveau d'autonomie ADL est élevé, plus l'anxiété est élevée en post-confinement ($r = .417$).

Table 1

Intercorrelations among the measured variables between t0 and t1.

	Variables T1	1	2	3	4	5
Variabes T0	Cronbach's α	.77	.53	.51	.92	.96
1. Santé Mentale	.74	.411**	-.169	-.517***	.104	.257
2. Anxiété	.52	-.107	.309*	.234	.104	.024
3. Dépression	.44	-.320*	.031	.497***	-.135	-.211
4. Autonomie physique - ADL	.93	-.004	.417**	-.220	.890***	.620***
5. Autonomie physique- IADL	.94	.103	.222	.009	.507***	.669***

Note: ADL: Activities Daily Living, IADL: Instrumental Activities Daily Living. * $p < .05$.

** $p < .01$. *** $p < .001$

Pour tester l'effet du confinement et le rôle modérateur des limitations fonctionnelles, une analyse de variance mixte (ANOVA) a été réalisée sur chaque variable, avec les différentes vagues de mesure (t0, t1) comme facteur intra-sujets, et le niveau du GIR ([GIR 1, 2, 3], [GIR 4, 5, 6]) comme facteur inter-sujets. Les résultats concernant l'effet principal du facteur intra-sujets indiquent une augmentation des symptômes dépressifs, $F(1,46) = 5.42$, $p = .024$, une diminution du bien-être émotionnel, $F(1,46) = 12.69$, $p < .001$, et psychologique, $F(1,46) =$

10.88, $p = .002$, ainsi qu'une augmentation dans la fréquence des activités occupationnelles, $F(1,46) = 9.29$, $p = .004$, et une diminution dans la fréquence des activités biologiques, $F(1,46) = 5.13$, $p = .028$, et relationnelles, $F(1,46) = 9.55$, $p = .003$). Il n'y a pas de différences significatives pour l'anxiété et l'autonomie (ADL et IADL). Il est important de noter que les résultats pour les effets d'interaction indiquent qu'ils semblent principalement attribuables aux participants plus autonomes (GIR 4, 5, 6) qui montrent une plus grande diminution de leur niveau de bien-être émotionnel, $F(1,46) = 4.62$, $p = .037$, $\eta^2 = .02$, social, $F(1,46) = 13.64$, $p < .001$, $\eta^2 = .11$, et psychologique, $F(1,46) = 14.66$, $p < .001$, $\eta^2 = .07$, ainsi qu'une moindre fréquence des activités biologiques, $F(1,46) = 5.13$, $p = .028$, $\eta^2 = .03$, de maintien, $F(1,46) = 6.78$, $p = .012$, $\eta^2 = .02$, et relationnelles, $F(1,46) = 10.27$, $p = .002$, $\eta^2 = .07$, comparativement à leurs homologues moins autonomes (GIR 1, 2, 3). Pour les participants les plus autonomes, une augmentation de la fréquence des activités occupationnelles a également été observée, $F(1,46) = 5.51$, $p = .023$, $\eta^2 = .04$. Aucune différence n'a été relevée pour l'anxiété, la dépression et l'autonomie physique (ADL et IADL). Les statistiques descriptives sont reportées dans le Tableau 2.

Table 2.

Statistiques descriptives pour les différentes échelles du protocole selon le Groupe Iso-Ressource (GIR) des participants.

Variables	GIR 1, 2, 3		GIR 4, 5, 6	
	M (ET)		M (ET)	
	T0	T1	T0	T1
Santé Mentale				
Bien-être psychologique	15.77 (4.51)	16.20 (5.38)	16.60 (5.63)	10.27 (4.76)
Bien-être social	5.11 (2.39)	8.6 (4.2)	4.33 (2.66)	2.93 (2.73)
Bien-être émotionnel	9.43 (3.58)	8.74 (3.54)	8.73 (3.47)	5.53 (2.56)
Anxiété	6.86 (3.19)	6.71 (3.66)	8.73 (3.65)	8.47 (4.87)

Dépression	6.74 (3.06)	7.29 (3.59)	7.53 (3.76)	10.2 (3.49)
Fréquence des activités				
Biologiques	7.09 (1.40)	7.05 (1.68)	7.13 (1.41)	5.8 (1.78)
Occupationnelles	9.17 (2.69)	9.57 (3.28)	7.73 (3.01)	11.13 (2.29)
De maintien	8.17 (3.69)	9.71 (4.59)	8.2 (6.31)	5.87 (4.94)
Relationnelles	8.31 (1.89)	8.37 (3.11)	7.40 (2.44)	4.67 (2.72)
Autonomie physique				
ADL-Hygiène	10.49 (6.93)	10.67 (6.46)	15.07 (7.28)	12.54 (7.51)
ADL-Habillage	5.66 (6.26)	5.59 (6.20)	10.40 (6.61)	8.15 (7.17)
ADL-Transfert	6.89 (2.64)	7.14 (2.82)	8.87 (.52)	8.30 (2.21)
ADL-Déplacements	3.89 (2.51)	3.94 (2.20)	6.27 (1.67)	5.69 (2.32)
ADL-Continence	3.48 (2.32)	4.15 (2.20)	5.33 (1.39)	4.62 (2.10)
IADL-Téléphone	3.41 (1.06)	3.00 (1.39)	3.92 (.29)	3.60 (.96)
IADL-Médicaments	1.04 (.79)	.96 (.57)	1.78 (.44)	1.75 (.46)
IADL-Courses	3.06 (2.92)	2.54 (2.74)	4.17 (3.64)	3.56 (3.71)
IADL-Ustensiles	16.62 (10.72)	20.69 (9.07)	27.31 (6.10)	29.00 (6.36)
IADL-Repas	7.21 (5.74)	9.43 (6.76)	11.46 (6.33)	12.89 (7.42)

Légende : M: moyenne, ET: écart-type, ADL: Activities Daily Living, IADL: Instrumental Activities Daily Living.

Discussion

L'objectif de la présente étude était d'examiner l'effet du premier confinement en France sur la santé mentale, la fréquence des activités et l'autonomie physique des personnes âgées (de plus de 80 ans) et fragiles vivant à domicile en testant également le rôle modérateur des limitations fonctionnelles. Les résultats ont indiqué une diminution du bien-être psychologique et émotionnel ainsi qu'une augmentation de la dépression. Une diminution des

activités relationnelles et biologiques ainsi qu'une augmentation des activités occupationnelles ont également été observées. Il est important de souligner que, confirmant le rôle modérateur des limitations fonctionnelles, cette tendance était principalement attribuable aux participants relativement plus autonomes (c'est-à-dire avec un GIR plus élevé avant le confinement). Ce résultat, qui semble contre-intuitif, est moins surprenant lorsqu'on tient compte des caractéristiques de cette population. En effet, malgré plusieurs limitations fonctionnelles, ils sont toujours en mesure d'effectuer certaines activités de manière autonomes (e.g., marcher, faire de petits achats), activités qui ont été perturbées par le confinement. Ils représentaient ainsi les participants pour lesquelles les restrictions sanitaires impactaient davantage leur quotidien, cela explique peut-être pourquoi les résultats de la présente études concordent avec ceux observés chez des personnes âgées plus jeunes (âgés de plus de 60 ans).(Creese et al., 2021; Sepúlveda-Loyola et al., 2020). Ces résultats sont cependant différents pour les adultes âgés moins autonomes, qui effectuaient rarement des activités de manière indépendante avant le confinement et qui, par conséquent, ont été moins perturbés dans leur vie quotidienne.

Malgré cette tendance plutôt inquiétante pour les personnes âgées relativement autonomes, les résultats corrélatifs indiquent que des niveaux plus élevés de santé mentale initiale étaient liés au maintien de la santé mentale après le confinement ainsi qu'à des niveaux plus faibles de symptômes dépressifs. Comme ces derniers sont considérés comme un facteur important dans le programme de prévention de la perte d'autonomie de l'OMS (OMS, 2017), les résultats de la présente étude suggèrent qu'un levier possible à la prévention de la dépression serait ainsi la promotion de la santé mentale positive (bien-être émotionnel, social et psychologique) lorsque que des contextes d'isolement sont imposés.

Bien que la présente étude offre une compréhension unique de l'impact du confinement sur les personnes âgées et fragiles de plus de 80 ans et de l'importance du niveau initial de limitations fonctionnelles, elle n'est pas sans limites. Premièrement, les résultats pour l'anxiété

et la dépression doivent être considérés avec prudence étant donné les faibles coefficients de cohérence interne obtenus pour ces échelles. Bien que ces coefficients soient également variables dans la littérature sur les adultes âgés (e.g., Santini et al., 2020; Spinhoven et al., 1997), la rareté de la littérature sur les adultes âgés de plus de 80 ans rend les comparaisons significatives difficiles. Deuxièmement, la vague de mesure T1 ayant été recueillie après le confinement, les niveaux T1 pourraient être un peu trop optimistes, la levée du confinement a sans doute donné lieu à un certain soulagement et des fréquences d'activités peut-être plus élevées pour combler l'inactivité vécue durant le confinement. Enfin, il peut sembler intrigant que l'autonomie physique ne varie pas entre les vagues, l'intervalle de trois mois entre les deux vagues pourrait ne pas être suffisant pour observer des variations de l'autonomie, cette limite pourrait alors être amendée dans des recherches futures visant à évaluer l'impact du confinement à plus long terme.

En plus de contribuer à notre compréhension de l'incidence du confinement sur la santé mentale, la fréquence des activités, et l'autonomie physique chez les personnes âgées et fragiles de plus de 80 ans résidant à domicile, et notamment la découverte intrigante selon laquelle les personnes les plus autonomes peuvent aussi être les plus vulnérables, la présente étude souligne l'importance d'une approche intégrative de la santé mentale. Les résultats suggèrent ainsi, non seulement des variations dans les symptômes dépressifs, mais également dans les indicateurs de bien-être, qui mettent en évidence le possible rôle protecteur de ces derniers dans des situations d'isolement.

Implications cliniques

Les résultats de la présente étude encouragent les professionnels de la santé à tenir pleinement compte de l'importance de la santé mentale dans les soins du quotidien. La promotion de la santé mentale chez les personnes âgées et fragiles pourrait réduire les

conséquences psychologiques de l'isolement. De plus, pour les plus autonomes, les interventions visant à renforcer le bien-être pourraient être aussi importantes que la prévention de la dépression ou de l'anxiété pour prévenir la perte d'autonomie susceptible d'entraîner de plus amples difficultés de mobilisation et donc des contraintes d'isolement imposé (Boamah et al., 2021).

References

- Boamah, S. A., Weldrick, R., Lee, T.-S. J., & Taylor, N. (2021). Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care : A Scoping Review. *Journal of Aging and Health, 33*(7-8), 618-632. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: A review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics, 28*(4), 557–576. <https://doi.org/10.1017/S1041610215001532>
- Creese, B., Khan, Z., Henley, W., O’Dwyer, S., Corbett, A., Vasconcelos Da Silva, M., Mills, K., Wright, N., Testad, I., Aarsland, D., & Ballard, C. (2021). Loneliness, physical activity, and mental health during COVID-19 : A longitudinal analysis of depression and anxiety in adults over the age of 50 between 2015 and 2020. *International Psychogeriatrics, 33*(5), 505-514. <https://doi.org/10.1017/S1041610220004135>
- Czeisler, M. É., Lane, R. I., Petrosky, E., Wiley, J. F., Christensen, A., Njai, R., Weaver, M. D., Robbins, R., Facer-Childs, E. R., Barger, L. K., Czeisler, C. A., Howard, M. E., & Rajaratnam, S. M. W. (2020). Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic—United States, June 24-30, 2020. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(32), 1049-1057. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6932a1>
- Dour, H. J., Wiley, J. F., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C. D., Bystritsky, A., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2014). Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention. *Depression and Anxiety, 31*(5), 436-442. <https://doi.org/10.1002/da.22216>

- Forsman, A. K., Nordmyr, J., & Wahlbeck, K. (2011). Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promotion International*, 26(suppl_1), i85-i107. <https://doi.org/10.1093/heapro/dar074>
- Giordana, J. Y., Roelandt, J. L., & Porteaux, C. (2010). La Santé Mentale des personnes âgées : Prévalence et représentations des troubles psychiques. *L'Encéphale*, 36(3), 59-64. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70018-X](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70018-X)
- Godin, O., Elbejjani, M., & Kaufman, J. S. (2012). Body mass index, blood pressure, and risk of depression in the elderly : A marginal structural model. *American Journal of Epidemiology*, 176(3), 204-213. <https://doi.org/10.1093/aje/kws003>
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk : A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (2020). *Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française | Insee*. Tableaux de l'économie française. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277754?sommaire=4318291>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL : A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>

- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Annales Medico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.
- Marquez, D. X., Aguiñaga, S., Vásquez, P. M., Conroy, D. E., Erickson, K. I., Hillman, C., Stillman, C. M., Ballard, R. M., Sheppard, B. B., Petruzzello, S. J., King, A. C., & Powell, K. E. (2020). A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Translational Behavioral Medicine*, 10(5), 1098-1109. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. World Health Organization.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2017). *Integrated care for older people : Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2021). *Décennie pour le vieillissement en bonne santé (2021-2030)*. <https://www.who.int/fr/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP) : A longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)
- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. V., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People : Mental and Physical Effects and

- Recommendations. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 24(9), 938-947.
<https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Spinhoven, Ph., Ormel, J., Sloekers, P. P. A., Kempen, G. I. J. M., Speckens, A. E. M., & Hemert, A. M. V. (1997). A validation study of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in different groups of Dutch subjects. *Psychological Medicine*, 27(2), 363-370. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004382>
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Tabue-Teguo, M., Grasset, L., Avila-Funes, J. A., Genuer, R., Proust-Lima, C., Péres, K., Féart, C., Amieva, H., Harmand, M. G.-C., Helmer, C., Salles, N., Rainfray, M., & Dartigues, J. F. (2017). Prevalence and Co-Occurrence of Geriatric Syndromes in People Aged 75 Years and Older in France : Results From the Bordeaux Three-city Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 73(1), 109-116. <https://doi.org/10.1093/gerona/glx068>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Chapitre 7. La prévention de la perte d'autonomie par le renforcement de la santé mentale : un essai contrôlé randomisé auprès des personnes âgées et fragiles à domicile

Statut de l'article : en cours de rédaction

Ce chapitre s'inscrit dans la continuité de l'étude pilote décrite au chapitre 5 et présente les résultats de l'essai contrôlé randomisé mené à plus grande échelle sur six Services de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) mutualistes de France de 2019 à 2021. A travers l'évaluation du Pôle Bien-Être Autonomie et de l'analyse du modèle théorique proposé dans le chapitre 2, ce chapitre a pour objectif de proposer de nouvelles orientations sur les possibilités de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à domicile en testant l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale permettrait de maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles à travers le renforcement de la motivation autodéterminée. Les principaux résultats montrent l'importance de considérer des indicateurs positifs et négatifs pour évaluer la santé mentale de cette population et l'intérêt de promouvoir la santé mentale pour maintenir le vieillissement actif. L'évaluation du Pôle Bien-Être Autonomie indique une amélioration des niveaux de dépression, de la fréquence des activités autodéterminées et de l'autonomie des bénéficiaires après trois mois de fonctionnement et une différence semble persister après six mois d'intervention. Les résultats, les limites méthodologiques, et les perspectives de la présente étude seront discutées.

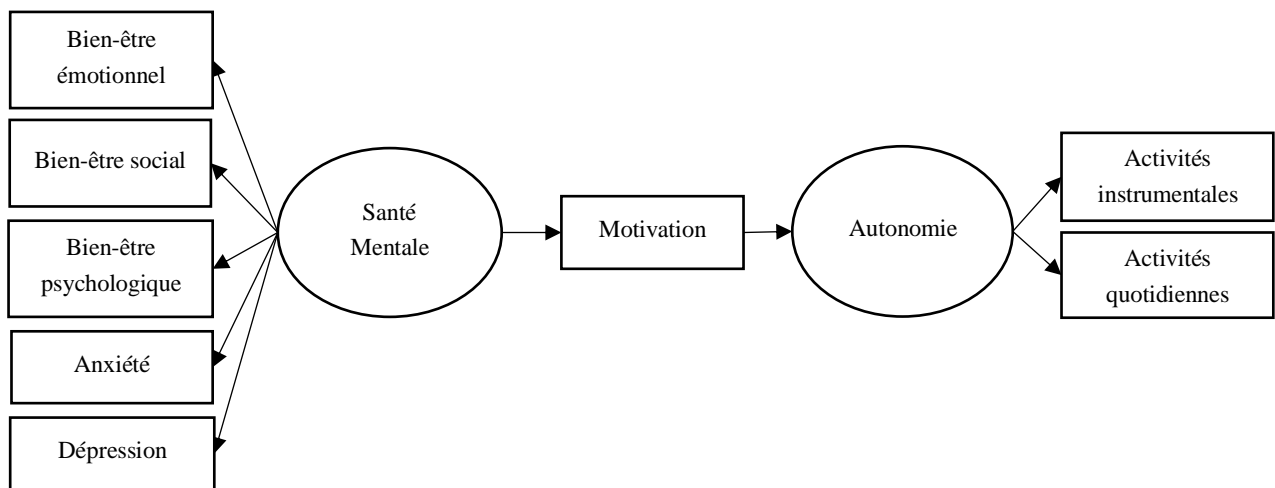
Objectifs de la présente étude

L'ensemble des travaux présentés aux chapitres 1 et 2 soutiennent la pertinence de tester l'existence d'un lien directionnel entre la santé mentale, les processus motivationnels autodéterminés et le maintien de l'autonomie physique chez les personnes âgées et fragiles. Le

présent chapitre propose donc que la promotion de la santé mentale, à travers la mise en œuvre d'activités de loisirs adaptées, renforcerait la persévérance des personnes âgées dans les activités autodéterminées et que cela permettrait à terme de maintenir l'autonomie physique de cette population fragile dans les activités quotidiennes (i.e. : hygiène, transferts déplacements) et instrumentales (i.e. : prendre ses médicaments, téléphoner, s'alimenter). La Figure 1 illustre le modèle proposé.

Figure 1

Présentation du modèle théorique



C'est dans ce contexte que s'inscrit le Pôle Bien-Etre Autonomie (Pôle BE-A), un programme mis en œuvre par la Mutualité Française à destination des personnes âgées inscrites dans un Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) en raison de leurs difficultés fonctionnelles. Ce programme propose cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS) visant la promotion de la santé mentale des bénéficiaires et dispensés par les aides-soignants du service : atelier nutrition, atelier lecture, mobilisation autonomie, massage relationnel et soins esthétiques. Pour la présente étude, les cinq SPS ont été regroupés selon deux catégories énoncées dans la littérature et chaque usager du SSIAD a ainsi la possibilité de bénéficier des activités passives/solitaires (massage relationnel et soins esthétiques), des activités

productives/sociales (mobilisation autonomie, atelier nutrition et atelier lecture) ou d'une combinaison des deux catégories d'activités (Bath & Deeg, 2005; B. Singh & Kiran, 2014). Ce programme est basé sur l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale de ces personnes permettrait de maintenir à terme leur autonomie. En cherchant à évaluer l'efficacité de ce programme de promotion de la santé mentale, la présente étude s'inscrit dans la continuité d'une étude pilote réalisée en 2018 (Meynet et al., 2021) et a pour objectifs de tester l'intérêt d'utiliser un concept multidimensionnel (indicateurs positifs et négatifs) de la santé mentale auprès des personnes âgées et fragiles et de tester le modèle théorique qui sous-tend l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale permettrait de maintenir l'autonomie de cette population à travers le renforcement de la motivation autodéterminée.

Méthodologie

Participants

La présente étude longitudinale, pour laquelle les données ont été récoltées auprès des participants qui ont tous donné leur consentement éclairé, a été validée par le comité éthique local. Seuls les usagers avec un bon niveau cognitif ont été inclus dans l'étude afin de s'assurer de la bonne compréhension des questions. Les mesures de santé mentale et de motivation ont été recueillies sur trois temps de mesure (T0, T1 et T2) en entretiens hétéro-évaluatifs au domicile des personnes interrogées, toutes inscrites dans des SSIAD régis par la Mutualité Française en raison de leurs difficultés fonctionnelles. Les questionnaires d'autonomie ont été complétés par les aides-soignants référents des différents Services de Soins Infirmiers à Domicile à chacun des trois temps de mesure. Lors de la première vague d'évaluation (de novembre 2019 à février 2020) 170 personnes âgées (136 femmes et 34 hommes, $M = 84.82$; $ET = 7.94$) ont accepté de nous recevoir. Les entretiens pouvaient durer de 20 minutes à plus d'une heure selon les participants. Ces personnes ont ensuite été réparties de manière aléatoire

dans deux groupes distincts : le groupe expérimental (N = 89) bénéficierait du Pôle BE-A pendant six mois dès la fin de la première vague d'évaluation et les participants du groupe contrôle (N = 81), placés sur liste d'attente, intégreraient le programme une fois le processus d'évaluation terminé. Cependant, en raison du confinement de mars 2020 lié au Covid-19, la mise en œuvre du programme a été reportée de six mois et n'a pu démarrer qu'en juin 2020.

L'évaluation T1 a été effectuée après trois mois de fonctionnement du programme, de septembre à novembre 2020 au domicile de 85 personnes (72 femmes et 13 hommes, M= 83.67 ; ET = 8.34) dont 51 avaient bénéficié des SPS et 34 étaient en groupe contrôle. Au regard du temps nécessaire pour chaque entretien et de la dispersion géographique entre chaque service de soin, la variabilité temporelle des entretiens n'a pas pu être réduite davantage. L'évaluation T2 a été réalisée trois mois après le T1, de février à avril 2021, auprès de 64 participants (48 femmes et 16 hommes, M = 83.16 ; ET = 8.41) dont 38 avaient bénéficié du programme pendant six mois et 26 étaient toujours sur liste d'attente. La différence de participation entre les trois temps s'explique par l'impossibilité de plusieurs services de poursuivre les Soins de Prévention et de Soutien en raison de la situation sanitaire et du manque de personnel à cette période (T1 : N = 59 ; T2 : N = 71), par le décès de 11 personnes (T1 : N = 7 ; T2 : N = 4), le refus de participer pour huit personnes (T1 : N = 4 ; T2 : N = 4), l'entrée en établissement de 11 participants (T1 : N = 7 ; T2 : N = 4), des situations de fin de vie chez 12 personnes (T1 : N = 6; T2 : N = 6), par le déménagement d'une personne en T1 et par l'accentuation des troubles cognitifs chez quatre participants en T2. Au total, 50 personnes ont participé à l'ensemble du protocole d'évaluation (T0, T1 et T2) dont 33 en groupe expérimental et 17 en groupe contrôle.

Matériel

Santé Mentale. Les indicateurs positifs de la santé mentale ont été mesurés avec le Continuum de Santé Mental (Keyes, 2002), décrit précédemment dans la partie sur la Santé mentale des personnes âgées, qui évalue trois dimensions du bien-être : émotionnel,

psychologique, et social. La version courte en 14 items a été choisie dans la présente étude. Chaque item est coté de 0 à 5 points faisant ainsi varier le score de bien-être émotionnel de 0 à 15 points, le bien-être social de 0 à 25 points et le bien-être psychologique de 0 à 30 points.

Les indicateurs négatifs de santé mentale ont été mesurés à l'aide de la validation française (Lépine et al., 1985) du questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983). Ce questionnaire comporte 14 items (sept pour l'anxiété et sept pour la dépression) cotés de 0 à 3 points, faisant ainsi varier les scores de 0 à 21 points pour chaque indicateur. Un score supérieur ou égal à 8 à l'une des sous-échelle signifie une possible présence de trouble.

Motivation. Une adaptation de l'Echelle de Motivation des Personnes Agées (Vallerand & O'Connor, 1991) a été utilisée pour mesurer la persévérance dans les activités autodéterminées qui animent le quotidien des personnes âgées et fragiles à travers leur fréquence de réalisation. Ces activités sont classées en quatre catégories autodéterminées : occupationnelles (regarder des émissions de télévision, suivre les informations, se détendre), de maintien (marcher, prendre soin de soi, lire, faire des jeux, cuisiner), biologiques (dormir, manger) et relationnel (famille, voisins, amis). Chaque question est formulée de manière à évaluer la motivation autodéterminée : « *Au cours de ces 4 dernières semaines, combien de fois avez-vous [nom de l'activité] parce que cela vous faisait plaisir, ou parce que vous l'avez choisi ?* ». Chaque fréquence d'activité est mesurée sur une échelle en 5 points (de 0 : « jamais » à 5 : « plusieurs fois par jour ») : les scores peuvent ainsi varier de 0 à 10 pour les activités biologiques, de 0 à 25 pour les activités de maintien et de 0 à 15 pour les activités relationnelles et occupationnelles. Le score total, correspondant à la somme des fréquences pour l'ensemble des activités et représentant ainsi la motivation à persévérer dans les activités autodéterminées, s'étend alors de 0 à 65.

Autonomie. Pour mesurer les variations de capacités physiques des participants, les questionnaires Activities of Daily Living (ADL, Katz et al., 1963) et Instrumental Activities of Daily Living (IADL, Lawton & Brody, 1969) ont été adaptés afin de pouvoir relever de fines variations de l'autonomie des personnes âgées qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles dans leur autonomie quotidienne et instrumentale. Chaque item des échelles initiales a ainsi été décomposé en plusieurs actes réalisés pendant l'activité correspondante. Par exemple l'item original « *Effectuer sa toilette* » correspond dans la présente étude aux capacités à se laver les cheveux, le haut du corps, le bas du corps, les mains et le dos. Le score total varie ainsi de 0 à 68 pour les ADL et de 0 à 65 pour les IADL.

Éléments de précision relatifs à certains indicateurs de santé mentale utilisés

Si la littérature permet de soutenir la plausibilité du modèle de santé mentale retenu dans la présente étude, des interrogations résident autour de certains indicateurs en fonction des caractéristiques de la population étudiée. La première concerne le bien-être social. D'une part, comme la perte d'autonomie physique liée au vieillissement accentue l'isolement et la solitude, elle impacterait considérablement le fonctionnement et l'implication des personnes âgées dans la société, le bien-être social évalué à travers des indicateurs d'intégration ou de contribution sociale serait ainsi possiblement moins adapté que des mesures portant sur les relations familiales et amicales (Singh & Misra, 2009; Smith, 2012). D'autre part, bien que le Continuum de Santé Mentale en trois dimensions soit validé dans de nombreuses études, plusieurs auteurs recommandent de considérer la dimension du bien-être social avec prudence. Elle représente en effet le plus grand nombre de réponses manquantes et pourrait évaluer davantage l'opinion politique que le bien-être social (Lamers et al., 2011; Orpana et al., 2017; Santini, Torres-Sahli, et al., 2020). Dans notre échantillon, nous avons obtenu un score de zéro pour plusieurs questions à de très nombreuses reprises ainsi, et en considérant l'intervalle possible du score total à cette dimension (de 0 à 25), la moyenne obtenue en T0 est très faible

($M = 6.03$; $ET = 3,41$). D'autres études signalent des résultats similaires pour cette dimension auprès de personnes âgées relativement autonomes avec des scores plus faibles notamment dans les domaines de contribution et de cohérence sociale (Brim et al., 2019; Delle Fave et al., 2018). Il est ainsi possible que le bien-être social, tel que conceptualisé et opérationnalisé dans le Continuum de Santé Mentale, ne soit pas adapté aux personnes âgées et fragiles pour lesquelles parfois seule la qualité des relations familiales pourrait contribuer à leur bien-être social et ainsi à leur santé mentale.

La deuxième interrogation concerne l'anxiété. Bien qu'il existe moins d'études sur l'anxiété au sein de la population âgée, ce trouble semble beaucoup moins présent que la dépression et ne constitue pas un déterminant majeur dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie (OMS, 2019). Pourtant, alors que plusieurs travaux montrent des liens entre l'anxiété, l'isolement et la santé mentale et physique des personnes âgées, nous n'obtenons que quelques corrélations significatives (Tableau 3) entre l'anxiété et les autres variables utilisées dans la présente étude (bien-être émotionnel et dépression) (de Oliveira et al., 2019; Santini, Jose, et al., 2020). D'autres études expliquent également que les personnes âgées, expertes de leurs propres émotions, ont tendance à relativiser et à se rétablir plus rapidement face à des événements stressants (Kim et al., 2021) et ce constat a été soutenu par notre étude sur l'impact du confinement (Chapitre 6) qui n'a pas montré de différences significatives en pré et post confinement pour l'anxiété, contrairement à la dépression. L'anxiété serait alors possiblement un trouble psychologique relativement stable dans le temps et son indicateur peu sensible aux variations de santé mentale. Malgré les potentielles limites de cet indicateur, l'anxiété reste une dimension classique de la conception multidimensionnelle de santé mentale, et dans une volonté de consistance des travaux effectués nous avons tout de même conservé une mesure de cet indicateur.

Enfin, si la mesure de la capacité à réaliser les activités quotidiennes (ADL) représente un indicateur standard pour mesurer l'autonomie de la population âgée, elle représente également un ensemble de mouvements qui mobilisent l'ensemble du corps (e.g., se lever, s'habiller) qui nécessitent ainsi une bonne santé physique générale. Il est possible que ces activités ne dépendent pas simplement de la motivation, contrairement aux activités instrumentales (IADL) qui se caractérisent par un ensemble d'activités plus accessibles sur un plan physique. Regrouper les ADL aux IADL sous une variable latente commune d'autonomie pourrait ainsi être possiblement mal adapté.

Stratégies d'analyses

Les données ont été standardisées et les Alpha de Cronbach pour chaque échelle sont reportés dans le Tableau 4. Des modélisations par équations structurales (SEM)¹ ont été réalisées avec le package Lavaan, (version 0.6-11, De Jonckere & Rosseel, 2022) sur les données obtenues en T0 pour tester le modèle théorique (Figure 1). Plusieurs indices recommandés ont été utilisés pour attester d'un bon ajustement du modèle à nos données (Kline, 2016; Schreiber et al., 2006) : des valeurs de 0,95 au moins pour les indices CFI et TLI , une valeur du RMSEA inférieure à 0,06 et une valeur du SRMR inférieure à 0,08.

L'évaluation du Pôle Bien-être Autonomie a été effectuée à travers deux séries d'analyses. Une première série a permis d'évaluer l'efficacité générale du programme composé des cinq SPS à travers différentes analyses de variances (ANOVA) mixtes sur chaque échelle du protocole. Le facteur intra-sujet correspondait aux différents temps de mesure (T0, T1 et T2) et la nature du groupe (contrôle ou expérimental) représentait le facteur inter-sujet. La seconde série d'analyses cherchait à déterminer si l'efficacité de ce programme était liée à une condition

¹ Comme c'est souvent le cas dans les SEM, nous parlerons de prédiction et d'influence pour faire référence à la façon dont nous modélisons nos données, ce qui en facilitera la lecture (Gana & Broc, 2018). Toutefois, comme les liens entre les variables incluses dans le modèle testant notre modèle théorique sont de nature corrélacionnelle, il n'est pas possible de tirer des conclusions définitives sur les relations causales entre les variables.

d'activité en particulier. Ainsi, en fonction des SPS choisis par les participants du groupe expérimental, une des trois conditions (productives/sociales, passives/solitaires ou la combinaison des deux catégories, recodées respectivement en 1, 0, -1) leur a été attribuée. Les ANOVA mixtes ont ainsi été réalisées avec les différents temps de mesure (T0, T1 et T2) comme facteur intra-sujet, et les différentes conditions comme facteur inter-sujet.

Résultats

Analyse du modèle théorique

Le test du modèle théorique (Modèle MT 1) proposé dans la présente étude (Figure 1) a montré en T0 une matrice de variance négative traduisant une erreur de spécification du modèle.

Analyses exploratoires du modèle théorique

Une analyse en composante principale sur le Continuum de Santé Mentale a montré qu'en conservant les trois dimensions initiales de bien-être, le poids des items sur leur dimensions respectives était faible (.11 à .66) et notamment pour les items du bien-être social (.11 à .51). Nous avons donc retiré cette dimension et l'analyse factorielle confirmatoire réalisée sur ce modèle à deux dimensions a montré une bonne adaptation à nos données avec des indices d'ajustement corrects ($\chi^2(26) = 46.22$, CFI = .93 ; TLI = .92 ; SRMR = .059 ; RMSEA = .060). La corrélation entre les dimensions du bien-être émotionnel et du bien-être psychologique était de 0.82 ($p < .001$). Le test de ce second modèle théorique (MT 2) a révélé qu'il n'était pas compatible avec nos données et présentait des indices d'ajustements insuffisants ($\chi^2(13) = 25.14$; $p = .022$; CFI = .95 ; TLI = .92 ; RMSEA = .074 ; SRMR = .073).

Nous avons testé à nouveau ce modèle sans la dimension de l'anxiété (Modèle MT 3). Les résultats ont montré une bonne adéquation du modèle avec nos données ($\chi^2 = 9.59$; $df = 8$; $p = .295$) et d'excellents indices d'ajustement (Tableau 1). Dans ce modèle, la variable latente Santé Mentale est définie positivement par le bien-être émotionnel ($B = .71$; $p < .001$) et

psychologique ($B = .76 ; p < .001$) et négativement définie par la dépression ($B = -.73 ; p < .001$). La motivation est prédite positivement par la santé mentale ($B = .57 ; p < .001$), mais ne permet pas de prédire la variable latente autonomie ($B = .15 ; p = .194$). Cette dernière n'est pas définie par les ADL ($B = .41 ; p = .065$) et IADL ($B = .15 ; p = .062$)

Tableau 1

Tests statistiques et indices d'ajustement des modèles

	χ^2	χ^2/dl	CFI	TLI	SRMR	RMSEA[90% CI]
Modèle MT 3	9.59	1.19	.993	.988	.041	.034 [.001-.101]
Modèle MT 4	9.59	1.19	.994	.988	.033	.032 [.001-.100]

Note : χ^2 = Chi²; χ^2/dl = Chi²/degrés de liberté ; CFI = Comparative Fit Index; TLI = Tucker-Lewis Index; SRMR = Standardized Root Mean Square Residual ; RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation.

Enfin nous avons testé ce modèle en supprimant la variable latente Autonomie (Modèle MT 4). L'objectif était de vérifier si la motivation des personnes âgées pouvait expliquer directement leurs activités quotidiennes ou leurs activités instrumentales. Les résultats ont montré une bonne adéquation du modèle avec d'excellents indices d'ajustements (Tableau 1). La variable latente Santé Mentale était positivement définie par le bien-être émotionnel et le bien-être psychologique et négativement définie par la dépression (Tableau 2). La motivation était bien prédite par la santé mentale, elle permettait de prédire la capacité à réaliser les activités instrumentales (IADL), mais pas celle relative aux activités quotidiennes (ADL). Ainsi, ont été retenues pour les analyses portant sur l'évaluation du Pôle BE-A les variables du Modèle MT4.

Tableau 2

Définition des variables latentes et estimations des effets directs du modèle MT 4

	<i>B</i>	IC à 95%	<i>Z</i>	<i>p</i>
Variabiles Latentes				
SM → BEE	.71	[.63-.80]	8.55	<.001
SM → BEP	.76	[.69-.83]	9.89	<.001
SM → D	-.73	[-.81--.66]	-9.25	<.001
Effets directs				
SM → EMPAT	.57	[.49-.62]	7.44	<.001
Mot → IADL	.17	[.10 - .23]	2.45	.014
Mot → ADL	.06	[0-.12]	.80	.424

Note : SM = Santé Mentale ; BEE = Bien-Être Emotionnel ; BEP = Bien-Être Psychologique ; BES = Bien-Être Social ; Mot = Motivation ; Aut = Autonomie, ADL = Activités quotidiennes, IADL = Activités Instrumentales

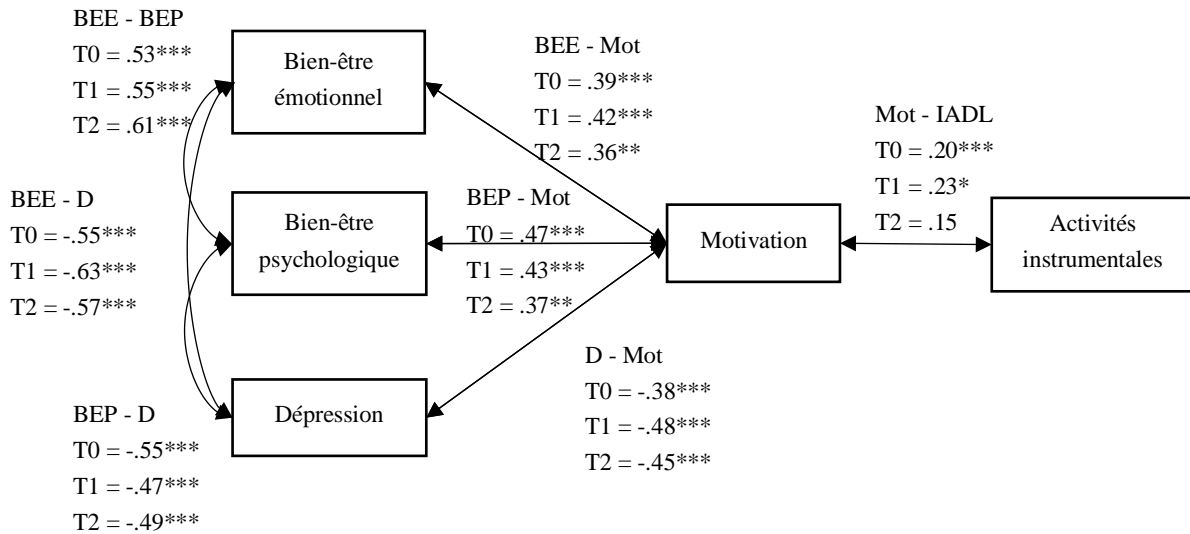
Evaluation du Pôle Bien-Etre Autonomie

Efficacité générale du programme

Le tableau des corrélations pour l'ensemble des variables utilisées dans la présente étude à chaque temps de mesure est présenté en Annexe 7. La Figure 2 montre les corrélations obtenues aux trois temps de mesure entre les variables du modèle théorique (Modèle MT 4). Les indicateurs positifs de la santé mentale sont liés positivement entre eux ainsi qu'avec la motivation. Ils montrent également des corrélations négatives avec la dépression qui est, elle-même, liée négativement à la motivation. Enfin, la motivation et les activités instrumentales montrent des corrélations positives. Ces relations entre les variables présentent une consistance aux trois temps de mesure, seules la motivation et les activités instrumentales ne présentent pas de corrélation significative en T2.

Figure 2

Corrélations aux trois temps de mesure sur les variables du modèle théorique MT 3



Légende : * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Différences à trois mois d'intervention (T0-T1, N = 85)

Le Tableau 4 reporte les principales statistiques descriptives ainsi que les effets principaux et d'interaction pour les différentes variables mesurées. Les ANOVA mixtes concernant la santé mentale ont montré un effet d'interaction entre le groupe (expérimental, contrôle) et le temps de mesure (T0, T1) sur les scores moyens de dépression, $F(1,83) = 7.83$, $p = .006$, $\eta^2 = .089$, qui semble conduit par l'effet simple du groupe expérimental, $F(1,83) = 9.01$, $p = .006$, $d = .673$. Ces résultats indiquent que les participants du groupe expérimental ont obtenu un score moyen à l'échelle de dépression significativement plus bas en T1 qu'en T0 comparativement aux participants du groupe contrôle. Un effet principal du groupe est observé pour le bien-être émotionnel et le bien-être psychologique traduisant de meilleurs scores moyens dans le groupe expérimental quel que soit le temps de mesure.

Les résultats sur la persévérance dans les activités autodéterminées montrent un effet d'interaction entre le groupe (expérimental, contrôle) et le temps de mesure (T0, T1) pour les activités de maintien, $F(1,83) = 10.20$, $p = .002$, $\eta^2 = .113$, et les activités relationnelles, $F(1,83)$

= 2.82, $p = .006$, $\eta^2 = .034$. Alors que pour les activités de maintien cet effet d'interaction est lié à une amélioration des scores obtenus par le groupe expérimental en T1, $F(1,83) = 20.70$, $p < .001$, $d = 1.019$, pour les activités relationnelles il est lié à une diminution des scores du groupe contrôle en T1, $F(1,83) = 7.89$ $p = .006$, $d = .629$. Ces résultats indiquent, d'une part, que les participants du groupe expérimental ont obtenu une fréquence moyenne significativement plus élevée dans les activités de maintien en T1 qu'en T0 et ce, comparativement aux participants du groupe contrôle, et d'autre part, que les participant du groupe contrôle ont significativement diminué leur fréquence moyenne d'activités relationnelles en T1 par rapport à T0, et ce, comparativement au groupe expérimental. Enfin, si les activités biologiques et occupationnelles ne montrent pas d'effet d'interaction, la fréquence de l'ensemble des activités, traduit par le score global de motivation, montre un effet d'interaction significatif, $F(1,83) = 11.65$, $p < .001$, $\eta^2 = .127$, conduit par une fréquence plus élevée en T1 dans le groupe expérimental, $F(1,83) = 36.19$, $p < .001$, $d = 1.349$.

Enfin, concernant le niveau d'autonomie, les résultats montrent un effet d'interaction sur les IADL, $F(1,83) = 2.20$, $p = .03$, $\eta^2 = .027$, lié directement à l'effet simple du groupe expérimental, $F(1,83) = 7.24$, $p = .008$, $d = .603$. Cela signifie que, pour le groupe expérimental, le niveau d'autonomie instrumentale (prendre ses médicaments, téléphoner, s'alimenter) a significativement augmenté entre T0 et T1, et ce comparativement au groupe contrôle.

Tableau 4

Statistiques descriptives et analyses de variance mixtes des données obtenues selon le temps de mesure (T0 ou T1) et selon le groupe (contrôle ou expérimental) pour chaque variable mesurée.

Variables	Alpha (α)	T0		T1		Facteur	F
		GC N = 34 M (ET)	GE N = 51 M(ET)	GC N = 34 M (ET)	GE N = 51 M(ET)		
Age		82.88 (9.25)	84.07 (7.77)	83.88 (9.25)	85.07 (7.77)		
BEE	.66	8.79 (3.34)	8.35 (3.37)	8.67 (3.57)	9.41 (3.34)	Temps	1.31
						Groupe	26.65***
						Temps x Groupe	1.64
BEP	.68	16.17 (5.41)	15.15 (4.93)	17.11 (4.76)	18.29 (4.01)	Temps	3.64***
						Groupe	37.56***
						Temps x Groupe	1.95
D	.65	6.56 (3.74)	7.82 (3.46)	7.97 (4.07)	6.33 (3.27)	Temps	1.01
						Groupe	20.69***
						Temps x Groupe	7.83**
Mot	.56	33.16 (6.12)	33.14 (7.6)	33.72 (6.91)	38.88 (7.96)	Temps	4.19***
						Groupe	50.36***
						Temps x Groupe	11.65***
Biologiques		7.19 (1.82)	7.20 (1.65)	7.52 (1.93)	8.00 (2.09)	Temps	2.81**
						Groupe	42.11***
						Temps x Groupe	.93
Occupationnelles		9.00 (2.37)	8.66 (2.91)	10.77 (2.69)	11.10 (2.39)	Temps	6.06***
						Groupe	41.60***
						Temps x Groupe	.70
De maintien		8.78 (5.00)	8.82 (4.77)	8.69 (5.48)	11.00 (5.19)	Temps	2.56*
						Groupe	18.03***
						Temps x Groupe	10.02**
Relationnelles		8.19 (2.47)	8.46 (2.38)	6.72 (1.87)	8.78 (2.12)	Temps	1.53
						Groupe	39.20***
						Temps x Groupe	2.82**
IADL	.94	37.02 (19.00)	35.94 (19.74)	34.81 (19.30)	38.53 (17.91)	Temps	.63
						Groupe	18.36***
						Temps x Groupe	2.20*

Note : *** <.001 ; **<.01 ; *<.05. BEE = Bien-Être Emotionnel ; BEP = Bien-être Psychologique ; D =

Dépression, Mot= Motivation ; IADL = Activités Instrumentales

Différences à six mois d'intervention (T1-T2, N = 50)

Les résultats montrent un effet principal du groupe pour l'ensemble des variables mesurées. Les scores sont ainsi restés supérieurs dans le groupe expérimental pour les indicateurs positifs de santé mentale et la fréquence de l'ensemble des activités. Le score de dépression reste également plus faible dans ce groupe aux deux temps de mesure. Cependant le score des IADL est cette fois-ci plus élevée dans le groupe contrôle (M = 38.57, SD = 20.61) que dans le groupe expérimental (M = 37.43, SD = 19.21). Aucun effet d'interaction entre le groupe (expérimental, contrôle) et le temps de mesure (T1-T2) n'a été observé. Le tableau qui présente ces analyses de variance mixtes se trouve à l'Annexe 8.

Efficacité des différentes activités de loisirs proposées dans le programme

Les ANOVA mixtes qui cherchaient à comparer l'efficacité des différentes conditions d'activités (productives/sociales, passives/solitaires ou la combinaison des deux catégories) au sein du groupe expérimental n'ont montré aucun résultat significatif.

Discussion

En cherchant à évaluer l'efficacité d'un programme de promotion de la santé mentale sur une population pour laquelle la majorité des interventions restent inadaptées, la présente étude longitudinale avait pour objectifs de tester l'intérêt d'utiliser un concept multidimensionnel (indicateurs positifs et négatifs) de la santé mentale auprès des personnes âgées et fragiles et de tester le modèle théorique qui sous-tend l'hypothèse selon laquelle la promotion de la santé mentale permettrait de maintenir l'autonomie de cette population à travers le renforcement de la motivation autodéterminée.

L'analyse du modèle théorique à travers une modélisation par équations structurales a permis, d'une part, de mettre en évidence l'intérêt de considérer à la fois des indicateurs positifs

(bien-être émotionnel et bien-être psychologique) et négatif (dépression) pour évaluer la santé mentale de la population âgée qui présente des limitations fonctionnelles. Chacun de ces indicateurs prédisait bien la variable latente de santé mentale auprès de cette population. Cependant, contrairement à notre modèle théorique initial, la dimension du bien-être social, telle que définie dans le Continuum de Santé Mentale de Keyes (2002) n'a pas contribué à définir ce construit au sein de cette population. Le fonctionnement social des personnes âgées et fragiles dans la société n'est sans doute pas le meilleur indicateur pour mesurer le bien-être social de cette population en raison de la présence des limitations fonctionnelles qui engendre un isolement imposé et implique une moindre intégration et contribution sociale. Les relations familiales et amicales étant nécessaires à leur bien-être, une mesure de la qualité de ces relations reflèterait possiblement davantage le bien-être social de cette population (A. Singh & Misra, 2009; Wagner et al., 1999). Il est également possible qu'au lieu de se sentir acteur de la société et de contribuer à celle-ci, les difficultés physiques qu'ils présentent leur renvoient le sentiment inverse, c'est-à-dire la nécessité de l'intervention de la société (tant sur le plan humain que financier) pour assurer notamment l'aménagement et le maintien à domicile ainsi qu'une aide précieuse dans la majorité des activités quotidiennes nécessaires à leur survie et à leur bien-être. Ces croyances pourraient possiblement être liées à l'internalisation des stéréotypes âgistes considérant que les personnes âgées et fragiles constituent un poids pour la société (Reissmann et al., 2021). Ce lien entre la contribution sociale perçue et les stéréotypes liés à l'âge pourrait faire l'objet de recherches futures.

L'anxiété des personnes âgées, liée à des préoccupations constantes telle que la peur d'être un fardeau pour les proches, l'aggravation de l'état de santé ou la peur de mourir (Balsamo et al., 2018), pourrait être considérée comme un indicateur relativement stable dans le temps auprès de cette population, et à ce titre, représenter possiblement davantage une variable modératrice entre la santé mentale et la persévérance dans les activités autodéterminées

qu'une variable prédictive de la santé mentale. Par ailleurs, Westerhof et Keyes (2010) qui ont montré que la prévalence des troubles psychologiques tels que la dépression ou l'anxiété étaient bien plus élevée chez les personnes âgées de plus de 70 ans malgré de bons niveaux de bien-être recommandent de distinguer clairement la santé mentale positive des troubles psychologiques. Une autre hypothèse possible serait alors, à l'image du double continuum de Keyes (2005), de tester le modèle théorique en considérant d'une part la santé mentale positive, et d'autre part les troubles de santé mentale comme deux variables latentes distinctes et prédictives de la motivation.

Le test du modèle théorique a également permis de montrer que la santé mentale des personnes âgées et fragiles, traduite par un bon niveau de bien-être psychologique et émotionnel associé à un faible niveau de dépression, prédit leur motivation autodéterminée à persévérer dans les activités. Ce résultat permet de soutenir l'intérêt de promouvoir la santé mentale pour favoriser le vieillissement actif auprès d'une population âgée qui présente des limitations fonctionnelles, et l'évaluation du Pôle Bien-Être Autonomie a soutenu ce constat. En effet, après trois mois d'intervention les participants du groupe expérimental ont obtenu en T1 un score de dépression significativement plus faible ainsi qu'une fréquence significativement plus élevée dans les activités autodéterminées de maintien. Les résultats concernant la dépression sont similaires aux études portant sur les bienfaits des activités de loisirs, qu'elles soient productives/sociales ou passives/solitaires, chez les personnes de plus de 75 ans (Jeong & Park, 2020; Joulain et al., 2010, 2019). Il est également intéressant de constater que les données T1, recueillies lors du deuxième confinement en France, montrent que les bénéficiaires des Soins de Prévention et de Soutien semblent avoir maintenu leur fréquence d'activités relationnelles comparativement au groupe contrôle pour lequel cette fréquence a diminué. L'augmentation de la motivation autodéterminée pour les activités de maintien et la différence observée pour les activités relationnelles sont très encourageantes puisque ces différentes activités correspondent

davantage à la notion de vieillissement actif que les activités occupationnelles et sont, à terme, possiblement les plus efficaces pour maintenir l'autonomie des personnes âgées et fragiles (de Brito & Pavarini, 2012; OMS, 2002; Suanet et al., 2020).

Bien que nous pensions que cette persévérance dans les activités autodéterminées permettrait de prédire l'autonomie de ces personnes, les analyses statistiques du modèle théorique à travers une modélisation par équations structurales n'ont pas permis de confirmer cette hypothèse. Cependant, regrouper les activités quotidiennes (ADL) aux activités instrumentales (IADL) sous une variable latente commune d'autonomie n'était probablement pas adapté. En effet, les ADL représentent un ensemble de mouvements qui mobilisent l'ensemble du corps (e.g., se lever, s'habiller) et nécessitent ainsi une bonne santé physique générale. La réalisation de ces activités quotidiennes ne peut alors pas dépendre simplement de la motivation autodéterminée et leur amélioration dans le vieillissement reste très incertaine. C'est pourquoi nous avons réalisé une analyse exploratoire en supprimant la variable latente de notre modèle théorique, qui a effectivement permis de mettre en évidence que la persévérance dans les activités pouvait prédire l'autonomie instrumentales (IADL). Cette autonomie (e.g., téléphoner, prendre ses médicaments, utiliser les ustensiles de cuisine) se caractérise par un ensemble d'activités plus accessibles sur un plan physique, même pour des personnes qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles. Si l'environnement de l'individu est adapté à ses difficultés (e.g., plan de travail de la cuisine à hauteur du fauteuil, présence d'un pilulier), la majorité de ces activités restent réalisables et peuvent ainsi être influencées par la motivation autodéterminée. Ce résultat concorde avec plusieurs travaux qui insistent sur l'importance de tenir compte de l'environnement des personnes âgées pour leur permettre un fonctionnement actif optimal au quotidien (Aaltonen et al., 2020; Baert et al., 2011).

Après six mois de fonctionnement, les bénéfices du programme semblent moins évidents. Cependant, alors que les entretiens T0 avaient tous été réalisés avant la crise sanitaire

du Covid-19, les entretiens T1 et T2 ont été réalisés en majorité lors du deuxième et du troisième confinement en France. Aussi, nous aurions pu nous attendre, en cohérence avec l'étude sur l'impact du confinement (chapitre 6), à des scores de santé mentale ou de fréquence des activités plus faibles en T2 pour l'ensemble des participants. Pourtant, un effet principal du groupe a été mis en évidence sur l'ensemble des variables de T2. Ainsi, les participants du groupe expérimental semblent avoir conservé des niveaux de dépression plus faibles et une fréquence dans les activités autodéterminées plus élevée que le groupe contrôle six mois après le début de l'intervention. Malgré l'absence d'effet d'interaction qui aurait indiqué une accentuation des bienfaits du programme, ces résultats laissent supposer un maintien des bénéfices du programme lorsque celui-ci perdure. Une nouvelle évaluation après une interruption du programme pendant plusieurs mois dans le groupe expérimental aurait pu nous permettre de tester cette hypothèse. Cette interruption initialement prévue n'a pas été maintenue car, au vu du contexte sanitaire et de la prolongation des mesures d'isolement pour les plus fragiles, il nous a semblé éthiquement incorrect de soustraire ces interventions qui représentaient parfois les seules stimulations et relations sociales des participants en dehors du contexte de soin traditionnel.

Bien que la présente étude apporte des résultats uniques sur la compréhension du lien directionnel entre la promotion de la santé mentale et le maintien de l'autonomie des personnes âgées, cette recherche interventionnelle n'est pas sans limites. Tout d'abord, les résultats sur l'autonomie physique sont à considérer avec prudence. En effet, malgré notre volonté initiale de conserver les mêmes aides-soignants référents sur toute la durée de l'expérimentation pour mesurer l'autonomie de chaque usager, le manque de personnel nous ont contraint à remplacer plusieurs aides-soignants référents en T1 et en T2. Chaque aide-soignant détient une relation unique avec un usager et donc une perception unique de ses capacités, il est ainsi possible que l'autonomie d'un même bénéficiaire ait variée entre les différents temps de mesure, non pas en

raison de réelles modifications de l'autonomie physique des usagers, mais selon la vision de l'aide-soignant évaluateur (Formarier, 2007). Il est alors difficile de distinguer les variations dues à l'efficacité du Pôle BE-A de celles liées à la perception des aides-soignants. De plus, toujours en raison du manque de personnel constaté dans les métiers du domicile et en lien avec les mesures d'isolement liées aux infections du Covid-19, les recommandations initialement transmises aux différents services de soins sur le besoin d'une régularité dans la dispense des Soins de Prévention et de Soutien n'ont pas pu être tenues dans tous les services. Quand certains participants ont bénéficié de plus de trente séances en six mois, d'autres n'ont en effet pu en avoir que quelques-unes.

En s'intéressant à une population sous-représentée dans les recherches sur le vieillissement, et en réponse à plusieurs travaux, la présente étude offre une première compréhension des processus sous-jacents au lien directionnel entre la santé mentale et l'autonomie (Gale et al., 2014; Matson et al., 2019). La présente étude a notamment permis de mettre en évidence l'importance de considérer à la fois des indicateurs positifs et négatifs pour évaluer la santé mentale des personnes âgées et fragiles. Si la dépression et le bien-être psychologique semblent jouer un rôle important pour la santé mentale de cette population, les résultats restent moins évidents pour l'anxiété. Le renforcement de la santé mentale à travers la mise en œuvre d'activités de loisirs a permis aux participants de persévérer dans des activités autodéterminées nécessaires au maintien d'un vieillissement actif et donc au maintien de l'autonomie. Bien que notre étude semble montrer des résultats encourageants qui soutiennent la plausibilité d'un lien entre la motivation autodéterminée et l'autonomie instrumentale, d'autres recherches sont nécessaires pour confirmer nos résultats auprès de cette population et examiner le rôle de l'anxiété dans la santé mentale des personnes âgées et fragiles.

Références

- Aaltonen, S., Waller, K., Vähä-Ypyä, H., Rinne, J., Sievänen, H., Silventoinen, K., Kaprio, J., & Kujala, U. M. (2020). Motives for physical activity in older men and women : A twin study using accelerometer-measured physical activity. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 30(8), 1409-1422. <https://doi.org/10.1111/sms.13673>
- Baert, V., Gorus, E., Mets, T., Geerts, C., & Bautmans, I. (2011). Motivators and barriers for physical activity in the oldest old : A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 464-474. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.04.001>
- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults : A review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114100>
- Bath, P. A., & Deeg, D. (2005). Social engagement and health outcomes among older people : Introduction to a special section. *European Journal of Ageing*, 2(1), 24-30. <https://doi.org/10.1007/s10433-005-0019-4>
- Brim, O. G., Ryff, C. D., & Kessler, R. C. (2019). *How Healthy Are We? : A National Study of Well-Being at Midlife*. University of Chicago Press.
- De Jonckere, J., & Rosseel, Y. (2022). Using Bounded Estimation to Avoid Nonconvergence in Small Sample Structural Equation Modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 1-16. <https://doi.org/10.1080/10705511.2021.1982716>
- de Brito, T. R. P., & Pavarini, S. C. I. (2012). The relationship between social support and functional capacity in elderly persons with cognitive alterations. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 20(4), 677-684. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692012000400007>
- Delle Fave, A., Bassi, M., Boccaletti, E. S., Roncaglione, C., Bernardelli, G., & Mari, D. (2018). Promoting Well-Being in Old Age : The Psychological Benefits of Two Training

- Programs of Adapted Physical Activity. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2018.00828>
- de Oliveira, L. da S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(1), 36-42. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0129>
- Formarier, M. (2007). La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers*, 89(2), 33-42.
- Gale, C. R., Cooper, C., Deary, I. J., & Aihie Sayer, A. (2014). Psychological well-being and incident frailty in men and women : The English Longitudinal Study of Ageing. *Psychological Medicine*, 44(4), 697-706. <https://doi.org/10.1017/S0033291713001384>
- Gana, K., & Broc, G. (2018). Structural Equation Modeling with lavaan (ISTE Group). <https://doi.org/10.1002/9781119579038>
- Jeong, E.-H., & Park, J.-H. (2020). The Relationship Among Leisure Activities, Depression and Quality of Life in Community-Dwelling Elderly Koreans. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 2333721420923449. <https://doi.org/10.1177/2333721420923449>
- Joulain, M., Alaphilippe, D., Bailly, N., & Hervé, C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression : Le rôle des activités et des loisirs. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 10(57), 106-110. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2010.03.007>
- Joulain, M., Martinent, G., Taliércio, A., Bailly, N., Ferrand, C., & Gana, K. (2019). Social and leisure activity profiles and well-being among the older adults : A longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 23(1), 77-83. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1394442>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL : A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.

- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207.
<https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kim, E. S., Tkatch, R., Martin, D., MacLeod, S., Sandy, L., & Yeh, C. (2021). Resilient Aging : Psychological Well-Being and Social Well-Being as Targets for the Promotion of Healthy Aging. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7, 23337214211002950.
<https://doi.org/10.1177/23337214211002951>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*, 4th ed. Guilford Press.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. M. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20741>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P., & Lempérière, T. (1985). Evaluation of anxiety and depression among patients hospitalized on an internal medicine service. *Annales Medico-Psychologiques*, 143(2), 175-189.
- Matson, T. E., Anderson, M. L., Renz, A. D., Greenwood-Hickman, M. A., McClure, J. B., & Rosenberg, D. E. (2019). Changes in Self-Reported Health and Psychosocial Outcomes in Older Adults Enrolled in Sedentary Behavior Intervention Study. *American Journal*

of Health Promotion: AJHP, 33(7), 1053-1057.

<https://doi.org/10.1177/0890117119841405>

Meynet, S., Beaudoin, M., & Smeding, A. (2021). Personnes âgées à domicile avec limitations fonctionnelles : Étude préliminaire d'une intervention centrée sur le bien-être et l'autonomie. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 40(2), 224-237. <https://doi.org/10.1017/S0714980820000379>

Organisation Mondiale de la Santé. (2002). Vieillir en restant actif: Cadre d'orientation (WHO/NMH/NPH/02.8). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67758>

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). L'OMS lance une application numérique pour améliorer les soins aux personnes âgées. <https://www.who.int/fr/news/item/30-09-2019-who-launches-digital-app-to-improve-care-for-older-people>

Orpana, H., Vachon, J., Dykxhoorn, J., & Jayaraman, G. (2017). Mesurer la santé mentale positive au Canada : Validation des concepts du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 37(4), 133-141. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.4.03f>

Reissmann, M., Geithner, L., Storms, A., & Woopen, C. (2021). Stereotypes about very old people and perceived societal appreciation in very old age. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 54(Suppl 2), 93-100. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01971-y>

Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP) : A longitudinal mediation analysis. *The Lancet. Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

- Santini, Z. I., Torres-Sahli, M., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R., Rayce, S. B., Baker, M. M., Ten Have, M., Schotanus-Dijkstra, M., & Koushede, V. (2020). Measuring positive mental health and flourishing in Denmark : Validation of the mental health continuum-short form (MHC-SF) and cross-cultural comparison across three countries. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01546-2>
- Schreiber, J. B., Nora, A., Stage, F. K., Barlow, E. A., & King, J. (2006). Reporting Structural Equation Modeling and Confirmatory Factor Analysis Results : A Review. *The Journal of Educational Research*, 99(6), 323-338. <https://doi.org/10.3200/JOER.99.6.323-338>
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Singh, B., & Kiran, U. (2014). Recreational Activities for Senior Citizens. *International Journal of Humanities and Social Science*, 19, 2279-2837. <https://doi.org/10.9790/0837-19472430>
- Smith, J. M. (2012). Toward a better understanding of loneliness in community-dwelling older adults. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 146(3), 293-311. <https://doi.org/10.1080/00223980.2011.602132>
- Suanet, B., Aartsen, M. J., Hoogendijk, E. O., & Huisman, M. (2020). The Social Support–Health Link Unraveled : Pathways Linking Social Support to Functional Capacity in Later Life. *Journal of Aging and Health*, 32(7-8), 616-626. <https://doi.org/10.1177/0898264319841949>
- Vallerand, R. J., & O’connor, B. P. (1991). Construction et Validation de L’échelle de Motivation Pour Les Personnes Áées (EMPA). *International Journal of Psychology*, 26(2), 219-240. <https://doi.org/10.1080/00207599108247888>

- Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F. (1999). Social Relationships in Old Age. In *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100* (Cambridge University Press, p. 282-301).
<https://doi.org/10.13140/2.1.4224.5767>
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. M. (2010). Mental Illness and Mental Health: The Two Continua Model Across the Lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
<https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Chapitre 8. Discussion générale

En cherchant à évaluer un programme innovant de promotion de la santé mentale à travers un essai contrôlé randomisé (ECR), l'ensemble de ce travail de thèse avait pour objectif de tester la possibilité de maintenir l'autonomie des personnes âgées qui présentent plusieurs limitations fonctionnelles par la promotion de la santé mentale. L'intérêt de considérer une conception multidimensionnelle (indicateurs positifs et négatifs) de ce construit ainsi que le rôle médiateur des processus motivationnels auprès de cette population devaient également être examinés.

Concernant le concept de santé mentale, les résultats de l'étude sur l'impact du confinement lié à la situation sanitaire de mars 2020 (chapitre 6) ont mis en évidence que les niveaux de bien-être émotionnel et psychologique ainsi que la dépression étaient, d'une part, significativement impactés par le confinement et, d'autre part, que les indicateurs de bien-être semblaient détenir un rôle protecteur des troubles psychologiques dans de telles situations d'isolement. Par ailleurs, les modélisations par équations structurales réalisées sur nos données de l'ECR du chapitre 7 ont également montré l'intérêt de considérer ces trois mêmes indicateurs pour définir la santé mentale de cette population. L'ensemble de ces résultats consistants soutiennent la pertinence de considérer un concept multidimensionnel de santé mentale chez les personnes âgées et fragiles et rejoignent ainsi les travaux de Keyes (2005) qui propose de considérer la santé mentale à travers un double continuum soulignant l'importance de considérer à la fois l'absence de troubles psychologiques et un bon niveau de bien-être pour attester d'une santé mentale complète. Par ailleurs, les résultats présentés dans l'étude sur l'impact du confinement suggèrent également l'importance de promouvoir la santé mentale de cette population qui, en raison d'une possible accentuation des limitations fonctionnelles, serait

susceptible d'éprouver de plus amples difficultés de mobilisation entraînant alors des contraintes d'isolement imposé (Boamah et al., 2021).

Cependant, contrairement à notre modèle théorique initial (chapitre 2), les indicateurs d'anxiété et de bien-être social n'ont, d'une part, pas montré de variation significative à la suite du confinement liée au Covid-19 (chapitre 6) et, d'autre part, les modélisations par équations structurales du chapitre 7 ont indiqué que, selon nos données recueillies auprès de 170 personnes âgées et fragiles, ces indicateurs ne contribuaient pas à définir la variable latente de santé mentale. Nous avons ainsi mis en évidence que le bien-être social tel que conceptualisé à travers le fonctionnement social d'un individu dans la société (Keyes, 2002), n'était sans doute pas le meilleur indicateur pour mesurer le bien-être social de cette population et qu'une mesure de la qualité des relations familiales et amicales, nécessaires au bien-être des personnes âgées et fragiles, reflèterait possiblement davantage le bien-être social de cette population (Singh & Misra, 2009; Wagner et al., 1999). Pour l'anxiété, nous avons souligné la possibilité de considérer ce trouble comme relativement stable dans le temps en lien avec des préoccupations constantes telles que la peur d'être un fardeau pour les proches ou l'aggravation de l'état de santé (Balsamo et al., 2018). Les scores relativement stables obtenus pour cet indicateur sur les trois études réalisées lors de ce travail de thèse soutiennent cette hypothèse (chapitre 5 : $M_{T0} = 8.10$, $SD_{T0} = 4.06$; chapitre 7 : $M_{T0} = 7.53$, $SD_{T0} = 3.65$; chapitre 6 : $M_{T1} = 7.72$, $SD_{T1} = 4.25$) et ce, malgré la variabilité temporelle de chaque évaluation (respectivement février 2018, novembre 2019 à février 2020, mai 2020).

Les analyses du chapitre 7 ont également permis de mettre en évidence que la santé mentale des personnes âgées et fragiles, définie alors par de bons niveaux de bien-être émotionnel et psychologique couplés à une absence de dépression, permettrait de prédire la motivation autodéterminée traduite par une persévérance dans les activités autodéterminées. Ces résultats rejoignent ainsi les conclusions de plusieurs études sélectionnées dans la revue

systematique du chapitre 1 dans lesquelles les chercheurs considèrent la motivation comme un facteur essentiel pour la réussite des interventions en santé mentale mais également comme un vecteur du maintien d'un vieillissement actif auprès d'une population âgée et fragile (Barbosa et al., 2021; Resnick et al., 2009). Toutefois, l'hypothèse énoncée dans l'article théorique du chapitre 2 concernant la possible difficulté de renforcer le besoin fondamental de compétence de cette population, pourtant nécessaire à la motivation autodéterminée ainsi qu'au bien-être des personnes âgées et fragiles, pourrait s'avérer erronée (Neubauer et al., 2015; Ryan & Deci, 2017). En effet, selon les retours qualitatifs obtenus (Annexe 6), il semblerait qu'à travers leur relation avec les soignants, les bénéficiaires du Pôle Bien-Être Autonomie (BE-A) aient retrouvé la possibilité d'accomplir des activités de loisirs qu'ils jugeaient ne plus être capables de réaliser (e.g., confection culinaire, sortie en extérieur, faire des achats). Bien que la dimension du bien-être psychologique du continuum de santé mentale utilisée dans l'ECR du chapitre 7 comporte un item mesurant le sentiment de compétence (Keyes, 2002), il aurait été intéressant d'inclure un tel construit dans nos études. Par ailleurs, plusieurs études de notre revue systématique du chapitre 1 ont utilisé une mesure du sentiment d'auto-efficacité et ont constaté une amélioration de cet indicateur en post intervention (Bonura & Tenenbaum, 2014; Rodríguez-Díaz et al., 2016; Toledano-González et al., 2019). S'il existe une nuance entre les deux construits, les sentiments d'auto-efficacité et de compétence ont néanmoins en commun la capacité perçue d'un individu dans la réalisation d'une activité et correspondent alors au besoin de compétence énoncé par la théorie de l'auto-détermination (Kremer et al., 2012; Ryan & Deci, 2017). Il serait ainsi intéressant, à travers une mesure dédiée à ce construit et sous réserve d'un plus grand nombre de participants, de tester la pertinence du sentiment de compétence comme seconde variable prédictive de la motivation au sein du modèle théorique proposé dans le chapitre 2.

Par ailleurs, les deux études portant sur l'évaluation du Pôle BE-A ont discuté un possible lien entre l'internalisation des stéréotypes négatifs liés au vieillissement et les résultats de santé mentale obtenus. Alors que dans l'étude pilote nous faisons l'hypothèse que ces stéréotypes pouvaient expliquer l'amélioration de l'estime de soi et la diminution de l'anxiété observée en T1, nous évoquons également un possible lien entre les stéréotypes et le faible score obtenu à la dimension du bien-être social dans l'ECR du chapitre 7. Si plusieurs études ont montré un lien entre les discriminations liées à l'âge et la perception de son propre vieillissement (Giasson et al., 2017; Marquet et al., 2018), une récente étude a également mis en évidence que, d'une manière plus étendue, la saillance des stéréotypes âgistes pouvait impacter la santé mentale (Brothers et al., 2021). Plus précisément les auteurs ont testé à travers des modélisations par équations structurales le lien directionnel entre les stéréotypes liés à l'âge, la perception de son propre vieillissement (pertes et gains perçus) et la santé mentale et physique. Si seules les pertes semblent affecter la santé physique, il semble que l'ensemble des changements auto-perçus puissent impacter la santé mentale des personnes âgées, conceptualisée dans cette étude à travers des indicateurs de dépression et d'impact des émotions sur le fonctionnement quotidien. Ainsi, en termes de perspectives de recherche, il serait également intéressant de tester si, d'une part, la participation à des activités telles que proposées dans le Pôle BE-A pourrait réduire les croyances stéréotypiques relatives au vieillissement, et, d'autre part, de tester si cette possible diminution des croyances pourrait contribuer à améliorer la motivation à persévérer dans les activités autodéterminées.

Contrairement au modèle théorique initial proposé dans le chapitre 2, la motivation autodéterminée n'a pas permis de prédire la variable latente d'autonomie physique. Nous avons cependant relevé que le regroupement des activités quotidiennes (ADL) et des activités instrumentales (IADL) sous une variable latente commune n'était probablement pas adapté, les ADL représentant un ensemble de mouvements qui mobilisent l'ensemble du corps et

nécessitent alors une bonne santé physique générale. Cependant, les analyses exploratoires du modèle théorique (chapitre 7) dans lesquelles cette variable latente a été soustraite, ont permis de mettre en évidence que la persévérance dans les activités autodéterminées pouvait prédire ces IADL, une autonomie caractérisée par des activités plus accessibles sur un plan physique et qui pourraient notamment dépendre de l'adaptation de l'environnement des personnes. Ce résultat a été soutenu par les analyses de variance mixtes qui cherchaient à évaluer l'efficacité du Pôle BE-A et qui ont montré en parallèle d'une accentuation de la persévérance dans les activités autodéterminées, une augmentation des IADL pour le groupe expérimental en T1. Cependant cette amélioration d'autonomie est à considérer avec prudence étant donné que les mesures d'autonomie ont été auto-reportées par des aides-soignants parfois différents sur les trois temps de mesure. Toutefois, dans la revue du chapitre 1, quelques interventions ont également obtenus des améliorations d'autonomie physique (équilibre, mobilité, santé physique auto-reportée, autonomie fonctionnelle) en parallèle d'une meilleure santé mentale à travers la persévérance dans des activités sociales et créatives (Daban et al., 2021; Greaves & Farbus, 2006; Levasseur et al., 2016). Et, tout comme pour le Pôle BE-A, ces études sont également caractérisées par la présence d'un accompagnateur individuel auprès des personnes âgées dans la réalisation des activités proposées. Ces constatations mettant alors en évidence le possible intérêt de la nécessité d'un accompagnement personnalisé pour intervenir auprès des personnes âgées et fragiles lorsqu'un enjeu d'autonomie est recherché.

Après trois mois de Soins de Prévention et de Soutien réalisés avec les aides-soignants des différents services à domicile, l'évaluation de l'efficacité a montré une diminution des niveaux de dépression. Il est par ailleurs intéressant de constater que les résultats obtenus lors de l'ECR du présent travail de thèse concernant l'anxiété et la dépression correspondent à l'inverse de ceux obtenus lors de l'étude pilote (chapitre 5). En effet, l'étude pilote a montré une diminution significative de l'anxiété après trois mois de fonctionnement et une absence de

différence pour la dépression. Cependant, alors que les scores initiaux d'anxiété étaient relativement comparables entre les deux études, le score moyen de dépression ($M = 4.26$; $ET = 3.67$) des 19 participants dans l'étude pilote menée sur une seule ville était bien en deçà du score diagnostique de 8 retenu par les auteurs du questionnaire Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond & Snaith, 1983), alors que les 170 participants de la seconde étude sur le Pôle BE-A dans sept départements de France obtenaient un score moyen à la limite de ce seuil ($M = 7.63$; $ET = 3.69$). Ainsi, malgré les difficultés et les précautions nécessaires à la mise en œuvre d'intervention auprès de cette population âgée et fragile relevé dans le chapitre 1, il demeure important d'avoir un nombre de participants suffisamment élevé et ainsi plus représentatif de la population générale ciblée dans ces recherches interventionnelles.

Les différentes études effectuées dans ce travail de thèse ont notamment révélé plusieurs limites essentiellement méthodologiques pour les chapitres 5 (e.g., absence de groupe contrôle) et 6 (e.g., mesures T1 relevées après la levée du confinement), et deux limites principales liées au contexte situationnel sont venues réduire nos possibilités de conclusions pour l'ECR du chapitre 7 : la crise sanitaire liée au covid-19 et les difficultés de recrutements traversées par les établissements de soins à domicile. La première nous a contraint à arrêter le programme une première fois dans l'ensemble des services de soins quelques jours après sa mise en œuvre et jusqu'à plusieurs fois dans certains de ces services. Ainsi cette étude qui devait initialement durer six mois et contenir ensuite une phase d'interruption afin de vérifier le maintien des bénéfices du Pôle BE-A s'est finalement étendue sur deux ans, sans phase d'interruption, et cet intervalle temporel n'a pas été sans conséquence sur le nombre de participants comme indiqué dans le protocole du chapitre 4. La seconde limite, qui n'est pas indépendante de la première, a possiblement impacté nos résultats sur l'autonomie à travers les taux de rotations du personnel soignants et les postes vacants qui se sont accentués depuis la crise sanitaire. Cette situation du manque de personnel a également réduit la possibilité de dispenser de façon suffisante et

régulière les Soins de Prévention et de Soutien nécessaire auprès des bénéficiaires tout au long de la phase d'expérimentation.

Toutefois, l'ensemble de ce travail de thèse offre une compréhension unique sur les mécanismes de santé mentale et les processus motivationnels d'une population de plus de 75 ans qui présente des difficultés fonctionnelles. Au regard des difficultés à évaluer les interventions mises en œuvre auprès des personnes âgées et fragiles à domicile à travers une méthodologie précise, la réalisation d'un ECR représente également un avantage important de ce travail. Par ailleurs, la création d'un questionnaire sur l'autonomie, adapté des échelles originales ADL et IADL (Katz et al., 1963; Lawton & Brody, 1969) et qui correspond aux caractéristiques physiques de la population étudiée, est également un des points forts de ce travail. Particulièrement sensible aux fines variations des capacités des participants, ce questionnaire a été très bien accueilli par les équipes soignantes et fera l'objet d'une future valorisation. Si la majorité des établissements participants ont pérennisé ces Soins de Prévention et de Soutien et inscrit le programme en parallèle des soins de nursing habituels après la phase d'expérimentation, ce Pôle BE-A a également montré son intérêt dans la promotion du vieillissement actif d'une population pour laquelle la majorité des interventions restent inadaptées.

Références

- Balsamo, M., Cataldi, F., Carlucci, L., & Fairfield, B. (2018). Assessment of anxiety in older adults : A review of self-report measures. *Clinical Interventions in Aging, 13*, 573-593. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114100>
- Barbosa, M. R., Campinho, A., & Silva, G. (2021). “Give and Receive” : The Impact of an Intergenerational Program on Institutionalized Children and Older Adults. *Journal of Intergenerational Relationships, 19*(3), 283-304. <https://doi.org/10.1080/15350770.2020.1742844>
- Boamah, S. A., Weldrick, R., Lee, T.-S. J., & Taylor, N. (2021). Social Isolation Among Older Adults in Long-Term Care : A Scoping Review. *Journal of Aging and Health, 33*(7-8), 618-632. <https://doi.org/10.1177/08982643211004174>
- Bonura, K. B., & Tenenbaum, G. (2014). Effects of yoga on psychological health in older adults. *Journal of Physical Activity & Health, 11*(7), 1334-1341. <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0365>
- Brothers, A., Kornadt, A. E., Nehr Korn-Bailey, A., Wahl, H.-W., & Diehl, M. (2021). The Effects of Age Stereotypes on Physical and Mental Health Are Mediated by Self-perceptions of Aging. *The Journals of Gerontology: Series B, 76*(5), 845-857. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa176>
- Daban, F., Garcia-Subirats, I., Porthé, V., López, M., de-Eyto, B., Pasarín, M. I., Borrell, C., Artazcoz, L., Pérez, A., & Díez, E. (2021). Improving mental health and wellbeing in elderly people isolated at home due to architectural barriers : A community health intervention. *Atención Primaria, 53*(5), 102020. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102020>

- Giasson, H. L., Queen, T. L., Larkina, M., & Smith, J. (2017). Age Group Differences in Perceived Age Discrimination : Associations With Self-Perceptions of Aging. *The Gerontologist*, 57(suppl_2), S160-S168. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx070>
- Greaves, C. J., & Farbus, L. (2006). Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people : Outcomes from a multi-method observational study. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(3), 134-142. <https://doi.org/10.1177/1466424006064303>
- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A., & Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL : A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185, 914-919.
- Keyes, C. L. M. (2002). The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207. <https://doi.org/10.2307/3090197>
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.3.539>
- Kremer, J., Moran, A., Walker, G., & Craig, C. (2012). Self-Efficacy and Perceived Competence. In *Key Concepts in Sport Psychology* (p. 86-90). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.4135/9781446288702>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people : Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186.
- Levasseur, M., Lefebvre, H., Levert, M.-J., Lacasse-Bédard, J., Desrosiers, J., Therriault, P.-Y., Tourigny, A., Couturier, Y., & Carbonneau, H. (2016). Personalized citizen assistance for social participation (APIC) : A promising intervention for increasing mobility, accomplishment of social activities and frequency of leisure activities in older

- adults having disabilities. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 64, 96-102.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.01.001>
- Marquet, M., Chasteen, A. L., Plaks, J. E., & Balasubramaniam, L. (2018). Understanding the mechanisms underlying the effects of negative age stereotypes and perceived age discrimination on older adults' well-being. *Aging & Mental Health*, 1-8.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1514487>
- Neubauer, A. B., Schilling, O. K., & Wahl, H.-W. (2015). What Do We Need at the End of Life? Competence, but not Autonomy, Predicts Intraindividual Fluctuations in Subjective Well-Being in Very Old Age. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbv052.
<https://doi.org/10.1093/geronb/gbv052>
- Resnick, B., Gruber-Baldini, A. L., Zimmerman, S., Galik, E., Pretzer-Aboff, I., Russ, K., & Hebel, J. R. (2009). Nursing Home Resident Outcomes from the Res-Care Intervention : RESTORATIVE CARE. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1156-1165.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02327.x>
- Rodríguez-Díaz, M. T., Pérez-Marfil, M. N., & Cruz-Quintana, F. (2016). Coexisting with dependence and well-being : The results of a pilot study intervention on 75-99-year-old individuals. *International Psychogeriatrics*, 28(12), 2067-2078.
<https://doi.org/10.1017/S1041610216001277>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-determination theory : Basic psychological needs in motivation, development, and wellness*. (Guilford Publications).
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18(1), 51-55. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.57861>
- Toledano-González, A., Labajos-Manzanares, T., & Romero-Ayuso, D. (2019). Well-Being, Self-Efficacy and Independence in older adults : A Randomized Trial of Occupational

Therapy. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 83, 277-284.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.05.002>

Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F. (1999). Social Relationships in Old Age. In *The Berlin Aging Study Aging from 70 to 100* (Cambridge University Press, p. 282-301).

<https://doi.org/10.13140/2.1.4224.5767>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Annexes

Annexe 1. Projet de recherche présenté à l'ANRT

Prévention de la perte d'autonomie : évaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion du bien-être chez les personnes âgées à domicile.

Contexte

Le vieillissement de la population est un enjeu de santé publique depuis maintenant plusieurs années. Cette transition démographique devient problématique dès lors que l'augmentation de la longévité n'est pas toujours accompagnée d'un vieillissement en bonne santé. Le rapport mondial de l'OMS (2016) définit le « Vieillissement en bonne santé » comme « étant le processus de développement et de maintien des aptitudes fonctionnelles qui permet aux personnes âgées de jouir d'un état de bien-être ». Cependant, selon la DREES (2017), parmi la proportion de personnes âgées de 60 ans et plus vivant à domicile on relève environ neuf millions d'individus avec au moins une limitation fonctionnelle ou une difficulté à se laver. Cette perte d'autonomie engendre de lourdes conséquences financières, sociétales et humanitaires. Par exemple, le Cercle de l'Épargne a fixé le coût total de la dépendance en 2017 entre 41 et 45 millions d'euros, la moitié de ce chiffre étant dédiée aux dépenses de soins et un gros tiers étant dédié aux aides formelles pour les activités de la vie quotidienne. Il existe donc un enjeu humanitaire et économique à prévenir les incapacités physiques, sensorielles et cognitives des personnes âgées et à promouvoir le maintien d'une bonne santé tout au long de la vie. Dans cette perspective, le plan d'action de l'OMS 2016-2020 « Vieillir en bonne santé » présente comme objectifs de favoriser le vieillissement en bonne santé et d'adapter les systèmes de santé aux besoins des populations les plus âgées.

Une synthèse de 2011 (Bodart, Clément & Lamboy) montre l'efficacité de certaines interventions sur le maintien de l'autonomie des personnes âgées. La promotion d'activité

physique (comme le Thaï Chi ou l'entraînement aérobic) permet de renforcer les aptitudes fonctionnelles et cognitives essentielles au maintien d'une vie autonome. La sécurisation du domicile permet parfois de réduire la peur de tomber, limitant ainsi le nombre de chutes et de fractures. L'éducation aux personnes sur des thématiques d'alcool, de tabac et de nutrition via des appels téléphoniques ou des visites à domicile permettent d'améliorer la qualité de vie physique nécessaire au maintien de l'autonomie des aînés. D'autres interventions de prévention de la perte d'autonomie ont déjà été validées et appuient cette recherche. Une méta-analyse sur 159 essais (Gillespie & al, 2012) a montré que la sécurisation du domicile permettrait de réduire le taux de chute (OR = 0,81 ; IC à 95% = 0,68-0,97) et le risque de chute (OR = 0,88 ; IC à 95% = 0,80-0,96). Une autre méta-analyse de 2016 a conclu que l'entraînement physique (exercice d'aérobic) sur les personnes de 70 ans et plus a un effet significatif et positif sur la santé, le maintien des aptitudes fonctionnelles et cognitives et sur leur qualité de vie (Bouaziz & al, 2016). Enfin, un essai contrôlé randomisé auprès de 55 personnes âgées a permis de mettre en évidence que l'entraînement physique couplé à une activité de soutien nutritionnel peut réguler certains paramètres physiologiques et ainsi prévenir la réduction de masse musculaire (Haider & al, 2017). Cependant, ces différentes interventions présentent pour certaines des biais méthodologiques et pour d'autres une efficacité réduite au court terme. De plus, la plupart de ces programmes sont mis en place auprès de personnes âgées sans incapacités physiques particulières, la possibilité d'action est donc réduite chez des personnes ayant déjà plusieurs limitations fonctionnelles et des incapacités de transferts. Enfin, ces programmes dans leur ensemble choisissent de cibler des éléments de santé physique, laissant de côté un déterminant clef du maintien de l'autonomie : le bien-être psychologique (Guerrero-Escobedo & al, 2014 ; Stamm & al, 2016).

Le SSIAD d'Annecy, très impliqué dans le maintien de l'autonomie de ses usagers, a souhaité développer en parallèle des soins de nursing habituels un véritable programme

d'activités en direction des personnes âgées à domicile dénommé le Pôle Bien-être Autonomie (Pôle BE-A). Dans l'objectif de préserver l'autonomie de cette population, les aides-soignants de ce SSIAD proposent à leurs usagers cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS) visant à l'amélioration de leur niveau de bien-être psychologique et pour lesquelles ils ont tous été formés : bibliothèque (distribution de livre et atelier lecture), soins esthétiques, massages relationnels, atelier nutrition (conseils nutritionnels et aide à la préparation de recette) et mobilisation (sortie extérieure ou marche intérieure et sécurisation du domicile). Chacune des activités proposées a été conçue pour viser l'augmentation de certaines ressources psychologiques favorisant le bien-être (sentiment de maîtrise, estime de soi, appartenance sociale, sens donné à la vie, etc.). Par exemple, non seulement le massage et l'esthétique peuvent permettre de réduire les douleurs, mais ils peuvent contribuer à améliorer l'estime de soi et l'image corporelle des personnes âgées. Ainsi ces différentes interventions peuvent permettre aux personnes âgées de satisfaire leurs besoins psychologiques comme de retrouver un sentiment de sécurité ou d'utilité, de renforcer le sens donné à la vie ou l'acceptation de soi. L'originalité de cette approche est donc de proposer l'hypothèse selon laquelle l'amélioration du bien-être serait un déterminant du maintien de l'autonomie.

Maintenant en place depuis plusieurs mois, les premières évaluations de ce projet innovant ont montré une amélioration des niveaux d'estime de soi, de bien-être physique et psychologique ainsi qu'une diminution du niveau d'anxiété chez les bénéficiaires du programme. Bien que ces premiers résultats soient prometteurs et encourageants, il existe différentes limites à ce premier travail d'évaluation. La première concerne la mesure du maintien de l'autonomie des bénéficiaires du programme. Le nombre de limitations fonctionnelles, mesurées par les IADL (Lawton & Brody, 1969), montre un maintien 3 mois après le début du programme. L'intervalle temporel entre les mesures effectuées avant et après le programme est cependant trop court pour permettre de tirer des conclusions de l'effet du

programme sur la prévention de la perte d'autonomie. L'absence d'un groupe contrôle représente une autre limite méthodologique importante ne permettant pas de conclure quant à l'efficacité du programme. Enfin, les mécanismes psychologiques précis responsables de l'efficacité probable du programme (par exemple, rehaussement de l'estime de soi, augmentation du sens donné à la vie...) restent à identifier.

C'est donc dans l'optique d'ajuster ce programme et d'améliorer son offre de soin, que le SSIAD d'Annecy souhaite identifier les processus sur lesquels agit ce Pôle BE-A. Ce travail de thèse permettrait donc une réelle évaluation du travail des équipes du SSIAD sur l'approche des soins à domicile mais également l'ajustement des grandes orientations du projet de service en termes d'autonomie et de bien-être. Par ailleurs, la Mutualité Française, dont dépend le SSIAD, a pour ambition de pouvoir transférer/adapter ce programme dans d'autres structures voire même auprès d'autres publics afin de prévenir la perte d'autonomie le plus tôt possible. Or, une analyse fine des processus psychologiques sous-tendant les bénéfices d'un programme de prévention est indispensable à un transfert optimal à d'autres structures, car celles-ci peuvent présenter des conditions socioéconomiques et matérielles différentes nécessitant l'ajustement des composantes du programme.

Objectifs

Ce projet de thèse a pour objectif de déterminer pourquoi et comment les Soins de Prévention et de Soutien mis en place par le Pôle BE-A permettent de maintenir l'autonomie des personnes âgées à domicile. Plus précisément, il s'agira d'examiner le fonctionnement processuel du programme développé par le SSIAD en identifiant sur quelles ressources psychologiques agit chacune des cinq activités mises en place, en confirmant les éléments théoriques prédisant l'influence de ces ressources sur le bien-être, et en examinant l'impact du bien-être sur le maintien de l'autonomie.

La littérature en psychologie du vieillissement présente plusieurs théories modélisant les déterminants du bien-être psychologique, désormais conceptualisé comme un ingrédient essentiel du vieillissement réussi. Selon la théorie de la sélectivité et par l'intermédiaire du modèle SOC (Baltès & Baltès, 1990), le bien-être se dessine en vieillissant lorsque l'individu accepte ses changements (notamment corporels et fonctionnels) et lorsque celui-ci peut mettre en place des stratégies de sélection (restreindre le nombre d'objectifs fixés) et de compensation (trouver d'autres moyens d'atteindre ses objectifs) lui permettant de rester engagé dans la poursuite de buts personnels et d'en atteindre les plus importants. D'autres modèles d'autorégulation précisent qu'un ajustement flexible des buts personnels et l'atteinte d'un équilibre entre la poursuite de l'exercice du contrôle et le désengagement constituent des prédicteurs du bien-être avec l'avancée en âge, comme le modèle des processus d'accommodation/assimilation (Brandstadter & Renner, 1990) ou la théorie motivationnelle du développement vie-entière (Heckhausen, Wrosch & Schulz, 2010). D'autres travaux en psychologie de la motivation insistent sur la nécessité de renforcer la satisfaction des besoins psychologiques (autonomie, affiliation, maîtrise, réalisation de soi, sens à la vie) de la personne vieillissante afin de promouvoir son bien-être (Ryff, 1995). Parmi ces besoins, deux semblent être de moins en moins satisfaits avec l'avancée en âge : la réalisation de soi et le sens donné à la vie (Springer, Pudrovská & Hauser, 2011). Le profil motivationnel des personnes âgées a également toute son importance dans le bien-être psychologique de cette population, dans la poursuite des activités et dans l'atteinte des objectifs (Altintas & Guerrien, 2014).

Comme nous l'avons indiqué, une particularité des programmes de prévention de la perte d'autonomie développée jusqu'à aujourd'hui est qu'aucun ne cible de façon globale le niveau de bien-être psychologique des adultes âgés. Cependant, plusieurs travaux mettent en avant l'utilité pour la promotion du bien-être de certaines activités classiquement incluses dans les programmes de prévention de la perte d'autonomie. Par exemple, l'entraînement physique

semble améliorer les niveaux de dépression, d'anxiété, de sentiment d'auto-efficacité et d'estime de soi (Rodriguez & al, 2016). La dispense de soins esthétiques et de massages auprès de personnes âgées semble impacter les niveaux d'anxiété et les préoccupations corporelles liées au vieillissement (Tarteaut & al, 2008). Ces différentes variables psychologiques se trouvent être non seulement des déterminants de l'autonomie mais également des déterminants du bien-être psychologique.

La possibilité de prévenir la perte d'autonomie par le renforcement du bien-être n'est pas très étudiée contrairement aux nombreuses études qui confirment la possibilité de promouvoir le bien-être en renforçant leur autonomie. Pourtant, les études scientifiques sont nombreuses à montrer que les déterminants du bien-être psychologique (e.g., estime de soi, sentiment de maîtrise, motivation, relations sociales positives) ont un impact sur les réserves fonctionnelles des individus et donc, à terme, sur leur capacité à maintenir une vie autonome. Par exemple, les travaux sur l'auto-efficacité mnésique montrent que les adultes âgés dont le sentiment de confiance vis-à-vis de leur mémoire (un aspect du sentiment de maîtrise nécessaire au bien-être) est renforcé obtiennent de meilleures performances sur des tâches de mémoire (Beaudoin, sous presse ; Beaudoin & Desrichard, 2011, 2017). Ainsi, par l'analyse de l'efficacité de ce Pôle Bien-être Autonomie, ce projet de thèse cherche à expliquer quels sont les processus sous tendus dans la réalisation d'activité de bien-être qui peuvent maintenir et ou prévenir la perte d'autonomie des personnes âgées. Cette recherche souhaite également apporter des éléments à la notion d'autonomie dans le vieillissement et vérifier des hypothèses sur les moyens efficaces pour la maintenir.

Organisation des travaux de recherche

Une première étape dans la réalisation du travail de thèse sera de confirmer l'efficacité du programme à l'aide d'une méthodologie rigoureuse dans laquelle l'effet du programme sur les bénéficiaires (comparaison du bien-être et de l'autonomie avant et après intervention) sera

comparé à son efficacité auprès d'un groupe contrôle ne bénéficiant pas de ce programme. Plusieurs groupes contrôles sont envisagés pour identifier les ingrédients actifs du programme (par exemple, un groupe contrôle liste d'attente et un groupe contrôle placebo contrôlant le seul renforcement du lien social avec l'aide-soignant). Dans cette optique, un nombre suffisant de bénéficiaires sera nécessaire et pourra encourager la collaboration avec d'autres SSIAD. Les tailles d'échantillons nécessaires seront estimées sur la base des résultats de la première évaluation (en cours actuellement) à l'aide d'analyses de puissance statistique.

Une seconde étape consistera à évaluer le rôle joué par les ressources psychologiques qui, théoriquement, devraient médier l'effet des différentes composantes du programme sur le bien-être et, à terme, le maintien de l'autonomie. Les ressources psychologiques identifiées (satisfaction des besoins psychologiques, recours aux processus de sélection/optimisation/compensation, profil motivationnel...) seront mesurées à l'aide de questionnaires standardisés et d'entretiens directifs ou semi-directifs ainsi que chaque variable relative à l'autonomie et au bien-être des usagers des SSIAD bénéficiant ou non de ce Pôle BE-A. Il sera ainsi possible de créer un modèle explicatif des différents liens entre les activités proposées, les ressources psychologiques des usagers, leur bien-être et, in fine, le maintien de l'autonomie. Si nos résultats ne correspondent pas aux effets attendus, un ajustement du programme proposé sera sans doute nécessaire. Si, au contraire, les résultats semblent concordants à nos hypothèses, la Mutualité Française espère pouvoir développer son projet et l'ajuster à chaque usager en fonction de ses besoins.

Annexe 2. Exemple des grilles ADL et IADL du questionnaire adapté d'autonomie

Partie 1 ADL – Hygiène corporelle

Chaque point listé ci-dessous correspond à des actes réalisés pendant un soin de nursing. **Lors de votre dernière visite à son domicile**, de quelle manière l'utilisateur a-t-il réalisé ces actes ?

Merci de cocher la case correspondante, selon si l'utilisateur ne peut pas du tout réaliser ces actes, si l'aide d'un tiers est requise pour les réaliser, si la présence d'un tiers est nécessaire pour sécuriser les actes ou si l'utilisateur peut les réaliser seul et sans surveillance.

	Ne le fait pas du tout	Le fait avec l'aide d'un tiers	Le fait seul avec présence d'un tiers pour sécuriser	Le fait seul sans surveillance nécessaire
1- Se laver les cheveux				
2- Se laver le visage				
3- Se brosser les dents				
4- Se raser, maquiller, coiffer, parfumer				
5- Se laver le haut du corps				
6- Effectuer sa toilette intime				
7- Se laver le bas du corps (jambes)				
8- S'essuyer ou se laver les mains				
9- S'essuyer ou se laver les pieds				

Partie 5 IADL - Dérouler du repas

Merci de cocher la case qui correspond le mieux **aux capacités actuelles** de l'utilisateur pour préparer la table, servir le repas, se nourrir et débarrasser la table.

	Ne le fait pas du tout	Le fait avec l'aide d'un tiers	Le fait seul avec présence d'un tiers pour sécuriser	Le fait seul sans surveillance nécessaire	Je ne sais pas
1- Prévoir le repas (choix du repas)					
2- Préparer le repas					
3- Préparer la table					
4- Servir le repas					
5- Débarrasser la table					

Annexe 3. Notice d'information pour les participants



Résumé de la notice d'information



Madame, Monsieur,

Le document ci-joint vous présente la recherche menée par la Mutualité Française, à laquelle vous êtes invités à participer.

Intitulé de la recherche :

Evaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion du bien-être chez les personnes âgées à domicile

Cette recherche a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un programme innovant : le Pôle Bien-Etre Autonomie.

Le Pôle Bien-Etre Autonomie a pour ambition de promouvoir le bien-être et de maintenir l'autonomie des personnes à domicile. Il sera, dans un premier temps, mis en place pendant six mois auprès de la moitié des participants afin d'effectuer une évaluation rigoureuse qui pourrait. Selon les résultats de cette recherche et dans un second temps, le souhait de la Mutualité Française est d'ajouter ce programme à l'offre de soin des personnes à domicile.

Le Pôle Bien-Etre Autonomie est un programme composé de cinq Soins de Prévention et de Soutien (mobilisation, nutrition, massage, esthétique, lecture) dispensés par les aides-soignants de votre Service de soins.

Pour évaluer ce programme quatre entretiens de 30 à 45 minutes vous seront proposés à votre domicile avec une doctorante en psychologie de la prévention, à raison d'un entretien tous les trois mois. La doctorante, Mme Meynet Stéphanie, vous sera présentée par une employée de votre Service de Soins. L'objectif de ces

entretiens est d'évaluer, à travers cinq questionnaires, vos habitudes de vie et votre ressenti au quotidien.

Votre participation est volontaire et l'ensemble de vos réponses seront anonymisées. Vous pourrez cesser votre participation ou vous retirer de cette recherche à tout moment.

Vous trouverez ci-joint plus amples informations sur cette recherche.



Notice d'information



Evaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion du bien-être chez les personnes âgées à domicile

Madame, Monsieur,

Le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), régi par la Mutualité Française Limousine/Grand Sud/Puy de Dôme/des Savoie/Allier/Lorraine, met en œuvre un programme de promotion du bien-être à destination des personnes âgées à domicile.

Ce programme expérimental fait l'objet d'une recherche dans le cadre d'un travail de thèse mené par M^{elle} MEYNET Stéphanie, doctorante en psychologie de la prévention.

Ce projet est destiné à évaluer l'efficacité du programme proposé par la Mutualité Française Limousine/Grand Sud/Puy de Dôme/des Savoie/Allier/Lorraine, à proposer des pistes d'amélioration de la prise en soin des personnes âgées à domicile et à tester l'hypothèse selon laquelle la promotion du bien-être à domicile permettrait de maintenir l'autonomie des usagers d'un SSIAD.

Vous êtes invités à participer à cette étude. Avant d'accepter de participer à cette recherche vous devez prendre connaissance de l'organisation de ce projet et des

éventuels risques et inconvénients liés à votre participation afin de pouvoir prendre une décision éclairée.

Responsables de projet :

Responsable scientifique principale : Melle MEYNET Stéphanie, Doctorante

Directrice de thèse : Mme SMEDING Annique

Encadrante de thèse : Mme BEAUDOIN Marine

Université de rattachement : Université Savoie Mont-Blanc, Laboratoire Inter-universitaire de Psychologie, Personnalité, Cognition et Changement Social

Financement du projet :

Le chercheur a reçu les subventions nécessaires à cette recherche par l'Association Nationale de la Recherche et de la Technologie (ANRT) et le Fond de Développement des Services de Soins et d'Accompagnement Mutualiste (FDSSAM).

Description du protocole de la recherche :

Afin d'évaluer l'efficacité du programme proposé, il est nécessaire d'effectuer une évaluation rigoureuse, appelée en recherche *un essai contrôlé randomisé*. Il s'agit pour cela d'appliquer deux règles nécessaires :

- Répliquer le programme dans différents SSIAD
- Composer, de manière aléatoire et dans chacun des SSIAD participants, un groupe contrôle et un groupe expérimental.

Le groupe expérimental est un groupe composé de personne qui bénéficiera du programme.

Le groupe contrôle est un groupe composé de personne qui ne bénéficiera pas du programme proposé durant le temps de l'étude.

Votre participation à ce projet sera requise pour quatre entrevues distinctes de 45 minutes chacune. Ces rencontres auront lieu tous les trois mois à votre domicile entre novembre 2019 et novembre 2020. Vous aurez à répondre à des questionnaires portant sur vos niveaux de bien-être et d'autonomie. Il s'agit de 5 questionnaires sur vos habitudes de vie et sur ce que vous ressentez au quotidien. Ce protocole est valable pour l'ensemble des deux groupes (contrôle et expérimental) et pour chacune des quatre entrevues.

L'objectif étant de comparer l'évolution des niveaux de bien-être et d'autonomie des deux groupes, et ce dans chaque SSIAD participant.

Actuellement sept SSIAD participent à ce projet de recherche : Limoges, Clermont-Ferrand, Annecy, Moulin, Vichy, Pézenas, Olonzac.

Le programme proposé : le Pôle Bien-Etre Autonomie

Il est constitué de cinq Soins de Prévention et de Soutien (SPS) dispensés par les aides-soignants du service :

- Atelier nutrition : réalisation de recette de votre choix (sucrée ou salée)
- Atelier lecture : mots croisés, scrabble, lecture du journal
- Mobilisation autonomie : sortie au lieu de votre choix
- Massage relationnel : massage d'une ou plusieurs parties du corps
- Esthétique : manucure, soin du visage, gommage du corps

Seuls les participants du groupe expérimental pourront bénéficier d'un ou plusieurs SPS, selon leur convenance et selon la disponibilité du SSIAD. Chacun de ces SPS sera dispensé par un aide-soignant du SSIAD au domicile du participant, parallèlement aux soins d'hygiène dont vous bénéficiez actuellement. Ce programme a pour objectif de promouvoir votre bien-être et de maintenir votre autonomie.

Aucune participation financière ne vous sera demandée.

Respect de la confidentialité :

Durant votre participation à ce projet de recherche, le chercheur responsable recueillera et consignera dans un ordinateur sécurisé les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires à la bonne conduite du projet de recherche seront recueillis. Ils comprennent les informations suivantes : sexe, âge, catégories de diagnostics médicaux, habitudes de vie, résultats de tous les tests (niveau de bien-être, niveau d'autonomie, fréquence des activités quotidiennes).

Afin de préserver votre identité et la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié(e) que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par le SSIAD. Cette clé sera conservée durant le temps de l'étude, soit au maximum deux ans.

Le chercheur principal de l'étude utilisera les données uniquement à des fins de recherche et sous forme de moyenne. Les données du projet de recherche pourront être publiées dans des revues scientifiques ou partagées avec d'autres personnes lors de discussions scientifiques. Aucune publication ou communication scientifique ne renfermera d'information permettant de vous identifier.

Vous serez informés des résultats à la fin de cette étude.

Risques et inconvénients possibles :

Cette recherche ne devrait impliquer aucun risque ou inconfort significatif, si ce n'est le fait de donner de votre temps.

Droit de retrait, d'accès et de rectification :

Votre contribution à cette recherche est volontaire. Vous pourrez cesser votre participation et vous retirer de la recherche à tout moment sans motiver votre décision. Votre décision d'accepter, de refuser ou de cesser votre participation n'aura aucune conséquence.

Vous pouvez avoir accès et rectifier vos données à tout moment en contactant la responsable scientifique du projet.

Sachez par ailleurs, que ce protocole de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche en Lettres, Langues et Sciences Humaine le.....

Enfin, la responsable scientifique reste disponible à tout moment et pour toutes questions supplémentaires liées à la recherche.

M^{elle} MEYNET Stéphanie

Téléphone : (non applicable dans le présent manuscrit)

Mail : (non applicable dans le présent manuscrit)

Annexe 4. Consentement éclairé

Evaluation et analyse processuelle d'un programme de promotion du bien-être
chez les personnes âgées à domicile

Consentement libre et éclairé :

Je déclare que j'ai été informé sur la nature de l'étude, son but, sa durée, les risques / inconvénients éventuels liés à la participation à l'étude et ce que l'on attend de moi.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à cette étude est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à cette étude sans que cela ne modifie mes relations avec les investigateurs / l'équipe du SSIAD.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à cette étude et que les investigateurs se portent garant de la confidentialité de ces données.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, Prénom, date et signature du volontaire.

Déclaration de responsabilité du chercheur de l'étude :

Je soussignée, Melle Meynet Stéphanie, doctorante investigatrice, confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur l'étude et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que l'utilisateur accepte de participer à l'étude et que je suis disposée à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Nom, prénom, date et signature de l'investigateur qui a obtenu le consentement

Annexe 5. Ensemble des questionnaires validés utilisés dans les présents travaux

Questionnaire de l'autonomie psychologique

Ce questionnaire porte sur les divers aspects de l'autonomie dans votre vie quotidienne. Nous vous demandons d'indiquer la fréquence avec laquelle vous réagissez comme ce qui est décrit à l'aide de l'échelle ci-dessous.

1	2	3	4	5
Jamais	Rarement	Parfois	Habituellement	Toujours

1. Je suis satisfait(e) des actions que je fais.
2. J'agis selon mon caractère.
3. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme intellectuelle.
4. Je préfère faire moi-même toutes les choses qui me sont possible.
5. J'aime entrer en relation avec de nouvelles personnes.
6. Dans mes agirs, je tiens compte des limites qu'impose la vie en société.
7. Je veux choisir moi-même mes activités.
8. Je fais des activités qui me permettent d'exercer ma mémoire.
9. Ma façon d'agir correspond bien à mon caractère.
10. Mes choix et mes décisions en disent beaucoup sur ma personnalité et sur mon caractère.
11. Face à une difficulté physique, je cherche à développer de nouveaux moyens pour continuer à accomplir mes tâches.
12. Il est important de tenir compte de mes sentiments pour prendre une décision.
13. Je fais des activités qui m'aident à garder ma forme physique.
14. Je me fie sur ce que je ressens pour prendre une décision.
15. Quand je prends une décision, je tiens compte des possibilités du milieu dans lequel je suis.
16. Je choisis des occasions qui permettent d'établir des relations plus profondes.
17. Je participe à des activités qui me permettent de rencontrer des gens.
18. Je me préoccupe des autres tout en poursuivant mes propres intérêts.
19. Je choisis des activités qui m'apprennent des choses nouvelles.
20. Je choisis des activités où je peux connaître de nouvelles personnes.
21. Je fais des activités qui vont me garder alerte intellectuellement
22. J'agis selon mes sentiments.
23. Quand je pose une action, je respecte l'environnement dans lequel je suis.
24. Il est important pour moi de réaliser ce que j'ai décidé.
25. Mes choix et mes décisions reflètent généralement la personne que je suis.
26. Je veux prendre moi-même mes décisions.
27. Je décide de faire tout ce qui m'est physiquement possible de faire.
28. Je choisis des activités qui vont m'aider à garder ma forme physique.

Echelle du bien-etre physique & psychologique (Reker & Wong, 1984)

FA	A	MA	I	MD	D	FD
Fortement d'accord	D'accord	Modérément d'accord	Indécis	Modérément en désaccord	Désaccord	Fortement en désaccord

1. Je n'ai pas souvent de souffrances physiques
2. Personne ne se préoccupe si je suis vivant ou mort
3. Je ne crois pas avoir de problème au cœur
4. J'ai un bon appétit
5. Je m'ennuie souvent
6. J'ai des douleurs physiques
7. C'est passionnant d'être vivant
8. Quelquefois je souhaiterais ne jamais me réveiller
9. Je suis en bonne forme physique
10. La vie vaut la peine d'être vécue
11. Je crois que ma santé se détériore
12. Je ne me préoccupe pas de ce qui m'arrive
13. Je ne me fatigue pas facilement
14. Je suis résistant à l'effort physique

1	FA	A	MA	I	MD	D	FD
2	FA	A	MA	I	MD	D	FD
3	FA	A	MA	I	MD	D	FD
4	FA	A	MA	I	MD	D	FD
5	FA	A	MA	I	MD	D	FD
6	FA	A	MA	I	MD	D	FD
7	FA	A	MA	I	MD	D	FD
8	FA	A	MA	I	MD	D	FD
9	FA	A	MA	I	MD	D	FD
10	FA	A	MA	I	MD	D	FD
11	FA	A	MA	I	MD	D	FD
12	FA	A	MA	I	MD	D	FD
13	FA	A	MA	I	MD	D	FD
14	FA	A	MA	I	MD	D	FD

Echelle du bien-etre subjectif (Ryff, 1989)

Veillez donner une note de 1 à 6 aux affirmations suivantes selon votre degré d'accord avec ce qu'elles énoncent : entourez le chiffre choisi.

Désaccord 1 2 3 4 5 6 Accord

- **Autonomie**

1. J'ai tendance à me laisser influencer par les autres quand ils ont de fortes opinions.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. Je fais confiance à mes opinions, même quand elles vont à l'encontre du consensus.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. Je me juge par rapport à ce que je pense important et non pas selon les valeurs que les autres pensent importantes.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- **Maîtrise de l'environnement**

4. En général, je me sens responsable des situations dans lesquelles je vis.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. Souvent, les exigences de la vie quotidienne m'abattent.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

6. Je suis tout à fait valable dans la gestion des multiples responsabilités de ma vie quotidienne.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- **Développement personnel**

7. Je pense qu'il est important d'avoir de nouvelles expériences qui mettent en cause la manière de penser aussi bien soi que le monde.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

8. Pour moi, la vie est un processus continu d'apprentissage, de changement et de croissance personnelle.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

9. Il y a longtemps que j'ai renoncé à tenter de faire de grandes améliorations ou de grands changements dans ma vie.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- **Relations positives**

10. Il m'a été difficile et frustrant de maintenir des relations proches.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

11. Les gens me décriraient comme une personne qui donne et qui a la volonté de partager mon temps avec les autres.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

12. Je n'ai pas vécu beaucoup de relations chaleureuses et confiantes avec les autres.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- **Donner du sens à la vie**

13. Je vis au jour le jour et ne pense pas vraiment au futur.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

14. Certaines personnes errent sans buts dans la vie : ce n'est pas mon cas.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

15. Souvent, je pense que j'ai fait tout ce qu'il y avait à faire dans la vie.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

- **Acceptation de soi**

16. Quand je regarde l'histoire de ma vie, je suis content(e) de la manière dont les choses ont tourné.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

17. J'apprécie la plupart des aspects de ma personnalité.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

18. À bien des égards, je me sens désappointé(e) en ce qui concerne ce que j'ai réalisé dans ma vie.

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

Hospital anxiety and depression scale (Lépine et al., 1985)

1. Je me sens tendu(e), énervé(e) :

- La plupart du temps
- Souvent
- De temps en temps
- Jamais

2. J'ai toujours autant de plaisir à faire les choses qui me plaisent habituellement :

- Oui, toujours autant
- Pas autant
- De plus en plus rarement
- Presque plus du tout

3. J'ai une sensation de peur, comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver :

- Oui, très nettement
- Oui, mais ce n'est pas trop grave
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas
- Pas du tout

4. Je sais rire et voir le côté amusant des choses

- Toujours autant
- Plutôt moins
- Nettement moins
- Plus du tout

5. Je me fais du souci :

- Très souvent
- Assez souvent
- Occasionnellement
- Très occasionnellement

6. Je me sens gai(e) et de bonne humeur :

- Jamais
- Rarement
- Assez souvent
- La plupart du temps

7. Je peux rester tranquillement assis(e) au repos et me sentir détendu(e) :

- Jamais
- Rarement
- Oui, en général
- Oui, toujours

8. Je me sens ralenti(e) :

- Pratiquement tout le temps
- Très souvent
- Quelquefois
- Jamais

9. J'éprouve des sensations de peur et comme une boule dans la gorge :

- Très souvent
- Assez souvent
- Parfois
- Jamais

10. J'ai perdu l'intérêt pour mon apparence :

- Totalement
- Je n'y fais plus attention
- Je n'y fais plus assez attention
- J'y fais attention comme d'habitude

11. J'ai la bougeotte et je ne tiens pas en place

- Oui, c'est tout à fait le cas
- Un peu
- Pas tellement
- Pas du tout

12. Je me réjouis à l'avance de faire certaines choses :

- Comme d'habitude
- Plutôt moins qu'avant
- Beaucoup moins qu'avant
- Pas du tout

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique :

- Très souvent
- Assez souvent
- Rarement
- Jamais

14. Je peux prendre plaisir à lire un bon livre ou bon programme radio ou télévision

- Souvent
- Parfois
- Rarement
- Pratiquement jamais

Medical Outcome Study -Short Form 12 (Ware et al.,1996)

Les questions suivantes portent sur votre état de santé en général. Pour chacune des questions, nous vous demandons de choisir une réponse qui correspond le mieux à votre choix.

1. Dans l'ensemble, pensez-vous que votre santé est :

Excellente Très bonne Bonne Médiocre Mauvaise

2. En raison de votre état de santé actuel, êtes-vous limité pour :

- Des efforts physiques modérés (déplacer une table, passer l'aspirateur) ?

Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Non, pas du tout limité

- Monter plusieurs étages par l'escalier ?

Oui, beaucoup limité Oui, un peu limité Non, pas du tout limité

3. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état physique :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

- Avez-vous été limité pour faire certaines choses ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

4. Au cours de ces 4 dernières semaines, et en raison de votre état émotionnel (comme vous sentir triste, nerveux ou déprimé) :

- Avez-vous accompli moins de choses que vous auriez souhaitées ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

- Avez-vous eu des difficultés à faire ce que vous aviez à faire avec autant de soin et d'attention que d'habitude ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

5. Au cours de ces 4 dernières semaines, dans quelle mesure vos douleurs physiques vous ont-elles limité dans votre travail ou vos activités domestiques ?

Pas du tout Un petit peu Moyennement Beaucoup Enormément

6. Les questions qui suivent portent sur comment vous vous êtes senti au cours de ces 4 dernières semaines. Pour chaque question, indiquez la réponse qui vous semble la plus appropriée.

- Y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti calme et détendu ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

- Y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti débordant d'énergie ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

- Y-a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti triste et abattu ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

7. Au cours de ces 4 dernières semaines, y a-t-il eu des moments où votre état de santé physique ou émotionnel vous a gêné dans votre vie sociale et vos relations avec les autres, votre famille, vos amis, vos connaissances ?

Toujours La plupart du temps Souvent Parfois Jamais

Questionnaire de satisfaction corporelle et de perception globale de soi (Evers & Verbanck, 2007)

Situez-vous en entourant le chiffre entre les deux propositions qui correspond le mieux à l'état qui vous décrit en ce moment.

Vous considérez votre corps comme :

1. En mauvaise santé	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	En bonne santé
2. Attirant	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Repoussant
3. Source de plaisir	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Source de déplaisir
4. Pur	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Impur
5. Craintif	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Audacieux
6. Féminin	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Masculin
7. Froid, indifférent	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Chaleureux, tendre
8. Montrant la colère	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Montrant de la paix
9. Calme, serein	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Nerveux, tendu
10. Vieux	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Jeune

Globalement vous vous sentez :

11. Faible	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Fort(e)
12. Joyeux (se)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Triste
13. Vide	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Plein(e)
14. Tout à fait libre	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Pas du tout libre
15. Inférieur(e)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Supérieure
16. Fatigué(e)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Reposé(e)
17. Valorisé(e)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Dévalorisé(e)
18. Impatient(e)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Patient(e)
19. Négligé(e)	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Soigné(e)
20. Bien	5	4	3	2	1	0	1	2	3	4	5	Mal

Mental health continuum-short form (Keyes, 2002)

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes/avez-vous senti...

	Jamais	Une fois ou deux	1 fois par semaine	2 ou 3 fois par semaine	Presque tous les jours	Tous les jours
1-Heureux	0	1	2	3	4	5
2- Intéressé(e) par la vie	0	1	2	3	4	5
3-Satisfait(e) de votre vie	0	1	2	3	4	5
4-Que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société	0	1	2	3	4	5
5-Que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (quartier, ville, groupe social)	0	1	2	3	4	5
6-Que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous	0	1	2	3	4	5
7-Que les gens sont fondamentalement bons	0	1	2	3	4	5
8-Que le fonctionnement de la société a du sens pour vous	0	1	2	3	4	5
9-Que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité	0	1	2	3	4	5
10-Que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien	0	1	2	3	4	5
11-Que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes	0	1	2	3	4	5
12-Que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir, à devenir une meilleure personne	0	1	2	3	4	5
13- Capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions	0	1	2	3	4	5
14-Que votre vie a un but ou une signification	0	1	2	3	4	5

Instrumental Activities of Daily Living (Lawton & Brody 1969)

Evaluation du niveau de dépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne

A – ... Utiliser le téléphone

- 1 – De sa propre initiative, cherche et compose les numéros
- 1 – Compose un petit nombre de numéros bien connus
- 1 – Répond au téléphone mais n'appelle pas
- 0 – Incapable d'utiliser le téléphone

B – ... Faire les courses

- 1 – Fait les courses de façon indépendante
- 0 – Fait seulement les petits achats tout seul
- 0 – A besoin d'être accompagné pour faire les courses
- 0 – Totalement incapable de faire les courses

C – ... Préparer les repas

- 1 – Prévoit, prépare et sert les repas de façon indépendante
- 0 – Prépare les repas si on lui fournit les ingrédients
- 0 – Est capable de réchauffer les petits plats préparés
- 0 – A besoin qu'on lui prépare et qu'on lui serve ses repas

D – ... Entretien du domicile

- 1 – Entretiens seul la maison avec une aide occasionnelle pour les gros travaux
- 1 – Ne fait que les tâches quotidiennes légères (lit, vaisselle)
- 1 – Fais quelques tâches quotidiennes sans parvenir à garder un niveau de propreté normal
- 0 – A besoin d'aide pour toutes les tâches d'entretien du domicile
- 0 – Ne participe pas du tout à l'entretien du domicile

E – ... Faire la lessive

- 1 – Fait toute sa lessive personnelle ou la porte lui-même au pressing
- 1 – Lave les petites affaires
- 0 – Toute la lessive doit être faite par d'autres

F – ... Utiliser les moyens de transport

- 1 – Peut voyager seul et de façon indépendante
- 1 – Peut se déplacer seul en taxi ou par autobus
- 1 – Peut prendre les transports en commun s'il est accompagné
- 0 – Transport limité au taxi ou à la voiture avec accompagnement
- 0 – Ne se déplace pas du tout

G – ... Prendre les médicaments

- 1 – S'occupe lui-même de la prise (dosage et horaire)
- 0 – Peut les prendre par lui-même s'ils sont préparés à l'avance
- 0 – Incapable de les prendre de lui-même

H – ... Gérer son budget

- 1 – Totalement autonome (fait des chèques, paye ses factures)
- 0 – Se débrouille pour les dépenses au jour le jour, mais a besoin d'aide pour les opérations bancaires et achats importants
- 1 – Incapable de gérer l'argent nécessaire à payer ses dépenses au jour le jour

Annexe 6. Retours qualitatifs des bénéficiaires du Pôle BE-A

Thèmes	Retours qualitatifs
Bénéfices sociaux	<p>« Je suis contente de voir du monde l'après-midi. »</p> <p>« C'est important d'avoir toujours le même aide-soignant, le lien est important »</p> <p>« Pour la mobilisation il est important de bien connaître l'aide-soignant qui fait ce soin pour pouvoir mieux discuter »</p> <p>« Ça fait une visite supplémentaire. »</p> <p>« Qu'est-ce que c'est agréable de se changer les idées et de voir du monde l'après-midi, on s'assoit sur le banc avec les voisines et on discute, comme avant »</p>
Bénéfices de mobilité	<p>« On s'occupe de nous, et c'est important comme on ne peut plus tellement se déplacer.</p> <p>« La mobilisation permet de sortir à nouveau. Et en plus ça permet à mon épouse de faire ce qu'elle veut pendant ce temps »</p> <p>« Oh mais qu'est-ce que ça a changé ici depuis des années que je n'étais pas venu ! »</p> <p>« Mais qu'est-ce que ça fait mal aux yeux la lumière de dehors, depuis tout ce temps que je n'étais pas sortie »</p>
Bénéfices de compétence	<p>« Mon objectif c'est de remarcher, et avec cette équipe j'en suis capable »</p> <p>« Grâce à vous je sors de ma maison »</p> <p>« Moi, maintenant je refais des gâteaux grâce à vous »</p> <p>« J'ai repris goût à la cuisine, je ne me pensais plus capable de la faire »</p> <p>« Je voulais tellement revoir le lac, je ne pensais pas que c'était encore possible »</p> <p>« Je suis contente de mon gâteau je vais pouvoir le manger avec mon frère, il ne va pas en revenir »</p> <p>« Je ne l'aurais jamais fait sans vous et pourtant j'y suis arrivée » (à propos d'un plat)</p>
Bénéfices de détente, bien-être, plaisir	<p>« Vu mon état je ne peux plus bouger ou me déplacer donc c'est vrai que les massages ça fait du bien, c'est positif. Ça complète les séances de kiné »</p> <p>« Avec le massage on est plus détendu, et avec la lecture on peut s'évader »</p> <p>« Je me suis régalé, quand est-ce que vous revenez ? Vous ne pourriez pas venir toutes les semaines ? »</p> <p>« J'en suis très contente, ça fait du bien moralement et physiquement »</p> <p>« Vivement la semaine prochaine, vous me mettez du vernis et un peu de maquillage, ma fille vient »</p> <p>« Mais qu'est-ce qu'on se marre des fois. »</p>

Annexe 7. Tableau des corrélations obtenues dans l'ECR (chapitre 7)

Corrélations entre les variables pour l'ensemble de l'échantillon aux différents temps de mesure

		1. BEE		2. BES			3. BEP			4. D		
		T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
BEE	T0	.53***	.42***	.33***	.24*	.25*	.53***	.39***	.28*	-.55***	-.37***	-.21
	T1		.64***	.15	.29**	.17*	.28*	.55***	.54***	-.43***	-.63***	-.57***
	T2			.12	.24	.19	.24	.34*	.61***	-.23	-.50***	-.57***
BES	T0				.35*	.31*	.39***	.21*	.08	-.03	-.16	.04
	T1					.59***	.09	.26*	.15	-.29	-.26	-.33
	T2						.09	.40**	.35**	-.25*	-.29*	-.40**
BEP	T0							.42***	.37**	-.55***	-.33**	-.07
	T1								.62***	-.39***	-.47***	-.38
	T2									-.21	-.43***	-.49***
D	T0										.49***	.26*
	T1											.57
	T2											
A	T0											
	T1											
	T2											
Mot	T0											
	T1											
	T2											
ADL	T0											
	T1											
	T2											
IADL	T0											
	T1											

Note : * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. BEE : bien-être émotionnel, BES : bien-être social, BEP : bien-être psychologique, D : dépression, A : anxiété, Mot : motivation à persévérer dans les activités autodéterminées, I-ADL : autonomie quotidienne et instrumentale

Corrélations entre les variables pour l'ensemble de l'échantillon aux différents temps de mesure (suite)

		5. A			6. Mot			7. ADL			8. IADL		
		T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2	T0	T1	T2
BEE	T0	-.21**	-.10	-.12	.39***	.17	.03	.01	-.03	.08	.08	.09	-.03
	T1	-.16	-.40***	-.43***	.08	.42***	.29*	-.12	-.03	.06	-.03	-.03	-.03
	T2	.05	-.29*	-.18	.12	.39**	.36**	.02	.04	.05	.03	.09	.04
BES	T0	-.15	-.06	-.15	.18	.01	.10	.01	-.04	.20	.05	-.01	.05
	T1	-.18	-.19	-.32*	.05	.10	.13	-.12	-.18	-.06	-.15	-.30	-.22
	T2	-.02	-.08	-.07	.09	.11	.14	.10	.06	.08	.03	-.11	.04
BEP	T0	.02	.03	.07	.47***	.24*	.10	.16*	.12	.33**	.18*	.24*	.37**
	T1	-.13	-.17	-.16	.12	.43***	.28	.12	.17	.38**	.04	.14	.20
	T2	.09	-.34	-.04	.17	.34*	.37**	.16	.26	.24	.15	.11	.26*
D	T0	.20**	.19	.28	-.38***	-.16	-.04	-.04	.03	-.16	-.01	-.02	-.10
	T1	.16	.42***	.43**	-.17	-.48***	-.34*	.14	.07	-.07	.06	.14	-.05
	T2	-.04	.25	.28*	-.13	-.30*	-.45***	-.01	.07	-.01	.03	.23	.04
A	T0		.51***	.62***	-.04	-.01	-.02	.05	-.07	.06	.05	-.02	.06
	T1			.69***	.07	-.14	.01	.15	.03	.08	.17	.12	.03
	T2				-.04	-.09	-.04	.24	.17	.20	.18	.20	.20
Mot	T0					.39***	.43***	.06	.03	.21	.20***	.18	.11
	T1						.73***	.14	.25*	.37**	.13	.23*	.18
	T2							.29	.43**	.34**	.21	.24	.15
ADL	T0								.86***	.87***	.47***	.61***	.51***
	T1									.93***	.54***	.71***	.68***
	T2										.58***	.78***	.66***
IADL	T0											.67***	.78***
	T1												.83***

Note : * $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$. BEE : bien-être émotionnel, BES : bien-être social, BEP : bien-être psychologique,

D : dépression, A : anxiété, Mot : motivation à persévérer dans les activités autodéterminées, I-ADL : autonomie quotidienne et instrumentale

Annexe 8. Tableau des ANOVA mixtes réalisées dans l'ECR (chapitre 7)

Statistiques descriptives et analyses de variance mixtes des données obtenues selon le temps de mesure (T1 ou T2) et selon le groupe (contrôle ou expérimental) pour chaque variable mesurée.

Variables	T1		T2		Facteur	F
	GC N = 17	GE N = 33	GC N = 17	GE N = 33		
	M (ET)	M(ET)	M (ET)	M(ET)		
Age	83.06 (9.58)	84.91 (8.21)	83.06 (9.58)	84.91 (8.21)		
BEE	9.00 (3.72)	9.44 (3.25)	9.00 (3.57)	9.94 (3.26)	Temps	.14
					Groupe	19.73***
					Temps x Groupe	.99
BEP	17.87 (5.18)	17.88 (4.28)	16.43 (5.26)	17.10 (5.39)	Temps	1.72
					Groupe	25.07***
					Temps x Groupe	.57
D	7.40 (4.38)	6.78 (3.74)	6.19 (4.04)	6.93 (3.81)	Temps	.77
					Groupe	12.86***
					Temps x Groupe	1.05
Mot	33.20 (8.34)	39.13 (8.56)	34.5 (8.80)	39.53 (8.87)	Temps	.86
					Groupe	29.95***
					Temps x Groupe	.21
Biologiques	7.00 (2.13)	7.75 (2.41)	7.25 (2.24)	8.13 (2.32)	Temps	1.04
					Groupe	24.88***
					Temps x Groupe	.00
Occupationnelles	9.47 (2.83)	10.91 (2.45)	10.25 (2.98)	11.75 (2.68)	Temps	1.72
					Groupe	31.45***
					Temps x Groupe	.10
De maintien	9.53 (6.42)	11.09 (5.31)	9.69 (6.25)	10.91 (5.73)	Temps	.31
					Groupe	12.03***
					Temps x Groupe	.03
Relationnelles	7.20 (2.51)	9.38 (1.91)	7.31 (2.41)	8.75 (2.27)	Temps	.37
					Groupe	30.83***
					Temps x Groupe	1.11
IADL	38.33 (22.14)	39.19 (19.88)	38.81 (19.09)	35.68 (18.55)	Temps	1.02
					Groupe	12.80***
					Temps x Groupe	1.16

Note : *** <.001 ; **<.01 ; *<.05. SM = Santé Mentale ; BEE = Bien-Être Emotionnel ; D = Dépression ; Mot= Motivation ; IADL = Activités Instrumentales