

REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITÉ DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALES EN SCIENCE
DE L'EDUCAION
INGENIERIE EDUCATIVES

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATES SCHOOL FOR SOCIAL AND
EDUCATIONAL SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

DEPARTMENT OF SPECIALISED OF
EDUCATION

**SUJET : PERTE D'AUTONOMIE ET QUALITÉ DE VIE CHEZ LA
PERSONNE ÂGÉE**

*Mémoire rédigé et SOUTENUE LE 27 JUILLET 2023 en vue de l'obtention du diplôme de
Master en Éducation et Spécialisée*

Option : Handicaps Mentaux, Psychiques et Gériatrie

Par

ANGONI ELOUNDOU ACHILLE ROGER

Licencié en Psychologie

Matricule : 19Y3168

Membres du jury :

Président : PR NGAMALEU NJENGOUE RODRIGUE (MC)

Rapporteur : Marc Bruno MAYI, (PR)

Membre : DR BANINDJEL JOACHEN (CC)



À MON PAPA DE REGRETTE MEMOIRE

REMERCIEMENTS

Ce travail n'aurait pas existé si les efforts des uns et des autres, de près comme de loin, n'étaient venus me motiver, me soutenir et m'encourager. A tous ceux-là, je vous dis toute ma gratitude. Ceux donc les noms ne vont figurer ici et qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à la réussite de ce travail, je tiens à vous adresser du plus profond de mon cœur mes sincères remerciements. Je tiens particulièrement à dire merci à :

Mon encadreur le professeur MAYI MARC BRUNO, pour avoir accepté de diriger mes travaux et pour la confiance que vous m'avez accordée tout au long de cet engagement. Je remercie pour votre implication et pour le temps que vous m'avez consacré veuillez bien trouver ici l'expression de ma respectueuse et sincère gratitude.

Nous sommes aussi très reconnaissants à tous les enseignants de la Faculté des sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, plus particulièrement à ceux du département de l'Education Spécialisée et de la spécialisation du Handicap mental. Nous remercions particulièrement les aînés académiques qui nous ont coachés tout au long de ce travail. Nous pensons notamment au Pr NGAMALEU NJENGOUE Rodrigue, Dr BANINDJEL Joachen, Dr SONG Esaïe,.

Notre gratitude va également à l'endroit de la Major MENGUE du service gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé, du Dr EBODE TSAMA et de tout le personnel de la cellule gériatrie.

Nous ne saurons oublier notre famille, notre mère OMONYA Seriene.

Nos frères et sœurs LEKINA ELOUNDOU Franck Joel, YONG ELOUNDOU Christian Diore, ASSE ELOUNDOU Mandelas, NGOSSOGO ELOUNDOU Chanel, AMATAKANA ELOUNDOU Nikaise, NIKOYO Emile Landry, ma fiancé NGONO Patience Berenisse et notre FILS NGWA ANGONI Emrys.

Nous pensons aussi à nos Camarades : Madame TOKO GUIADEM épouse CHE, NDJOUMESSI Yannick Stephane, ZE BEDJAND Charly, DANOUE Carole.

Nos proches : Dr NGUEYONG Pascale, ZOA Marc Calvin, LUMUMBA ATANGANA Cameroun Patrice, ESSOUMA Eustache, ESSONO Costatin, MODO Pascal, NGWANG NYANGANG Elmer.

Qu'il me soit permis de remercier particulièrement, Pr MAYI MARC BRUNO, qui s'est beaucoup impliqué dans cette recherche malgré son immense charge de travail. Ses encouragements sans cesse ont suscité ma motivation pour achever ce mémoire.

Au bénévole D'ACTION SOCIALE et de l'Alliance Nationale des Organisations de Promotion des Personnes Handicapées au Cameroun (ANOPHAC), le CASNA et a ceux qui de près ou de loin ont contribué à la production de ce travail

RESUME

Ce travail de recherche s'intitule « *Perte d'autonomie et qualité de vie chez la personne âgée* ». La prise en charge des personnes âgées hospitalisées en service gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé institutionnel relève des éléments sur leurs fonctionnement et leurs perceptions de la qualité de soins qui leurs sont offert. Le défi posé par le vieillissement touche donc de manière très fondamentale les systèmes de soins et d'accompagnement, les politiques publiques qui les sous-tendent et mettent enjeu le rôle citoyen que nous devons toutes et tous jouer. L'enjeu de ce travail est complexe a priori, il faut parvenir à comprendre, à travers les processus de rééducation les dimensions physiologiques, psychoaffectives et cognitives et environnementales de sa personnalité, ceci dans le but de le rendre autonome et adapté à son environnement. Ainsi, à partir des dimensions théorisées des approches biopsychosociales de la prise en charge et adaptée à la personne âgée (...), nous avons posé la question de recherche ainsi que suit : « *en quoi la perte d'autonomie influence la qualité de vie chez les personnes âgées ?* ». Pour y répondre, nous avons émis l'hypothèse générale : « *la perte d'autonomie entraîne une détérioration de la qualité de vie chez les personnes âgées* ». La réalisation de ce travail sur le terrain a entraîné l'opérationnalisation de cette HG de laquelle nous avons obtenu trois hypothèses de recherche formulées comme suit :

HS1 : *la dégradation du fonctionnement somatique liée au vieillissement à une influence sur la qualité de vie de la personne âgée.*

HS2 : *les difficultés dans les automatismes fonctionnels influencent la qualité de vie chez les personnes âgées.*

HS3 : *les restrictions liées à la participation sociale influencent la qualité de vie chez les personnes âgées.*

Afin de vérifier ces hypothèses de recherche, une étude de terrain a été menée sur sept (07) sujets âgés hospitalisés à l'hôpital central de Yaoundé. Les données recueillies par les entretiens semi-directifs et une grille d'observation, ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse des contenus psychiques basée sur la recherche de la signification psychologique des contenus latents et manifestes.

Au terme de nos analyses, il apparaît que Nous pouvons valider que *la perte d'autonomie a une influence sur la qualité de vie des personnes âgées hospitalisées en service de gériatrie de l'HCY*, une intervention à travers des exercices de rééducation améliora significativement la qualité de vie à travers la réduction des troubles psycho-comportementaux. De la personne âgée.

Nous pensons aussi que ces résultats méritent d'être approfondis théoriquement et méthodologiquement étant entendu que cette recherche s'est menée dans un délai restreint, et par conséquent, les variables culturelles n'ont malheureusement pas été intégrés dans cette analyse. De ce fait, nous pensons que la réadaptation fonctionnelle de la personne âgée en institution gériatrique reste un challenge dans l'analyse clinique.

Mots clés : *Perte d'autonomie, Qualité de vie, personne âgée, gériatrie*

ABSTRACT

This research work is entitled "Loss of autonomy and quality of life in the elderly". The care of elderly people hospitalized in the geriatric department of the Yaoundé Central Hospital provides information on their functioning and their perceptions of the quality of care offered to them. The challenges posed by aging therefore affect in a very fundamental way the systems of care and support, the public policies that underlie them, and the role of citizens that we must all play. The challenge of this work is complex at first sight, it is necessary to understand, through rehabilitation processes, the physiological, psycho-affective, cognitive and environmental dimensions of the person's personality, with the aim of making him autonomous and adapted to his environment. Thus, from the theorized dimensions of the biopsychosocial approaches of the care and adapted to the elderly person (...), we posed the research question as follows: "How does the loss of autonomy influence the quality of life in the elderly? » To answer this question, we put forward the general hypothesis: "the loss of autonomy leads to a deterioration of the quality of life of the elderly". The realization of this fieldwork led to the operationalization of this HG from which we obtained three research hypotheses formulated as follows:

***HS1:** the degradation of somatic functioning related to aging has an influence on the quality of life of the elderly.*

***HS2:** Difficulties in functional automatisms influence quality of life in the elderly.*

***HS3:** restrictions in social participation influence quality of life in the elderly.*

In order to verify these research hypotheses, a field study was conducted on seven (07) elderly subjects hospitalized at the Yaoundé Central Hospital. The data collected through semi-directive interviews and an observation grid were analyzed using the method of psychic content analysis based on the search for the psychological meaning of latent and manifest content

At the end of our analyses, it appears that we can validate that the loss of autonomy has an influence on the quality of life of the elderly hospitalized in the geriatric service of the HCY, an intervention through rehabilitation exercises will significantly improve the quality of life through the reduction of psycho-behavioral disorders. Of the elderly.

We also believe that these results deserve to be deepened theoretically and methodologically, given that this research was carried out in a limited time frame, and consequently, cultural variables were unfortunately not integrated in this analysis. Therefore, we believe that the functional rehabilitation of the elderly in geriatric institutions remains a challenge in the clinical analysis.

Key words: Loss of autonomy, Quality of life, elderly, geriatrics

SOMMAIRE

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
RESUME.....	V
ABSTRACT.....	VII
SOMMAIRE.....	IX
LISTE DES TABLEAUX.....	X
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	XII
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
CHAPITRE II : LA VIEILLESSE ET LE VIEILLISSEMENT.....	24
CHAPITRE III : QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL.....	42
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE.....	82
CHAPITRE IV : METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	83
CHAPITRE V : ANALYSES DES RESULTATS.....	101
CONCLUSION.....	117
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	117
ANNEXES.....	117

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Tableau de WESS.....	56
Tableau 2: Les différents modèles caractérisant l'effet direct et amortisseur du soutien social	59
Tableau 3: Représentation synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'H.G.....	89
Tableau 4: Présentation de l'échantillon d'étude.....	98

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Illustration des différents types de relations entre soutien social et santé (traduit d'après Wills et Fegan, 2001, p. 213).	61
Figure 2: Les liens médiatisant les effets directs (principaux) des relations sociales sur la santé psychologique et physique (traduit d'après Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000, p. 12).	62
Figure 3: Le modèle de l'effet direct « révisé ». R1 = relation 1, R2 = relation 2 (traduit d'après Uchino, 2004, p. 122).	63
Figure 4: Le modèle de l'effet direct « révisé ». R1 = relation 1, R2 = relation 2 (traduit d'après Uchino, 2004, p. 122).	65
Figure 5: Structure conceptuelle générale incorporant les aspects négatifs et positifs des relations sociales sur la santé (traduit d'après Uchino, Holt-Lunstad, Uno, et Flinders, 2001, p.363).....	68

LISTES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS

APA	: Allocation Personnalisée d'Autonomie
AVC	: Accident Cardio-vasculaire
CNAV	: Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse
DEPRES	: Depression Patient Research in European Society
DMLA	: Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age
DPA	: Dépression de la Personne Âgée
DSM	: Manuel Diagnostique et Statistique de la Santé Mentale
EHPAD	: Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes
HR	: Hypothèse de Recherche
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
OS	: Objectif Spécifique
QS	: Question Spécifique
SOC	: Modèle d'Optimisation Sélective et de Compensation
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WHOQOL	; World Health Organization Questionnaire of Life
SDPM	: Syndrome Désadaptation Psychométrique
QVD	: Qualité de Vie

INTRODUCTION

Les personnes âgées constituent, autant que les femmes et les enfants, un groupe vulnérable de la population. Le profil des personnes âgées au Cameroun met un accent particulier sur les différentes facettes de leur vulnérabilité psychosociale et économique. Au regard de leurs conditions de vie, l'on, note que la majorité des membres des ménages de personnes âgées sont des jeunes et des enfants (troisième recensement de la population et de l'habitat 2005), ce qui interpelle à l'extension des mesures protection des personnes âgées. Le Docteur Mamabou (2020) dans un article paru dans « Votre santé magazine » en Juin 2020 indique les que selon les projections démographiques, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait quadrupler en Afrique entre 2010 et 2050 passant de 56 à 215 millions dont une bonne partie en Afrique subsaharienne. Selon les prévisions du RGPH (2005) au Cameroun, on estimait le rythme d'accroissement annuel moyen de 2,3%. Une telle évolution des effectifs de personnes âgées devant très certainement engendrer d'énormes défis, en termes de soins gériatriques à satisfaire, de renforcement des filets de sécurité et de protection sociale.

Cette augmentation de la cohorte de sujets âgés, s'accompagne donc d'une demande croissante en soins. Si au Cameroun il y'a quelques décennies, la prise en charge des personnes âgées était du ressort de la famille et de toute la communauté, aujourd'hui, en raison des mutations sociales, cette solidarité est mise à rude épreuve. L'image de la vieillesse au Cameroun est devenue celle d'individus faisant face à une précarité et à un isolement social (Eyinga Dimi, 2011). Nombre de personnes âgées n'ont d'autres choix que de continuer à travailler, en dépit de l'âge avancé, elles font souvent les frais de la part des plus jeunes générations, d'attitudes négatives, de violence et de marginalisation. Dans ces conditions précaires et avec l'avancée en âge, elles connaissent de plus en plus un affaiblissement de leurs fonctions physiologiques. L'évolution de la situation sanitaire nécessite d'autres modes de prise en charge, plus globaux, prenant en compte toutes les dimensions de la situation du vieillissement.

Aussi les politiques et programmes à mettre en place en faveur des personnes âgées, ne peuvent être efficaces que s'ils sont fondés d'une part, sur des éléments pertinents du diagnostic de leur situation démographique et socio-économique et d'autre part, sur l'identification

correcte de leurs besoins. Dans cette optique, une bonne connaissance de cette catégorie de population et une identification de leurs besoins est un préalable incontournable, pour envisager des actions mieux ciblées. En effet, la perte d'autonomie de la personne âgée est un problème de santé publique qui a justifié des rapports et autres expertises au niveau national. En effet, la personne âgée est potentiellement un malade vulnérable, fragile et qui peut présenter des facteurs favorisant la survenue des dysfonctionnements des cellules du corps, tant au niveau socio-économique qu'au niveau médical. Ce qui rend compte à suffisance de ce que les différents événements sociaux et familiaux peuvent contribuer à l'isolement d'une personne âgée. Au niveau économique, il a été montré que l'expérience de difficultés financières prolongées au cours de la vie pouvait favoriser chez la personne âgée un vieillissement rapide. Par ailleurs, l'arrêt de l'activité professionnelle et la baisse du niveau de vie à la retraite (Boiron, Labarthe, et al., 2015), peuvent aussi concourir à favoriser une baisse de l'estime de soi. L'ensemble de ces différents facteurs socioéconomiques et physiques peut entraîner une succession de stress, qui génère un risque cumulatif, pouvant faire basculer une personne âgée dans une pathologie dépressive. Par ailleurs, il a été montré que certaines pathologies sont fréquemment associées à des dysfonctionnements de certaines cellules du corps, que ce soit par cause ou par conséquence rendant parfois le diagnostic différentiel difficile (Gallarda et Lôo, 2009). On comprend dès lors que La perte d'autonomie de la personne âgée nécessite une prise en charge efficace et précoce afin d'éviter son évolution vers la mise en danger de l'âge dépendant. C'est dans ce cadre que nous intéressant à la problématique de la qualité de vie des personnes âgées dépendante, nous avons intitulé notre sujet : *perte d'autonomie et qualité de vie chez les personnes âgées*. Dans son économie générale, notre mémoire comporte deux parties comportant respectivement trois chapitres chacune.

La première partie ou cadre théorique comprend trois chapitres. Le premier chapitre s'intitule « Problématique de l'étude », il aborde les interrogations qui permettent de fonder le problème de recherche. Il aborde également les objectifs poursuivis par l'étude, son intérêt, sa délimitation et les concepts centraux qui la sous-tendent. Le deuxième chapitre propose une littérature sur les questions de la vieillesse et du vieillissement. Il permet de définir et décrire les différentes approches du vieillissement à partir desquels nous avons élaboré un cadre théorique. Le troisième chapitre de cette première partie du travail, aborde les différentes conceptions et les mesure du soutien social, autant dans leurs modélisations sociales que dans leurs perspectives cognitives, ceci en lien avec les comportements de santé.

La deuxième partie dénommée cadre opératoire comprend également trois chapitres. Le quatrième chapitre est la méthodologie de l'étude. Il présente la méthode de l'étude et les instruments utilisés pour la collecte des données. Le cinquième chapitre présente les données collectées sur notre échantillon et fait une analyse sur la base de ces données. Le sixième et dernier chapitre de ce travail propose une interprétation des données sur la base d'une confrontation entre les données issues des modèles théoriques et ceux obtenues à travers les analyses des récits.

**PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE
L'ETUDE**

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

La problématique est la partie qui présente les aspects introductifs d'un travail, elle passe par l'organisation, le questionnement, la dialectisation, la théorisation des éléments qui entrent en jeu dans le phénomène étudié (Eymard et al., 2004). Cette partie présente les aspects introductifs du travail ainsi que l'ensemble des interrogations qui ont permis de poser le problème de l'étude.

1.1. CONTEXTE D'ETUDE ET JUSTIFICATION

En Afrique le vieillard est un sage, un patriarche, un ancien. Amadou Hampâté Bâ disait à la conférence de l'UNESCO en 1960 qu' « *En Afrique, quand un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle* ». Cette expression qui est devenue par la suite populaire ressortait la place capitale qu'occupait le sage dans la transmission des connaissances en Afrique. Basé sur une tradition orale, c'est à l'ancien, au patriarche qu'incombait le devoir d'instruction des enfants, ce qui lui conférait un rôle et une place capitale au sein de la communauté.

Pendant longtemps, on a pensé qu'il était normal pour une personne âgée d'être triste et ralentie et on ne prenait pas en considération les signes qui pouvaient être ceux de la dépression. Il y a aujourd'hui dans le monde, un intérêt, même s'il est encore fébrile, pour ceux qui souffrent en vieillissant. En effet, dans les pays Occidentaux et singulièrement en France par exemple, la mise en place en 2002 de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) devant permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie soit de rester à domicile tout en recevant l'aide dont elles ont besoin soit de les aider à régler les frais liés à la dépendance en établissement et financée par les Conseils Généraux après une évaluation des besoins de la personne, a bouleversé l'approche des problématiques liées au vieillissement, en délimitant le groupe des personnes âgées dépendantes et en proposant pour une partie d'entre elles une prise en charge financière et institutionnelle. Ces changements ont mécaniquement induit une redéfinition du domaine d'intervention des autres organismes intervenant auprès des personnes âgées dépendantes, à commencer par la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV), ainsi qu'à des questionnements sur la répartition des publics entre les différents dispositifs existants.

En effet, prendre soin d'une personne âgée, ce n'est pas seulement assumer l'aide à la toilette ou aux soins médicaux, c'est aussi développer les conditions de vie favorisant le

maintien de rôles sociaux d'hommes et de femmes que la vieillesse limite en réduisant l'accès à un rôle de production (travail, famille). La dépendance sous la forme d'incapacités vient freiner les possibilités d'investissement dans de nouveaux rôles.

Par ailleurs, vivre à domicile ou en institution, ou en service gériatrie c'est poser des actes, faire des choix pour tout individu maître de ses émotions et de son projet de vie. La venue de la dépendance nécessite de faire appel à des tiers pour suppléer à des situations invalidantes. Les services sont multiples et leur organisation complexe. Comment les services à domicile ou en institution permettent-ils aux bénéficiaires de manifester leur choix, dans le respect de leur histoire, de leur rythme de vie, de leur environnement ? Les actions multiples (soins, aide à domicile, garde de nuit ou de jour, ...), les financements complexes (assurance maladie, aide départementale au titre de l'aide sociale obligatoire, aide facultative des caisses de retraite) et quelquefois contradictoires ne facilitent pas la compréhension des personnes ou de leurs familles. Dans cette perspective, de nombreux travaux se sont penchés sur la caractérisation des personnes âgées dans leur ensemble : qui sont-elles ? Quel est leur état de santé ? Quel est leur degré de dépendance ? Quelles sont leurs conditions de vie ? De quoi ont-elles besoins ? Quels sont les différents dysfonctionnements que souffre cette catégorie de personnes ? Pour notre part, nous nous interroger sur *la notion de fonctionnement* chez la personne âgée pour en établir le lien avec sa qualité de vie et les dysfonctionnements du corps et des cellules afférents.

Chaque étape de la vie est marquée par des événements qui affectent particulièrement une personne. Ces circonstances laissent des stigmates sur elle, c'est ainsi que nous pouvons également avoir des questions existentielles liées à notre vie tant passée que présente et même future. Mais toujours est-il que nous voudrions que notre qualité de vie présente soit meilleure que celle du passé et encore plus que nous préparions bien les moments du troisième âge pour une meilleure qualité de vie. C'est dans notre cellule familiale que tout cela commence, avec le fait pour nous de nous occuper de nos parents déjà âgés et d'être à leur écoute permanente sur les plaintes auxquels la peine est grande en tant que personne âgée qui dépend de ses enfants, de ses petits-fils et qui est réduit à la simple expression « d'assistée », autrement dit d'une personne qui doit être assistée. Aussi, au regard de la société actuelle, un intérêt particulier n'est pas très bien accordé à la personne âgée que l'on ne traite de personne qui dérange, qui occupe l'espace, c'est comme si vieillir devient une malédiction alors que nous savons bien que selon les statistiques des décès, la vieillesse est un luxe et n'est pas l'apanage de tout le monde, et qu'encore, faut-il bien vieillir sans maladie, sans troubles, ni dépendance à autrui. Mais cela est-il possible ? Ce qui nous amènera à jeter un regard profond sur la personne âgée en perte d'autonomie et sur sa qualité de vie en tant que personne dépendante.

La qualité de vie peut être comprise comme étant composée de plusieurs facteurs perçus tant de façon objective que subjective. C'est en général l'individu lui-même qui définit la valeur qu'il attribue aux différents facteurs (bien qu'il le fasse dans un contexte culturel et social). En plus des facteurs eux-mêmes, c'est le bilan final qui importe le plus (la mise en rapport entre les souhaits et la réalité), c'est-à-dire le degré de réalisation à l'état de bien-être physique et corporel, psychique et l'état de bien-être émotionnel et psychologique et la perception du soutien social et fonctionnement positif chez les personnes âgées.

Lorsqu'on considère que les ressources diminuent lors du processus de vieillissement, la question se pose de savoir comment stabiliser la qualité de vie ; en particulier lorsque, en plus des limitations liées à l'âge, certaines difficultés telles que, le jugement, un handicap visuel ont des répercussions sur la vie quotidienne. Dans ce contexte, le modèle du bien vieillir de Baltes et Baltes (1989, 1990) est particulièrement répandu : on parle du modèle SOC. Ce modèle d'optimisation sélective et de compensation part d'une vision de la vie qui tient compte des gains, des pertes et de la stabilité lors du vieillissement.

En effet, lorsqu'on parle des « personnes âgées », on oublie souvent de tenir compte de l'hétérogénéité de ce groupe de personnes et du vieillissement individuel. Il n'existe par exemple pas de corrélation linéaire au niveau des ressources individuelles selon laquelle certains domaines comme la force physique diminueraient de façon constante. On observe généralement plutôt des phases de diminution et d'accroissement, mais aussi des phases de stabilisation accompagnées par des ajustements dynamiques. C'est pour cette raison que les processus d'ajustement qui s'opèrent quotidiennement sont importants pour la stabilisation de la qualité de vie et doivent être pris en compte dans la description des efforts de gestion individuels. C'est ce qui nous a amené à ce choix du sujet en vue de mieux comprendre ces personnes âgées et voir comment à partir de cette étude, un apport viable sera mis en évidence pour une meilleure prise en charge des personnes âgées dépendantes. En effet, l'étude de la qualité de vie et de vieillesse requiert un regard pluridisciplinaire qui dépasse l'aspect médical et thérapeutique. En témoignent l'intérêt récent porté aux sciences humaines et sociales appliquées au vieillissement et l'évolution des politiques en faveur des personnes âgées et de leurs proches.

Dans cette perspective théorique, la qualité de vie est considérée comme un critère, une issue en lien d'une part avec des antécédents environnementaux, sociodémographiques et individuels, et d'autre part avec des transactions et stratégies d'ajustement. Ce modèle biopsychosocial intègre donc à la fois les ressources personnelles, sociales, et la façon dont l'individu fait face à au processus du vieillissement pour augmenter son bien-être.

Les résultats de l'analyse de cette thématique devraient être utilisés dans ce but afin d'élaborer, à l'aide de données empiriques, un modèle théorique et des recommandations concernant des groupes-cibles pour une prise en charge optimale sur le terrain afin de rendre facile la gestion individuelle des difficultés rencontrées par le biais des ressources disponibles.

1.1.1. État des lieux du vieillissement en Afrique

Quelques précurseurs se sont interrogés il y a déjà près de trente ans sur les enjeux liés au vieillissement des populations en Afrique en mettant notamment en relief les risques de dégradation des conditions de vie des personnes âgées compte tenu à la fois de l'augmentation prévisible de leur nombre et du contexte de bouleversements socio-économiques, sociodémographiques et socioculturels caractérisant le continent Kouamé (1990). En même temps, l'importance de cette thématique dans le champ de la santé publique était soulignée alors même qu'était attendu un schéma selon lequel la mortalité par maladies infectieuses irait en diminuant tandis que celles liées aux maladies dégénératives et cancéreuses allaient augmenter Kâ (1991). Toutefois, les connaissances relatives au caractère pluriel de la vieillesse en Afrique restent aujourd'hui parcellaires bien que la fréquente vulnérabilité des personnes âgées apparaisse indéniable, que ce soit dans les pays subsahariens Golaz (2012) ; Berthe et al. (2013) ou en Afrique septentrionale Labidi (2005) ; Sajoux et Nowik (2010).

Les enjeux liés au vieillissement des populations africaines transparaissent à travers des travaux portant sur les solidarités intergénérationnelles en Afrique Antoine (2007), mais aussi sur les liens entre démographie et politiques sociales Adjamagbo et Antoine (2015). Simultanément les systèmes de soutien familiaux se construisent autour des descendants et d'autres proches tout en rencontrant des limites que l'État peine à compenser, les systèmes de protection sociale en place et l'offre de soins ne répondant que très partiellement aux besoins des personnes âgées Golaz (2013). La nécessaire pluridisciplinarité des approches à mobiliser n'est plus à démontrer ; il en va de même du caractère incontournable des liens à effectuer entre approches quantitative et qualitative.

En effet, outre le manque perceptible de données relatives aux caractéristiques et aux conditions de vie des personnes âgées dans la grande majorité des pays africains, force est de constater que les sources de données disponibles via les grandes enquêtes ou les recensements de population ne permettent pas de saisir l'entièreté de la complexité des enjeux. C'est ce que mettent en évidence des travaux portant sur la vulnérabilité des personnes âgées Golaz et Antoine (2011), leur pauvreté Golaz (2015) ou bien encore leur bien-être subjectif Macia et al (2015). Il en est de même des études portant sur les représentations sociales qui leur sont

associées Macia et al (2015), la réalité du fonctionnement des solidarités familiales Golaz, Wandera et Rutaremwa (2015), les rapports entre avancée en âge et identité Macia et al.(2012), ou bien encore, sur la compréhension de l'ampleur des disparités de genre en matière de statut matrimonial au grand âge Ba Gning et Antoine (2015). Tous ces travaux démontrent l'importance de recourir à des approches qualitatives pour pallier, au moins partiellement, les limites que présentent bien souvent sur ces sujets les informations obtenues via les indicateurs issus de grandes enquêtes et des recensements.

1.1.2. Dynamique et enjeux sociaux du vieillissement

La question du vieillissement est actuellement au cœur d'une réflexion menée à l'échelle mondiale. Le débat sur cette thématique a été amorcé en 2008 à l'occasion d'une conférence intitulée : « solidarité intergénérationnelle, cohésion sociale et sociétés durables » et se poursuit encore aujourd'hui. Dans les représentations sociales, l'assimilation de la vieillesse à la dépendance conduit à une égalité erronée : celle de la perte d'autonomie et de la faculté de décider pour soi, la première n'impliquant pas la deuxième. En vue d'apporter une réponse à ces nouveaux défis, l'on a développé ces dernières années le concept de « vieillissement actif ». En effet, pour envisager de travailler plus longtemps, la notion de vieillissement actif implique de ne plus se heurter aux préjugés discriminants, d'actualiser et de valoriser des compétences acquises avec le temps, de pouvoir accéder à des systèmes de retraite flexibles, de se trouver non seulement en bonne santé physique et mentale mais également de pouvoir espérer vivre encore longtemps dans ces conditions. Nous examinerons ici les enjeux socio-sanitaires du vieillissement et la problématique des maladies chroniques avec l'avancée en âge.

Fabre (1988) soutient que la plupart des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles à domicile. Cependant, précise Stuckelberger et Wanner (2005), d'autres personnes, moins nombreuses, préfèrent résider dans une résidence pour personnes âgées et être soignées par des professionnels pour être plus autonomes, car libérées de la charge que représenteraient l'aide et les soins de la part de leur famille. À ce titre, la tendance au vieillissement prolongé en bonne santé n'a fait que « le besoin d'aide de la population qui vieillit s'accroît plus vite que ses besoins en soins, (...) en particulier chez les personnes âgées qui vivent à domicile » (Höpflinger et Hugentobler, 2006).

Dans les pays développés en effet, alors que de très nombreuses personnes âgées et très âgées bénéficient d'aide et de soins professionnels à domicile, « (...) l'opposition classique entre soins à domicile et soins en institution correspond de moins en moins à la réalité chez les personnes âgées » (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011). Par conséquent, il existe de

nombreuses structures intermédiaires telles que les unités d'accueil de jour, les appartements protégés, les hospitalisations de courte durée permettant des transferts temporaires, adaptées à l'état de santé et aux besoins en soins des personnes âgées concernées.

Du point de vue sanitaire, la qualité de vie des personnes âgées est le plus souvent perçue comme une « vie en bonne santé ». Ainsi, la santé et la maladie influencent la qualité de vie principalement par le biais de l'autonomie, respectivement de l'incapacité fonctionnelle. Dans cette perspective, la prise en charge médicale contribue indirectement à la qualité de vie dans la mesure où elle aide à maintenir ou à rétablir l'autonomie fonctionnelle.

L'âge avançant, l'état de santé devient un facteur très important de la qualité de vie des personnes âgées. Par ailleurs, le maintien à domicile des personnes âgées (même très âgées) peut être considéré comme prioritaire pour le maintien de leur qualité de vie. Grâce à l'aide informelle et aux soutiens médico-sociaux, la majorité des personnes âgées, même atteinte dans leur santé, peut continuer à vivre à domicile. Toutefois, la très mauvaise santé, la perte d'autonomie, les déficiences cognitives, les hospitalisations à répétition et l'épuisement des aidants familiaux constituent les principaux facteurs d'une admission dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social. Ainsi, l'état de santé se répercute à la fois sur le lieu de vie (domicile ou institution) et la qualité de vie.

Même si l'espérance de vie en santé s'allonge et semble positive à première vue, l'arrivée massive d'ânés entraînera des conséquences importantes sur les dépenses publiques en santé. Le maintien à domicile est trop souvent décrit par la société comme une tâche sans grand intérêt, sans grand défi, situé à l'extrémité de la chaîne de la prise en charge de la maladie. Cependant, l'ampleur du phénomène démographique implique nécessairement de revoir les politiques sociales en fonction de nouveaux besoins émergents spécifiquement en réponse à l'augmentation du nombre de maladies chroniques et du nombre de patients atteints.

La question du maintien à domicile demeure un défi pour les familles et les institutions lorsqu'elles se voient confrontées au recul de l'État dans le domaine de la santé et des services sociaux. Les politiques publiques et les pratiques sociales actuelles sont notamment fondées sur la prémisse de la disponibilité des aidants et de leur intention et volonté de prendre soin des membres âgés de leur famille (Guberman, 2006). Quelle sera la capacité des gouvernements à maintenir ou à fournir des services de soutien aux aidants en considérant l'augmentation des besoins à venir ? Étant donné le renversement de la pyramide, les objectifs financiers projetés en santé se traduisent par une hausse des dépenses publiques prévue de près de 40% d'ici 25 ans qui sera partiellement compensée par la baisse des dépenses attribuées pour les enfants (Roy, 2003).

Globalement, l'objectif de l'État tient dans la réorientation de ses investissements en fonction des besoins émergents de la population vieillissante, mais aussi en fonction des évolutions technologiques et des nouveaux modes d'organisation des services. C'est tout le sens de Lesemann, (2001, p.3) lorsqu'il soutient que « Le maintien à domicile illustre la montée dans notre société du rôle du domicile, de la sphère privée. Ce qui veut dire que l'État, autant que le travail ou l'école, ont tendance à se décentraliser, à remettre la responsabilité aux usagers, aux parents, aux travailleurs de fournir eux-mêmes le cadre de leur activité : travail à domicile, devoirs à domicile, soins à domicile. C'est un processus de désinstitutionalisation. »

Le maintien à domicile implique donc une certaine redéfinition des rôles où professionnels de la santé, intervenants sociaux, aides familiales, membres familiaux et bénévoles se partagent les tâches. Dans ce contexte, on observe une sorte de compétition entre savoirs experts et savoirs profanes dans la société. Il ne faut pas omettre, de plus, les effets du virage ambulatoire qui se répercutent sur la situation de prise en charge des malades. En effet, le manque de support professionnel et de formation adéquate pour donner les soins entraîne des sentiments d'insécurité, d'impuissance et de responsabilité devant les obstacles rencontrés. Les coûts financiers et humains devenant exorbitants et exigeant une capacité de conciliation et d'organisation majeure, l'avenir ne s'entrevoit pas de si bon augure pour les personnes âgées au Cameroun.

Par ailleurs, les politiques sociales de la vieillesse sont élaborées, présentées et perçues comme neutres alors qu'en fait, l'assistance aux personnes âgées est mise en œuvre majoritairement par des femmes sans compter que la majorité des bénéficiaires sont des hommes. Selon (Pennec, 2002), il est de plus en plus commun de constater que la vieillesse est le fait des femmes alors que le terme « sénior » ou « retraité » est davantage attribué aux hommes.

1.1.3. Étude démographique du vieillissement en Afrique

Les spécificités des évolutions démographiques à venir sur le continent africain mettent en relief tout l'intérêt que revêtent les recherches présentées dans ce numéro dans la mesure où elles participent à améliorer la compréhension de phénomènes susceptibles de transformer le vieillissement de l'Afrique en facteur supplémentaire de crise sociale Douglass (2016). Ce continent devrait en effet connaître, en quelques décennies seulement, une augmentation très importante du nombre de personnes âgées et très âgées alors même que jusqu'à présent les dispositifs collectifs les concernant spécifiquement, notamment en matière de politiques

publiques et d'infrastructures médico-sanitaires, restent globalement embryonnaires Golaz, Nowik et Sajoux (2012) ; Pillay et Maharaj (2013).

Le vieillissement démographique devrait ainsi s'y produire selon des modalités fortes différentes de ce qui a pu être observé dans le monde occidental. Conjointement, des variations importantes devraient être observées suivant la sous-région du continent considérée. Ainsi, alors qu'en 2050 la part des 60 ans et plus devrait atteindre près de 17 % en Afrique septentrionale et près de 15 % en Afrique australe, la part relative des aînés devrait se situer à cet horizon en dessous de 9 % en Afrique orientale et même en dessous de 7 % en Afrique occidentale et en Afrique centrale. Mais dans le même temps, la progression des effectifs de personnes âgées y sera considérable : suivant les contextes nationaux, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait aller jusqu'à quadrupler en 35 ans et le nombre de personnes âgées de 80 ans et plus devrait lui aussi très fortement augmenter Sajoux, Golaz et Lefèvre (2015).

Pour comprendre l'importance des enjeux liés au vieillissement de la population africaine, il est donc indispensable de croiser les deux types d'information, à savoir évolution de la proportion des âgés d'une part et évolution de leur nombre d'autre part. Pour qualifier l'augmentation des effectifs de personnes âgées, le néologisme « gérontocroissance » est utilisé Dumont (2003). Cette dernière devant être particulièrement rapide sur le continent africain, son intégration dans l'analyse du vieillissement met en relief la très insuffisante prise en compte de ce phénomène en matière d'élaboration de politiques publiques adaptées, d'autant que prévaut encore bien souvent, tout au moins dans les discours, l'évocation d'un devoir social d'exercice des solidarités familiales à l'égard des personnes âgées renforcées par le poids de préceptes religieux Niyonsaba et Réguer (2012). Cette faiblesse des politiques publiques est notamment constatée en matière de santé publique Kâ et Ba (2014). Aussi, relativement peu d'études ont pour l'instant été menées sur les besoins sanitaires des plus âgés en Afrique Macia, Duboz et Gueye (2011).

Gérer le vieillissement à venir constitue « *un défi de plus pour l'Afrique* » Antoine et Golaz (2009), notamment en raison de la faiblesse globale des dispositifs de protection sociale spécifiquement destinés aux aînés (retraite, accès aux soins, etc.) et du fait que les modes de soutien les concernant, lorsqu'ils sont nécessaires, reposent quasi exclusivement sur des solidarités privées, principalement familiales. Or ces dernières évoluent et sont soumises à de

fortes tensions liées notamment aux difficultés d'insertion professionnelle des jeunes générations Sajoux et Amar (2015) ; Sajoux et Amar (2018) ; Dimé (2012).

Le défi est donc double pour les pays d'Afrique : répondre aux besoins de générations de jeunes toujours (très) nombreuses en matière d'éducation, de santé et d'insertion professionnelle et se préparer, dans un délai bien plus court que celui dont ont disposé la plupart des pays occidentaux, à répondre aux besoins des plus âgés dont le nombre va croître de manière spectaculaire en moins de quatre décennies. Le défi est d'autant plus ardu que le contexte démographique africain est également caractérisé par une croissance rapide de la population : le continent abritait en effet 1,19 milliard d'habitants en 2015 et devrait en compter plus du double (près de 2,53 milliards) en 2050 (UN, 2017, scénario médian). Faire face à une telle évolution soulève des enjeux cruciaux, notamment sur le plan économique.

Les évolutions démographiques à venir font écho à la transition démographique (caractérisée par la baisse de la mortalité et de la fécondité) qui a débuté relativement tardivement dans la plupart des pays d'Afrique. Elles s'inscrivent également dans un contexte social profondément transformé en deux générations seulement : la deuxième partie du XX^e siècle a en effet été marquée par une accélération des migrations vers l'Europe, des processus d'exode rural, des transformations du marché du travail, non sans conséquence sur les modalités d'exercice des solidarités familiales à l'égard des vieillards. Plus récemment, certaines catégories de population se sont approprié l'usage des technologies de l'information et de la communication, le plus souvent dans des régions urbaines, de façon d'autant plus développée qu'elles constituent des modalités de liens familiaux substitutives des relations de proximité spatiale antérieures.

Du fait de la complexité des enjeux en présence, la pluralité des manières de vieillir aujourd'hui sur le continent africain participent à améliorer la compréhension des dynamiques à l'œuvre en matière d'évolution des conditions de vie, mais aussi des attentes et perceptions des personnes âgées. La prise en compte de la diversité des contextes est un enjeu majeur, car le continent africain est caractérisé par une grande hétérogénéité de situations, notamment sur les plans démographique, économique, géographique et culturel. Comme l'indique Hugon (2013, p. 5), « *comment présenter l'essentiel alors que, même si on se limite à l'Afrique subsaharienne, le sous-continent est une terre de contrastes ? Il faudrait écrire au pluriel : les économies des Afriques* ». Par analogie, et au regard des travaux réalisés jusque-là, on peut considérer qu'il existe *des* vieillissements dans *les* Afriques.

Bien que la cohabitation intergénérationnelle et les solidarités privées prévalent encore dans notre société, les difficultés économiques, la modernisation de la société et les incertitudes politiques qui prévalent constituent des facteurs de fragilisation de la cellule familiale, de distanciation du lien social, de précarité et d'insécurité sanitaire pour les personnes les plus âgées. Ces dernières se heurtent ainsi à un difficile, et trop souvent impossible, accès aux soins de santé alors même que leurs besoins en la matière ont tendance à croître au fur et à mesure de l'avancée en âge. C'est sur cet aspect que Djouda et Leumaleu-Noumbissie (2019) ont mis en évidence la précarité des conditions de vie et la vulnérabilité sanitaire des personnes âgées qui y vivent. Cette dernière provient à la fois de l'éloignement géographique des hôpitaux de district et des contraintes d'accessibilité économique, mais aussi socio-culturelle. La médicalisation de la vieillesse est un phénomène récent en Afrique et de multiples éléments entravent l'accès des personnes âgées aux biens et services de santé Mbaye et Kâ (2015). De plus, en milieu rural camerounais Djouda et Leumaleu-Noumbissie (2019), on note l'avènement d'une situation de maladie chez une personne âgée peut être considéré comme naturellement lié à la vieillesse et ainsi ne devant pas déclencher automatiquement le recours à un traitement médical.

De tels comportements soulignent toute l'importance qu'il y a à bien saisir le contexte socio-anthropologique au sein duquel évoluent les individus. Plus généralement, une telle démarche apparaît indispensable pour étudier la place occupée par les personnes âgées en fonction de la déclinaison des processus de vieillissement individuel, des modalités de construction culturelle de la vieillesse et des représentations sociales élaborées dans divers contextes.

Macia, Ka et Duboz (2019) à travers les représentations des plus âgés chez les Peuls ruraux, mettent en évidence que plus des trois quarts des populations peules ont des représentations positives des plus âgés. L'utilité sociale qu'on perçoit des plus âgés est un fondement essentiel dans un contexte où la diffusion des savoirs, encore largement oraux en zone rurale, permet aux populations de bénéficier du statut de sachant tout en assurant un rôle essentiel dans les conditions sociales de prise en charge des enfants. Traitant pour sa part de la place des plus âgés en milieu rural, contexte bien trop souvent absent des travaux sur la vieillesse, *Briaud* (2019) convoque dans une analyse, la double dimension à la fois verticale de la séniorité (âge) et horizontale de l'aïnesse (génération). À partir d'exemples ethnographiques, son approche met l'accent sur les individus dans leurs relations intra générationnelles (collatéraux) et intergénérationnelles (descendants/ascendants) à différents moments du parcours de vie. Il montre alors comment se construisent les vieillesse et comment se négocient

les relations à la fois intra- et intergénérationnelles pour s'assurer une « place » à l'heure de la vieillesse, cette dernière étant vécue de manière fort variable suivant les configurations des réseaux sociaux et familiaux prévalant.

En effet, en Afrique, comme dans la plupart des pays du Sud, le vieillissement peut être considéré comme reposant principalement sur les familles Nowik et Lecestre-Rollier (2015) dans la mesure où celles-ci constituent le pilier principal des mécanismes de réponse aux besoins du grand âge. La participation simultanée de différents membres de la famille est le plus souvent la règle, chacun/chacune participant au réseau d'aide en fonction de ce qu'il/elle peut y apporter (argent, aide matérielle, temps, présence...). Pour autant, dans des contextes fortement marqués par les difficultés d'insertion professionnelle des jeunes et des adultes, les personnes âgées sont amenées à être elles-mêmes en situation de pourvoyeurs d'aide, voire de pilier financier au sein de la famille Roth (2010) ; Scodellaro (2010) ; Dimé (2012).

Il en est ainsi pour bon nombre de personnes âgées au Cameroun, pays plongé depuis plusieurs années déjà dans une crise socio-économique persistante ayant entraîné un durcissement des conditions d'existence pour une grande partie de la population. Il en résulte de multiples changements affectant les solidarités intergénérationnelles que Dimé (2012) analyse en contexte de précarité, où des parents âgés, qui s'attendaient à pouvoir compter sur le soutien et le relais de leurs enfants arrivés à l'âge des responsabilités sociales, se retrouvent dans une position sociale « inédite » d'amortisseur des difficultés vécues par leurs enfants. Ainsi, alors même que les jeunes affirment le plus souvent leur adhésion au devoir de solidarité intergénérationnelle, ils se retrouvent dans l'incapacité de la mettre en œuvre en direction de leurs parents, faute de moyens économiques.

Dans le contexte du Burkina Faso, Sawadogo, Randall et Bazié (2019) se sont penchés sur certains aspects des processus d'adaptation des ménages et des familles aux crises sociales et économiques. Ces auteurs centrent leur analyse sur les interrogations que ces processus soulèvent en matière de mécanismes de prise en charge des personnes âgées. Ils mettent notamment en évidence l'utilisation, par des familles, de mobilités résidentielles pour rompre l'isolement de personnes âgées dépendantes dans le but de tenter de résoudre la question du soutien à leur apporter face à leur perte d'autonomie. Alors même que la pratique de la mobilité résidentielle des personnes âgées en Afrique, faite d'aller-retour entre plusieurs domiciles, est un sujet fort peu exploré.

Niyonsaba (2019) analyse, sur la base d'enquêtes qualitatives, la mobilité résidentielle de femmes veuves âgées au Sénégal. Tout en montrant que l'enjeu de l'accompagnement des parents vieillissants est au cœur de préoccupations sociales, cet auteur met en lumière le fait que l'obligation de solidarité, se fondant pourtant sur des intentions bienveillantes, peut venir contrarier le pouvoir décisionnel de la personne âgée, la mobilité résidentielle de cette dernière n'étant pas toujours « choisie » mais dans la plupart des cas « subie ». C'est à l'étude d'une toute autre forme de mobilité résidentielle des personnes âgées que nous convie Crenn (2019), celle de retraités sénégalais vivant leur vieillesse entre Bordeaux et Dakar qui, pour les plus dotés en capitaux symboliques et sociaux, illustrent la complexification contemporaine des manières de vieillir qui peut s'inscrire dans la mobilité et la globalisation. Dans ce contexte de circulations et d'installations par intermittence entre deux villes et deux pays, l'alimentation et ses évolutions au fil du vieillissement sont considérées comme des indicateurs pertinents de l'expérience du vieillir.

Nous l'aurons compris, les solidarités intergénérationnelles jouent un rôle majeur dans les conditions du vieillir en Afrique. Elles s'expriment selon diverses modalités et présentent un caractère non univoque. Elles peuvent notamment se traduire par une cohabitation intergénérationnelle, l'isolement résidentiel des personnes âgées étant pour l'heure globalement rare en Afrique. Toutefois, du fait des différentes mutations en cours sur le continent, de nouvelles dynamiques sont à l'œuvre. C'est précisément ce que montrent Konaté et al. (2019) à travers une étude sur la comparaison des perceptions d'hommes et de femmes, issus de trois générations familiales, à propos de l'isolement résidentiel et de la cohabitation des personnes âgées avec leurs enfants adultes au chômage ou leurs petits-enfants (sans les parents de ces derniers). Le croisement des regards des personnes âgées et de leurs descendants permet de comprendre de manière fine les dynamiques à l'œuvre en matière de cohabitation intergénérationnelle tout en faisant émerger les motifs des différents types de (non-)cohabitation.

Sous l'influence du changement démographique et de la modernisation des modes de vie, la manière de percevoir les devoirs vis-à-vis des personnes âgées évolue. Il en est ainsi au Maroc, comme le montrent Ferrié et Radi (2019), en consacrant leur analyse à l'étude de la catégorisation de ces devoirs. Ils abordent notamment la logique de l'admission dans les centres pour personnes âgées en tant qu'intervention subsidiaire dont ne bénéficient que les personnes âgées sans famille à même de les prendre en charge. Une telle logique promeut les valeurs qui soutiennent la prise en charge des personnes âgées par leurs enfants comme le seul

comportement socialement acceptable et peut, selon ces auteurs, donner l'illusion que l'action publique en la matière peut attendre.

La question de l'action publique en matière de soutien aux personnes âgées fait écho aux interrogations soulevées par Evrard (2019) dans son livre propos consacré à la manière dont le social peut contribuer à l'étude des vieillissements en Afrique, une « *Afrique mosaïque* » où vieillir ne veut pas dire la même chose partout.

Bien que les premiers travaux interrogeant les enjeux liés au vieillissement de la population en Afrique aient vu le jour il y a près de trois décennies et que depuis quelques années un nombre croissant de chercheurs aient investi cette thématique, nous avons choisi de travailler sur la rééducation fonctionnelle des personnes âgées en institution, ceci par le billet d'une prise en charge psychomotrice. Ce choix a été dicté par la volonté d'attirer l'attention de la communauté scientifique camerounaise, mais aussi celle des pouvoirs publics, sur l'urgence qu'il y a à consacrer davantage de moyens aux études et aux dispositifs susceptibles d'améliorer la condition des personnes âgées vivant aujourd'hui en institution en Afrique et à anticiper les forces à mobiliser pour répondre aux besoins de celles qui y vivront demain et après-demain. Loin de vouloir mettre en concurrence les différentes générations vivant sur le continent, notre volonté a été de montrer que l'épanouissement des plus âgés est intimement liée à la qualité de prise en charge qui les accompagne.

Notons aussi que les enjeux soulevés par le vieillissement concernent l'ensemble des pays et varient en fonction des politiques publiques mises en place pour l'accompagner les institutions de prise en charge des personnes âgées au Cameroun Golaz et Sajoux (2018). Puisse ce constat convaincre de l'impérieuse nécessité de poursuivre les investigations scientifiques sur les vieillissements en croisant les regards entre chercheurs du Sud et du Nord de disciplines différentes et en valorisant les expériences et savoirs des professionnels dans une approche psychomotrice.

1.2. FORMULATION DU PROBLEME

Le vieillissement de la population et l'accroissement du nombre des personnes âgées exposées à la dépendance est un enjeu majeur de la santé publique. Selon Mendes et al. (2016), Les pays du sud de l'Europe, à l'exception de l'Allemagne, sont les plus vieillissants en raison de l'augmentation du nombre de personnes âgées. Cette croissance qui pose de nombreux problèmes nous amène à nous interroger sur la qualité de vie des personnes qui ne peuvent plus assurer seules les activités essentielles de la vie quotidienne. Dès lors, outre l'anticipation des

besoins en matière de prise en charge, il devient crucial d'analyser les mécanismes qui conduisent à la dépendance et d'identifier les déterminants qui précipitent certains dans des situations d'assistance quand d'autres maintiennent un niveau d'activité satisfaisant.

1.2.1 État de la Question

L'évaluation de l'évolution de l'état d'autonomie fonctionnelle des personnes âgées est un domaine important à comprendre. Au cours des dernières années, diverses études longitudinales ont démontré d'importantes différences interindividuelles dans l'ampleur du déclin de l'autonomie fonctionnelle chez les plus âgés.

Selon Chen, la trajectoire d'autonomie fonctionnelle est définie comme étant l'évolution de l'état fonctionnel à plusieurs moments dans le temps, elle représente un processus dynamique et signale souvent une déficience ou une amélioration sous-jacente, en particulier chez les patients âgés (Chen et al., 2008). Les travaux de Bouvet ont pu établir des typologies des trajectoires de vieillissement en distinguant des trajectoires qui se produisent sans incapacité ou perte d'autonomie des trajectoires marquées par l'occurrence d'incapacités. Ils résument le premier type de trajectoires comme étant un vieillissement normal ou réussi (Bouvet 2016). Le deuxième type de trajectoires est décrit par un vieillissement pathologique (D'Epina et Spini, 2007).

Afin d'anticiper les mesures préventives pour le maintien de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées suivies de façon prospective, une compréhension du concept de trajectoires de perte d'autonomie fonctionnelle est nécessaire. L'incapacité dans les activités de la vie quotidienne est fréquemment examinée à l'aide de l'indice ADL de Katz (Katz, 1963) parfois combinée avec les activités instrumentales de la vie quotidienne (IADL) (Lawton et Brody, 1969). Au regard de l'ADL, six facteurs permettent de rendre compte de la personne âgée serait considérée comme dépendante. Il s'agit de l'alimentation, la continence, le transfert, l'aller aux toilettes, l'habillement et la prise du bain. D'après Buurman, la personne âgée qui est en mesure d'exécuter les six activités est considérée comme indépendante ou autonome (Buurman et al 2016), par conséquent, elle dispose d'une meilleure qualité de vie que celle dépendante. Cette définition est similaire à la définition de la perte d'autonomie fonctionnelle donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS 1988).

Le repérage de différents parcours d'autonomie fonctionnelle chez des personnes âgées permet non seulement d'explorer les facteurs de risque et de protection de la perte d'autonomie, mais de déterminer la qualité de vie de ces personnes afin de mettre en place une réflexion sur

les politiques de santé publique comme le bien vieillir mais aussi de mettre en place des mesures de prévention précoce pour maintenir l'autonomie et un épanouissement dans le vieillissement.

Ainsi, nous avons constatés que certains patients gériatriques rencontrés à l'hôpital central demeuraient privés de toutes mobilités et limités dans leurs participations aux activités de la vie quotidienne et aux activités instrumentales de la vie courante. Ces observations ont montré que chez les patients présentant initialement des limitations, deux cas de figure se présentent. Premièrement, aucune amélioration graduelle n'est observée au cours de leurs séjours en hospitalisation. Deuxièmement, une amélioration est observée pour d'autres pendant une période donnée (un mois de suivi par exemple) suivie d'une stabilisation ou encore d'une dégradation. Pour la plupart des patients observés dans ce service de gériatrie de l'hôpital central, les patients ayant le plus de limitations étaient les plus susceptibles d'avoir un âge plus élevé, leur qualité de vie était significativement moins appréciée par eux qui se sentaient constamment mal-à l'aise, mal dans leurs peaux, enclin à des douleurs atroces, bénéficiant d'une assistance de mauvaise qualité.... Cependant, l'hétérogénéité du milieu de vie et des caractéristiques des personnes âgées engendrent une difficulté dans la comparaison des facteurs prédictifs des différentes trajectoires d'autonomie fonctionnelle. Au moyen de la capacité d'accès à la logistique, les trajectoires ont montré que chaque patient avait ses variables prédictives spécifiques. Les observations menées se sont appuyés sur l'étude de Chen (CHEN et al 2008) qui intègre les facteurs démographiques (âge, sexe, statut marital, lieu d'habitation, revenus, niveau d'éducation, profession, appartenance ethnique), les comorbidités, les médicaments, les critères d'évaluation de la fonction cognitive, le statut nutritionnel ; puis aux travaux de Han (Liang et al 2010) qui ajoute aux caractéristique de Chen les facteurs comme la fragilité physique, les symptômes dépressifs évalués, l'activité physique habituelle et des troubles chroniques autoévalués et diagnostiqués par des médecins à savoir : hypertension, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque congestive, accident vasculaire cérébral, diabète sucré, arthrite, fracture de la hanche, maladie pulmonaire chronique et cancer.

À travers ces études nous avons constaté chez les patients gériatriques au moins un des critères suivants : le fait d'être plus âgée, d'être une femme, d'avoir moins d'années d'études, d'avoir une mauvaise santé nutritionnelle (score IMC plus élevé), d'avoir une santé autoévaluée pas sable/mauvaise et un soutien social perçu moindre étaient associés à la survenu d'un déclin de l'autonomie fonctionnelle.

Si l'on s'est rendu compte que la majorité des personnes âgées de 65 ans et plus qui vit à domicile ont une trajectoire autonome et se trouve en bonne ou relativement bonne santé, il se trouve que la proportion des personnes âgées vivant dans une maison pour personnes âgées ou dans un établissement médico-social augmente fortement dès l'âge de 75 ans, principalement en raison d'une perte d'autonomie consécutive à des problèmes de santé (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011). Constat qui tend à se justifier au regard de la courbe d'âge des personnes admises en hospitalisation au service de gériatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé, 80% des pensionnaires de ce service sont âgés de plus de 65 ans.

1.2.2 Situation du problème

L'incapacité d'effectuer de manière autonome les gestes élémentaires de la vie quotidienne (s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, se laver, manger, se mettre au lit et se lever) habituelle fréquent chez ces pensionnaires, peut avoir comme conséquence le prolongement de leurs séjours en institution (surtout si la personne vit seule et ne peut pas compter sur le soutien d'un autre membre du ménage ou de la famille proche). C'est le réseau familial (le ou la partenaire, les filles et dans une moindre mesure les fils) qui constitue le principal pourvoyeur de l'aide informelle aux personnes âgées ; l'aide extra-familiale (amis, voisins) est peu fréquente (Höpflinger, Bayer-Oglesby et al. 2011).

Aux regards des observations effectués et des points de vue d'auteurs qui ont abordés la question de l'autonomie chez les personnes âgées, il en résulte que la plupart des personnes âgées souhaitent vivre le plus longtemps possible chez elles à domicile. Cependant certains pensionnaires, bien que moins nombreux (principalement en Afrique), préfèrent séjourner en hospitalisation ou dans une résidence pour personnes âgées et être soignées par des professionnels pour être plus autonomes (Stuckelberger et Wanner, 2005).

Dans le parcours de vie d'une personne, le vieillissement peut être à l'origine de difficultés existentielles spécifiques venant perturber ou remettre en cause un état initial. Pouvant être à l'origine d'un état de détresse plus ou moins intense et durable, des difficultés d'adaptation voire une situation de crise, le vieillissement pathologie est source de souffrance psychique et psychologique. La perte des repères ou le sentiment d'intrusion potentiellement générés par l'entrée en institution ou par la mise en place d'un soutien à domicile peuvent également être sources de souffrance psychique.

Il apparaît alors ici que certaines étapes de la vie, singulièrement la vieillesse, sont particulièrement exposées au risque de perte d'autonomie. Cette période est marquée par de

profonds remaniements psychiques, affectifs, sociaux, existentiels, autant que par des bouleversements biologiques, hormonaux et corporels (Gourion et L o, 2010). Nul n'échappe au vieillissement, échéance inéluctable, et à ses misères, ses épreuves, ses tourments, ses disgrâces et à ses inévitables renoncements. Chacun le ressent, même si chacun peut en moduler l'épreuve, l'assumer et la transcender. Le déclin des capacités du corps et de l'esprit, l'amointrissement dès la résistance, les disgrâces physiques façonnent un sentiment de perte, de handicap et de blessure narcissique parfois insurmontable qui fait le lit d'un affaissement de l'estime de soi et peut mener vers la détresse.

Dès lors, tout travail visant à améliorer les conditions de bien-être des personnes vieillissantes confronté à une trajectoire de perte d'autonomie, doit permettre de reconsidérer leurs attentes, leurs objectifs, leurs conceptions de soi et de la vie, etc., afin de dépasser cette crise et de leur permettre d'avoir accès ou de percevoir leurs vies comme de meilleure qualité.

La présente étude pose le problème de la qualité de vie chez les personnes âgées. Il se fonde sur les trajectoires de perte d'autonomie auxquels sont confrontés les personnes vieillissantes, et qui impacte sur leur bien-être. Il est donc ici question d'explorer les liens entre la perte d'autonomie marqué par l'incapacité à effectuer de manière autonome les gestes élémentaires de la vie quotidienne (s'habiller et se déshabiller, aller aux toilettes, se laver, manger, se mettre au lit et se lever) et la qualité de vie dont l'indice est la satisfaction des conditions de vies physiques, psychologiques et sociaux.

1.3 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

1.3.1 Question de recherche

La question de recherche que nous nous sommes posées dans cette étude est la suivante : En quoi la perte d'autonomie influence la qualité de vie chez les personnes âgées ?

1.3.2 Hypothèse générale

La perte d'autonomie entraine une détérioration de la qualité de vie chez les personnes âgées.

1.3.3 Hypothèses de recherches

HR1 : La dégradation du fonctionnement somatique liée au vieillissement a une influence sur la qualité de vie des personnes âgées.

HR2 : Les difficultés dans les automatismes fonctionnels influencent la qualité de vie des personnes âgées.

HR3 : Les restrictions liées à la participation sociale influencent la qualité de vie des personnes âgées.

1.4 OBJECTIFS DE L'ETUDE

L'objectif est une communication d'intention qui décrit ce que l'on se propose d'atteindre et de réaliser à la fin d'une étude. Nous avons formulé pour cette étude, un objectif général et des objectifs spécifiques suivants :

1.4.1 Objectif général

L'objectif principal de l'étude est de ressortir le lien qui existe entre la qualité de vie et la perte d'autonomie chez les personnes âgées.

1.4.2 Objectifs spécifiques

De notre objectif général dérivent trois objectifs spécifiques qui sont :

OS1. Montrer que les difficultés liées au fonctionnement somatique influencent la qualité de vie des personnes âgées.

OS2. Montrer que les difficultés dans les automatismes fonctionnels influencent la qualité de vie des personnes âgées.

OS3. Montrer que la participation sociale influence la qualité de vie des personnes âgées.

1.5 INTERETS DE L'ETUDE

L'intérêt est l'importance attribuée à une étude. Pour Sillamy (2006, p.145), l'intérêt est « ce qui importe à un moment donné ». Notre travail revêt un triple intérêt : scientifique, académique, et social.

1.5.1 Intérêt scientifique

Ce travail s'inscrit dans la logique d'une étude scientifique car elle a un objet précis et respecte la méthodologie : observation, hypothèse, vérification et conclusion. Cette recherche permettra de ressortir les problématiques de vieillissement et de pertes, afin de comprendre les enjeux liés à la qualité de vie chez les personnes âgées.

1.5.2 Intérêt académique

Le Département de l'Éducation à travers sa spécialisation Handicaps mentaux s'occupe

des préoccupations générales qui ont trait à l'accompagnement des personnes handicapées mentales et gériatriques. Cette recherche, menée dans ce Laboratoire, permet d'inscrire ce travail dans la logique des travaux de gérontologie.

1.5.3 Intérêt social de l'étude

Sur le plan social, cette étude cherche à comprendre la qualité de vie des personnes âgées en institution. En effet, elle peut permettre aux professionnels des services de gériatrie, et des maisons de retraites d'ajuster leurs niveaux de perception du dysfonctionnement et des pertes liées au vieillissement. Cette amélioration faciliterait le développement d'un environnement de rééducation épanouissant pour la personne âgée.

1.6 DELIMITATION DE L'ETUDE

Cette étude peut être délimitée sur les plans conceptuel, thématique, spatial et temporel. Cette délimitation se présente ainsi qu'il suit :

1.6.1 Délimitation conceptuelle et thématique

Le présent travail se limite à la compréhension des concepts de vieillissement, pertes, autonomie, qualité de vie.

1.6.2 Délimitation spatiale

Notre étude se déroule à L'hôpital Central de Yaoundé, situé au centre-ville au quartier Messa rue 2008 derrière le CENAME (Centre National des Médicaments Essentiels) et non loin du Camp Sic Messa. En direction des personnes âgées internées en institution gériatrique, nous nous sommes orientés vers le service gériatrique de cet hôpital. C'est dans ce service que nous avons collecté nos données moyennant les instruments de collecte de données.

1.6.3 Délimitation temporelle

Cette étude couvre la période de fin de formation en Master II au département de l'Éducation Spécialisé. Elle s'est déroulée précisément pendant l'année académique 2022-2023.

CHAPITRE II : LA VIEILLESSE ET LE VIEILLISSEMENT

« *Vieillir est une expérience qui se situe donc dans la continuité de l'enfance, de l'adolescence et des années de maturation et qui fait que l'adulte maintenant âgé est potentiellement riche de tous ses âges passés, mais plus ou moins à leur écoute.* » (Messy 2002, p.11).

Dans ce chapitre après avoir tenté de définir ce que sont le vieillissement et la vieillesse, nous allons aborder les types classiques » du vieillissement, les composantes « classiques » du vieillissement normal, les différentes approches sur le vieillissement, ainsi que le vieillissement dans les cultures européennes et africaines.

2.2 DEFINITIONS

2.2.1 Vieillesse

La vieillesse est à étudier dans son contexte socioculturel, religieux et historique. En effet, selon la situation, il y a une variabilité de la perception et du regard porté sur les personnes âgées. Autrefois par exemple, l'âge conférait un certain respect : le vieillard, en tant que patriarche, était alors le symbole de la sagesse, de la connaissance. A l'inverse, à l'époque de la Renaissance où primait la beauté extérieure, « la personne âgée » était généralement effacée des intérêts d'antan. La vision de la vieillesse diffère géographiquement aussi.

Selon le *Larousse*, la vieillesse est la dernière période de la vie normale, caractérisée par un ralentissement des fonctions. C'est une période naturelle pouvant être caractérisée par l'arrêt de l'activité professionnelle et une diminution des capacités physiques et cérébrales. Les limites de la vieillesse sont discutables. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que l'entrée en vieillesse se situe à 65 ans. Mais le seuil de la vieillesse peut également être d'ordre social (correspondant à la retraite) ou médical (signes de dépendance).

À partir d'un point de vue plus individuel, on pourrait dire que l'entrée en vieillesse serait une perte de trop dans le processus du vieillir, que le sujet ne peut pas supporter. Celle-ci peut être événementielle (chute, traumatisme psychique, etc.) ou progressive pour certains Mishara et Riedel (1984) le disent en ces termes :

« *La vieillesse n'est pas un état mais un processus continu, (...) une période inévitable et naturelle de la vie humaine caractérisée par une baisse des fonctions physiques, la perte du rôle social joué comme adulte, des changements dans l'apparence physique et un acheminement graduel vers une diminution des capacités* » (Mishara et Riedel, 1984, p.35).

Pour d'autres par contre, « *La vieillesse n'est pas un processus comme le vieillissement, c'est un état qui caractérise la position de l'individu âgé.* » Alaphilippe, Fontaine, Personne (2007, p.9). Ainsi, pour Messy (2002, p.25), « *La vieillesse n'est pas un passage obligé avant la mort.* » Elle n'est pas inéluctable, c'est un état qui survient lors d'une perte en trop, non supportable par la personne, et donc cet état ne touche pas forcément tout le monde. En conclusion, il est à retenir que les avis divergent toujours et qu'il n'y a pas de définition universelle.

2.2.2 Vieillesse

Le vieillissement c'est la vie, comme le dit Messy (2002, p. 15) : « *Le vieillissement n'est pas la vieillesse, pas plus que le voyage ne se réduit à l'étape. Le vieillissement est un processus irréversible qui s'inscrit dans le temps. Il débute dès la naissance et s'achève avec la destruction de l'individu* ».

Le vieillissement est physiologique, il correspond à la manière dont l'homme de s'adapter à mesure que ses capacités diminuent. Au même titre que notre corps se modifie, nos habitudes changent, notre rythme se ralentit et l'état de santé se dégrade, sans qu'on le décide délibérément. Le vieillissement est ainsi naturel et inéluctable, progressif et irréversible. Il fait partie du cours du développement humain, sous la dépendance de l'environnement et de facteurs génétiques et personnels. Il touche tout le monde mais est loin d'être uniforme, le rythme et les modalités oscillant selon chacun. En fait, à un âge donné, les effets et conséquences du vieillissement varient fortement d'un individu à l'autre. Il existe une véritable diversité dans le processus de vieillissement par la mise en jeu du patrimoine génétique, culturel, le niveau social, l'environnement familial, le mode de vie, les expériences passées, etc.

Le vieillissement est finalement inter individuel même si nous vieillissons tous, jour après jour, quel que soit notre âge « *On vieillit comme on a vécu* » dira Ajuriaguerra (2000), mais en suivant l'opinion de Messy (2002), ce serait plutôt « *On vieillit comme on vit* » puisque le vieillissement débute dès la naissance. Ainsi est-ce une expérience présentant des caractéristiques objectives mais également et surtout une aventure singulière riche en émotions. En effet ; « *Le vieillissement est non pas un état mais un processus hétérogène et multiforme*

de nature très variée, biologique, psychologique et sociale. » (Alaphilippe, Fontaine et Personne, 2007, p.9).

2.3 LES « TYPES CLASSIQUES » DU VIEILLISSEMENT

En développant les différents types de vieillissement ainsi que ses différentes composantes, il ne faut pas perdre de vue que ce processus est difficile à décrire tant il est subjectif et varie selon chaque individu.

2.3.1 Le vieillissement normal

Le vieillissement normal correspond à la réduction des capacités (physiques, intellectuelles) de l'organisme à s'adapter aux différentes exigences de son environnement. On parle ici de sénescence, terme d'origine latine signifiant « vieil homme » ou « grand âge » pour qualifier cette dégradation non pathologique des fonctions générales de l'organisme arrivant à un âge avancé.

2.3.2 Le vieillissement pathologique

Il se caractérise par la présence d'une pathologie influençant le vieillissement normal. On parle de sénilité et le Larousse médical la définit comme la détérioration pathologique des facultés physiques et psychiques d'une personne âgée. Le vieillissement pathologique peut amener à la démence.

2.3.3 La vieillesse réussie

Le concept de « vieillesse réussie » est attribué à Havighurst (1961). Quand on parle de vieillesse réussie, « *il ne s'agit non pas de donner du temps au temps mais de la qualité au temps. La vieillesse réussie possède donc une forte dimension subjective. Elle se définit par un certain bonheur et une certaine sérénité quotidienne.* » (Alaphilippe, Fontaine et Personne, 2007, p.9).

La vieillesse ne serait alors pas obligatoirement un naufrage, un vieillissement qualifié de réussi s'opère grâce à des capacités d'adaptation et de compensation de l'individu pour contrebalancer l'involution et la fragilité des différentes fonctions de l'organisme. En lien avec les compétences motrices de l'organisme, chacun possède des réserves fonctionnelles.

Leur accès conditionne la réactivité et l'adaptabilité aux exigences de l'environnement. Or durant le vieillissement, ces réserves sont atteintes puisque les capacités motrices maximales s'amenuisent. On parle de décompensation des fonctions motrices quand un facteur déclenchant surpasse les possibilités d'adaptation du sujet.

2.4 LES COMPOSANTES « CLASSIQUES » DU VIEILLISSEMENT NORMAL

Il est question ici de présenter les composantes « classiques » du vieillissement normal en abordant le vieillissement physiologique, sensoriel, cognitif et psychomoteur puis en exposant ses répercussions psychoaffectives.

2.4.1 Le vieillissement physiologique

Le vieillissement s'observe au travers de changements externes ; les rides, les cheveux gris/blanc, les ongles et dents jaunis, une diminution de la taille, un grossissement, etc. Ces changements corporels traduisent le vieillissement visible et sont dus à des changements internes (organiques) qui s'inscrivent à différentes échelles du corps.

Tout d'abord au niveau moléculaire, s'effectue une dénaturation moléculaire (dégradation enzymatique de l'élastine, ralentissement de la synthèse des protéines, etc.). Au niveau cellulaire, le vieillissement entrave principalement la capacité de division cellulaire qui décroît avec l'avancée en âge, tout comme le nombre de globules rouges. De plus se réalise une diminution de la réactivité des cellules.

Au niveau tissulaire on observe l'apparition de rides due à une perte d'élasticité de la peau, s'opèrent également une amyotrophie musculaire, des difficultés articulaires dues à une perte de souplesse, une fragilisation osseuse, une perte capillaire et une diminution de la taille, un affaissement de la colonne vertébrale (ostéoporose) ainsi qu'une atrophie des fibres musculaires de type II.

On retrouve aussi un vieillissement des organes (suite au vieillissement du système nerveux, du système cardio-vasculaire et du système immunitaire), un vieillissement musculaire (notamment une sarcopénie) et une croissance de la masse graisseuse en parallèle. La réduction du nombre des neurotransmetteurs, génère une lenteur dans les réponses motrices. Celle-ci a pour conséquences une altération de la performance, de la force et une augmentation de la fatigabilité musculaire.

2.4.2 Le vieillissement sensoriel

La sénescence impacte également les systèmes sensoriels. De fait, les cinq sens ainsi que la proprioception n'esquivalent pas le vieillissement, mais ne sont pas épargnés de la même manière selon chacun.

2.4.2.1 La vision

En suivant le vieillissement normal, la fonction visuelle se dégrade progressivement entre 40 et 50 ans. Cela se traduit par une diminution de l'acuité visuelle ayant des répercussions importantes sur la perception et le contact avec l'environnement, notamment par une mauvaise perception des distances, ou une difficulté à reconnaître son entourage ou les objets. Cette baisse de l'acuité visuelle atteindra naturellement environ 6/10 aux alentours de 80 ans, ce qui met la personne âgée en difficulté dans son quotidien, la prise de repères, ou même la met en danger physique (risque de chute plus élevé) et psychoaffectif (risque de repli social, voire de dépression, ou phobie de la marche). La presbytie et la myopie touchent de nombreuses personnes, et il est important, pour l'équilibre entier de la personne, de rectifier au plus vite ces détériorations. Par ailleurs, le temps d'adaptation à la nuit, à l'obscurité, s'allonge avec l'âge.

Outre le vieillissement normal de l'œil, le vieillissement pathologique correspond, le plus fréquemment à quatre pathologies : la cataracte, la dégénérescence maculaire liée à l'âge, le glaucome et la rétinopathie diabétique. L'atteinte de la cataracte est selon le Larousse médical une opacification partielle ou totale du cristallin, due à l'altération du métabolisme des fibres cristallines et responsable d'une baisse progressive de la vision. La cataracte s'accompagne de rougissements des yeux et larmoiements excessifs. La dégénérescence maculaire liée à l'âge ou DMLA est une destruction progressive de la macula (zone rétinienne qui permet la vision précise, dite vision centrale). Le glaucome selon le Larousse médical, c'est une maladie de l'œil caractérisée par une élévation de la pression intraoculaire avec atteinte du champ visuel, pouvant aboutir à la cécité. Enfin, la rétinopathie diabétique correspond à une grave complication du diabète due aux lésions rétiniennes caractéristiques des personnes diabétiques de type 2 (50% sont touchées par cette pathologie durant le vieillissement). Cette pathologie survient à cause d'une prolifération vasculaire rétinienne qui provoque des petites hémorragies éparses.

2.4.2.2 L'audition

La sensibilité à la fréquence et hauteur des sons diminue, plaçant la personne âgée dans une position de difficulté à interagir avec son environnement. La perception de la parole et par la suite la communication, sont entravées plus ou moins conséquemment selon le type d'atteinte auditive. La perte auditive peut entraîner un renfermement sur soi et impacter la socialisation de la personne provoquant même des crises d'angoisse ou une anxiété chronique si ce trouble n'est pas accompagné et intégré. La dégradation auditive, si absence de surdité « *in fine* » peut laisser place à une discontinuité, néfaste à l'intégrité du sujet. Si l'enveloppe sonore de la

personne est trouée, il est essentiel de se brancher sur un autre mode de communication, ou d'appuyer les échanges grâce à d'autres supports, pour éviter un déséquilibre qui placerait le sujet en position faible.

La pathologie principale du système auditif est la presbycousie, phénomène apparaissant à partir de 50 ans, lié à la dégénérescence des cellules ciliées de l'organe de Corti et traduisant une diminution de la perception des sons aigus (sons à haute fréquence) et dont la parole notamment.

2.4.2.3 La gustation et l'olfaction

La perception des odeurs et du goût des aliments (au niveau de la perception sucrée, salée) est réduite.

2.4.2.4 Le toucher

Les effets du temps marquent la peau, cette limite visible et palpable entre soi et l'extérieur. La peau se plisse, s'assèche et s'amincit. Elle est exposée plus facilement aux plaies telles que les escarres et mycoses. Ce changement corporel se traduit souvent par une atteinte narcissique. La personne âgée doit faire le deuil de l'image du corps idéal et accepter le vieillissement de son corps, ainsi que le regard des autres sur elle. De plus, cette peau qui est malmenée par le vieillissement, est source d'attention particulière, surtout lorsque la personne n'est pas autonome dans les activités de la vie quotidienne ou a besoin de soin médicaux. Le toucher peut être vécu comme agréable mais également désagréable, voire oppressant ou agressif.

2.4.2.5 La proprioception

La sensibilité proprioceptive s'abaisse et camoufle les informations interceptées au niveau du corps. Le sujet distingue moins les changements, perçoit moins les variations toniques, musculaires, posturales etc.

Les principales conséquences du vieillissement sensoriel se retrouvent au niveau moteur avec une diminution de l'autonomie physique, voire une régression psychomotrice, ainsi qu'au niveau psychologique au travers d'un retrait social associé à une dépression dans certains cas.

2.4.3 Le vieillissement cognitif

Le vieillissement intellectuel touche différentes fonctions cognitives, notamment certaines fonctions exécutives.

2.4.3.1 L'attention

Ce terme « *désigne notre capacité à orienter nos ressources mentales vers une source d'information* » Dujardin et Lemaire (2008, p.30). On retrouve dans le vieillissement cognitif, le vieillissement d'une part de l'attention sélective qui « *désigne notre capacité à traiter de façon efficace et rapide une information particulièrement pertinente pour une tâche en cours, et d'autre part de l'attention partagée ou divisée qui permet de tenir compte de plusieurs sources d'information en même temps* » (Dujardin et Lemaire, 2008, p.46).

2.4.3.2 La mémoire

Elle est marquée par une réduction des facultés mnésiques due à une « *diminution de la capacité à initier des opérations cognitives efficaces au moment de l'encodage et de la récupération en mémoire* » (Dujardin et Lemaire, 2008, p.47).

2.4.3.3 Le raisonnement et résolution de problèmes

Le vieillissement entraîne un déclin cognitif des aptitudes au raisonnement et résolution de problèmes avec des variations individuelles en fonction des stratégies mises en place préalablement.

2.4.3.4 Le langage

Dans le vieillissement, le langage se caractérise par une modification de la voix, de l'accès au stock lexical, de la compréhension ; une aphasie différente ; une modification du pronostic de l'aphasie et une notion de détérioration intellectuelle. De plus, chez la personne âgée, on note une potentielle atteinte dans les activités de production ou de compréhension touchant le traitement des informations. Ce qui, selon Dujardin et Lemaire (2008), pose le problème de l'existence d'une double orientation hypothétique : « *L'hypothèse de préservation renvoie à l'absence d'atteinte de certains processus avec le vieillissement. L'hypothèse de compensation renvoie à l'annulation d'effets délétères du vieillissement sur les performances cognitives par les effets positifs de l'expérience sur ces mêmes performances cognitives* » (Dujardin et Lemaire, 2008, pp.81-82).

2.4.4 Vieillesse psychomotrice

Les modifications corporelles entraînent des remaniements psychiques. Le corps vieillissant est un corps qui se métamorphose, il faut apprendre à l'accepter et l'assumer. Les effets du vieillissement se répercutent sur le schéma corporel, l'image du corps, le tonus, les coordinations et l'équilibre, la motricité globale et fine.

2.4.4.1 Schéma corporel

Le schéma corporel, terme provenant de Bonnier en 1893, correspond à la représentation du corps propre. Ajuriaguerra en 1970 le définit précisément ainsi : « *édifié sur la base des impressions tactiles, kinesthésiques, labyrinthiques et visuelles, le schéma corporel réalise dans une construction active constamment remaniée des données actuelles et du passé, la synthèse dynamique, qui fournit à nos actes, comme à nos perceptions, le cadre spatial de référence où ils prennent leur signification.* »

La conception du schéma corporel par Schilder (1935) est globale, en articulation permanente des aspects biologique, psychologique et social. Pour lui, le schéma corporel s'entend comme cette image tridimensionnelle que chacun a de soi-même. Dolto (1984, p.22) précise que « *Le schéma corporel spécifie l'individu en tant que représentant de l'espèce* ». Il est en partie inconscient, conscient et préconscient.

Le schéma corporel est donc évolutif, il se construit à partir de nos expériences passées et actuelles. Il est permanent et constitue un référentiel interne essentiel grâce à cette connaissance de notre corps. Avec l'avancée en âge, le schéma corporel est victime du vieillissement. La réduction des mouvements et déplacements observés chez l'aîné ainsi que la diminution des expériences et donc des informations sensorielles empêchent de nourrir le schéma corporel. La vision et la connaissance du corps sont par la suite appauvries, entravées, ou floutées.

2.4.4.2 Image du corps

L'image du corps « *est propre à chacun, elle est liée au sujet et à son histoire, elle est l'incarnation symbolique inconsciente du sujet désirant* » Dolto (1984, p.22). Elle résulte de la synthèse permanente de notre construction corporelle par la relation qui se construit dès la naissance et évolue tout au long de la vie. C'est ainsi une représentation imaginaire que chacun se fait de son corps, qui reflète le passé comme le présent.

« *L'image du corps est à chaque moment mémoire inconsciente de tout le vécu relationnel, et, en même temps, elle est actuelle, vivante, en situation dynamique, à la fois narcissique et interrelationnelle : camouflable ou actualisable dans la relation ici et maintenant, par toute expression langagière, dessin, modelage, invention musicale, plastique, comme aussi mimique et geste* » (Dolto, 1984, p.22).

L'image du corps du senior est désorganisée par l'ensemble des modifications physiques et remaniements psychiques dus au vieillissement. À cela s'ajoute la vision péjorative de la société sur les « vieux », venant altérer davantage l'image de soi. Effectivement, avant même de subir les conséquences du vieillissement, une représentation péjorative de notre futur en tant que « vieille personne », place directement celle-ci dans une situation compromettant son image d'elle-même. Dolto (1984, p.23) ajoute que « *C'est grâce à notre image du corps portée par – et croisée à – notre schéma corporel que nous pouvons entrer en communication avec autrui.* » On se doute bien alors qu'en fonction de l'évolution de l'image du corps durant le vieillissement, il est probable que la relation à soi soit affectée, tout comme la relation à l'autre au travers de la communication.

2.4.4.3 Tonus

Le terme « tonus » provient du grec « tonos » (la tension). Pour Jover (2000), « *le tonus est l'état de légère tension musculaire au repos, résultant d'une stimulation continue réflexe de leur nerf moteur. Cette contraction isométrique est permanente et involontaire. Elle fixe les articulations dans une position déterminée et n'est génératrice, ni de mouvement, ni de déplacement. Le tonus maintient les stations, les postures et les attitudes. Il est la toile de fond des activités motrices et posturales* » (Jover, 2000, p.49).

À chaque instant est mis en jeu un système de régulation afin que le tonus soit en état d'équilibre. On différencie trois états du tonus, qui sont imbriqués et s'étayent mutuellement. Le tonus de fond, ou tonus basal, est l'état de légère tension isométrique des muscles, permanente et involontaire qui ne disparaît pas même lors du sommeil. Le tonus postural correspond à l'activité tonique minimale qui permet le maintien de la posture. Enfin, le tonus d'action est l'ensemble des variations de tension musculaire destinées à préparer et soutenir le mouvement Pavot (2002).

Le tonus est également le support des émotions et vecteur de la communication infra-verbale. Il informe à la fois sur soi-même, et sur les autres. Les modifications du tonus durant le vieillissement se répercutent alors sur la relation à soi et avec l'autre. Le senior peut se tromper dans la lecture du corps de l'autre, tout comme dans la lecture de son propre corps. Le tonus est la trame du mouvement et est intimement lié à la posture. Les fonctions locomotrices du senior sont conséquemment modifiées.

2.4.5 Fonctions locomotrices

2.4.5.1 La motricité globale

La motricité globale, les coordinations et l'équilibre sont effectivement affectés, notamment au travers d'une diminution de la longueur et hauteur des pas, réduction de la vitesse de marche et de l'amplitude des mouvements. On observe une légère flexion du tronc et une cyphose dans la partie haute du dos. De plus, nos aînés développent généralement une marche diminuant la phase d'équilibre en appui unipodal et augmentant celle bipodale.

Les réponses motrices sont ainsi plus lentes, moins précises et parfois moins adaptées à la situation. En moyenne, on note une diminution de l'ensemble des mouvements du corps et une tendance à la passivité ou à la diminution d'efforts due à une augmentation du coût énergétique lors des déplacements. Cette réduction du fonctionnement moteur global peut être en lien avec des sources autres que le vieillissement moteur, comme par exemple au niveau psychologique, une appréhension et peur de tomber, se traduisant par une limitation des mouvements. Des douleurs sous-jacentes peuvent également participer à une réduction notable des déplacements. Dans certains cas où cet investissement corporel est amoindri, il arrive que le sujet se désintéresse de son corps et en développe une écoute sourde (affectation de la conscience corporelle).

2.4.5.2 Motricité fine

Des difficultés se retrouvent au niveau des mouvements de pointage et de préhension d'objets, notamment à cause de problèmes dans la régulation de la force d'action, une précision amoindrie et une désorganisation des composantes du mouvement (la phase d'accélération lors de la préhension est décélérée et la phase de décélération est accélérée).

« Les altérations liées au vieillissement des fonctions motrices et psychomotrices portent, d'une part, sur des limitations de la force, de l'endurance, de la souplesse, de la vitesse et de l'amplitude des mouvements, mais aussi sur une réduction des capacités de traitement de l'information, concernant principalement l'attention ainsi que les processus de sélection et de programmation de la réponse motrice. (...) D'une manière générale, les sujets âgés se caractérisent principalement par des mouvements plus lents et une plus grande variabilité des performances » (Albaret et Aubert, 2015, p.28).

L'accompagnement en psychomotricité de cette période de la vie peut amener un mieux vivre et accepter les importants changements qui s'opèrent. L'avancée en âge peut être abordée

du côté des acquisitions, ou du côté des pertes. Bien évidemment, ce processus est individuel, je ne fais donc pas de vérité avec les globalités qui suivent.

2.5 DIFFERENTES APPROCHES SUR LE VIEILLISSEMENT

Dans l'acception occidentale, on peut considérer que deux modèles de la santé, voire paradigmes pour certains, cohabitent aujourd'hui : le biomédical et le biopsychosocial. Dans le présent travail, nous y associerons une troisième approche issue des travaux de la systémique : le modèle écologique.

2.5.1 Le modèle biomédical

Le modèle biomédical procède de l'application en médecine de la méthode analytique réductionniste des sciences classiques de la nature. La croyance directrice présidant à l'élaboration de cette méthode et sa promesse illusoire porte sur l'idée que l'on réussira à percer le mystère de la réalité et à en acquérir une connaissance claire, distincte et certaine par la dissection progressive de cette réalité en éléments toujours plus petits. L'importation du modèle analytique en médecine s'accompagne d'une décision initiale que l'on peut illustrer de façon très schématique en ces termes : être malade (avoir mal, se sentir mal, être perturbé...) se réduit à avoir une maladie, une « entité morbide » à l'intérieur de l'organisme.

Le premier modèle est hérité de la vision traditionnelle qu'ont les médecins de la maladie et de la santé. Il définit la santé par l'absence de maladies ou de désordres physiques, et concentre son attention sur les facteurs biologiques. Bilton et al. (2002) résumant ainsi ses postulats de base : la cause de toute maladie est d'abord organique et, du moment que ses symptômes sont apparus, elle pourra être soignée par une intervention médicale. Le modèle biomédical est centré sur la maladie au sens général, et non sur le malade comme cas particulier. Il offre l'avantage d'une rapidité de diagnostic et de prise en charge, ce qui explique en partie la suprématie de ce modèle. En effet, soulignent Bilton et al. (2002, p. 356), « Ce modèle a dominé la pratique médicale, car il a été considéré comme fonctionnant ».

L'approche médicale doit dès lors suivre le chemin menant de l'homme qui « est mal » et qui vient demander l'aide du médecin, aux faits et processus morbides que celui-ci peut identifier dans son corps physique. À ce titre, l'ancien projet « pathologique » basé sur le principe d'un savoir relatif aux souffrances ou aux passions de la vivante et institué par la médecine grecque hippocratique se transforme en une somatologie. Pour Onnis (1997, p. 24), le modèle biomédical est en effet « *dominé par la tendance à se focaliser de façon exclusive sur les données biologiques, le corps lui-même étant réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouvant amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux*

modalités concrètes de la vie ». Cette réduction vieillissement à des faits morbides objectifs dans l'organisme implique en outre une modification profonde de l'appréhension du corps lui-même, celui-ci étant, comme le soutient Onnis (1997), réduit à un objet, à un agrégat d'organes et de fonctions, et se trouvant amputé par-là de son rapport constitutif au monde et aux modalités concrètes de la vie.

Parlant du vieillissement, le modèle biomédical postule que le vieillissement individuel est d'ordre biologique. C'est la sénescence, phénomène complexe auquel est confrontée la science biologique. En effet, pour les tenants de cet aspect biologisant de l'évolution, le vieillissement est le résultat du déclin de la force de sélection naturelle à laquelle l'espèce humaine est soumise. Ce déclin soulève la question des liens entre évolution et vieillissement. Pourquoi en effet la sélection naturelle n'élimine-t-elle pas les gènes néfastes contribuant aux processus de sénescence ? En fait, sénescence et longévité sont modelées en même temps que d'autres traits lorsque les espèces évoluent pour s'adapter à leur niche écologique. La sénescence est alors la « rançon » de l'augmentation de la longévité.

Le vieillissement individuel se traduit aussi par les effets du passage du temps. Dans cette perspective, c'est le vieillissement chronologique. Ici, la dépendance est la résultante de la sénescence qui augmente les risques sur les plans fonctionnel et légal. On voit clairement ici que le modèle biomédical comporte un problème de base qui rend compte pour une bonne part du malaise éprouvé, face à la médecine, par un certain nombre de patients, tout comme du malaise que les médecins eux-mêmes peuvent ressentir en présence de situations face auxquelles leur modèle classique de pensée et d'action les laisse en partie démunis. C'est tout le sens de Engel (1980, p. 536), lorsqu'il affirme que « *L'erreur qui fait de ce modèle un modèle estropié, réside dans le fait qu'il n'inclut pas le patient et ses attributs en tant que personne, en tant qu'être humain* ». En effet, l'environnement peut accentuer les risques en ce sens que le vieillissement de certains organes rend par exemple le sujet plus vulnérable à telle ou telle pathologie.

Ce dernier relevant du paradigme de l'intervention médicale oriente donc l'observation du vieillissement à partir des croyances et postulats qui le composent. Ce modèle s'appuie sur une conception positiviste se définissant comme l'étude objective des phénomènes par l'observation et l'expérimentation. Il véhicule l'idée que la maladie doit être saisie comme une entité que l'on peut isoler de l'individu. De plus, il repose sur la science de l'étiologie recherchant les causes des maladies et, dans les cas plus particuliers, l'agent pathogène responsable du développement d'une maladie. Ce modèle est donc peu constructif pour notre étude dans ce sens

qu'il est basé sur le principe d'objectivité et laisse peu, sinon pas, de place à la dimension sociale entourant la maladie.

Devant la problématique de la prise en charge, ce modèle nous est de peu d'aide sinon de considérer qu'il est à la base du modèle d'intervention utilisé en santé. Il nous permet donc de comprendre que dans les murs de l'institution de santé, l'individu est bien souvent vu à titre de malade ou de maladie à part entière. Dans le cadre de notre objet de recherche, il laisserait croire que la prise en charge est un phénomène individuel, isolé et qu'aucune autre dimension ne pourrait le justifier. Ce n'est donc pas ce qui se prête le mieux à notre démarche.

2.5.2 Le modèle biopsychosocial

Un ensemble d'évidences suggère qu'il faut, dans le domaine de la santé, donner une importance et une attention majeures à l'approche intégrée (biopsychosocial), non seulement pour une meilleure compréhension de la personne malade, mais aussi pour la mise en place de stratégies de soins et de mesures sociales plus adaptées et moins coûteuses. Ce qui justifie le fait que déjà en 1977, Engel avait proposé une conceptualisation de la maladie intégrant les aspects psychologiques et sociaux de celle-ci. D'où l'émergence de la question de savoir comment les dimensions respectivement biologiques, psychologiques et sociales de la maladie s'articulent les unes aux autres. Dans le processus du vieillissement, il est question de savoir comment les dimensions psychologiques et sociales se transforment simultanément aux modifications biologiques liées à la vieillesse ; ces modifications biologiques sont analysées à partir des particules subatomiques jusqu'aux molécules, puis aux cellules, aux organes, aux systèmes. Il ne s'agit donc pas ici de s'interroger sur les modalités qui amènent le fonctionnement biologique à avoir une influence sur la dimension psychologique et sociale de l'homme, et encore moins aux influences possibles de ces deux dimensions sur la vie biologique du sujet.

En effet, dans une pratique inspirée du modèle biomédical, l'essentiel de l'action clinique consiste à repérer et tenter de corriger des anomalies dans la « machine corporelle » : déviations de paramètres physiologiques par rapport à un norme. Le modèle biopsychosocial proposé par Engel (1977 ; 1980) est en quelque sorte un élargissement de la conception mécanique du vieillissement, voire, de la maladie. Il ne rejette pas d'emblée le modèle biomédical, mais il y ajoute de nouveaux facteurs, tels que les facteurs exogènes comme le comportement de l'individu, dans l'étiologie de la maladie et c'est d'ailleurs pourquoi il est question d'étiologie sociale (causes sociales des maladies).

Dans l'univers de la prise en charge des pathologies en générale et celles des personnes âgées fragiles en particulier, l'élargissement des perspectives traduit le fait que le soignant

conserve en permanence à l'esprit la notion que les déterminants de la santé et de la maladie sont multiples et divers. Au cours de l'évaluation, il sera particulièrement sensible à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels, du contexte social, culturel et professionnel. Quant aux stratégies thérapeutiques envisagées, elles comprendront, outre les modalités « traditionnelles » visant à modifier des paramètres physiologiques, divers moyens permettant d'agir sur les facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé.

Plusieurs modalités différentes seront en général associées. Un critère important d'un bon fonctionnement biopsychosocial est ainsi une réelle intégration des diverses perspectives, qui implique que les dimensions biologique, psychologique et sociale soient abordées de manière simultanée (il ne s'agit pas d'envoyer le patient chez le psy après l'échec de toutes les thérapeutiques «classiques») et, si la situation du patient est particulièrement complexe, un travail en interdisciplinarité (qui implique une réelle concertation et non une simple superposition de l'action des divers intervenants). La participation active du patient est essentielle. Ce constat découle de l'observation que les croyances et attentes du patient influencent directement les résultats des traitements. En conséquence, les discordances entre les représentations profanes et scientifiques de la maladie doivent être discutées (cela peut prendre énormément de temps) : le corollaire de la participation active du patient est un accent particulier sur les volets d'éducation et d'information.

Avec ce modèle, souligne Vannotti (2006), on assiste à une modification profonde de la relation thérapeutique, nécessitant de développer un éventail élargi de compétences relationnelles et éducatives. Ce modèle se présente à cet effet comme un outil théorique et clinique permettant un abord de la santé et de la maladie plus complet et plus efficace que ne le fait le modèle biomédical. Pour Borrell-Carrió, Suchman et Epstein (2004, p. 576), « *Philosophiquement, c'est une manière de comprendre comment la souffrance, la pathologie et la maladie sont affectées par de multiples niveaux, du sociétal au moléculaire. Au niveau pratique, c'est une manière de comprendre l'expérience subjective du patient comme contribution essentielle pour un diagnostic précis (...) et des soins humains* ».

Bien que le modèle dominant soit encore le biomédical, avec la biologie moléculaire comme discipline scientifique de base, il n'en demeure pas vrai que des gages de validité des approches issues du modèle biopsychosocial existent, comme celle des « événements de vie » en psychiatrie (Fava et Sonino, 2008). Ce qui, selon Bouch (2011), peut expliquer la popularité du modèle biopsychosocial dans cette spécialité, car elle détient « *une expertise particulière dans la gestion des facteurs psychosociaux comme dans celle des facteurs biologiques internes,*

ce qui est un peu contraire au reste de la médecine » (Bolton, 2013, p. 25). Toutefois, force est de reconnaître que plusieurs hypothèses peuvent expliquer son relatif manque de succès auprès des soignants : méconnaissance et scepticisme, inertie ou même résistance des milieux académiques, difficulté à intégrer complexité et incertitude dans la démarche médicale, difficulté à renoncer au mirage de la toute puissante technologie, opposition des firmes commerciales vivant du «marché biomédical», nécessité de repenser la relation soignant-soigné et de faire appel à des connaissances théoriques et des compétences relationnelles élargies, manque de temps pour rencontrer le patient dans toute sa singularité...

Le modèle biopsychosocial présente également plusieurs limites. L'élargissement des paramètres pertinents en termes de santé au domaine psychosocial pose des problèmes d'évaluation et surtout de quantification des valeurs subjectives. Ce modèle reste dualiste, dans la mesure où il ne fait souvent que juxtaposer sans les intégrer, paramètres biologiques, psychologiques et sociaux. En témoigne le fait que ces paramètres soient encore considérés comme appartenant à des catégories distinctes. On peut aussi dire enfin que le modèle biopsychosocial reste réductionniste, dans la mesure où le nombre de paramètres pris en considération est limité, alors que le nombre et la variété des déterminants de la santé sont virtuellement infinis.

Ce modèle accorde une place importante aux déterminants de la santé que sont les habitudes de vie et l'environnement. Ainsi, les traitements et soins prodigués dans le cadre de ce modèle, tiennent compte des différentes dimensions entourant la personne, et non seulement de son corps ou de sa maladie (Borrell-Carrió, Suchman et Epstein, 2004). Il a notamment été intégré en soins infirmiers avec le modèle conceptuel de Virginia Henderson (1897-1996) et on pouvait y retrouver les notions de « santé individualisée » où l'on met l'accent sur les habitudes de vie des individus. Pour Jadouille (2005), dans le modèle biopsychosocial, il faut aussi considérer la dimension psychologique dans l'étude de la maladie (tels que les facteurs émotionnels de la maladie qui sont souvent illustrés avec le terme de psycho somatisation) menant à la venue de traitements psychologisant dans la pratique médicale. C'est tout le sens de Borrell-Carrió et al. (2004), lorsqu'ils soutiennent que la valeur ajoutée du modèle biopsychosocial ne tient pas à la découverte de nouvelles lois scientifiques, mais à sa façon de guider l'application du savoir médical dans l'idée de l'adapter aux besoins de chaque patient. Pris dans cette optique, ce modèle devrait être une source d'inspiration, plutôt que d'opposition, pour les professionnels du soin.

2.5.3 L'approche écologique

Le rôle d'aidant en gérontologie et/ou en gériatrie ne peut, selon nous, être saisi dans sa globalité et sa complexité sans la prise en compte du contexte et des conditions particulières dans lesquels il prend place. Le modèle écologique se veut donc une prise en compte des diverses couches de l'environnement de l'individu, et ce, sans dire que l'une est moins importante que les autres ; ces diverses couches sont séparées en systèmes qui touchent de façon plus ou moins directe le sujet tout en étant en interaction. L'addition et l'interaction de ces systèmes représente la culture générale dans laquelle évolue le sujet âgé.

En effet, la perspective du vieillissement proposée par les auteurs s'appuie sur l'idée que cette période du développement de l'adulte est profondément influencée par son environnement physique et social. Les pertes subies par les personnes âgées (vision, mobilité, cognition, etc.) les rendent particulièrement vulnérables aux contraintes de l'environnement. Aussi, trois modèles théoriques sont retenus dans cette approche. Il s'agit des modèles de Lawton et Nahemow (1973), de Bronfenbrenner (1979) et de Glass et Balfour (2003)

2.5.4 Le modèle de Lawton et Nahemow (1973)

Dans leur ouvrage auquel les auteurs et chercheurs sur le vieillissement font souvent référence, Lawton et Nahemow ont été parmi les premiers à élaborer un modèle théorique écologique du vieillissement (Ecological Model of Aging). Ce modèle met en parallèle les compétences de la personne (habiletés cognitives, capacités psychologiques et physiques) et la demande exercée par son environnement (environmental press). En perpétuelle évolution, ces deux dimensions sont représentées par le modèle transactionnel de la personne âgée et de son environnement.

Contrainte de s'adapter continuellement, avec plus ou moins de succès, aux changements qui surviennent, la personne vieillissante présente des comportements adaptatifs, manifestations de ses compétences (performance cognitive, capacité d'adaptation, santé physique, etc.), et des réponses affectives aux différents stimuli auxquels elle est exposée. Les comportements adaptatifs sont définis selon les normes sociales qui ont cours mais également selon des critères personnels d'actualisation de soi. Pour ces auteurs, l'adaptation qui réfère à l'expérience affective, perceptuelle et cognitive de la personne âgée, est le concept-clé du vieillissement. En outre, avec l'âge, il devient souvent impossible d'utiliser certaines compétences ou habiletés déjà acquises, et les occasions d'en apprendre de nouvelles sont de plus en plus rares. Dans ce contexte, la personne âgée emprunte parfois des avenues de solution offrant moins de résistance pour diminuer les tensions qu'elle éprouve (reduce tension through simplification).

C'est ce qu'illustre la typologie des différents niveaux d'environnement proposée par Lawton et Nahemow (1973), qui place la personne au centre de son environnement interpersonnel et lui juxtapose l'environnement supra personnel (s'apparentant aux milieux de vie), l'environnement social (institutions et normes sociales) et l'environnement physique. Compte tenu notamment de la composition multiethnique des populations, les auteurs invitent également les décideurs et intervenants à prendre en compte les aspects de nature culturelle et sous-culturelle qui caractérisent l'environnement. Il s'avère en effet que si l'environnement peut être une source de contraintes, il offre également des solutions aux problèmes vécus par les personnes âgées.

2.5.5 Le modèle de Bronfenbrenner (1979) de Glass et Balfour (2003)

Bronfenbrenner (1979), qui a beaucoup étudié le développement humain selon une approche écologique et systémique, propose une représentation de l'environnement voisine de celle que suggéraient Lawton et Nahemow (1973).

Selon le modèle éco systémique, l'environnement de la personne se divise en cinq systèmes et sous-systèmes concentriques où est illustrée l'interactivité des facteurs de développement de la personne sur lesquels cette dernière peut aussi avoir un impact. On y trouve d'abord l'onto système composé des caractéristiques physiques, biologiques, cognitives et socio affectives de la personne, puis le microsystème correspondant aux rôles, activités et relations interpersonnelles qui s'inscrivent dans un cadre précis comme le domicile, la maison d'hébergement, la famille élargie. Suit le méso système, constitué de l'ensemble des liens et des processus qui prennent place entre deux ou plusieurs microsystèmes et auxquels la personne participe (milieux de vie, réseaux sociaux, communauté).

L'exo système comprend pour sa part, l'ensemble des sphères qui n'impliquent pas directement la personne mais qui exercent une influence sur elle (forces sociales, environnementales et gouvernementales). Vient ensuite le macro-système, qui correspond à la société, à ses cultures et sous-cultures, incluant les valeurs, normes, croyances et idéologies qui y ont cours et sur lesquels sont basés les systèmes précédents. Par ailleurs, l'évolution de tous ces systèmes et leurs interrelations dans le temps sont représentées par le chrono système.

Même si elle porte de façon plus générale sur le développement humain et le développement de l'enfant, cette proposition de Bronfenbrenner (1979), utilisée pour modéliser le processus de vieillissement, semble très pertinente pour le présent exercice.

2.5.6 Le modèle de Glass et Balfour (2003)

Inspirés par le modèle écologique du vieillissement de Lawton et Nahemow (1973), Glass et Balfour présentent un modèle basé également sur la relation entre la personne et son environnement, mais où l'environnement plus immédiat des personnes (plus ou moins le microsystème et le méso système de Bronfenbrenner) est explicité sous l'angle du voisinage (neighborhood). Il s'agit de ce qu'ils nomment le modèle de l'ajustement de la personne âgée à son environnement. Les auteurs décrivent le voisinage selon quatre catégories de facteurs qui sont, selon eux, particulièrement prédictifs de l'état de santé et des incapacités chez les personnes âgées : les conditions socioéconomiques, le niveau d'intégration sociale, les caractéristiques physiques de l'environnement ainsi que la présence des ressources et services. Ce modèle relie concrètement à l'environnement une série de facteurs qui sont soit favorables (flexibilité, instrumentation, disponibilité des ressources, milieu enrichissant, soutien social) ou contraires (barrières physiques, éloignement de la communauté, stress social, absences de ressources) à un vieillissement en santé et sans incapacité.

Comme on peut le constater au travers de ces trois modèles, cette approche de l'écologie humaine nous apparaît la plus pertinente et la plus appropriée à notre objet de recherche, car elle met de l'avant l'étude des individus dans leur environnement naturel, environnement au sein duquel ils évoluent et se développent. Cette approche se distingue des autres approches en sciences sociales qui préconisaient l'utilisation de la méthode des laboratoires où les sujets étaient invités à participer aux expériences en répondant à des questionnaires, en exécutant diverses tâches ou encore en se prêtant à d'autres interventions.

Bronfenbrenner (1979) soutient que son approche a l'avantage de pallier le biais d'invalidité écologique, lequel renvoie à des situations d'étude où le sujet est sorti de son environnement familial incluant le milieu physique, les individus et le contexte social, comme c'était le cas avec l'approche biomédicale. Selon lui, le fait d'utiliser une approche bioécologique a aussi comme effet positif de décroiser les disciplines de recherche. En effet, il est maintenant reconnu que ce qui génère des données qui sont plus proches du quotidien des sujets est l'étude de son environnement dans son entièreté et sa globalité. Il faut donc éviter, dans cette optique, de scinder les divers aspects de la vie de l'individu de façon distincte tel que remarqué avec le modèle biopsychosocial.

CHAPITRE III : QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL

Dans ce chapitre nous mettrons l'accent sur la qualité de vie, le soutien social en insistant sur les approches théoriques, le soutien social en lien avec les comportements de santé. Afin de nous situer dans le domaine des recherches sur le soutien social, nous présenterons d'abord quelques approches des relations sociales. Ensuite, nous tenterons de définir le concept de soutien social et de rappeler les différentes terminologies inhérentes à son étude. Enfin, une insistance sera mise sur le soutien social en lien avec la santé.

3.1 LA QUALITE DE VIE

3.1.1 Définition

De nos jours la définition de la qualité de vie suscite encore de nombreux débats et controverses. Il y a un consensus sur les 4 propriétés de la qualité de vie (multifactorialité, variabilité, non normativité et subjectivité). La définition de l'OMS est la plus souvent citée dans la littérature contemporaine. Pour l'OMS, la qualité de vie est la « Perception individuelle de sa position dans la vie dans le contexte de sa culture et de son système de valeur en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses standards. Le concept intègre de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et ses relations avec les événements de son environnement » (WHOQOL Group, 1995). Une approche récente met l'accent sur la notion de plan de vie et « du niveau atteint dans la poursuite continue de buts et d'objectifs » (Dupuis et al. 1989).

Une définition opérationnelle de la qualité de vie doit se référer à cette définition générale mais en précisant un certain nombre d'aspects spécifiques aux personnes démentes. Elle doit, également, faire référence aux rôles de survie définis par l'OMS.

3.1.2 La qualité de vie chez les personnes âgées

Deux perspectives ont été sollicitées dans cette étude pour expliquer la qualité de vie chez les personnes âgées.

3.1.2.1 Perspectives liées à des prises en charge médico-psychologiques

Blazer (2008) reprenant Idler et Benyamini (1997) soutient qu'une revue des recherches sur une trentaine d'années tend à montrer que la perception qu'ont les personnes âgées de leur santé et de leur bien-être est au moins aussi importante que des données objectives pour prédire

l'évolution ultérieure de leur santé. Par conséquent, les études socio épidémiologiques s'appuyant sur des indicateurs dits « subjectifs » tendent à se multiplier depuis une dizaine d'années. Bien que la notion de « qualité de vie » soit perçue comme un bien universel et incontestable, sa définition reste aujourd'hui souvent floue et recouvre des conceptions fort diverses (Compagnone, Van et al. 2007). En effet, pour Antonucci, Okorodudu et al. (2002) l'expérience du vieillissement varie selon les cultures et les perceptions de santé et de qualité de vie varient également selon l'environnement social des personnes âgées pour reprendre les propos de Blazer (2008). Ceci nous amène à analyser tour à tour les facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées avant de mettre l'accent sur la dépression comme source des difficultés quotidiennes des personnes âgées, les problèmes de solitude et la dépression chez les personnes âgées en milieu urbain.

3.1.2.2 Facteurs objectifs et subjectifs de la qualité de vie des personnes âgées

La qualité de vie des personnes âgées est déterminée par des facteurs à la fois objectifs comme le niveau de vie, l'état de santé, les capacités fonctionnelles, la participation et les contacts sociaux, les activités de loisirs ... et subjectifs en terme entre autres de satisfaction avec la santé, de sens de la vie (Wilhelmson, Andersson et al. 2005).

Compagnone, Van et al. (2007) soutiennent que les recherches passées ont été principalement focalisées sur l'état de santé objectif comme déterminant principal de la qualité de vie des personnes âgées. Dès lors, l'importance des conditions de vie, des relations familiales et sociales, des activités de loisir, ainsi que des perceptions subjectives et de la satisfaction ressentie en comparaison avec d'autres aînés a été sous-estimée (Henchoz, Cavalli et al. 2008 ; Siegrist et Wahrendorf, 2009).

La littérature récente tend toutefois à reconnaître la grande importance de la perception subjective qu'ont les personnes âgées elles-mêmes de leur situation sociale et médicale selon les standards qui leur sont propres et les comparaisons qu'elles font avec autrui (Blazer, 2008). Ainsi, l'état « objectif » de santé des personnes âgées ne déterminerait que partiellement le degré de satisfaction par rapport à leur santé (Paskulin et Molzahn, 2007) puisque, soulignent Henchoz, Cavalli et al. (2008), celui-ci résulte principalement de la comparaison qu'elles font avec l'état de santé d'autres aînés de leur âge.

Ces comparaisons sociales servent donc aussi à définir des attentes ou aspirations qui interviennent dans l'évaluation de la qualité de vie. Pour Netuveli et Blane (2008), elles peuvent contribuer à expliquer le « well-being paradox » à savoir le fait que des personnes âgées

souffrant d'importantes limitations dans leur vie quotidienne évaluent néanmoins positivement leur bien-être.

Pour ce qui est des facteurs objectifs, Low et Molzahn (2007), postulent que les personnes âgées d'un niveau social supérieur jouissent d'une meilleure qualité de vie objective et subjective. Les ressources financières jouent également un rôle important (Low, Molzahn et al. 2008). C'est dans ce sens qu'en essayant une analyse comparative de la qualité de vie des personnes âgées en Suisse avec d'autres pays européens, Knesebeck, Wahrendorf et al. (2007), arrivent à la conclusion selon laquelle la qualité de vie des personnes âgées en Suisse est plus faiblement associée aux différences socio-économiques. Mais, quel que soit le niveau de vie objectif, la perception d'un niveau insatisfaisant en comparaison avec autrui ou de la détérioration de celui-ci, tendrait à diminuer la qualité de vie et être nuisible à la santé (Blazer 2008). Aux Etats-Unis, la qualité de vie des personnes âgées en relation avec leur santé est significativement associée avec le statut socio-économique, mais tel n'est pas le cas au Canada. Ceci s'explique probablement par les différences considérables dans l'accès aux soins médicaux dans les deux systèmes de santé (Huguet, Kaplan et al, 2008).

L'analyse de la qualité de vie doit donc s'intéresser aux inégalités sociales, qui se sont construites tout au long du parcours de vie des individus et persistent au cours de la vieillesse (Burton-Jeangros, 2009). En effet, l'état de santé et la qualité de vie des personnes âgées se trouvent certainement influencés par les différences observées au cours des étapes antérieures à la vieillesse (Burton-Jeangros, 2009). Ainsi, les antécédents sociaux et les situations défavorables intervenant tout au long du parcours de vie tendraient à augmenter la probabilité de problèmes chroniques de santé et à influencer négativement les niveaux de revenu et de soutien social des personnes âgées entre 50 et 75 ans (Zimmermann, Stuckelberger et al., 2006). Ces résultats soulignent combien il est important d'étudier les transformations de la qualité de vie, tout au long du parcours de vie mais aussi spécifiquement au cours de la vieillesse.

Les études longitudinales, soulignent Zaninotto, Falaschetti et al. (2009), restent cependant encore rares et sont souvent limitées à un faible nombre d'observations. Les résultats récents d'une étude « English Longitudinal Study of Ageing » conduite en Angleterre confirment l'importance des aptitudes physiques, des conditions de vie favorables et des relations familiales pour le maintien d'une bonne qualité de vie parmi les personnes âgées (Webb et al. 2010). Pour Perrig-Chiello (1997), les analyses doivent aussi tenir compte du fait

que les déterminants du bien-être subjectif sont différents pour les personnes âgées de 65 à 75 ans et pour les personnes d'un grand âge (75-80ans et plus).

La question des différences de genre en matière de qualité de vie est par ailleurs encore peu étudiée (Zaninotto, Falaschetti et al. 2009). Or, des inégalités entre hommes et femmes sont documentées sur différents plans tout au long des trajectoires individuelles : notamment les femmes vivent plus longtemps, mais sont en moins bonne santé (Annandale et Hunt, 2000), la division du travail entre activités rémunérées et tâches domestiques est genrée (Maruani 2006). Il est important d'étudier comment ces éléments influencent la qualité de vie au cours de la vieillesse en se demandant si cette étape de la vie gommerait les écarts liés aux rôles sociaux associés aux étapes précédentes de la vie ou si au contraire des écarts persistent entre hommes et femmes. Zaninotto et al. (2009) suggèrent plutôt le maintien de différences en relevant par exemple que la vie en couple a une influence positive pour la qualité de vie des hommes, mais pas pour celle des femmes.

3.2 LES APPROCHES THEORIQUES DU SOUTIEN SOCIAL

Notre travail portera sur le soutien social dans le contexte de la santé, de la qualité de vie et du bien-être, travaux qui vont se développer dès les années 70. Afin, il nous paraît intéressant de présenter l'analyse de Cohen, Gottlieb et Underwood (2000) qui distinguent quatre paradigmes ayant nourri ces travaux : l'approche sociologique, l'approche cognitive, l'approche des processus interpersonnels et l'approche interventionniste.

3.2.1 La tradition sociologique

3.2.1.1 Réseau social et l'intégration sociale

Il y a plus d'un siècle, Durkheim (1897-1951) postule que la rupture des liens familiaux, sociaux, professionnels engendrés par les migrations vers les zones industrielles semble délétère pour le bien-être psychologique. Durkheim (1967) observe également que le suicide survient plus souvent chez les personnes ayant peu de relations sociales, la dissolution des rôles sociaux et des normes débouchant sur ce qu'il a nommé « l'état d'anomie ».

Dans les études qui ont suivi ces premiers constats, nous retrouvons fréquemment dans la littérature les termes de réseau social (*social networks*) et d'intégration sociale (*social integration*). Nous allons à présent tenter d'explicitier ces concepts et leurs différences grâce à l'analyse de Brissette, Cohen et Seeman (2000).

L'intégration sociale (*Social Integration*) désigne le degré d'intégration et d'implication dans une société. Il s'agit d'un construit multidimensionnel incluant des composants comportementaux (engagement actif dans une variété d'activités et de relations sociales) et des composants cognitifs (le sens de la communauté et l'identification à des rôles sociaux). Ces aspects cognitifs sont en lien avec la perception subjective d'intégration relative au sentiment d'appartenance, d'obligation mutuelle, et d'intimité (Schwartz, Knoll et Rieckmann, 2003). La théorie la plus explicite concernant l'influence positive de l'intégration sociale sur la santé et le bien-être est celle de Thoits (1983), théorie très marquée par la tradition de l'interactionnisme symbolique (Mead, 1934). Thoits (1983) postule que l'identité dépend des positions sociales ou des rôles occupés par les individus dans un contexte social. C'est cette identité construite par les rôles sociaux qui serait indirectement liée à la santé et au bien-être.

À l'opposé, certains chercheurs (Goode 1960 ; Coser 1974) vont mettre l'accent sur les aspects négatifs des relations sociales, notamment sur le plan de la « tension de rôle » (*role strain*). Celle-ci comprend deux composants, d'une part les conflits liés à ces rôles, d'autre part les « surcharges » en lien avec ces rôles (de parent, de conjoint...) dont les intérêts peuvent être divergents voire inconciliables (Goode, 1960). Wills et Fegan (2001), tout en reconnaissant l'existence des aspects négatifs des relations sociales, suggèrent que l'intégration sociale et par conséquent l'accumulation de rôles apporte plus de bénéfice que de stress.

3.2.1.2 Mesure de l'intégration sociale

Brissette et al. (2000) proposent quatre approches pour la mesure de l'intégration sociale : les mesures basées sur le rôle, sur la participation, sur l'intégration perçue et sur les indicateurs complexes.

- Les mesures basées sur le rôle : évaluation du nombre et des différents types de relations sociales auxquelles participent les individus. Nous pouvons distinguer les rôles de parent, de conjoint, de collègue, de parent proche, d'ami, de voisin, d'étudiant, de volontaire, de membre d'une église, de membre d'un groupe, de frère ou sœur.

- Les mesures basées sur la participation : évaluation de la fréquence avec laquelle les individus s'engagent dans différentes activités.

- Les mesures basées sur l'intégration perçue : évaluation de l'importance du sentiment d'intégration dans une structure stable et d'identification aux membres de leur communauté et aux positions sociales.

- Les indicateurs complexes : il s'agit d'informations combinées en rapport avec les liens sociaux, l'implication dans la communauté, et la fréquence des contacts avec les amis et parents.

3.2.1.3 Le réseau social

Pour Brissette et al. (2000), l'analyse du réseau social (*social networks* ou *support social system*) permet de mesurer l'intégration sociale ; le terme de réseau faisant référence aux liens (*ties*) reliant une collection d'individus ou d'entités sociales (groupes, familles, corporations). Par conséquent, l'analyse du réseau social est complémentaire de celle de l'intégration sociale et représente la base objective en termes de nombre de personnes ou de support potentiel offert à un individu donné dans son environnement. L'analyse du réseau est un moyen quantitatif décrivant les relations existantes entre différents membres du réseau social d'un individu (op.cit., 2000). Les caractéristiques structurelles du réseau social décrivent les patterns stables de relations ainsi que l'existence et les interconnexions entre les relations sociales (op.cit., 2000).

3.2.1.4 Mesure du réseau social

La mesure la plus simple et la plus largement utilisée est la taille du réseau (le nombre de membres appartenant au réseau), mais nous pouvons relever dans la littérature plusieurs caractéristiques du réseau potentiellement pertinentes pour ses effets sur la santé : la densité (le nombre d'interconnexions entre les membres du réseau), le degré (le nombre moyen de liens directs d'un membre du réseau avec un autre membre, *boundedness* (le nombre de liens qui se détachent des limites du réseau), l'homogénéité (la similarité entre les membres du réseau), l'accessibilité (*reachability*) (le maximum de liens nécessaires pour raccorder chaque binôme), la dispersion (la possibilité de prendre contact avec une autre personne, souvent mesurée par la distance géographique), les cliques (la proportion du réseau dans laquelle tous les membres sont directement liés) ; les clusters (la proportion du réseau avec une haute densité), la durée (qui représente le temps écoulé depuis la première rencontre entre les personnes) et la réciprocité des échanges. Ces données concernant le réseau peuvent être représentées graphiquement sous forme de sociogrammes ou de matrices.

3.2.2 La tradition cognitive

3.2.2.1 Conceptualisation du soutien social dans une perspective cognitive

La conceptualisation du soutien social dans une perspective cognitive est issue des études sur le stress perçu qui mettent l'accent sur la notion de ressources et d'ajustement face aux contraintes génératrices de stress.

Cette approche a vu le jour dans les années 70 grâce à l'influence de trois principaux chercheurs : Caplan (1974), Cassel (1974 ; 1976) et Cobb (1976).

Cassel (1976), médecin et épidémiologiste, considère que les processus psychosociaux jouent un rôle non négligeable dans l'étiologie des maladies et que le support social, en particulier, joue un rôle clé au niveau des désordres liés au stress. Dans ses recherches sur la compréhension des désordres liés à la vie urbaine, Cassel (1974) considère que la rupture des liens significatifs produite par des conditions environnementales stressantes laisse l'individu face à des réponses sociales inadéquates ou confuses, engendrant une vulnérabilité élevée aux maladies. Il suggère que le support est apporté prioritairement par les personnes qui sont les plus importantes pour l'individu, et que le soutien possède une fonction protectrice, servant à « amortir » l'impact somatique ou psychologique des expériences stressantes.

Caplan (1974) utilise le terme de « système de support » (*support system*) et note l'importance de la réciprocité et de la durée des relations sociales. Il est alors évident que le système de support n'est pas limité à la famille et aux amis, mais intègre les groupes d'assistance, les services informels rendus par le voisinage, et l'aide fournie par le clergé. Cet agrégat de relations sociales continues fournit l'opportunité d'un retour, d'une réponse en fonction de l'identité et des capacités de chacun. Caplan (op.cit., 1974) met l'accent sur l'importance du système de support, surtout informel, pour le bien-être des individus dans la vie de tous les jours, mais aussi au moment des crises et des transitions de vie.

3.2.2.2 L'approche par les processus interpersonnels

Depuis les années 1980, les chercheurs se sont intéressés aux processus en œuvre dans les comportements d'aide en cas de circonstances stressantes (Cohen et al. 2000). L'objectif consiste à observer et étudier les types de comportements d'aide (*Interpersonal process tradition*). Ces approches sont souvent expérimentales et permettent de proposer des analyses très fines dans l'évaluation du soutien social et surtout des interactions sociales de soutien (*supportive interaction*). Dans cette perspective, Burleson (2003) définit le support émotionnel comme un mode spécifique de communication visant à aider un individu à faire face

efficacement à un stress émotionnel. La problématique de cette situation concerne l'importance du changement émotionnel : les messages ont pour objectif prioritaire d'aider la personne à travailler et à faire face avec les émotions difficiles. Burleson et ses collègues (Albrecht et Burleson, 1992 ; Burleson, 2003) ont ainsi étudié le soutien émotionnel, sa mesure, ses caractéristiques, la qualité de la relation, et ont identifié les facteurs différenciant les individus en termes de provision de soutien.

Les travaux dans ce champ de recherche démontrent que la matérialisation et les bénéfices du soutien social sont fortement influencés par les caractéristiques personnelles, relationnelles, situationnelles et émotionnelles du contexte interactionnel (Cohen et al. 2000). Les techniques contemporaines de relevé journalier des interactions sociales sont utilisées pour évaluer ces processus (voir chapitre 3.1.2.2).

3.2.2.3 L'approche par la tradition de l'intervention

Dans cette perspective, les priorités des chercheurs s'inscrivent dans une politique volontariste de mise à disposition de ressources sociales pour les populations, notamment en développant des compétences d'aide informelle chez tous les individus. Cette approche se développe sur trois phases.

Dans un premier temps, Cassel (1976) et Cobb (1976) suggèrent qu'il est urgent d'augmenter et de développer le support social plutôt que de réduire le stress, et que cela nécessite d'enseigner aux gens malades comme aux bien-portants, mais aussi aux « aidants » informels (enseignants, policiers, clergé...) la façon de recevoir et de donner du soutien face à des événements stressants. En effet, il semble possible pour ces auteurs « d'entraîner » les individus à développer, maintenir et mobiliser leur réseau de support naturel, ou encore d'apprendre à reconnaître et à répondre concrètement aux besoins d'une personne ayant à faire face à un événement stressant.

La mise en place des interventions de support constitue donc la première approche interventionniste. Cependant, c'est une tâche délicate, car il s'agit de créer les conditions de relations sportives. En effet, le support social n'est pas une variable, c'est un *processus* qui survient au cours des interactions sociales. Ce n'est pas un « article » qu'on peut délivrer en dehors de son contexte relationnel. Pour exemple, la phase d'initiation des relations proches repose sur l'attraction, et les affects positifs augmentent lorsque les partenaires perçoivent la similarité, l'équité dans l'échange, et le secret réciproque des informations personnelles (Hendrick et Hendrick, 1992, cités par Cohen et al, 2000). En outre, des efforts devraient être

faits pour identifier les caractéristiques de ceux qui nécessitent un soutien. Pour certains, le réseau s'avère suffisant, tandis que pour d'autres, il est nécessaire d'échanger avec de nouvelles sources de support, ou des pairs.

La seconde approche « interventionniste » se développe dès la fin des années 1970 avec la création des « groupes de support ». En pratique, ces interventions ont souvent débouché sur la mise en place d'un nouveau réseau composé de personnes ayant expérimenté le même événement stressant ; elles impliquent donc la création d'un agrégat social composé des « pairs ». Ces groupes de support reposent ainsi sur le postulat que seules des personnes « expérimentées » sont aptes à fournir un niveau suffisant d'empathie et de compréhension, et que la comparaison sociale avec des pairs peut augmenter le coping et encourager l'adaptation. En particulier, le processus de comparaison facilite l'expression des affects négatifs, offre la validation d'une nouvelle identité et d'un nouveau rôle, et réduit l'évaluation de la menace pour les stressors actuels et futurs. Cet aspect « amortisseur de stress » semble jouer un rôle central en produisant des effets positifs sur le fonctionnement cognitif, affectif, comportemental et physiologique. Ceci inclut différents stades : créer des conditions propices à l'expression des besoins de support, enseigner aux membres du groupe à reconnaître et à répondre aux demandes de soutien, promouvoir le fait d'apporter ce soutien, augmenter le « répertoire » des habiletés de coping, augmenter l'estime de soi et l'efficacité personnelle en aidant les autres, augmenter le sens de la communauté et de l'appartenance (non disponibles dans les interventions individuelles traditionnelles) et évaluer l'impact des transactions de support (Cohen et al. 2000).

En revanche, la participation à ces groupes suppose de confronter des individus en difficulté à d'autres personnes qui font également l'expérience d'un haut niveau de détresse. Ceci peut engendrer des réactions émotionnelles négatives entre les membres du groupe, susceptibles à leur tour d'entraîner une évaluation négative de leur propre capacité à faire face. Ces réactions peuvent aussi être la résultante d'interactions critiques vécues dans une atmosphère défensive peu propice à un échange de soutien mutuel et d'acceptation des autres.

Toutefois, il existe plusieurs preuves suggérant que la participation à ces groupes est associée avec un meilleur ajustement psychologique aux changements de la vie et à une meilleure santé mentale chez des personnes souffrant d'une variété de maladies. En outre, ces groupes permettent à plusieurs personnes d'augmenter leur bien-être simultanément de façon autonome, sans la participation d'éventuels « professionnels ».

La troisième approche exposée par Cohen et al. (2000) concerne la création des groupes de coaching (*one-to-one mentoring and coaching programs*). L'objectif de ces interventions est d'augmenter la qualité et la quantité des ressources sociales, d'augmenter les interactions ou d'optimiser la correspondance entre les besoins des individus et la provision des ressources. Ce sont en quelque sorte des personnes « référentes », susceptibles d'apporter leur expertise lorsque c'est nécessaire, par exemple par la mise en place d'un programme « *Big Brothers* » ou « *Big Sisters* » pour compenser l'absence d'un parent.

Cette présentation avait pour objectif de mettre en lumière des approches différentes et par conséquent des conceptualisations diverses du soutien social. Nous constatons qu'en fonction des différents paradigmes théoriques, les aspects étudiés diffèrent considérablement, et il semble important de pouvoir se situer dans ces différents courants pour appréhender les innombrables recherches dans ce domaine. Ce « repérage » épistémologique va nous permettre à présent de définir et donc de présenter des outils de mesure spécifiques à ces différents courants.

3.3 CONCEPTUALISATION ET MESURE DU SOUTIEN SOCIAL

Les courants de recherche évoqués plus haut précédent sont un préalable pour tenter de définir ce qu'est le soutien social. En effet, il n'existe pas une définition du soutien social mais plusieurs, dépendantes de la perspective théorique adoptée par le chercheur, ou tout au moins, des aspects qui lui semblent pertinents dans son domaine de recherche. Il en est de même de « la » mesure du soutien social qui n'existe qu'en rapport avec des présupposés théoriques.

3.3.1 Aspect structurel et aspect fonctionnel

La conceptualisation du soutien social repose généralement sur une distinction largement admise entre aspect structurel (quantité, disponibilité) et aspect fonctionnel (qualité) du soutien. Néanmoins, pour Schwarzer et al. (2003), le réseau ou l'intégration sociale ne sont que la base, le socle permettant de développer des relations susceptibles d'être identifiées comme des relations de soutien. Ainsi, l'intégration sociale serait la condition nécessaire mais non suffisante pour établir l'existence réelle du soutien social en tant que soutien fonctionnel ou « qualitatif ». Ce soutien est évalué par la disponibilité des ressources matérielles et psychologiques dans le cadre des relations interpersonnelles (Rodriguez et Cohen, 1998). D'autres auteurs admettent l'existence de différents « niveaux » de relations d'une personne à son environnement (Lin, 1986) : la communauté, le réseau social et les relations intimes et

confidentielles. L'importance relative de ces différents niveaux de liens sociaux entre les liens très larges du réseau et les confidents intimes – est toujours sujet à discussion.

Enfin, certains chercheurs se sont focalisés sur la qualité des relations sociales relative à la disponibilité, la satisfaction, et au type de ressources engagées dans les relations permettant à l'individu de se sentir aimé et valorisé (House, 1981 ; Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983 ; Rodriguez et al. 1998). D'autres considèrent le soutien social comme un échange de ressources favorisant le bien-être du récepteur (Shumaker et Brownell, 1984). Mais le soutien social peut aussi être conceptualisé comme une aide au coping ou « coping interpersonnel » (*interpersonal coping*) (Thoits, 1986 ; Greenglass, 1993) ou encore comme une ressource pour le coping (Endler et Parker, 1990).

Ces variantes au niveau de la conceptualisation du soutien social ont des répercussions majeures au niveau méthodologique : en effet, on ne traitera pas de la même manière la variable « soutien social » selon le statut qui lui est accordé, aspect qui sera développé.

3.3.1.1 Les dimensions ou fonctions du soutien social

Les dimensions du soutien social sont les différents éléments véhiculés par les relations de soutien. Dans la tradition sociologique, rappelons qu'il n'était pas nécessaire de s'intéresser aux caractéristiques du soutien apporté par le réseau, mais aux caractéristiques supposées « universelles » et « naturellement » présentes dans les contacts sociaux. Les recherches sur le soutien social vont tenter en revanche de préciser et dissocier le « contenu » des relations sociales.

Aujourd'hui, la classification couramment utilisée est dérivée de la définition de House (1981) sur le soutien social et qui est qu'il s'agit d'« une transaction interpersonnelle impliquant une ou plusieurs des dimensions suivantes de l'intérêt émotionnel (amour, amitié, empathie), une aide instrumentale ou matérielle (biens ou services), une information (concernant l'environnement) ou de l'estime (information concernant l'estime de soi) » (op.cit., 1981, p. 39).

Certains auteurs, comme Rodriguez et al. (1998), ne retiennent que 3 types de soutien : informationnel, matériel, et émotionnel (op.cit., 1998, p. 536). « Le soutien informationnel, qui réfère à l'apport d'informations pertinentes destinées à aider l'individu à faire face avec les difficultés usuelles et qui prennent habituellement la forme de recommandations ou conseils pour gérer un problème ; le soutien instrumental, qui implique la possibilité d'une aide

matérielle, par exemple, une assistance financière ou une aide pour les tâches de la vie quotidienne ; le soutien émotionnel, qui implique l'expression d'empathie, l'idée de « prendre soin », la réassurance et la confiance, et qui permet l'expression de l'émotion et la décharge émotionnelle ».

Nous pouvons constater que cette conception est assez proche de celle de House (1981), le soutien émotionnel étant considéré comme un soutien d'estime.

Nous retrouvons également dans la littérature les termes d'aide *tangible* (matérielle, informationnelle) et d'aide *intangible* (émotionnelle), ou encore d'aide *instrumentale* s'opposant à aide *expressive*.

3.3.1.2 Soutien reçu et soutien perçu

Le soutien reçu ou objectif (*support actually received*) est un comportement d'aide qui comprend des actes spécifiques généralement reconnus comme des efforts intentionnels pour aider une personne, soit spontanément ou sur demande. Le soutien perçu ou subjectif (*perceived available support*) est un indicateur de l'appréciation du soutien qui peut prendre diverses formes comme la disponibilité, la satisfaction, le sentiment de faire l'objet d'attention, d'attachement, d'être respecté ou impliqué, de se sentir bien, ou encore de se sentir dans une relation d'alliance (Vaux, 1988).

En réalité, le soutien objectif, concret (le soutien reçu) n'est pas forcément évalué et ressenti par la personne comme une aide (le soutien perçu). Le fait de spécifier des comportements de soutien objectifs ne suffit pas à évaluer ce qui est effectivement perçu ; Turner, Frankel et Levin (1983, p. 74, cités par Vaux, 1988) énoncent à ce propos que « *le support social doit être considéré comme une expérience personnelle plutôt que comme un ensemble de circonstances objectives ou même comme un ensemble de processus interactionnels* ». Dans ce sens, le soutien social perçu peut être défini comme « *l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits* » (Procidiano et Heller, 1983, cités par Bruchon-Schweitzer, 2002, p. 333). En revanche, pour Cohen (1991), le support perçu est le reflet du soutien disponible : « *le support perçu n'est pas une estimation grossière et biaisée du soutien disponible mais plutôt une ébauche de représentation du soutien disponible dans l'environnement* » (op.cit., 1991, p. 231).

Une autre distinction est proposée par Schwarzer et al. (2003). Ces auteurs (op.cit., 2003) considèrent que le soutien perçu dépend de l'aide qui peut être espérée en cas de besoin, il est donc souvent prospectif ; alors que le soutien reçu se rapporte à l'aide fournie dans une période donnée, il est donc toujours rétrospectif.

3.3.1.3 Les instruments de mesure du soutien social

4.1.1.1.1 Instruments de mesure du soutien perçu

- Echelles brèves unidimensionnelles
 - Malmo Social Support Scale (Hanson et al, 1997) : évalue en 9 items le soutien émotionnel et instrumental / informationnel.

- Echelles prenant en compte à la fois le soutien d'un proche et d'un ensemble plus large de personnes
 - Perceived Social Support from Family et Friends (Procidano et al, 1983) : la PSS-FA évalue le soutien familial émotionnel et informationnel, tandis que la PSS-FR évalue de façon similaire le soutien amical (20 items pour chacune). Cet instrument prédit une large variété de symptômes psychologiques (santé mentale) incluant anxiété, dépression, utilisation de drogue, et idée suicidaire.

 - Social Support Questionnaire (Sarason et al, 1983) : le SSQ est basé sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1969). Les répondants doivent faire la liste de 9 personnes susceptibles d'être un soutien dans 27 situations hypothétiques et évaluer leur satisfaction globale par rapport à ce soutien. Ce questionnaire ne permet pas de faire la distinction entre différents types de soutien. Il a été validé en français sous une forme abrégée en 6 items (Rasclé, Aguerre, Bruchon-Schweitzer, Nuissier, Cousson- Gélie, Gilliard et Quintard, 1997).

- Echelles multidimensionnelles
 - Interpersonal Support Evaluation List (Cohen et Hoberman, 1983) : l'ISEL comprend 40 items répartis en 4 sous-échelles de 10 items. Ces 4 dimensions sont le soutien émotionnel, le soutien instrumental, le sentiment d'affiliation (companionship) et le maintien de l'estime de soi par des comparaisons sociales. Cette échelle a été largement utilisée dans le domaine des recherches en lien avec la santé. Elle a démontré à plusieurs reprises les effets amortisseurs du soutien sur le stress et permet de prédire le rétablissement suite à une maladie physique. Cette échelle correspond donc à une conception cognitive du soutien social en lien avec les modèles du stress : « *le processus par lequel les individus gèrent leurs ressources*

psychologiques et matérielles disponibles grâce à leur réseau social pour augmenter le coping avec les événements stressants, satisfaire leurs besoins sociaux, et parvenir à leurs buts » (Rodriguez et al, 1998, p. 536).

- Social Provisions Scale (Cutrona et Russell, 1987) : la SPS repose sur les 5 dimensions de la classification de Weiss (1974) auxquelles s'ajoute l'opportunité d'avoir quelqu'un pouvant « prendre soin ».

- Echelles de soutien social basées sur le réseau social

Il s'agit d'un recueil de données en deux phases. Les participants identifient dans un premier temps les membres du réseau perçus comme pouvant fournir du soutien, puis, dans un deuxième temps, estiment la disponibilité et l'adéquation du soutien fourni.

- Close Persons Questionnaire (Stansfeld et Marmot, 1992) : évalue la qualité des relations avec les 4 personnes les plus proches, y compris les aspects négatifs des relations sociales.

4.1.1.1.2 Instruments de mesure du soutien reçu

Ces mesures ont pour objet d'évaluer le nombre d'actions spécifiques de soutien reçues dans un passé récent. Nous notons un instrument :

Inventory of Social Supportive Behaviors (Barrera, Sandler et Ramsay, 1981) : l'ISSB permet d'évaluer les comportements de soutien (émotionnel, matériel, informationnel, intégratif) reçus au cours du dernier mois.

3.3.1.4 Les sources de support

Les « aidants » peuvent être divisés en deux classes principales : les aidants formels et informels. Les sources formelles de support sont les professionnels de l'aide, les structures publiques, les organisations, les groupes d'assistance (la liste n'est pas exhaustive) tandis que les sources informelles sont constituées des parents, amis, collègues... (Streeter et Franklin, 1992). La plupart des travaux sur le soutien social s'intéressent à l'action des aidants informels ou encore aux groupes d'assistance dans la tradition de l'intervention.

Weiss (1974, cité par Vaux, 1988) a présenté des idées qui ont influencé nombre de chercheurs sur le support social en distinguant les différentes sources de soutien. Il suggère que certains individus maintiennent leurs relations afin d'assurer leurs besoins et que des besoins spécifiques nécessitent des relations particulières. Nous présentons à présent les cinq besoins

identifiés par cet auteur (op.cit., 1974), les sortes de relations qu'ils supposent (sources de soutien), et les conséquences affectives créées par leur absence (voir tableau 2).

Pour conclure sur ces différentes conceptualisations, nous proposons de nous appuyer sur la définition large du soutien social présentée par Rodriguez et al. (1998, p.535) : le soutien social est « *un concept multidimensionnel qui réfère aux caractéristiques et aux fonctions des relations sociales ; aux ressources matérielles et psychologiques disponibles pour les individus au travers de leurs relations interpersonnelles* ».

Weiss (1974, cité par Vaux, 1988) a présenté des idées qui ont influencé nombre de chercheurs sur le support social en distinguant les différentes sources de soutien. Il suggère que certains individus maintiennent leurs relations afin d'assurer leurs besoins et que des besoins spécifiques nécessitent des relations particulières. Nous présentons à présent les cinq besoins identifiés par cet auteur (op.cit., 1974), les sortes de relations qu'ils supposent (sources de soutien), et les conséquences affectives créées par leur absence (voir tableau 2)

Dimensions	Description	Type de relation sociale	Conséquence affective en cas d'absence
Attachement	Sens de la sécurité et du confort	Marital et romantique	Sentiment de solitude et d'inquiétude
Intégration sociale	Partage de l'interprétation des expériences et opportunités pour se rendre des services	Réseau de gens ayant des intérêts communs	Sentiment que la vie devient lourde et triste
Réassurance sur la valeur	Assurance de sa compétence dans un rôle social	Collègues dans le cadre professionnel, membres de la famille	
Lien d'alliance	Assistance, même en l'absence d'affection mutuelle	La parenté, les parents	Sentiment d'être vulnérable, abandonné
Orientation	Pertinent en cas de situation stressante : support émotionnel, aide pour résoudre les problèmes	Personnes de confiance et respectée	

Tableau 1: Tableau de WESS

3.3.2 Conceptualisation et mesure des liens sociaux

3.3.2.1 Perspective théorique

L'existence des multiples courants de recherche exposés précédemment démontre que le soutien social est un méta concept englobant plusieurs perspectives et donc plusieurs approches en termes d'évaluation. Le fait d'adopter une perspective théorique suppose ainsi d'utiliser une stratégie de mesure adaptée aux objectifs de recherche spécifiques et au contexte.

Un document du département de santé des Etats-Unis (*U.S. Department of Health and Human Services*) présente quelques mesures existantes en rapport avec les perspectives théoriques. Ce document s'appuie sur les travaux de Brissette et al. (2000) pour les mesures du réseau, de l'intégration sociale et du conflit social, sur la revue de Wills et Shinar (2000) pour la mesure du soutien social, et sur celle de Lochner, Kawachi et Kennedy (1999) pour les mesures du capital social. Ce dernier concept sera explicité puisqu'il n'a pas été développé précédemment. Pour chaque concept (réseau social, intégration sociale, soutien social, conflit social et capital social), nous donnerons quelques exemples d'échelles, ce qui permet de positionner ces outils en fonction de leurs construits théoriques.

3.3.2.2 Le réseau social

Il a beaucoup été question de la taille du réseau dans les études sur les liens entre réseau social et santé. En fait, c'est probablement un faible prédicteur de la santé (Cohen et Wills, 1985 ; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996). Il semblerait que la densité soit un marqueur plus pertinent pour comprendre ce qui se joue dans l'intégration sociale, notamment sur le plan de l'identité sociale et de la circulation des ressources entre les membres du réseau. Voici deux exemples de mesure:

- Convoy measure (SNAL ; Kahn et Antonucci, 1980) : cette mesure est une technique simple déterminant la taille du réseau basée sur les relations affectives proches.
- Social Network List (SNL ; Hirsch, 1979) : c'est la mesure « traditionnelle » utilisée dans les études examinant la relation entre le réseau et la santé.

3.4 SOUTIEN SOCIAL : PERSPECTIVES COGNITIVES

3.4.1 Perspectives cognitives

Les recherches se sur le soutien social se développent dans des domaines très variés du fonctionnement humain (perspective développementale avec l'effet du soutien social sur les différents âges de la vie, perspective cognitive avec les effets du soutien social sur

l'apprentissage). Elles permettent aussi d'étudier les bénéfices du soutien social dans le contexte des différents rôles sociaux (rôle professionnel, parental, étudiantin...). Si nous ajoutons le mot santé (health) aux critères de recherche, nous obtenons un résultat de 4389 articles, ce qui représente 18% des études en 2007. La santé est reliée ici à la santé physique, mentale, à la qualité de vie, au stress, à la dépression et au vieillissement.

Comme nous l'avons déjà souligné, la conceptualisation du soutien social repose sur une distinction largement admise entre aspect structurel et aspect fonctionnel. En premier lieu, concernant l'aspect structurel du soutien, nous retrouvons les concepts d'intégration sociale et de réseau social. En deuxième lieu, l'aspect fonctionnel du soutien est une approche plus qualitative qui met l'accent sur les différentes fonctions du soutien.

Aujourd'hui, il semblerait qu'un troisième concept s'impose dans l'étude des construits sociaux en lien avec la santé : il s'agit des « interactions négatives » (*negative interactions*), qui sont des « *sources de stress psychologique dont les conséquences comportementales et physiologiques augmentent le risque de maladie* » (Cohen, 2004, p. 677). Ce concept met l'accent à la fois sur l'existence de conflits ou d'insatisfaction dans les relations sociales, et sur l'« isolement social » (*social isolation*) et la solitude (*loneliness*).

3.4.1.1 Les modèles théoriques

Il a pour objectif la mise à jour et la complémentation des connaissances sur les aspects théoriques du soutien et sur ses mécanismes d'action. Ces éléments ont été préalablement décrits en psychologie de la santé (Bruchon-Schweitzer, 2002). Cette approche suggère d'établir une distinction entre les effets directs du soutien social (l'action du soutien social indépendamment des effets du stress) et les effets indirects du soutien social (effet « amortisseur », modérateur ou tampon en interaction avec un niveau de stress élevé) (op.cit., 2002, p. 342). Les modèles les plus récents en la matière (Cohen et al, 2000 ; Uchino, 2004 ; Wills et al., 2001) reprennent la même distinction, mais nous verrons que le vocabulaire diffère.

L'analyse des effets du soutien social sur la santé dépend des contextes d'utilisation des modèles en termes de soutien structurel ou fonctionnel, et donc de perspective théorique. Ainsi, dans un premier temps, la mesure du soutien structurel (intégration sociale et réseau social) visait à quantifier l'intégration sociale d'un individu et à mesurer les effets de cette variable sur la santé. Cette approche a surtout été utilisée dans une perspective sociologique et épidémiologique. Parallèlement, la mesure du soutien fonctionnel était surtout utilisée dans une perspective cognitive et dans un contexte d'évaluation du stress. Cette distinction préfigure

l'opposition entre effets directs et indirects. Ainsi, il s'avère que les effets du soutien social dépendent de la nature de la mesure utilisée : les effets directs sont retrouvés avec les mesures évaluant le *degré d'intégration* (aspect structurel) dans un large réseau social, tandis que l'effet amortisseur est mis en évidence dans les travaux évaluant la *disponibilité perçue* (aspect fonctionnel) du soutien social (Cohen, 1991).

Cette distinction est généralement retrouvée dans les modèles récents que nous souhaitons présenter. Cependant, nous verrons que la terminologie n'est pas exactement la même (ce qui peut créer des confusions), notamment en ce qui concerne le vocable « indirect », utilisé en français pour caractériser l'effet amortisseur du soutien social, alors qu'il caractérise en anglais l'effet du soutien social médiatisé par d'autres variables.

Dans un souci de clarté, nous présentons, tableau 3, les différents modèles (Cohen et al, 2000 ; Uchino, 2004 ; Wills et al, 2001) et la terminologie utilisée en anglais. Nous constatons également que Wills et al. (2001) ont proposé différentes variantes pour chaque modèle.

Bruchon-Schweitzer, 2002	Wills et Fegan, 2001	Cohen, Gottlieb, et Underwood, 2000	Uchino, 2004
Modèle à effets directs ou effets principaux (indépendamment d'une situation de stress)	Modèle à effet direct versus indirect : le soutien social agit indépendamment d'une situation de stress	Modèle ne tenant pas compte du niveau de stress	Le modèle de l'effet direct « révisé »
Modèle à effets indirects ou modérateurs ou tampon (évaluation du stress)	Modèle à effet amortisseur : le soutien social est considéré comme une variable permettant d'amortir le stress perçu	Modèle tenant compte du niveau de stress	Le modèle « révisé » du soutien lié au stress

Tableau 2: Les différents modèles caractérisant l'effet direct et amortisseur du soutien social

3.4.1.2 La particularité du modèle direct révisé d'Uchino

Comme nous l'avons stipulé, ce premier modèle suggère que le soutien social a un effet bénéfique sur le bien-être indépendamment du niveau de stress. Le modèle de l'effet *direct*

préfigure donc un modèle causal où la variable indépendante (VI) - ici le soutien - fait varier la variable dépendante – ici les critères - nonobstant le maintien ou le contrôle de toutes les autres variables incluses dans le modèle fixé par le chercheur. Une variante de ce modèle (effet indirect) suggère que l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est médiatisé par une troisième variable, dite variable médiatrice.

Variable indépendante → Variable médiatrice → Variable dépendante

Baron et Kenny (1986) montrent que « *les variables médiatrices expliquent comment ou pourquoi ils [certains effets] apparaissent* » (Rasclé et Irachabal, 2001, p. 99), tandis que Muller, Judd et Yzerbyt, (2005) estiment que la question de la médiation a pour objet les mécanismes responsables de la relation entre la variable indépendante et dépendante.

De façon plus précise, Brauer (2000) propose une définition de la variable médiatrice qu'il considère comme

Une variable médiatrice (M) est une variable qui intervient entre la variable indépendante (X) et la variable dépendante (Y) de sorte que la variable indépendante exerce un effet sur la variable médiatrice et la variable médiatrice exerce un effet sur la variable dépendante. L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est indirect car il est transmis par la variable médiatrice. Si l'on « éliminait » l'effet de la variable médiatrice, on n'observerait plus de relation entre la variable indépendante et la variable dépendante (op.cit., 2000, p. 663).

Cette médiation « complète » suppose quatre conditions : (1) X a un effet sur Y, (2) X a un effet sur M, (3) M a un effet sur Y si on contrôle statistiquement l'effet de X sur Y, (4) l'effet de X sur Y disparaît si l'on contrôle statistiquement l'effet de M sur Y (op.cit., p. 665). Dans le cas de la médiation partielle, la quatrième condition n'est pas remplie car il existe alors un lien causal direct entre X et Y, une partie seulement de l'effet de X étant médiatisée par M. La situation peut également se complexifier lorsqu'il existe deux variables médiatrices dont l'une n'a pas été identifiée et mesurée.

Dans ce sens, Wills et al. (2001) suggèrent trois types d'effet entre soutien social et santé (voir figure 1) : (A) un modèle d'effet direct dans lequel le soutien est un prédicteur directement lié aux effets bénéfiques sur la santé (B) ; un modèle d'effet indirect dans lequel l'effet du

soutien social est médiatisé par une variable intermédiaire dont l'effet médiateur est total (*fully mediated effect*) ; (C) un modèle d'effet indirect dans lequel l'effet du soutien social est

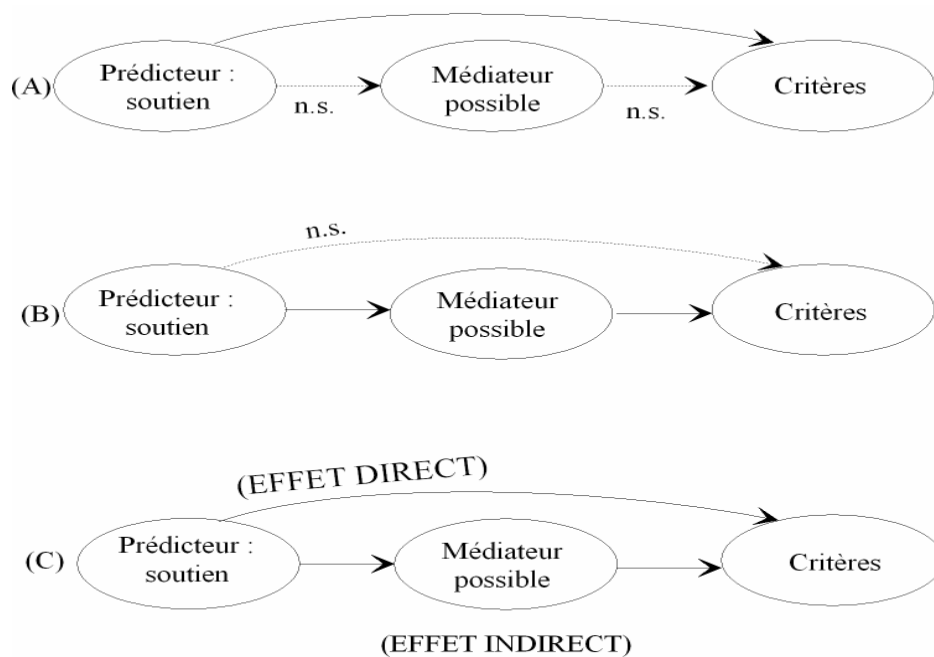


Figure 1: Illustration des différents types de relations entre soutien social et santé (traduit d'après Wills et Fegan, 2001, p. 213).

médiatisé par une variable intermédiaire dont l'effet médiateur est partiel (*partially mediated effect*). Les auteurs (op.cit., 2001) précisent que des effets cumulés entre effet direct et indirect sont possibles et que dans tous les cas, le soutien social est lié à une meilleure santé.

Cohen et al, (2000) proposent une autre illustration de ce modèle à effets directs versus indirects. Ces effets sont présentés dans la figure 2. Les auteurs de ce modèle (Cohen et al, 2000) précisent que les flèches pourraient être bidirectionnelles.

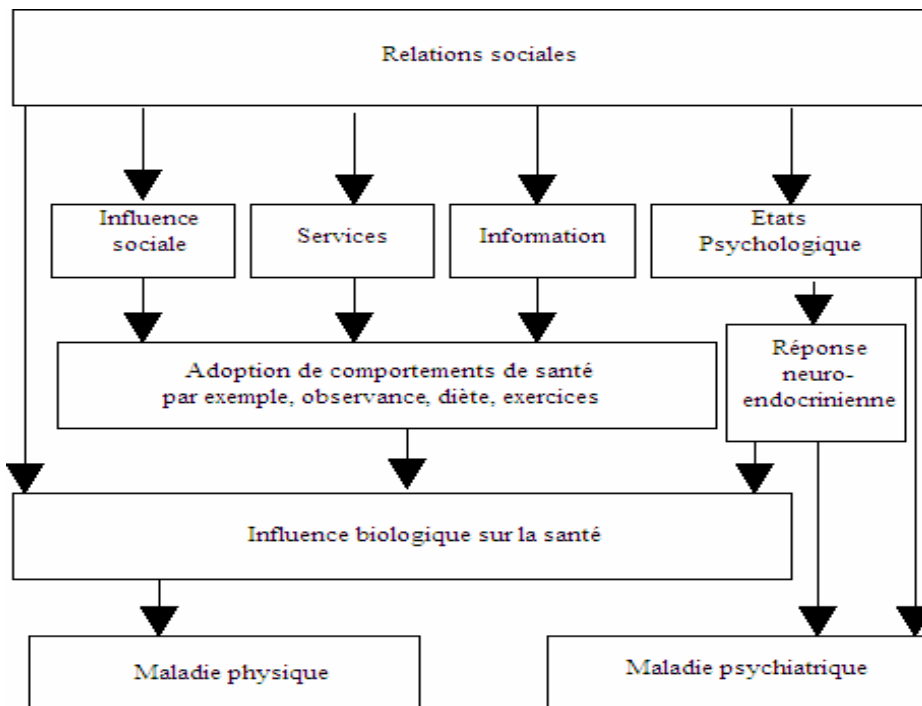


Figure 2: Les liens médiatisant les effets directs (principaux) des relations sociales sur la santé psychologique et physique (traduit d'après Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000, p. 12).

En réalité, ce modèle nous permet de remarquer qu'il n'y a pas ou peu d'effet réellement direct du soutien social sur la santé. En effet, le soutien social serait lié à la maladie physique et psychiatrique au travers de multiples variables « médiatrices » (influence sociale, accès aux services, à l'information etc.) qui sont en lien avec les paramètres biologiques et la réponse neuroendocrinienne. L'action de ces variables médiatrices sera développée dans le chapitre suivant (« Les mécanismes d'action du soutien social »).

Enfin, Uchino (2004) propose un modèle de l'effet direct « révisé » comprenant également de nombreuses variables médiatrices comme le contrôle perçu, l'estime et la signification donnée au sentiment d'intégration et au soutien. La figure 3 illustre ce modèle.

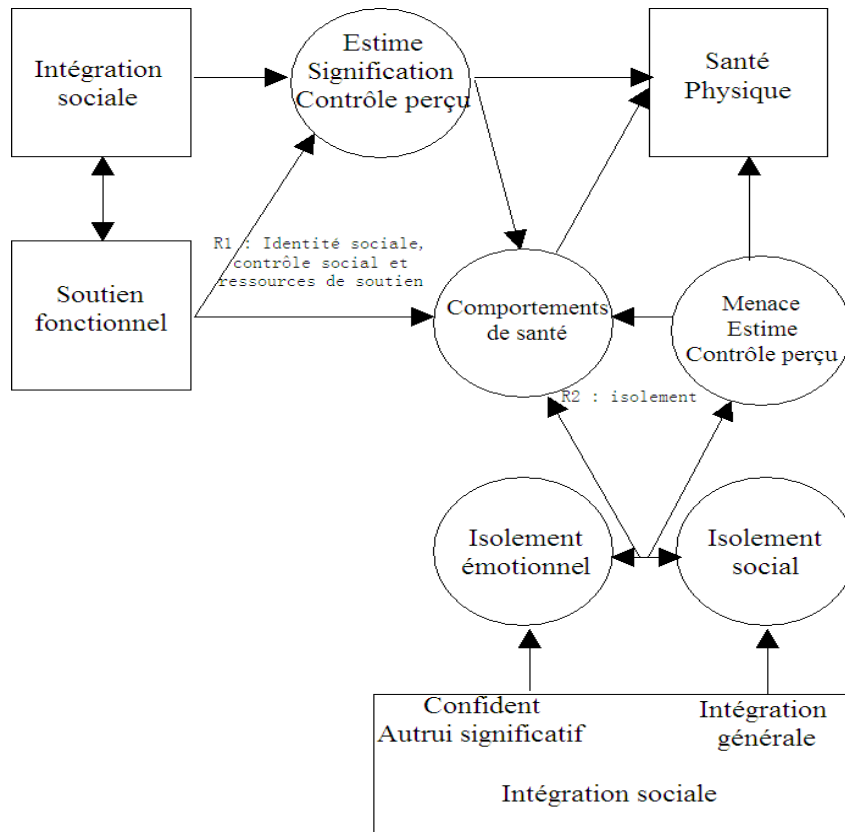


Figure 3: Le modèle de l'effet direct « révisé ». R1 = relation 1, R2 = relation 2 (traduit d'après Uchino, 2004, p. 122).

La première spécificité de ce modèle par rapport aux précédents tient à la prise en compte simultanée du soutien fonctionnel et structurel. En effet, Uchino (2004) soutient que les études devraient mettre l'accent sur une approche intégrative et dynamique associant ces deux perspectives. D'autre part, sa deuxième particularité repose sur l'ajout des effets de l'isolement. À cet égard, l'auteur (op.cit., 2004) distingue deux types d'isolement : 1) l'isolement social (*social loneliness*) qui résulte d'un manque général d'interactions sociales et de connections ; 2) l'isolement émotionnel (*emotional loneliness*) qui est la conséquence d'une absence de relations proches avec un confident ou un autrui significatif.

En outre, Uchino (2004) met en exergue l'importance des rôles sociaux et des liens pour la formation de l'identité (R1) ; et l'importance du sentiment d'isolement conçu comme le décalage perçu entre les relations désirées et réelles (R2).

À travers ces différents modèles, nous constatons que l'action du soutien social indépendamment d'un contexte de stress est très souvent médiatisée par d'autres variables dont l'effet sur les critères de santé peut être total ou partiel.

3.4.1.3 Effet amortisseur du soutien (buffering effect)

L'action du soutien social en tant qu'amortisseur de stress a été mise en évidence dans la perspective cognitive en lien avec les recherches sur le stress perçu. Ces différents travaux issus de la tradition cognitive sont donc en lien avec l'approche transactionnelle du stress et du coping (Lazarus, 1991).

En effet, dès 1976, John Cassel a émis l'hypothèse d'un mécanisme expliquant l'influence du soutien social sur la santé : *the stress-buffering hypothesis*. En présence d'un événement stressant, le soutien servirait d'amortisseur ou de protecteur des effets délétères du stress sur la santé. Le rôle amortisseur du soutien social est déterminant dans la perception des événements potentiellement stressants (limitation de l'importance perçue du problème) et dans les réponses des individus à ces événements. En ce sens, le soutien social agirait en quelque sorte comme un « adaptateur » permettant d'augmenter les ressources de coping (aide à la gestion du problème, adoption de comportements de santé). Le corollaire de ce modèle est que le soutien social n'aurait aucun effet sur la santé en l'absence de stress. En 1985, la synthèse incluant plus de 40 études corrélationnelles de Cohen et al. Confirme le rôle protecteur ou amortisseur du soutien social sur les conséquences négatives du stress (*stress- buffering effect*).

Dans ce contexte de stress, le soutien social aurait une action à différents niveaux comme l'expliquent Rodriguez et al, (1998, p.537) pour lesquels « le support perçu peut intervenir en premier lieu entre l'apparition d'un événement potentiellement stressant et l'expérience d'une réaction physiologique et psychologique de stress en influençant l'évaluation du stress. Ici, le soutien perçu permet donc d'améliorer les perceptions de l'individu concernant sa capacité à faire face aux exigences imposées par l'événement, considéré comme moins stressant. En second lieu, le soutien perçu peut intervenir entre l'expérience d'une réaction de stress qui suit un événement stressant et le début d'un processus pathologique (psychologique ou physiologique) en réduisant ou en éliminant la réaction de stress. Ici, le soutien peut réduire les réponses de stress en augmentant les efforts de coping pour gérer les conséquences pratiques et émotionnelles de l'événement et réduire son importance perçue ».

D'un point de vue méthodologique, on parlera d'effet amortisseur ou « tampon » (en français, on utilise également le vocable « indirect », ce qui peut créer une confusion avec les modèles précédents) lorsqu'une variable module l'intensité d'une variable sur une autre (*moderator variable*¹). Dans le cas de l'effet du soutien social, l'effet d'une variable X (le stress) sur une variable Y (la santé physique et psychologique) est atténué par l'entremise d'une variable tiers modulatrice (le soutien social) qui modifie le lien entre le prédicteur (X) et le critère (Y).

De façon plus précise, Brauer (2000) propose que la variable modulatrice est « *une variable modulatrice Z est une variable qui module l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante. L'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante dépend de la variable modulatrice car l'effet de la variable indépendante sur la variable dépendante est différent selon les niveaux de la variable modulatrice. La modulation dans la terminologie des modèles causaux est l'interaction dans le langage statistique. Si Z module l'effet de X sur Y, on dira que X et Z exercent un effet d'interaction sur Y* » (op.cit., 2000, pp. 663, 664). Par conséquent et comme l'indiquent Muller et al. (2005), la question de la modulation a pour objet les facteurs qui affectent l'importance de l'effet entre un prédicteur et un critère. Ces variables modulatrices peuvent être liées à des facteurs de personnalité par exemple, ou appartenir au contexte de la situation étudiée. En définitive, « *une variable modulatrice explique quand et sous quelles conditions un certain effet se produit* » (Brauer, 2000, p. 664).

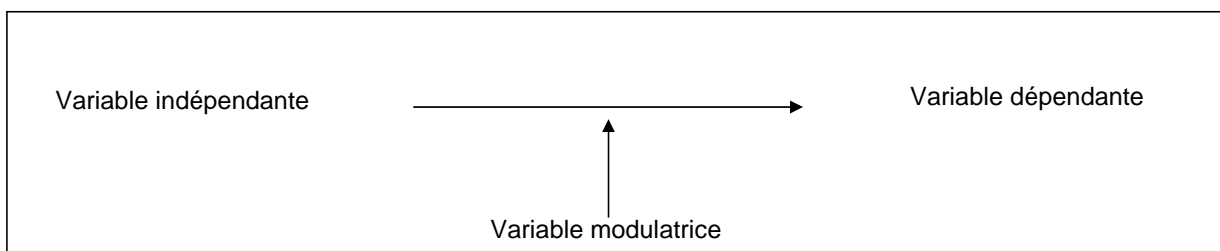


Figure 4: Le modèle de l'effet direct « révisé ». R1 = relation 1, R2 = relation 2 (traduit d'après Uchino, 2004, p. 122).

Néanmoins, Cohen et al. (2000, p. 14) précisent que ce phénomène pourrait dépendre de la conception du soutien social (intégration sociale versus ressources disponibles) ou du type de soutien (émotionnel versus matériel).

3.4.2 Les interactions sociales négatives

Le concept d'« interactions négatives » comprend au sens large l'ensemble des aspects négatifs de notre environnement social. La revue de la littérature proposée par Lincoln (2000)

propose différents termes permettant de conceptualiser les interactions sociales négatives : le conflit social, le fait d'être un handicap ou une entrave pour quelqu'un (*social hindrance*), les stressseurs du réseau social, le stress interpersonnel, les relations sociales problématiques, le soutien problématique, les liens sociaux problématiques, l'échange social négatif, les interactions sociales négatives, le soutien social négatif, les interactions négatives du réseau, les relations négatives, la « peine » liée aux ressources sociales (*social upset*) et les relations non souhaitées. Ces interactions négatives peuvent se manifester dans différentes situations, comme la propagation des maladies contagieuses, les sentiments de perte et d'isolement, les conflits interpersonnels, l'exploitation, la transmission de stress et les tentatives d'aide malencontreuses (Cohen, 2004).

Les relations sociales négatives peuvent être caractérisées de plusieurs manières : en premier lieu, par l'existence d'un soutien « maladroit », en second lieu, par l'absence ou l'insuffisance de relations sociales, en troisième lieu, par l'existence de conflits interpersonnels, et enfin, par une absence d'équité dans les relations sociales.

Le soutien « maladroit » signifie qu'un acte supposé être supportif peut ne pas être reconnu comme un soutien, voire être préjudiciable, même si l'intention était louable. Pour exemple, les tentatives de contrôle d'un proche malade (Helgeson, Novak, Lepore et Eton, 2004), ou les stigmatisations associées à la cause du stress (Sun, Zhang, et Fu, 2007). Dans cette même perspective, la sollicitude (*solicitous*) est un concept mis en évidence dans le contexte de la douleur chronique. Il est défini par Romano, Turner, Friedman, Bulcroft, Jensen, Hops et Wright (1992) comme une attention relative à l'intérêt pour la condition physique d'autrui ou son confort. Ainsi, l'offre d'assistance peut s'avérer être un comportement préjudiciable dans la mesure où il peut décourager autrui de maintenir ses activités par une assistance physique ou une prise de contrôle des tâches (Romano et al, 1992). Dans ce sens, Lousberg, Schmidt et Groenman (1992) montrent que les patients (douloureux chroniques) reportent des niveaux de douleur supérieurs lorsque leurs conjoints montrent beaucoup de sollicitude. Une revue de la littérature (Newton-John, 2002) remet néanmoins en cause ce concept, considérant que l'approche comportementale sous-jacente à ce concept - qui explique les résultats par un renforcement de la douleur par conditionnement opérant - n'est pas suffisante. Pour cet auteur, (op.cit., 2002), il est nécessaire de tenir compte de variables affective et cognitive, comme la satisfaction au niveau relationnel et l'humeur. D'autres auteurs ont mis en évidence le rôle des variables médiatrices comme l'auto-efficacité (Graham, 2000), l'attribution causale du

comportement d'aide ou la satisfaction maritale (Johnson, 1999) expliquant le lien entre sollicitude et douleur.

Dans le second cas, certains chercheurs ont attiré l'attention sur le fait que ce serait l'isolement plutôt que l'intégration sociale qui aurait un impact sur la santé (Hawkey et Cacioppo, 2003). Ainsi, l'isolement (à l'inverse de l'intégration sociale) augmenterait les affects négatifs et diminuerait les sentiments de contrôle et d'estime de soi. En ce sens, le sentiment de solitude pourrait être considéré comme un stresser (Uchino et al, 1996 ; Cohen et al, 2000).

Cette expérience de solitude inclut des sentiments d'isolement (l'absence ou la distance avec un autrui significatif), des sentiments d'absence de liens (pas de confident ou d'ami proche) et des sentiments de non-appartenance (pas d'identification avec un groupe social) (Hawkey, Masi et Berry, 2006). De son côté, Cohen (2004) émet l'hypothèse de l'existence d'un seuil en deçà duquel la santé de l'individu est susceptible d'être affectée. Autrement dit, il s'agirait d'un « minimum requis » de contacts sociaux en dessous duquel toute personne serait susceptible d'être malade.

Enfin, les tensions et les conflits qu'impliquent les relations sociales sont également un élément important des interactions négatives. En effet, Cohen, Frank, Doyle, Skoner, Rabin et Gwaltney (1998) ont montré que les personnes soumises à des conflits ont deux fois plus de chances de développer un rhume que celles qui n'ont pas à supporter des stressers chroniques. Ces effets peuvent être médiatisés par les changements immunitaires, endocriniens, cardiaques et par des comportements « malsains » associés à ces environnements délétères.

Dans une autre perspective, les chercheurs travaillant sur la théorie de l'échange social et de l'équité considèrent que les effets du soutien social dépendent de la *perception d'un équilibre* entre le soutien donné et reçu (Buunk et Hoorens, 1992 ; Walster, Walster et Berscheid, 1978). Dans une étude longitudinale, Väänänen, Kivimäki, Buunk, Pentti et Vahtera, (2005) vont même jusqu'à montrer un effet de genre : pour les femmes, donner plus de soutien qu'en recevoir (au niveau des relations intimes) est prédictif d'un lien positif avec la santé, alors que c'est le contraire pour les hommes.

Pour conclure, Uchino et al, (2001) ont proposé un modèle conceptuel croisant les aspects positifs et négatifs des relations sociales. En effet, d'après Pierce, Sarason et Sarason, (1991), ces deux aspects - positifs et négatifs - coexistent dans les relations sociales et apparaissent

comme deux facteurs distincts. Uchino et al. (2001) ont donc croisé ces deux dimensions (aspects positifs / aspects négatifs) avec deux modalités (faibles / élevés). Ils obtiennent ainsi

Un modèle présenté en figure 8 comprenant quatre types de relations sociales : (1) les relations sociales satisfaisantes ou supportives (aux aspects positifs élevés et négatifs faibles) ; (2) les liens sociaux aversifs (aux aspects positifs faibles et négatifs forts) ; (3) les liens d'indifférence (aux aspects positifs et négatifs faibles) ; et (4) les relations ambivalentes

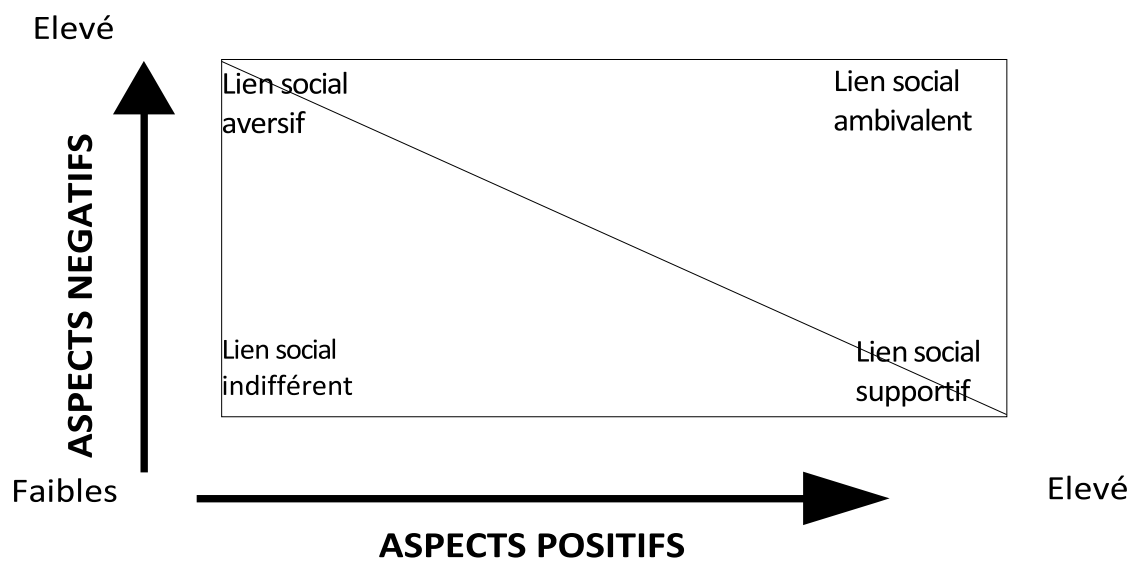


Figure 5: Structure conceptuelle générale incorporant les aspects négatifs et positifs des relations sociales sur la santé (traduit d'après Uchino, Holt-Lunstad, Uno, et Flinders, 2001, p.363).

Les auteurs (op.cit., 2001) ont montré à l'aide de ce modèle que les liens ambivalents, comparés aux liens « supportifs », sont associés avec une augmentation du niveau de stress interpersonnel.

3.4.3 Les mécanismes d'action du soutien social

L'étude des mécanismes du soutien social vise une meilleure appréhension des processus en jeu dans les effets du soutien social sur la santé. Notre objectif consiste donc à tenter d'explicitier l'action du soutien social sur les variables médiatrices et l'action du soutien social en tant que modérateur de stress.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu que le soutien social pouvait agir de façon « directe » (ou sur des variables médiatrices) ou par un effet amortisseur sur le stress perçu. La revue de Cohen et al. (1985) a permis de comparer ces deux hypothèses (effet direct et effet amortisseur) sur plus de 40 études. Il s'avère que les effets dépendent de la nature de la mesure

utilisée : les effets directs sont retrouvés avec les mesures évaluant le *degré d'intégration* (aspect structurel) dans un large réseau social, tandis que l'effet amortisseur est mis en évidence dans les travaux évaluant la *disponibilité perçue* (aspect fonctionnel) du soutien social (Cohen, 1991).

En réalité, la perception de la disponibilité du support social a été associée avec l'effet direct et l'effet amortisseur. Dans ce sens, le sentiment de sécurité apporté par la disponibilité des autres en cas de besoin peut favoriser les états affectifs et cognitifs positifs. D'autre part, l'analyse de Cohen et al. (2000) suggère que ce qui est mesuré comme effet direct peut s'inscrire dans le contexte de situations stressantes non évaluées (par exemple les stressés quotidiens). Ainsi, l'effet direct du soutien perçu pourrait être attribué partiellement voire totalement à l'utilisation de mesures inadéquates ou insuffisantes des événements stressants. Par conséquent, les hypothèses explicatives concernant les liens entre soutien social et santé ne peuvent être distinguées en fonction des modèles théoriques. Cela rejoint l'analyse faite par Uchino (2004) pour lequel soutien structurel et soutien fonctionnel doivent être intégrés dans une seule et même approche.

Dans cette perspective, nous allons voir à présent quelle est l'action du soutien social en lien avec la santé à différents niveaux. Nous distinguerons, toujours en lien avec le soutien social, les conséquences « subjectives » ou psychologiques du soutien social avec les modèles de l'identité et de l'estime de soi ; les comportements (modèles de l'influence sociale) ; les voies physiologiques avec les modèles biologiques ; les modèles des ressources matérielles et informationnelles.

3.4.4 Les conséquences « subjectives » ou psychologiques du soutien social

Les individus socialement intégrés sont susceptibles de recevoir davantage de feedback de leur entourage. La multiplicité des rôles sociaux serait un facteur permettant de construire son identité et de promouvoir des sentiments de valeur personnelle, de prévisibilité, de stabilité, et de contrôle dans la vie (Thoits, 1983). Ces identités de rôle sont également à l'origine d'attentes sur la façon dont les individus sont censés agir (comportements de santé par exemple). De surcroît, elles apportent des éléments d'information à la personne en lui permettant de savoir qui il est au sens existentiel du terme, en lui donnant du sens (*meaning and purpose*).

Dans le même état d'esprit, Rook (1990) considère que la santé et le bien-être sont la conséquence d'un contexte social « signifiant », qui donne du sens en permettant aux individus

de se mobiliser pour donner en retour, tout ceci permettant de créer des liens. Cet auteur (op.cit., 1990) utilise le terme de *companionship* pour exprimer l'idée d'appartenance à un harmonieux réseau de support mutuel et d'obligations, ce monde social et positif pouvant être plus important que la provision réelle de support.

Enfin, l'intégration sociale permettrait de développer plusieurs concepts de soi en lien avec la position sociale occupée. Cette multiplicité dans le concept de soi influencerait la façon dont les individus évaluent les événements de vie négatifs et la façon dont ils répondent à une information négative concernant le soi (Linville, 1985, cité par Brissette et al., 2000). Aussi l'intégration sociale, en permettant d'améliorer l'estime de soi et le sentiment de valeur personnelle, serait un facteur susceptible de favoriser l'adaptation aux événements stressants, les affects positifs et la prévention de la dépression (Cohen, 1988).

Dans la perspective du rôle joué par le soutien social en tant qu'amortisseur de stress, Cohen et Pressman (2004) évoquent trois degrés d'action au niveau psychologique. En premier lieu, le soutien social interviendrait entre l'événement stressant et la réaction de stress en atténuant ou en prévenant l'intensité du stress perçu. Plus spécifiquement, le sentiment de pouvoir compter sur quelqu'un va permettre de redéfinir la difficulté de la situation et de renforcer la capacité perçue (contrôle perçu) pour y faire face. Cette variable médiatrice pourrait s'avérer particulièrement puissante par son effet amortisseur de stress (Uchino, 2004). Ensuite, le sentiment et la croyance concernant ce soutien pourraient réduire ou éliminer la réaction affective, physiologique ou comportementale inadaptée. Pour finir, la disponibilité d'une personne pouvant échanger à propos du problème permettrait de réduire les pensées intrusives préjudiciables.

3.5 LE SOUTIEN SOCIAL EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS DE SANTE

L'impact du soutien social sur les comportements de santé peut être décrit à différents niveaux : au niveau intra individuel (soutien social perçu) ou interindividuel (intégration sociale et réseau social). Ainsi, le soutien social perçu - qui se traduit par le sentiment d'être valorisé et estimé ainsi que les états positifs associés - peuvent augmenter la motivation à prendre soin de soi (comportements de santé, observance), ou tout au moins va permettre à l'individu de ne pas s'engager dans des comportements destructifs ou délétères pour la santé. Cette supposition est appelée « l'hypothèse d'accumulation d'identité » (*identity accumulation*, Thoits, 1983).

D'autre part, la pression sociale et normative liée à l'intégration dans un groupe influence sociale serait également susceptible de stimuler l'adoption de comportements de

santé, de ralentir la progression des maladies, ou encore d'influencer le processus de récupération. L'exercice physique par exemple est l'un des comportements de santé corrélé positivement avec l'intégration sociale et le soutien social. Néanmoins, certains chercheurs sont en désaccord avec cette assertion, considérant que certains groupes de référence peuvent au contraire favoriser les comportements à risque, telle la consommation d'alcool.

Concernant le réseau social, un nombre important de contacts sociaux peut également avoir un impact négatif sur la santé en augmentant l'exposition aux agents infectieux. Néanmoins, Cohen, Hamrick, Rodriguez, Feldman, Rabin et Manuck (2002) ont montré dans une étude prospective sur des étudiants en bonne santé que le stress et la diversité des contacts sociaux interagissent. La diversité des contacts est associée avec davantage de maladies chez les personnes ayant vécu le plus d'événements stressants, et légèrement moins de maladies chez les personnes ayant vécu peu d'événements stressants. Il est à noter que ces associations se maintiennent après avoir contrôlé le névrosisme (*neuroticism*).

Néanmoins, il n'est pas certain que les comportements de santé soient réellement explicatifs d'un état de santé. En effet, alors que les campagnes de prévention santé se donnent pour objectif d'inciter les individus à adopter des comportements de vie sains, il n'est pas inintéressant de citer Cohen (2001, p.6) qui dresse un état des lieux 20 ans après la publication des premiers travaux sur les effets de l'intégration sociale sur la santé :

« Malheureusement, plus de 20 ans après, nous ne savons pas grand-chose sur la façon dont notre environnement social influence notre santé et notre bien-être. Toutefois, nous commençons à comprendre. Il est de plus en plus clair (comme Berkman et Syme [1979] l'ont reporté), que les pratiques réelles de santé ne sont pas le facteur principal. Les études s'intéressant à ces comportements ont conclu que les pratiques de santé ne sont responsables que d'une faible part de variance expliquée ».

3.5.1 Les processus physiologiques en lien avec le soutien social

L'état actuel des connaissances nous permet d'affirmer que le soutien social agit sur le fonctionnement des systèmes biologiques tels la fonction endocrinienne (Seeman, Berkman, Blazer et Rowe, 1994), la fonction cardiovasculaire (Uchino et al. 1996), la pression sanguine (Holt-Lunstad, Uchino, Smith, Cerny et Nealey-Moore, 2003) et également sur la capacité du système immunitaire à combattre les maladies infectieuses (Cohen, Doyle, Skoner, Rabin et Gwaltney, 1997).

Les hormones et les neurotransmetteurs jouent un rôle physiologique important dans les maladies liées au stress et au processus de vieillissement. Ces aspects médiatisent les fonctions cardiovasculaires et immunitaires (Cohen, Kaplan et Manuck, 1994). Le cortisol est une hormone importante libérée en cas de stress, liée au processus de maladie et ayant des effets immunosuppresseurs. Mais actuellement, il n'existe pas suffisamment de preuve pour tirer des conclusions sur l'effet du soutien social sur cette hormone.

En revanche, il existe des recherches récentes (DeVries, Glasper et Detillion, 2003 ; Grewen, Girdler et Amico, 2005) sur le rôle de l'ocytocine en lien avec le soutien social. L'ocytocine est un neuropeptide connu pour son rôle sur la lactation et sur les contractions utérines de l'accouchement. Cette hormone paraît également varier en fonction des stimuli sociaux comme le toucher ou les massages, et possède un effet réducteur du stress et un effet anxiolytique. Parallèlement, elle semble promouvoir les interactions sociales. La libération d'ocytocines est associée avec la baisse des niveaux de cortisone, de pression sanguine, de l'activité du système nerveux sympathique, et avec l'augmentation de l'activité du système nerveux parasympathique. Ce serait donc une variable primordiale régulant les effets du soutien social sur le stress par son influence sur d'autres systèmes physiologiques (Knox et Uvnas-Moberg, 1998). Il existe donc un effet du soutien social sur la réactivité physiologique au stress démontré expérimentalement.

Pour exemple, Heinrichs, Baumgartner, Kirschbaum et Ehlert (2003) ont testé les effets du soutien social et de l'ocytocine sur les réponses endocriniennes, l'humeur, et les réponses d'anxiété au *Trier Social Stress Test* (TSST de Kirschbaum, Pirke et Hellhammer, 1993). Le TSST est une situation expérimentale de stress psychosocial qui consiste à parler en public ou à réaliser une performance mentale. Les 37 participants de cette étude expérimentale (plan factoriel 2X2) étaient divisés en 4 groupes, avec ocytocine / avec placebo et avec soutien social d'un ami / sans soutien social. Les scores de dépression, d'anxiété, d'humeur et la disponibilité du soutien social des différents participants étaient évalués à l'aide d'échelles, avant l'exposition au stress et pendant. Ces scores avant l'expérience étaient homogènes et situés dans un rang moyen par rapport à la population générale. Les résultats ont montré que les participants qui avaient bénéficié à la fois du soutien social de leur ami et d'une dose d'ocytocine avaient les taux les plus faibles de concentration de cortisol pendant l'exposition au stress, alors que les sujets du groupe « placebo + absence de soutien » avaient le plus fort taux de cortisol. De plus, les résultats des mesures psychologiques aux tests étaient concordants. En résumé, l'efficacité du soutien social dépendrait ou tout du moins serait optimisée par la production d'ocytocine.

3.5.2 Les modèles des ressources matérielles et informationnelles

L'intégration sociale favorise l'augmentation des ressources matérielles en lien direct avec les conditions de vie, et protège des risques d'exposition à des stress grâce à l'apport d'informations ou de conseils. Tout ceci peut influencer l'adoption de mesures de prévention destinées à éviter les situations stressantes ou risquées. Mais certains travaux ont aussi mis l'accent sur les aspects potentiellement négatifs de cette influence (McKinley, 1973, cité par Cohen, 1988). De plus, nous pourrions objecter que l'accès à l'information est à l'heure actuelle facilité par la part de plus en plus importante des campagnes de prévention santé largement diffusées par les médias et Internet.

En revanche, l'aide matérielle apportée par autrui semble être un facteur clé dans la prévention de certaines réactions au stress dans un contexte particulier, comme la maladie (Hawkley et al. 2003) ou la fonction d'aidant (Kim, Baker et Spillers, 2006).

3.5.3 Les travaux empiriques

Comme nous l'avons déjà précisé, l'étude du soutien social en lien avec la santé est un champ de recherche extrêmement large. Etant donné l'étendue des travaux, nous n'aurons pas pour objectif de dresser un inventaire exhaustif des études concernant les liens entre soutien social et santé, mais plutôt de délimiter quel est l'état actuel des connaissances et quels sont les champs de recherche.

3.5.3.1 Tradition sociologique et liens avec la santé

Depuis le milieu des années soixante-dix, de nombreux chercheurs se sont intéressés à l'étendue et à la qualité du réseau social en relation avec la santé physique, en particulier des études épidémiologiques sur la mortalité et la morbidité (voir la revue de Cohen et al. 1985). L'impulsion de ces travaux a fait suite à la publication, en 1979, d'une étude longitudinale de Berkman et Syme. Pendant 9 ans, l'intégration sociale (c'est-à-dire le fait d'être marié, d'appartenir à des organisations, d'avoir des interactions avec des amis, etc.) de 6928 habitants de l'Alameda County (Californie) initialement en bonne santé, a été mesurée. Les résultats montrent que le risque de mortalité des personnes ayant une faible intégration sociale est environ deux fois plus élevé que chez ceux qui sont socialement bien intégrés. D'autres études épidémiologiques ont fait suite à cette étude et ont permis de réitérer ces résultats décrivant un lien entre le manque d'intégration sociale d'une part, et la mortalité et/ ou morbidité d'autre part, que ce soient pour des personnes initialement en bonne santé ou déjà malades. Ces premières recherches ont montré que les individus isolés ont plus de probabilité de se suicider,

ont des taux de mortalité par âge plus élevés, des taux plus importants de tuberculose, d'accidents ou encore de désordres psychiatriques que leurs contemporains intégrés dans un réseau social ou mariés. De plus, il semblerait que les risques de santé associés avec des bas niveaux d'intégration sociale soient comparables avec les risques associés au tabagisme, à la tension, au cholestérol, à l'obésité et à l'activité physique (House et al. 1988). Par la suite, les relations entre santé et intégration sociale ont été démontrées sur d'autres problèmes de santé tels les rhinites aiguës, le cancer, l'infection au VIH, les maladies cardio-vasculaires, la dépression et la schizophrénie.

Cependant, ces études appellent quelques critiques ou tout au moins quelques limites du fait de l'imprécision de la conceptualisation du soutien social (Cohen, 1988) et des aspects méthodologiques. En effet, les premières études réalisées ont été essentiellement rétrospectives ou transversales, et les données recueillies par auto administration (House et al. 1988).

3.5.3.2 Approche cognitive et liens avec la santé

Un travail considérable sur l'incidence du support social sur le bien-être psychologique et physique a été effectué depuis la fin des années soixante-dix, en lien avec la mise en évidence du rôle amortisseur du soutien social en situation de stress. Les orientations majeures de ces travaux concernent l'effet des interactions sociales sur la mortalité, sur les maladies psychologiques et physiques, et sur l'ajustement et la récupération suite aux maladies chroniques.

Dans le cas de la santé mentale, le support social est censé maintenir la régulation des systèmes de réponse biologique, émotionnelle, cognitive et comportementale, et prévenir les réponses extrêmes associées avec les dysfonctions. Cette régulation intervient par la communication, les renforcements positifs ou négatifs, ou encore par l'aide au coping (Thoits, 1986). Les premières recherches ont démontré les effets amortisseurs du soutien émotionnel perçu dans divers domaines et diverses populations. Nous pouvons citer, à titre d'exemple, les tentatives de suicide des personnes endeuillées, la détresse chez les parents isolés, l'ajustement chez les étudiants, et la dépression.

Certaines maladies sont plus influencées par le soutien social que d'autres, et des aspects temporels sont également à prendre en compte en fonction des maladies (par exemple, l'intégration sociale mesure des influences sur le développement à long terme des maladies telles l'athérosclérose). Pour certaines maladies comme le cancer, des ruptures brutales et

sévères (comme le divorce ou le veuvage) peuvent être associées à des changements immunologiques favorisant la mise en route et le lent développement de la maladie.

L'état des connaissances actuelles permet d'affirmer que le soutien social a des aspects bénéfiques sur le système cardiovasculaire, endocrinien et immunitaire. De plus, nous savons maintenant que (a) les comportements de santé ne sont pas les seuls responsables de cette association ; (b) l'effet amortisseur du soutien social sur le stress apparaît dans de nombreuses études ; (c) les sources familiales de soutien sont essentielles ; et que (d) le soutien émotionnel est une dimension particulièrement importante du soutien social (Uchino et al. 1996).

La mise en évidence de l'association entre liens sociaux et santé reste cependant difficile pour des raisons de conceptualisation et de mesure. En effet, l'expérience du support social et de l'intégration sociale est évolutive dans l'histoire de vie d'une personne (Tucker, Schwartz, Clark et Friedman, 1999). Il en résulte que les mesures à court terme sont plus sensibles au soutien social, tandis que les mesures à long terme sont plus influencées par le réseau social. Pour conclure, l'évaluation de l'action du soutien sur la santé dépend de la façon dont le support est conceptualisé ; de la stabilité temporelle du concept de support ; et de la nature et du développement de la pathogenèse de la maladie (Cohen, 1988).

3.5.4 De l'égalité des chances devant le soutien social

3.5.4.1 Les processus socioculturels en lien avec le soutien social

Il existe peu de recherches concernant les facteurs globaux du contexte socioculturel dans lequel interviennent les processus de soutien. Uchino (2004) suggère plusieurs niveaux d'analyse : la distinction entre cultures individualistes et cultures collectivistes, la « consonance » culturelle (intégration dans un groupe ethnique qui représente la source de soutien pour certains problèmes), l'importance du contexte socioculturel du groupe (immigration, difficultés économiques), et enfin le statut socioéconomique (SES). En effet, il a été largement démontré qu'un niveau socioéconomique faible est associé avec des taux de morbidité et de mortalité plus élevés. Dans ce sens, une étude récente de Cohen, Doyle et Baum (2006) établit qu'un SES faible est associé avec une diversité moindre au niveau du réseau social et avec des comportements délétères pour la santé. Ces comportements et ces variables sociales médient le lien entre le SES et trois hormones de stress (cortisol, catécholamine et noradrénaline).

D'autre part, Cohen (2002) suggère que la participation religieuse pourrait être un domaine particulièrement important de la relation « soutien social et santé ».

3.5.4.2 Les processus liés aux différences individuelles et caractéristiques personnelles

Ce niveau d'analyse réfère aux différences individuelles en relation directe avec la recherche de soutien social, la disponibilité perçue ou reçue du soutien, et la façon dont les membres du réseau fournissent ou réagissent à la recherche de soutien. Le modèle lié à ce niveau d'analyse est le concept d'attachement décrit par Bowlby (1969) dont les styles peuvent varier en fonction de l'image interne positive versus négative de soi et des autres. Bien qu'il n'existe que peu de recherches ayant examiné le lien entre style d'attachement et réseau de soutien (Uchino, 2004), il semblerait néanmoins que certains de ces styles soient liés à la perception du soutien social (Foster et Bippus, 2005).

Dans ce sens, certains chercheurs ont tenté de mettre en évidence des liens entre, d'une part, certains traits de personnalité et la qualité des relations parentales, et d'autre part la quantité de soutien social (Sarason et Sarason, 1982 ; Sarason, Sarason et Shearin, 1986). Certaines caractéristiques salutogènes de la personnalité (estime de soi, auto-efficacité, optimisme) sont associées avec le soutien social, tandis que les personnalités névrotiques ou colériques seraient moins enclines à recevoir du soutien ou à en chercher (Bruchon-Schweitzer, 2002). Dans cette perspective, Sarason, Sarason, Hacker et Basham (1985) ont démontré de façon quasi expérimentale que les compétences sociales (*social skills*) sont associées avec un plus haut niveau de soutien social perçu. Ainsi, le soutien social peut être conceptualisé comme une variable stable et individuelle et Sarason, Sarason et Gurung (2001) stipulent que cet aspect pourrait expliquer les résultats contradictoires sur l'action du soutien social dans le domaine de la santé. En conséquence, ces auteurs (op.cit., 2001) suggèrent qu'un modèle prenant en compte le lien entre personnalité et soutien social, partiellement médiatisé par la qualité des relations sociales, serait plus approprié pour les recherches.

Le besoin de support (*the need of support*) est également une variable discriminative pour Schwarzer et Schultz (2000) qui soutiennent qu'il est nécessaire, pour caractériser la situation d'un individu en termes de support, de savoir quels sont ses besoins. En effet, certains individus préfèrent être autonomes et maîtriser la situation sans l'aide d'autrui, et ne recourir au soutien qu'en cas de difficulté extrême. D'autres sont plus dépendants et expriment un besoin très fort de support ; ce besoin est positivement associé avec le support reçu (environ .30).

D'autres chercheurs ont toutefois rejeté l'hypothèse d'un biais dans les mesures du soutien qui serait attribuable à des variables de personnalité ou à des représentations biaisées du soutien perçu. Dans ce sens, Cohen, Sherrod et Clark (1986) et Cohen (1991) ont mis à

l'épreuve l'hypothèse suggérant que les effets amortisseurs du soutien social seraient la conséquence de disparités individuelles au niveau des compétences sociales. Les résultats montrent que l'effet positif du soutien social se maintient même en contrôlant le possible influence des compétences sociales ou autres variables de personnalité. Cohen et Edwards (1989) ont également réalisé une étude critique sur les facteurs de personnalité en tant qu'amortisseurs de stress : ils en concluent que le seul facteur de personnalité ayant une influence est *le locus of control*, notamment le contrôle externe qui agit comme un modérateur du stress en interaction avec le support. Dans le même état d'esprit, d'autres chercheurs (Cutrona, 1986 ; Vinokur, Schul et Kaplan, 1987) se sont interrogés sur l'existence d'un biais dans les représentations cognitives de l'environnement social dû à des différences individuelles de personnalité. Les études réalisées ont montré que la disponibilité perçue du soutien social correspond avec le support réellement disponible, et qu'il ne s'agit donc pas d'un biais cognitif.

Néanmoins, si les traits de personnalité n'expliquent pas en totalité les effets du soutien social, ils pourraient avoir un effet indirect. Pour exemple, une étude de Pedersen, Middel et Larsen (2002) sur des patients cardiaques a montré que les traits de personnalité semblent avoir un effet médiateur sur le soutien social et ses effets sur le stress, ainsi que sur les problèmes de santé.

D'autre part, nous avons également vu que les bénéfices liés au soutien social dépendaient des caractéristiques de l'aidant (*provider*), de celui qui reçoit le soutien (*recipient*) et de l'environnement. Ainsi, Dunkel-Schetter, Folkman et Lazarus (1987) ont montré chez 75 couples mariés que l'estimation du soutien émotionnel reçu était en lien avec les caractéristiques personnelles des personnes aidées, que l'évaluation du soutien informationnel était liée aux stratégies de coping utilisées et que le soutien matériel était en relation avec les caractéristiques du stresser. Les auteurs (*op.cit.*, 1987) en concluent que ces dimensions du soutien social sont des construits distincts dépendants d'autres variables.

3.5.4.3 Les différences de genre

Dès leur jeune âge, les filles développent davantage de relations proches que les garçons qui se retrouvent plutôt en groupe. À l'âge adulte, les femmes fournissent également plus de support émotionnel aux hommes comme aux femmes, et reçoivent ainsi plus d'aide en retour (Klauer et Winkeler, 2002, cités par Schwarzer et al. 2003). Ces différences s'expliqueraient par le fait que les femmes seraient plus empathiques, expressives, et révéleraient plus facilement leurs émotions.

Les chercheurs s'accordent également sur l'existence de différences de genre dans le soutien social étudié en référence à la vie maritale. Les épouses sont souvent les principales et uniques confidentes de leur mari, alors que les femmes ont des relations proches en plus de leur mari. Il semblerait également que ce soient les femmes qui maintiennent les relations sociales à l'extérieur du couple. En cas de veuvage, Stroebe et Stroebe (1983) montrent que les veuves reçoivent davantage de soutien que les veufs, mais ce n'est pas cette différence qui explique les disparités en termes de conséquences sur la santé (les hommes souffrent davantage). En réalité, ce sont les différences au niveau des stratégies de coping utilisées par les femmes (davantage orientées sur les stratégies de confrontation et l'expression des émotions) qui seraient le facteur explicatif (Stroebe, Stroebe et Schut, 2001). Les relations sociales apparaissent également particulièrement importantes pour les femmes en influençant le recours au soin (Hurdle, 2001).

Dans une étude longitudinale (1949-1991) sur les relations entre les liens sociaux et la mortalité, Tucker et al. (1999) ont démontré que l'effet protecteur du statut marital s'avère significatif pour les hommes (N = 697) mais pas pour les femmes (N = 544). L'importance du nombre d'enfants (et ce uniquement pour les femmes de moins de 70 ans) et le fait d'appartenir à de nombreuses organisations s'avèrent être prédictifs d'une baisse du taux de mortalité. De même, Chandra, Szklo, Goldberg et Tonascia (1983) démontrent que l'effet positif de l'intégration sociale semble être plus fort pour les hommes que pour les femmes. Ainsi, ces effets du genre et de l'âge peuvent être expliqués par des différences dans les rôles sociaux et dans les normes.

Pour conclure, il semble important de rappeler que l'avancée des recherches sur l'étude des construits sociaux en lien avec la santé intègre aujourd'hui le soutien social, l'intégration sociale mais aussi les variables « interactions sociales négatives » (Cohen, 2004). Ces variables sont toutes trois associées avec les critères de santé et sont reconnues comme exerçant une influence sur la santé par différents mécanismes. Ainsi, malgré la diversité dans la conceptualisation et la mesure du support social, la littérature permet à présent d'apporter la preuve que les liens sociaux, lorsqu'ils sont de qualité et en adéquation avec les attentes propres de l'individu, ont un bénéfice sur la santé physique et mentale. À l'inverse, l'isolement social ou l'existence de relations négatives a des effets délétères sur la santé.

Cependant, les modèles théoriques principaux qui servent à décrire l'action du soutien social sur la santé, et surtout les hypothèses explicatives concernant leurs mécanismes soulèvent encore de nombreuses questions (Bruchon-Schweitzer, 2002). Aussi les recherches futures

devraient-elles permettre de répondre à des aspects plus spécifiques de l'action du soutien social : quel type de réseau, quel type d'intégration sociale, quelles fonctions du soutien, dans quel contexte, pour quelle raison ? D'autre part, les paramètres de jugement sur l'impact du soutien social sont-ils basés sur les cognitions, sur les comportements ou sur les émotions ?

En effet, le soutien social est un phénomène complexe et dynamique qui intègre un ensemble de variables très diverses. La compréhension et la connaissance des modèles et mécanismes explicatifs de l'action du soutien social sont essentiels pour poser des hypothèses de recherche, utiliser les tests statistiques appropriés et affiner les connaissances actuelles. De fait, il s'avère que la complexité des liens qui unissent les dimensions « supportives » ou « peu supportives » perçues par l'individu dans le cadre de la maladie ou du stress présuppose une heuristique qui dépasse les visions causales et linéaires entre les variables. Dans ce sens, le soutien social pourrait n'être que la partie émergée de phénomènes sous-jacents « invisibles ». C'est pourquoi des modèles statistiques sophistiqués sont nécessaires pour rendre compte du statut de la variable « soutien social » par rapport aux critères d'ajustement ou de non-ajustement du sujet qui est confronté à la maladie ou au stress. Dans ce sens, Cohen et al. (2000) suggèrent qu'il est indispensable d'inscrire les recherches dans un champ théorique, de savoir ce que l'on souhaite quantifier dans une démarche quasi- expérimentale tout en donnant une vision holistique à la fois de l'intégration sociale, du soutien positif et négatif, reçu et perçu, et ce dans un contexte spécifique.

Néanmoins, cette exigence méthodologique se heurte à plusieurs limites : d'une part, Uchino (2004) suggère de ne pas dissocier soutien structurel et fonctionnel, d'autre part, Cohen et al. (2000) reconnaissent la difficulté à différencier les situations stressantes des situations ordinaires qui peuvent être des situations stressantes non évaluées (par exemple les stressors quotidiens). Pour finir, l'évolution de la plupart des maladies impliquent des processus pathologiques à long terme, et l'expérience du support social et de l'intégration sociale est évolutive tout au long de la vie. Par conséquent, les études expérimentales ou quasi-expérimentales dans ce domaine sont difficiles à effectuer, ou tout au moins resteront parcellaires.

En conséquence, comme le soulignait Vaux en 1988, la reconnaissance du support social comme un processus dynamique et complexe est le fondement de la compréhension de son rôle amortisseur de stressors et contribuant au bien-être individuel.

3.6 EN CONCLUSION DU CHAPITRE SUR LA QUALITE DE VIE ET LE SOUTIEN SOCIAL

Que ce soit en tant que variable influençant directement certaines variables médiatrices ou en tant que variable modératrice, le soutien social semble être un facteur essentiel dans l'étude de l'ajustement au cancer. Néanmoins, ce type de recherche exige des suivis sur le long terme et actuellement, les études prospectives sont encore peu nombreuses. D'autre part, la profusion d'études ne rend pas toujours limpides les différentes conceptualisations du variable « soutien social » et les différentes mesures.

En conséquence, il n'est pas possible de tirer des conclusions fermes sur l'association entre soutien fonctionnel et cancer, d'autant que plusieurs éléments conduisent à s'interroger sur la contribution réelle du soutien social sur l'ajustement à la maladie.

Dans ce sens, les conclusions de l'étude de Bolger, Foster Vinokur et Ng (1996) sur 102 patientes avec un cancer du sein et leurs autrui significatifs démontrent que les relations proches ont un effet limité pour aider les patientes à faire face à la maladie, et surtout que ce soutien ne diminue par le stress émotionnel des patientes et n'améliore pas le rétablissement physique. Pour certains auteurs (Koopman et al. 1998 ; Turner-Cobb et al. 2004), l'existence d'un bénéfice du soutien social concernerait uniquement les personnes ayant vécu des expériences stressantes avant la maladie.

D'autres études vont même jusqu'à démontrer un lien entre soutien social et mal-être émotionnel : ainsi, au niveau des proches, Segrin et al. (2006) ont montré avec les conjoints de femmes avec un cancer du sein que le soutien social est associé négativement avec la santé mentale. De leur côté, De Castro, Cousson-Gélie et Dilhuydy (2006) montrent qu'un soutien perçu spécifique (disponibilité perçue du soutien et qualité perçue de la relation) prédit des niveaux d'anxiété et de dépression élevés après traitement par radiothérapie. Ces recherches s'inscrivent dans la suite des travaux de Rasclé et Cousson-Gélie (2006) sur « les limites de la sollicitude », concept mis en évidence dans les recherches sur la douleur chronique (voir plus haut).

D'autre part, certains auteurs mettent en exergue l'importance des interactions négatives dans ce contexte, comme les comportements « maladroits » de la part de l'entourage. Ces comportements consistent par exemple à éviter de parler de la maladie, à minimiser le problème, à adopter un comportement faussement gai, un optimisme forcé, voire à éviter le patient (Dakof et Taylor, 1990 ; Dunkel-Schetter, 1984). Ce support « aversif » interviendrait comme une source

additionnelle de stress (détresse émotionnelle) (Koopman et al. 1998). Aussi, 87% des patients affirment faire face à la maladie en gardant quelquefois leurs pensées et émotions pour eux-mêmes (Dunkel-Schetter, 1984).

Ces résultats contradictoires marquent bien la nécessité de faire des liens entre ce qui est attendu et ce qui est perçu (satisfaction). De plus, les recherches concernant l'effet de la maladie sur les relations sociales sont utiles pour donner une vision plus complète de la place du soutien social dans la maladie, à la fois ressource possible mais aussi facteur de stress du fait des répercussions de la maladie sur l'équilibre familial.

Pour finir, d'autres questions se posent sur l'essence même du soutien social, interrogation soulevée en 1984 par Dunkel-Schetter et à laquelle il est encore difficile de répondre précisément : le soutien reçu est-il associé avec l'ajustement, et de quelle façon ? (Op.cit., 1984, p. 82) ; autrement dit, en quoi le soutien reçu permet-il de faire face à la maladie ?

Le dernier point positif que nous souhaitons mettre en exergue est l'évolution des recherches vers une approche plus globalisante, comprenant non seulement les malades, mais aussi leurs proches. C'est l'aspect qui sera développé dans le chapitre concernant les aidants. Mais auparavant, nous nous intéresserons aux stratégies d'ajustement qui font suite à l'évaluation des ressources sociales dans le modèle transactionnel.

**PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET
OPERATOIRE DE L'ETUDE**

CHAPITRE IV : METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

Cette partie présente les aspects méthodologiques de l'étude. Elle aborde les hypothèses et leurs modalités, la méthode de recherche, la population ainsi que les instruments de collecte et d'analyse des données.

4.1 RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DE L'HYPOTHESE GENERALE

4.1.1 Questions de recherche

Dans notre étude, nous aurons deux types de questions de recherche : une question principale et des questions secondaires.

4.1.1.1 Question principale

À cet égard, notre question principale est la suivante : *la perte d'autonomie a-t-elle un impact sur la qualité de vie chez la personne âgée ?* Autrement dit, « *notre bien-être dépend-t-il de notre qualité de vie ?* »

4.1.2 Hypothèse Générale

L'hypothèse générale qui sous-tend notre travail est la suivante : *la perte d'autonomie a un impact sur la qualité de vie chez la personne âgée.* Autrement dit notre bien-être dépend de notre qualité de vie

4.1.3 Description de l'hypothèse générale

4.1.3.1 Variable indépendante (VI) : Perte d'autonomie

Modalités (Mo) de la VI

4.1.3.2 Indicateurs des modalités de la VI

4.1.3.2.1 Mo1 difficultés perçus dans le fonctionnement somatique

- *Troubles fonctionnels*
 - Emergence des troubles émonctoires
 - Troubles du sommeil
 - Soins et hygiène corporels

- Troubles alimentaires
- *Douleurs*
- Crampes
- Arthroses
- Rhumatismes
- *Troubles psychomoteurs*
- Postures
- Chutes
- Fatigues

4.1.3.2.2 Mo2. Les difficultés dans les automatismes fonctionnels

- *Hygiène corporelle*
- Toilette
- Habillement
- *Assistance dans les usages/fonctionnement*
- Déplacement/Marche
- Alimentation
- Autonomie
- Logement

4.1.3.2.3 Mo3. Participation sociale

- *Participation*
- Familial
- Communautaire
- *Soutien moral et spirituel*
- Encadrement familial
- Encadrement spirituel
- Accompagnements culturels
- *Gestion des dysfonctionnements psychologiques*
- Troubles/pertes de la mémoire
- Baisse de l'attention
- Troubles du jugement
- Dépression

4.1.3.3 Variable dépendante (VD) : Qualité de vie chez la personne âgée.

4.1.3.4 Modalités (Mo) de la VD

4.1.3.4.1 Mo 1- Etat de bien-être physique et corporel

- Gestion adéquate des maladies chroniques

Présence ou non des troubles cardiovasculaires

- Difficultés rhumatismales
- Absence des symptômes physiques pénibles ex : douleur, dyspnée, nausée, constipation
- Etat fonctionnel physique et cognitif ex : capacité à effectuer des activités de la vie quotidienne et des fonctions d'ordre supérieure, tels que des activités agréables (se laver, s'habiller, et prendre soin de soi)
- Présence ou non des maladies neurodégénératives
- Perturbation du langage
- Apnée du sommeil
- Altération de la mémoire

4.1.3.4.2 Mo 2- bien-être émotionnel et psychologique

- Perception positive des autres
- Avoir un sentiment de normalité sur son âge
- Prendre plaisir à ce que l'on fait
- Bien-être émotionnel (bonheur, anxiété)
- Avoir confiance à l'avenir
- Avoir un bon état fonctionnel cognitif
- Avoir le sentiment que son environnement actuel permet de bénéficier du soutien de ces enfants et ces frères
- Avoir le sentiment que son environnement social améliore la capacité des personnes âgées à affronter l'adversité
- Avoir une image corporelle et une sexualité saine (y compris au niveau des relations intimes)

4.1.3.4.3 Mo 3- soutien social et fonctionnement positif

- Le climat d'entraide et de soutien envers les autres (se sentir soutenu par sa famille, amis, les pairs,)

- Avis suffisamment pris en compte dans les décisions qui sont prise au sein de la famille
- Soutien financier régulier par un ou plusieurs membres de l'entourage
- Ne vit pas dans une précarité
- Recevoir les visites des parents, amis, ou voisins
- Sentiment d'appartenance à la société
- Fier d'appartenir à une congrégation religieuse
- Satisfaction à l'égard de sa culture
- Bonne qualité de relation interpersonnelles étroites avec des amis, et de la famille

4.1.4 Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale

Hypothèses	Variables	Modalités	Indicateurs	Indices
	Perte d'autonomie	Fonctionnement somatique	Troubles fonctionnels	- Emergence des troubles émonctoires - Troubles du sommeil - Soins et hygiène corporels - Troubles alimentaires
Douleurs			- Crampes - Arthroses - Rhumatismes	
Troubles psychomoteurs			- Postures - Chutes - Fatigues	
Les difficultés dans les automatismes fonctionnels		Hygiène corporelle	- Toilette - Habillement	
		Assistance dans les usages/fonctionnement	- Déplacement/Marche - Alimentation - Autonomie - Logement	
Participation sociale		Participation	- Familial	

<p>La perte d'autonomie entraîne une détérioration de la qualité de vie chez les personnes âgées.</p>				<ul style="list-style-type: none"> - Communautaire
			Soutien moral et spirituel	<ul style="list-style-type: none"> - Encadrement familial - Encadrement spirituel - Accompagnements culturels
			Gestion des dysfonctionnements psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles/pertes de la mémoire - Baisse de l'attention - Troubles du jugement - Dépression
	<p>Qualité de vie chez la personne âgée</p>	Etat de bien-être physique et corporel	Maladies chroniques	<ul style="list-style-type: none"> - Présence ou non des troubles cardiovasculaires - Difficultés rhumatismales - Symptômes physiques pénibles - Présence ou non des maladies neurodégénératives
			Etat fonctionnel physique et cognitif	<ul style="list-style-type: none"> - Se laver, s'habiller, et prendre soin de soi - Altération de la mémoire - Apnée du sommeil - Perturbation du langage
		Bien-être émotionnel et psychologique	Perception positive	<ul style="list-style-type: none"> - Prendre plaisir à ce que l'on fait - Sentiment de normalité

				<ul style="list-style-type: none"> - Sentiment de bénéficiaire du soutien de ces enfants et ces frères - Sentiment que son environnement social améliore - Avoir confiance à l'avenir
			Bien-être émotionnel	<ul style="list-style-type: none"> - Image corporelle - Bonheur - Anxiété
		Soutien social et fonctionnement positif	Climat d'entraide et de soutien envers les autres	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte dans les décisions - Soutien financier
			Sentiment d'appartenance à la société	<ul style="list-style-type: none"> - Relation interpersonnelle - Visites

Tableau 3: Représentation synoptique des variables, des modalités, des indicateurs et des indices de l'H.G.

4.1.4.1 Structure logique de l'hypothèse générale

VI : perte d'autonomie	VD : Qualité de vie
difficultés perçus dans le fonctionnement somatique	État de bien-être physique et corporel
difficultés dans les automatismes fonctionnels	Bien-être émotionnel et psychologique
la participation sociale	Soutien social et fonctionnement positif

4.1.4.2 Hypothèses de recherches

Nous avons formulé trois hypothèses opérationnelles qui répondent à nos questions secondaires, elles-mêmes rendant compte de la congruence entre les objectifs et les hypothèses. Ce sont :

- *HR₁ : difficultés perçus dans le fonctionnement somatique à un impact sur la perte d'autonomie*
- *HR₂ : difficultés dans les automatismes fonctionnels à un impact sur la perte d'autonomie*
- *HR₃ : la participation sociale à un impact sur la perte d'autonomie*

4.2 MÉTHODES D'ENQUÊTE

4.2.1 Techniques de collectes de données et d'analyse

Nous présenterons ci-dessous les outils qui nous ont permis de collecter les données sur le terrain et ceux qui nous permettront de les analyser par la suite.

4.2.1.1 Techniques de collectes des données

Dans ce travail nous avons fait usage d'une grille d'observation et d'un guide d'entretiens semi-directifs. Les entretiens nous permettront ainsi d'éclaircir les aspects cognitifs et dynamiques au préalable mis en exergue.

4.2.1.1.1 Les entretiens semi-directifs

Des trois (03) types d'entretien de recherche qui existent, nous avons choisi l'entretien semi-directif. Il est utilisé lorsque le chercheur vise à approfondir et ou vérifier certains aspects particuliers de la vie du sujet par rapport à son sujet d'étude. Ce type d'entretien est centré sur le recueil de l'expression des acteurs (sentiments, idées, émotions, etc.), par rapport à une trame générale souple, construite à partir du questionnement de l'évaluation (le guide d'entretien). Le guide peut être complété par des questions visant à éclairer ou préciser les réponses faites par la personne interrogée. Ici, le sujet s'exprime librement sur « *ce qu'il a à dire, ce qu'il peut dire* » Chiland (1983).

Le guide d'entretien qui sert d'aide-mémoire permet à l'investigateur de recenser les thèmes à aborder, mais qui respectent un ordre, celui du discours du sujet. Il ne pose pas de questions précises, mais par des reformulations, des relances, des recentrages de la discussion, il veille à ce que l'ensemble des thèmes soient abordés par le répondant. Les questions ne sont pas préparées d'avance, elles s'adaptent à l'évolution de l'entretien. Il faut toutefois préciser avec Blanchet et Gotman (1992) que « *le degré de formalisation du guide d'entretien est fonction de l'objet de l'étude (multidimensionnelle), de l'usage de l'enquête (exploratoire, principal ou complémentaire), et des styles d'analyse que l'on projette de faire* ».

Nos données ont été collectées grâce à des entretiens semi directifs. En effet, d'après Montreuil et Doron (2006), l'objectif des entretiens semi directif est de recueillir le discours spontané ou semi spontané mais orienté par des questions du psychologue. Il précède d'un protocole d'entretien qui comporte des thématiques et /ou des questions qu'il souhaite poser. IL ne pose pas ces questions dans un ordre préconçu à l'avance, mais saisit des opportunités en fonction des propos du patient. L'utilisation de l'entretien semi directif exige la prise en compte des composantes suivantes : *le guide d'entretien, la consigne, l'écoute et l'intervention de l'interviewer, les Relances*. Cela permet ainsi d'obtenir des corpus de discours homogènes du point de vue de leur contribution.

4.2.1.1.2 L'observation

En gériatrie, il est courant de faire usage des techniques inspirées de la rééducation des cérébro-lésés: l'imitation et l'utilisation d'images séquentielles montrant les différentes étapes de la tâche. Il s'agit d'une grille d'observation qui permet d'analyser le comportement lors des différentes séquences de l'activité. En fonction des troubles constatés, deux techniques de traitement sont appliquées. Bertrand (2002) a montré que ces techniques permettent de progresser dans des activités de la vie quotidienne, d'augmenter l'autonomie, même pour des personnes âgées dont la démence est avérée. Ylieff (1994, 1995, 2000) à utiliser ces techniques d'observation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne chez les personnes âgées déments en institution, ceci pour observer les troubles présentés par les patients comme la lenteur, persévération, Dans ses observations, il a fait ressortir les éléments extérieurs qui venaient interférer avec les performances dans la tâche (présence d'objets/vêtements inutiles et/ou non familiers, bruits ambiants, présence et attitude des tiers dans la chambre...).

La facilitation est utilisée pour les patients présentant encore des séquences autonomes et peu de comportements parasites (éparpillement, passivité). Elle consiste à aménager l'environnement et à adopter toujours la même attitude face au patient : n'intervenir que s'il ne parvient ni à faire la séquence de lui-même ni à se corriger, privilégier l'incitation verbale, éviter les remarques négatives.

L'estompage d'aide est utilisé pour les patients présentant de nombreuses séquences déficitaires et des comportements parasites constants. Ce qui change ici, c'est que le soignant délivre d'emblée une aide totale pour les premiers actes d'habillage et une aide partielle pour la séquence suivante en invitant le patient à la terminer. Progressivement, l'aide apportée va être diminué. Ylieff (2004).

4.2.1.2 Instrument d'analyse des données : l'analyse de contenu

Montreuil et Doron (2006) soulignent que « *ce type d'analyse (analyse de contenu) est d'ordre essentiellement quantitatif et demande la plus grande rigueur dans la mise en œuvre* », ceci dans la mesure où le quantitatif ne se limite pas subjectif et est passible de stigmatiser l'analyse des données en deux étapes.

La première étape est de détailler le contenu d'un entretien. Il sera question dans un premier temps de procéder à l'identification des thèmes traités, les sujets donnent différents éléments tout au long de l'entretien et de la manière non systématique. Ainsi, l'analyse du contenu dans cette rubrique consistera d'abord à procéder au découpage ou séquençage du texte

en fonction des catégories et regrouper au sein d'une catégorie les énoncés ou séquences d'énoncés concernant le thème déterminé. Ensuite, on peut alors recenser les émotions et sentiments manifestes tout au long de l'entretien.

La deuxième étape est de détailler la forme d'un entretien. Dans le contexte de notre étude, cette analyse de la forme doit tenir compte des éléments suivants : Les indices non verbaux (postures, gestes...) ; le vocabulaire utilisé ; les champs sémantiques mis en œuvre ; le type de discours (récit, plaintes, revendications) ; les métaphores et les images employées.

4.3 CONTEXTE ET POPULATION D'ETUDE

Ce travail s'est réalisé dans un contexte et un échantillon dont les caractéristiques méritent d'être précisées. L'étude de cas qui sous-tend cette étude ne déroge pas à la formule de la précision des éléments constitutifs qui dévoile son cadre et son unicité.

4.3.1 Le contexte de l'étude

Dans le temps et dans l'espace, ce travail se réalise au Cameroun, pays de l'Afrique centrale, situé au fond du Golfe de Guinée entre les 2^e et 13^e degrés de latitude Nord et les 9^e et 16^e degrés de longitude Est. Le pays s'étend sur une superficie de 475 650 Km². Il présente une forme triangulaire qui s'étire du Sud jusqu'au Lac Tchad sur près de 1200 Km ; à la base, elle s'étale de l'Ouest à l'Est sur 800 Km. Il possède au Sud-ouest une frontière maritime de 420 Km le long de l'Océan Atlantique. Il est limité à l'Ouest par le Nigéria, au sud par le Congo, le Gabon et la Guinée Equatoriale, à l'Est par la République Centrafricaine et au nord, il est chapeauté par le Lac Tchad. Le Cameroun possède un milieu naturel diversifié et riche. Un Sud forestier maritime. Les Hauts plateaux de l'Ouest. Le Nord soudano-sahélien. C'est un pays bilingue où le français et l'anglais sont les deux langues officielles, avec pour capitale politique Yaoundé et économique Douala.

Cette étude s'est réalisée dans la région du Centre, département du Mfoundi Arrondissements de Yaoundé IV. Yaoundé est la ville coloniale qui, au lendemain des années du maquis, devint première ville politique du Cameroun, et qui en Afrique Centrale devint, le pont stratégique pour la promotion de la politique africaine ; on peut voir en cela le fait qu'elle soit le siège de la BEAC.

Nous avons travaillé avec les personnes âgées dépendant des services gériatriques de l'hôpital central de Yaoundé, situé dans l'arrondissement de Yaoundé 4, qui fonctionnent sous la tutelle du MINSANTE. Ce ministère est la construction du service public de l'Etat du Cameroun prévues pour aider les familles désirant une bonne qualité de prise en charge et suivie

des personnes âgées vulnérables. Aujourd'hui, il est considéré comme les repères de la prise en charge gériatrique des vieillards vulnérables au Cameroun.

4.3.2 Le site de l'étude : Hôpital Central de Yaoundé

L'hôpital Central de Yaoundé fut créé en 1933, initialement comme un hôpital du jour, il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui un établissement de soins de deuxième catégorie qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale et présente en outre de complémentarité de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical 24H/24 et l'autonomisation des services.

Il offre aux patients sans distinction de sexes et race et de classe sociale des soins de médecine générale et de chirurgie interne grâce à une équipe pluridisciplinaire composée de plusieurs personnels de santé dévoués au travail.

L'hôpital Central de Yaoundé est situé au centre-ville au quartier Messa rue 2008 derrière le CENAME (Centre National des Médicaments Essentiels) et non loin du Camp Sic Messa.

4.3.2.1 Le service de gériatrie

Le service de la gériatrie de l'hôpital central situé au "pavillon LERICH" au départ avait une chambre et deux patients. Par la suite il s'est étendu en deux chambres soit une chambre pour hommes avec trois lits.

Ce service a à sa tête la Major Madame MENGUE sous la supervision du Dr EBODE Marie Josiane ; une infirmière gérontologue ; une infirmière et de deux médecins généralistes.

4.3.2.1.1 Pathologies récurrentes rencontrées dans le service de gériatrie

Les pathologies fréquemment rencontrées chez les personnes vieillissantes du service de gériatrie de l'HCY sont :

- Les escarres
- La dénutrition
- Dépendance fonctionnelle

- Incontinence urinaire
- Syndrome dépressif
- Altération de l'image corporelle
- Maladies dégénératives
- Maladie cardiovasculaire

4.3.2.1.2 Difficultés rencontrées dans le service

Les principales difficultés rencontrées en service de gériatrie de l'HCY sont :

- Manque du personnel
- Manque du matériel
- Toilette bouchée chez les patients
- Toilette du personnel nécessitant des réfections

4.3.2.2 Population

On désigne par population d'une étude l'ensemble des sujets (objets ou personnes) ayant les caractéristiques similaires susceptibles de faire l'objet d'une étude. Pour cela elle nécessite une analyse minutieuse dans son processus de sélection des sujets.

4.3.2.2.1 Analyse de groupes cibles

Cette analyse nous permettra de localiser dans une population générale un groupe cible, ainsi que les différentes modalités qui ont permises de le sélectionner comme groupe cible. Afin de choisir des groupes cibles en fonction de leur vulnérabilité, le handicap ou leur perte d'autonomie, la qualité de vie, le bien-être, nous savons que loin d'être un service de vieillards des personnes âgées. Les personnes âgées dépendantes sont caractérisées par leur polyhandicap qui augmente leur seuil de vulnérabilité et nécessitent une prise en charge adapté en fonction de ces différentes vulnérabilités. Le vieillissement étant caractérisé par la dégénérescence de certaines fonctions, il réduit les aptitudes des individus qui n'arrivent plus à mener normalement leurs activités. Cette dégénérescence peut être accélérer soit par des maladies, soit par l'inertie, l'absence d'activité. De ce fait, ces personnes âgées, affaiblis par le poids et les pathologies de l'âge, font également face à des problèmes relationnels marqués par l'abandon de leurs proches, et les démences sévères et chroniques. La prise en charge de personnes âgées en maison de retraite est un acte dont la symbolique varie en fonction des cultures et des individus. Notre

analyse se situe au nouveau du rôle de la prise en charge et du bien-être des patients du service gériatrie de l'hôpital central.

Afin de les aider à s'autonomiser et être indépendant après sorti d'hospitalisation, il est nécessaire de mettre à leurs dispositions des thérapies qui seront axées tant au niveau médical pour faciliter la prise en charge des praxies, au niveau cognitif pour résoudre les problèmes d'agnosies cognitives et de démences, et au niveau affectif pour gérer les troubles dépressifs et anxieux.

Il convient de noter que la prise en charge médicale récapitule dans ses axes de prises en charge ce triptyque dimension, et s'adapte aussi facilement aux personnes âgées. La prise en charge médicale facilite l'autonomisation tant individuelle que collective et s'adapte aux environnements et aux activités réalisées dans ces environnements, tout aussi singulier qu'holistique.

Le sexe va avoir une grande importance, car la femme prête beaucoup plus d'intérêt à son foyer, à sa famille et à ses enfants, et accepte moins l'abandon que l'homme qui privilégie les biens acquis, l'héritage à léguer, et la renommée acquise. De même, le vieillissement dans sa progression est également lié au sexe, qui a dans ses formes de représentations, entretenues des statuts et des rôles sociaux ayant permis au corps de s'accoutumer, d'acquérir une grande résistance à la dégénérescence ou de faciliter son épuisement.

L'âge de la personne est aussi à prendre en compte, les répercussions psychiques ne sont pas les mêmes chez un enfant que chez un sujet âgé. Plus on est vieux, plus les difficultés à se représenter l'avenir sont restreints et plus encore les problématiques corporelles entament la personnalité lorsque les différentes représentations corporelles sont stables et que l'image du corps constitué se voit entamée. En fonction du contexte et des circonstances de l'internement en institution gériatrique, l'impact serait plus important pour un sujet qui est venu accompagner de sa famille pour recevoir les soins et reçoit continuellement les visites de ses proches parents, que celui qui a été recueilli dans la rue, vulnérable et sans abris et sans famille pour prendre soin de lui Goffman (1963).

Les représentations et l'importance de l'investissement libidinal sur ce qui a été perdu peuvent influencer le processus de deuil. Pour le cas d'une pathologie associée au vieillissement, le soutien social peut se présenter comme une thérapie de délivrance physique et psychique où enfin on recommence à vivre.

En direction des personnes âgées internées en institution gériatrique et appartenant à l'environnement culturel camerounais, nous nous sommes orientés vers les centres gériatriques de la ville de Yaoundé, celui de l'hôpital central de Yaoundé.

4.3.2.2.2 Échantillon

Comme échantillon, nous avons choisi sept personnes âgées du service gériatrie (07). Nos choix ont été faits de manière sélective considérant les critères de vieillissement et de dépendance fonctionnelle comme critères de choix de nos sujets. Cette sélection a été faite lors de pré enquête et les sujets appartenant au même critère d'inclusion étaient donc les sujets retenus pour notre étude. Une technique de sélection par choix raisonné nous a permis de prélever parmi les pensionnaires âgées du site de l'étude choisi ceux qui correspondent le mieux aux objectifs de la présente recherche. Les caractéristiques des sujets concernés par l'étude sont les suivantes :

4.3.2.2.3 Critères d'inclusions

- Être interné au service gériatrie de l'hôpital central de Yaoundé,
- Être de nationalité camerounaise,
- Sujet ayant au moins 60 ans,
- Sujet présentant des difficultés fonctionnelles, émotionnel, social et psychologique.

4.3.2.2.4 Critères d'exclusions

- Sujet n'ayant pas été interné dans une institution gériatrique,
- Sujet interné dans une institution gériatrique, mais hors de la ville de Yaoundé,
- Sujet interné dans une institution gériatrique de la ville de Yaoundé, mais enfant et adolescent,
- Sujet interné dans une institution gériatrique de la ville de Yaoundé, âgé de plus de 60 ans, mais ne présentant aucun déficit fonctionnel.

4.3.2.3 Tableau synthétique des sujets de l'étude

N°	Cas	Age	Ethnie	Situation matrimoniale	Situation familiale	Motif de l'internement
1	Janvier	81	Ouest	Veuf	03 Enfants	AVC, début de rhumatisme, hypertension
2	Février	78	Centre	Veuve	5 Enfants	Alzheimer, AVC
3	Mars	84	Extrême-nord	Polygame	17 Enfants	Diabète et hypertension, AVC
4	Avril	72	Ouest	Marié	06 Enfants	Cataracte
5	Mai	80	Centre	Marié	06 Enfants	Diabète, Acrose, hypertension
6	Juin	74	Centre	Veuve	08 Enfants	Difficultés rhumatismale, acrose, Diabète
7	Juillet	79	Littoral	Célibataire	07 Enfants	Rhumatisme et Diabète,

Tableau 4: Présentation de l'échantillon d'étude

4.4 LA COLLECTE DES DONNEES

La collecte des données s'est effectuée grâce à deux instruments : l'observation et l'entretien semi directif.

4.4.1 Le déroulement des observations

Avant la réalisation des observations proprement dites, nous avons créé une grille d'observation portant sur les activités de la vie quotidienne dans le pensionnat. Celui-ci devant nous servir d'agenda pour le recueil des données sur le terrain.

4.4.1.1 La grille d'observation

Fonctionnement cognitif

- Observer l'intégration des informations sensorielles ;
- Observer la programmation des mouvements.
- Observer les perceptions sensorielles ;
- Observer les adaptations posturales à des modifications de l'environnement ;
- Observer les apprentissages et automatisations des réflexes d'équilibration ;
- Observer les situations des caractéristiques de la marche.

Activités à observer

- La marche ;
- La montée des escaliers ;
- La vitesse de lever d'une chaise ;

Fonctions déficitaires

- Observer le temps d'encodage ou saisie de l'information ;
- Observer le temps de stockage de l'information ou la consolidation ;
- Observer la capacité de récupération : elle met en jeu les fonctions exécutives.

Activités à observés

- Le jeu de création d'images ;
- Créer une histoire ;

4.4.1.2 Le déroulement des entretiens : Le protocole d'entretien

Avant la réalisation des entretiens proprement dite, nous avons monté un protocole d'entretien devant nous servir d'agenda pour le recueil des données sur le terrain.

Ce protocole décrit les séries d'entretien que nous avons réalisé sur le terrain. Chaque série s'étale sur trois jours pendant lesquels nous recevions quatre sujets dont un par jour.

4.4.1.2.1 La Première série d'entretien

Contenu : outil de défrichage, mise à l'aise du sujet. Entretien de prise de contact dite de préparation.

But : permet de créer un climat propice à l'entretien proprement dit.

Objectif visé :

- Aborder les perspectives les plus générales, les informations médicales générales ;
- Aborder les aspects liés au fonctionnement somatique du sujet, sur la santé en générale, les habitudes alimentaires et les activités de veille sommeil

4.4.1.2.2 La deuxième série d'entretiens

Contenu : orientation, entretien de recherche sur l'état de bien-être physique et cognitif

But : situer le vécu du sujet en amont et en aval de son vécu actuel.

Objectif visé :

- Aborder les processus de mémorisations générales dominantes dans le vécu du sujet ;
- Aborder les mécanismes d'encodage de l'information ;
- Aborder les mécanismes de stockage de l'information ;
- Aborder les mécanismes de restitutions de l'information.

4.4.1.2.3 La troisième série d'entretiens

Contenu : entretien sur la perte d'autonomie et dépendance.

But : recherche des modalités perte d'autonomie et qualité de vie

Objectif visé :

- Aborder les thèmes liés au vieillissement
- Aborder les thèmes liés aux stratégies d'entretien et de maintien du bien-être ;
- Aborder les thèmes liés à la prise en charge et prévention de la perte d'autonomie.

4.4.1.2.4 Dernière série d'entretiens

Contenu : entretien sur les réalisations des tâches simples quotidiennes.

But : recherche des modalités liées à la réalisation des activités quotidiennes.

Objectif visé :

- Aborder les thèmes de difficultés perçus dans le fonctionnement somatique ;
- Aborder les thèmes difficultés dans les automatismes fonctionnels ;
- Aborder les thèmes participation sociale

Le vieillissement exige dans son vécu « *un travail psychique de perte successive « souvent pour toujours et sans recours possible* ». Il est donc important de préciser que le vieillissement est à la fois une succession de gains mais aussi de pertes, de séparations

CHAPITRE V : ANALYSES DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous interprétons et discutons les résultats au regard des éléments théoriques, notamment ceux renvoyant au modèle axées sur les approches du soutien social a lien avec la santé du vieillissement (l'approche l'intégration sociale, l'approche réseau social, l'approche des processus interpersonnels, l'approche interventionniste, l'approche par la traditions de l'intervention ,l'approche cognitive et lien avec la santé), l'approche du soutien social à lien avec la santé du vieillissement et sur les modèles de la qualité de vie avant de faire quelques suggestions à l'endroit de l'ensemble des partenaires du de protection de la personne âgée.

5.1 PRESENTATION DES DIFFERENTS CAS

Nous avons travaillé avec 7 dont les noms ont été attribués de manière aléatoire afin de préserver l'identité des participants. Les cas sont présentés selon les vignettes cliniques suivantes :

Cas 1 : Janvier

Janvier est âgé de 81 ans au moment de notre rencontre. Il est originaire de l'Ouest (Mbouda), père de trois enfants et veuf. Il séjourne au service de gériatrie de l'hôpital central pour des problèmes de rhumatisme ; d'hypertension, de diabète et d'AVC. Janvier se décrit comme étant un homme qui a travaillé dur pendant toute sa vie pour mettre à l'abri du besoin sa famille. De sa profession de garagiste, il a su capitaliser ses acquis, lui permettant d'être propriétaire d'un garage moderne. Après le décès de sa femme, et avec la fatigue du vieillissement, ses enfants ont sollicité qu'il aille se reposer au village et son refus a valu la révolte de ses enfants. Janvier vit de façon isolée, bien qu'il soit père de 5 enfants et de plusieurs petits fils. Sa vie est organisée sur des routines quotidiennes et rigoureuses qu'il respecte chaque jour « je me lève très tôt, et après le petit déjeuner, je trouve une place au couloir en observant tous ceux qui, passe dans le couloir taquinant les infirmières ». Janvier se sent très isolé, car loin de ses enfants, il n'a pas d'amis. Il se sent inutile, même pour avoir de ses nouvelles, ses enfants préfèrent appeler le major de l'hôpital, et ses proches lui reprochent ses tendances au commandement et à l'autorité pour s'éloigner de lui.

Cas 2 : Février

Âgé de 78ans Février est une femme originaire du centre. Elle est veuve avec cinq enfants. Elle a fait sa carrière professionnelle comme institutrice et depuis quelques années, elle est à la retraite. La vie d'adulte de madame Février a commencé précocement, car dit-elle, elle fut mariée à l'âge de 15 ans. À cause de son travail, elle fut séparée de sa famille et de son foyer, « mon travail m'a coûté mon foyer et mes enfants ». Lorsque nous la rencontrons, elle séjourne au service gériatrie de l'hôpital central pour des problèmes d'AVC, Alzheimer, douleurs, crampes, arthroses et rhumatisme. Madame, Février se décrit comme étant une femme qui a rencontré beaucoup d'obstacle dans sa vie jusqu'ici, et parmi ces obstacles, la maladie en a été l'un des obstacles majeurs. Avant d'être admise en gériatrie, Madame Février vivait seule, sans assistance familiale et sans considération de la part de ses enfants. Ses nuits sont de plus en plus tourmentées par les cauchemars qui l'empêchent de dormir, induisant une somnolence en journée.

Madame Février montre un intérêt pour son corps et son hygiène corporelle traduit la qualité de relation qu'elle y investit. Cependant, elle se plaint de pertes de mémoires qui deviennent constant. Nous l'avons rencontré dans le cadre de notre recherche et elle a accepté de partager avec nous les aspects de son fonctionnement qui pourraient nous aider à comprendre la relation entre le vieillissement et la qualité de vie chez les personnes âgées.

Cas 3 : Mars

Mars est un monsieur âgé de 84ans. Musulman pratiquant, il est originaire de l'extrême-nord Cameroun. Père de 17 enfants, Mars est un polygame qui menait une vie paisible avant ces problèmes de santé. Il était travaillé comme commerçant grossiste au marché Mokolo de Yaoundé secteur oignon et arachide. C'est à cause d'un problème d'AVC ayant entraîné d'autres complications telles que les troubles psychomoteurs, postures, chutes et fatigues que Mars est admis en gériatrie. Il a des difficultés dans les automatismes fonctionnels comme faire sa toilette, s'habiller, manger, se déplacer, sans assistances. Il bénéficie du soutien de sa famille pour lequel il est reconnaissant, car dit-il « *je me sens bien encadré par ma famille et je continue à parler et ils m'écoutent, donc j'ai toujours cette place et cette valeur pour ma famille* ». Mars bénéficie aussi du soutien financier des membres de sa communautés avec qui il entretient de « bonne qualité de relation » surtout avec ses amis et ses voisins.

Cas 4 : Avril

Originaire de la région Ouest du Cameroun, Monsieur Mars, âgé de 72 ans est un homme qui a servi dans les forces armées. Retraité depuis plusieurs années aujourd'hui, il accorde une

grande partie de son temps à servir Dieu à l'église où il est « ancien d'église ». Il séjourne au service gériatrie de l'hôpital central pour une opération de la cataracte avancé dut au vieillissement et au diabète. Il garde un moral positif et s'efforce à rester en activité dans sa communauté ce qui réduit le risque de difficultés dans le fonctionnement et la participation sociale. Mars fait preuve d'un bon dynamisme social, il est pour sa famille un bon encadreur familial et pour sa congrégation religieuse un bon soutien spirituel. Depuis qu'il a été diagnostiqué de la cataracte, puis du Diabète, il bénéficie du soutien et des visites de ses proches et amis. Ses enfants et petits-enfants l'assistent au quotidien.

Cas 5 : Mai

Monsieur Mai est âgé de 80 ans. Il a été admis au service d'urgence pour éclatement abdominal. Après l'intervention en urgence, il a été référé au service de gériatrie où il est placé en observation depuis trois semaines lorsque nous le rencontrons. Mentionnons que son bilan médical indique aussi que monsieur Mars souffre d'un Diabète et Hypertension. Depuis son opération, il est incapable de se lever du lit tout seul, de manger, se laver, de s'habiller et il a des difficultés à parler à cause des douleurs quasi constantes. Son activité veille sommeil est également perturbé, car il fait savoir qu'à cause des douleurs, il ne dort plus bien la nuit. Monsieur Mars, avant ses problèmes de santé, travaillait comme chauffeur de taxi dans la ville de Yaoundé. Alcoolique et toxicomane, lui-même se décrit comme un homme qui buvait beaucoup, fumait beaucoup et mangeait peu. Sur le plan familial, Mars est père de 05 enfants. Sa vie familiale est pour lui pleine de plaisir et d'épanouissement. Il est entouré par l'affection de sa femme et de ses enfants qui ne manquent pas d'accommoder leurs programmes pour rester auprès de lui et veiller sur lui.

Cas 6 : Juin

Madame Juin est âgée de 74 ans, mariée (veuve), elle est originaire du Centre-Cameroun/ Mère de 08 enfants, elle réside avec sa fille aînée et les enfants de celle-ci depuis le décès de son époux. Elle est admise au service de gériatrie de l'hôpital central depuis plus d'un mois pour algies rhumatismales et arthroses. Madame Juin a commencé à ressentir les douleurs lors des travaux champêtres qui investissent la majeure partie de son temps. Avec le long séjour qu'elle connaît en hospitalisation, elle a commencé à s'investir dans les activités du service de gériatrie. C'est elle qui conduit tous les matins et soirs les malades, gardes malades et infirmières dans les chants et la prière qu'elle aime animer. Juin reçoit beaucoup de visites de la part de sa famille (ces enfants et petits-enfants ainsi que ces frères). Elle a beaucoup d'amies qui appellent constamment depuis le village pour prendre de ces nouvelles.

Diagnostiqué d'un Diabète de Type 2 et placée sous insuline, madame Juin s'appuie sur une canne pour marcher. Sa posture et sa motricité continue de garder les séquelles d'une hémiparésie qu'elle a eue l'année dernière. Elle demeure limitée dans certains mouvements, mais arrive néanmoins à accomplir certaines tâches d'autonomie. Elle a par contre des difficultés pour toutes les tâches qui nécessitent la marche. Souvent, ses tentatives forcées sont interrompues par des crises de douleurs qui l'immobilisent et l'obligent à renoncer dans sa besogne. Madame Juin connaît des moments de mélancolie qui selon elle, font en sorte qu'elle soit « *parfois gagnée par la solitude* ». Pendant ces moments, elle se dit ne pas être à sa place et elle aimerait rentrer au village et être près de la tombe de mon mari.

Cas 7 : Juillet :

Juillet est une veuve et originaire du littoral, âgée de 79 ans, elle est mère de 07 enfants. Madame Juillet était de sa période adulte une femme travailleuse. Elle travaillait à la ferme suisse (Edéa). Depuis sa retraite, elle réside seule. Elle est admise au service de gériatrie pour Diabète et difficultés rhumatismales. Elle a une paralysie du dos qui la rend immobile et allongé en longueur de journée. À cause de cette dernière, elle ne peut s'occuper par des tâches domestiques ou être autonome. Les journées de juillet sont inoccupées car paralysée de dos. Elle se sent faible et diminuer, d'abord par la paralysie, ensuite par le diabète et enfin par la vieillesse. Elle est assistée dans les usages quotidiens car elle est totalement dépendante. Elle se déplace à l'aide d'un fauteuil roulant, a besoin d'une assistance pour la toilette, le repas, l'habillement... Elle présente également des troubles au niveau du sommeil et de l'alimentation. A des occasions rares, elle se joint aux autres pensionnaires du service de gériatrie pour les activités comme la prière ou pour des causeries.

5.2 ANALYSE DES DONNÉES LIÉES AU FONCTIONNEMENT SOMMATIQUE DES CAS

5.2.1 Le Vieillissement pathologique et la présence des maladies dégénératives

D'après le Larousse, le vieillissement désigne l'ensemble des phénomènes qui marquent l'évolution d'un organisme vers la mort. Il s'agit d'un processus multifactoriel, lent et complexe. Selon l'OMS, sont considérées comme des personnes âgées tous les individus de 65 ans et plus.

S'en tenant à cette considération que l'OMS donne au vieillissement, le corps des sept cas ayant participé à cette étude est caractérisé par ce lent processus d'évolution vers la mort. Selon l'OMS, les personnes âgées sont celles qui ont à partir de 65 ans, nos cas ont entre 72 et

84 ans. Cette période de la vie est caractérisée par des modifications physiologiques, physiques et psychiques.

Au niveau du fonctionnement physiologique, l'admission à l'hôpital, puis l'hospitalisation en service de gériatrie indique la présence d'une lésion ou d'un dysfonctionnement d'ordre physiologique chez tous les cas de l'étude. C'est d'ailleurs la condition qui détermine leurs admissions. Chez Janvier, on a l'hypertension, le diabète et une crise d'AVC. Février souffre d'hypertension, de diabète et d'AVC. Mars se plaint d'asthénie, de crises d'AVC d'Alzheimer, de douleurs, crampes, arthroses et rhumatismes. Avril à une Cataracte avancé, le Diabète. Juin souffre d'éclatement abdominal, de Diabète et Hypertension, d'algies rhumatismales et d'arthroses. Juillet se plaint de Diabète et difficultés rhumatismales. L'une des particularités qui ressort des lésions organiques de nos cas est le caractère des maladies dont ils souffrent. On retrouve une constante chez tous les cas, des affections que sont le Diabète, l'Hypertension et les Algies rhumatismales. Ces maladies sont principalement observées chez les personnes âgées.

L'augmentation de la fréquence de certaines maladies liées à l'âge peut s'expliquer de plusieurs façons. Soit par l'apparition sur un long terme de certains facteurs de risque de maladies, soit par la présence de certaines modifications physiologiques liées au vieillissement comme l'altération de la pression artérielle responsable d'un trouble du rythme auriculaire. Ce qui justifie la récurrence de l'Hypertension et du Diabète chez la quasi-totalité de nos cas.

Le vieillissement peut aussi avoir des effets différents sur l'organisme, suivant qu'il soit normal ou pathologique. Lorsqu'il est normal, le trouble ou la lésion peut être bénigne comme les légères pertes de mémoire ou le vieillissement du cœur. Mais lorsqu'il est pathologique, il se caractérise par des troubles dégénératifs irréversibles comme la présence des AVC ou de l'Alzheimer.

Le Service de gériatrie de l'hôpital central reçoit en hospitalisation en moyenne 5 cas d'attaque cérébrale (AVC) par mois. Ce qui représente une importante population du service de gériatrie qui a une capacité d'accueil de 10 lits. Sur sept sujets rencontrés dans cette étude, trois ont été victimes d'attaques cérébrales. L'AVC représente la première cause de handicap physique acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence (après la maladie d'Alzheimer) et la deuxième cause de mortalité avec 20% des personnes qui décèdent dans l'année suivant l'AVC ; l'âge moyen de survenue d'un AVC est de 74 ans et 25% des patients ont moins de 65 ans. Bien qu'environ 25% d'entre eux être dus à une arythmie cardiaque (fibrillation atriale), on dénombre environ 15% et 5% des AVC qui sont généralement due à une maladie des petites

artères liée à des facteurs de risque vasculaires dont l'hypertension artérielle. Cette dernière justifie la prévalence de l'hypertension chez la quasi-totalité des participants à cette étude.

Cette étude nous montre que chez nos sujets, plusieurs organes sont touchés par le vieillissement. Ce qui est la première cause de la diminution progressive de leurs fonctions et de leurs systèmes immunitaires. À travers ces polyopathologies, telles que l'a décrit Perlemuter (2010) dans le vieillissement pathologique, on constate que ce vieillissement pathologique justifierait chez Mars la présence de la maladie d'Alzheimer. De plus, chez tous les cas, on a une cristallisation d'au moins trois pathologies, ce qui donne sens à l'idée selon laquelle dans la vieillesse, il n'y a « plus de santé ». Pourtant, lorsque nous rentrons un peu dans la vie de nos cas, on constate que pendant leurs vies d'adultes, tous travaillaient et jouissaient d'une bonne santé physique.

Avec l'âge, le travail et les accidents de la vie, nos sujets ont vu leurs corps se modifier, se transformer et se déformer, passant de la mobilité à la mobilité partielle pour arriver à l'immobilité chez certains. Leurs fonctions physiologiques sont devenues moins performantes, leurs rendant fragiles et vulnérable. Comme le dit Fevrier, le vieillissement est « *dur et favorise la dépendance. Les maladies c'est chaque jour, c'est en fonction de la gravité des dégâts qu'elle pose qu'on nous amène à l'hôpital* ». Allant dans le même sens, pour Juin, « *c'est chaque jour que la vieillesse nous fait découvrir une fonction qui ne donne plus ou un sens qui ne fonctionne plus bien* ». Ils sont tous conscients que le vieillissement les plonge dans des « *moments de faiblesse et d'incapacité* », dit Janvier. Il précise que c'est une période au cours de laquelle la personne « *n'a plus de force et se sent abandonnée* ». Dans ses propos, on comprend qu'avec l'âge, des sources de difficultés peuvent apparaître et entraîner une certaine dépendance.

5.2.2 Le vieillissement et la gestion des continences

Éliminer est un acte naturel mais empreint d'intimité, de pudeur. Cet acte qui intègre les deux fonctions d'élimination urinaire et d'élimination fécale est fréquemment perturbé chez la personne âgée. Bien que reliées à d'autres troubles neurodégénératifs, l'incontinence est liée à l'incapacité de maîtriser les sphincters comme les urines ou les matières fécales. Cette maîtrise est acquise chez l'individu depuis son enfance, elle se situe au stade anal du développement, lorsque l'enfant a entre 2 ans et 3 ans. En Psychologie, les travaux de Freud et de Dolto ont démontré que l'acquisition de la propreté chez l'enfant passe par la maîtrise des sphincters. Donc la gestion des sphincters entraîne symboliquement la gestion de l'ordre et de la propreté.

On retrouve chez nos sujets tous âgés entre 72 et 84 ans des problèmes des perturbations d'éliminations urinaires et fécales, ce qui implique la présence des problématiques de

continences. Notons que les problèmes de continence touchent plus de 10 % des personnes âgées de 70 à 75 ans et 25% des personnes âgées de 85 ans et plus et 90%. Celles-ci sont pour la plupart des personnes âgées dépendantes qui vivent à domicile ou en institution. Dans cette étude, elles ont été rencontrées en institution, bien que cette institutionnalisation soit limitée dans le temps, après les soins et quelques temps d'observations, elles sont appelées à retourner dans leurs domiciles ou en foyer pour continuer les soins.

Pendant leurs séjours en hospitalisation, les soignants et les aidants ont la double mission de maintenir (Espace_réservé1) la capitale continence (stratégie conservatrice) et de pallier les principales manifestations de l'incontinence urinaire (stratégie palliative) et de la constipation chez leur patient ou leur proche. Comme le dit Mai, *« on nous apprend à reconnaître les signes du besoin même lorsque nous sommes incapables de les contrôler »*. Pour Mars, c'est le fait de contrôler leurs alimentations qui permet d'agir sur leurs capacités à contrôler leurs « déchets ». Selon lui *« notre ration alimentaire est très strict, on doit consommer beaucoup de fruits et de légumes, de bouillie, bref tout ce qui est facilement digeste »*.

Malgré ces stratégies, il arrive un moment où en dépit de mesures conservatrices, la continence laisse peu à peu la place à l'incontinence qui devient partie intégrante des facteurs de vie de la personne âgée, et plus encore au regard des participants de notre étude. Ils sont appelés à vivre avec, ce qui devient un défi pour l'aidant comme pour la personne incontinente. Cependant, ils doivent établir les mesures conservatrices pour limiter la progression du handicap. Or lorsque nous observons l'évolution médicale de nos sujets, les mesures conservatrices ne sont pas établies à causes des dysfonctionnements neurologiques qu'ils ont.

Avec le vieillissement, ce sont aussi les fonctions neurologiques qui s'amenuisent. Le vieillissement pathologique peut être souvent à l'origine des incontinenes observées chez les personnes âgées.

Chez la personne vieillissante, la survenue de nombreuses pathologies comme les crises d'AVC entraînant des séquelles neuronales ont une grande influence sur la gestion des continences chez les personnes âgées. Car, pour la plupart, les séquelles de cette pathologie laissent voir des troubles psychomoteurs et des paralysies partielles. Autant chez Janvier que chez Février et Mars qui ont été victimes des crises d'AVC, la gestion des sphincters pose chez eux un problème. Malgré leurs bonnes volontés d'être propres, ils sont souvent surpris d'être mouillés par les urines ou salis par les selles, car comme le dit Mars, *« c'est souvent une autre personne qui te dit que tu as fait sur toi, car toi-même tu ne sais même pas »*. Cette incapacité est vécue de façon banale par nos sujets, car si on revient à Mai qui a connu une période d'adulte

marquée par l'alcoolisme, il se souvient que dans certains cas d'ébriété, « *je me retrouvais souvent en train de me pisser dessus, donc quand cela revient à ce moment, ce n'est plus trop étrange pour moi* ». Tandis que certaines personnes comme Juin continuent de se familiariser avec cette situation, car selon elle « *si j'avais la possibilité d'aller aux toilettes seule, je ne pense pas qu'un jour on vendrait pour me mettre les couches* ». Les couches ici qui sont la symbolique de l'incapacité à gérer par ses propres moyens, à réguler et à maîtriser ses sphincters, donc c'est le signe de l'incontinence. Tous les cas de notre étude portent des couches pour ne pas être salis.

Au regard des données que présentent nos cas, on comprend que les troubles de l'élimination sont devenus pour eux une véritable condition pathologique avec un retentissement parfois sévère sur leurs autonomies, leurs vies sociales, leurs équilibres mentaux et leurs qualités de vie. Accepter cette étape et ces effets du vieillissement pathologique pour eux s'apparente à la réalisation d'un travail de deuil qu'ils ont dû élaborer, car selon Février « *c'est difficile de savoir qu'on doit maintenant porter les couches, c'était encore plus difficile au début, c'était comme si c'est une partie de sa vie qui montrait qu'elle ne veut plus être avec toi, mais plus on s'habitue, plus on commence à accepter cela* ». Si chez certains cas, la situation a été acceptée comme le dit Février, pour d'autres comme Juin, c'est encore difficile, car dit-elle, « *à chaque fois que je pense que j'ai fait pipi ou kaka sur moi, c'est comme si je me sentais moins en vie et proches de la mort. Je n'arrive pas toujours à me faire à l'idée, surtout avec tout ce que cela implique : être déshabiller et nettoyer par quelqu'un d'autre. Même si ce sont nos enfants ou qu'on les paie pour cela, ça n'enlève pas le fait qu'ils nous voient nu* ». Le besoin de conserver sa pudeur est ce qui empêche Juin à réaliser son deuil. Il est conseillé dans ce cas de figures que les aidants soient permanents pour réduire l'impact de ce dysfonctionnement de l'intime et de l'autonomie et de permettre, aux personnes accompagnées, à l'aide de nouvelles règles de vie et de mesures palliatives adaptées de vivre sereinement cette étape de leurs vies.

5.2.3 Le vieillissement et les chutes

Les modifications liées à l'âge comme les insensibilités des barorécepteurs, diminution de l'eau corporelle et du volume plasmatique entraînent une tendance à développer une hypotension orthostatique. Ces modifications ainsi que les effets de l'alitement et l'utilisation de sédatifs et de certains antihypertenseurs augmentent les risques de chutes chez les personnes âgées.

Chez les participants de notre étude, plus de 60% des chutes qu'ils rencontrent se produisent lors des transitions comme les moments de bain, les moments où ils quittent du lit pour le fauteuil roulant ou pour les chaises de véranda. Ils sont à 80% alités et totalement dépendant, ce qui réduit les risques de chutes pendant la marche ou les exercices domestiques.

Les chutes sont fréquentes chez eux et dates de plusieurs années, car selon Mai, cela avait commencé à attirer son attention lorsqu'il se heurtait sur les objets durs qu'il n'arrivait pas à esquiver, plus le temps passait, plus la difficulté s'installait, associé aux vertiges, même les levées du lit ou des chaises pouvaient s'accompagner de chutes. D'après Fevrier, lorsqu'il est dans un lit et dans un environnement étranger, cela peut provoquer la confusion et entraîner la perte de ses équilibres, à ce moment les chutes sont fréquentes « *les deux premiers jours d'hospitalisation étaient les plus difficiles, je tombais à chaque fois que je me levais, mais c'est parce que l'endroit ne m'était pas familier, j'ai des difficultés à être à l'aise dans les endroits que je ne maîtrise pas* ».

Habituellement, les lits doivent être placés à leur niveau le plus bas avec un rembourrage des deux côtés pour les patients à risque de chutes, mais les commodités logistiques de nos hôpitaux ne favorisent souvent pas ce privilège aux personnes âgées. Les lits n'ont pas de barrières qui puissent limiter les risques de tomber du lit. Les meilleures alternatives utilisées avec les personnes de notre étude sont la surveillance constante et la correction des facteurs de risque de chute majeurs induits par leurs comportements. Chez Janvier, on note l'agitation dont l'action pour la réduction des risques de chute est l'administration des médicaments sédatifs. Chez Avril, on mentionne l'anticipation et l'arrêt des actions à risque qu'elle initie. La surveillance attentive des patients à risque permet de prévenir les chutes, ce qui signifie pour les personnes âgées en gériatrie de ramener les lits à leur niveau le plus bas s'ils ont été surélevés pour des soins, de placer un rembourrage sur le sol à côté du lit et de s'assurer que les déversements de liquides soient nettoyés rapidement, garder les passages dans les chambres et les couloirs libres peut également réduire le risque de chutes.

5.3 ANALYSE DES DONNÉES LIÉES AU FONCTIONNEMENT COGNITIF EMOTIONNEL ET AFFECTIF DES CAS

5.3.1 Troubles fonctionnels

L'observation des troubles fonctionnels s'est faite à l'aide d'une grille qui nous a permis de mentionner les dysfonctionnements renseignés par les participants au niveau de chaque organe fonctionnel. À cet effet il est ressorti les troubles fonctionnels suivants :

Localisation anatomique	Troubles	Sujets
Organes de la tête et du cou	Vertiges, troubles visuels, acouphène, fatigue, insomnie, troubles de la concentration, maux de tête, migraine, toux fonctionnelle.	Fevrier, Mai, Juin et Juillet
Membres	Troubles somatosensoriels et moteurs, troubles locomoteurs, tremblement fonctionnel, douleurs locales.	Janvier, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet
Peau	Prurit, urticaire	Fevrier, Mars, Juillet
Système cardio-vasculaire et Organes respiratoires	Douleurs ressenties en avant du cœur, anomalies du rythme cardiaque (tachycardies, palpitations), crises hypertensives (élévation importante de la pression artérielle).	Janvier, Fevrier, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet
Système digestif	Troubles de la déglutition, troubles alimentaires, ballonnements, constipation, diarrhée, syndrome de l'intestin irritable, douleurs abdominales fonctionnelles.	Janvier, Avril, Mai, Juin, Juillet
Région urogénitale	Douleurs pelviennes, troubles mictionnels, dysurie, troubles sexuels	Fevrier, Avril, Mai, Juin, Juillet

Aucun **traitement pharmacologique spécifique n'est efficace** pour les troubles fonctionnels, selon les données fournies par les sujets : « *on nous prescrit chaque fois les médicaments pour les allergies, les ballonnements ou les douleurs, mais chaque jour on revient pour qu'ils nous prescrivent encore d'autres. Rien ne change, rien n'évolue* » dit Mai au sujet de la prise en charge des troubles fonctionnels qu'ils reçoivent. Dans la littérature, il est recommandé de recourir aux **psychothérapies** (thérapies cognitives et comportementales, etc.) et **physique** (programmes de kinésithérapie, orthophonie, psychomotricité) selon le type de troubles. Cependant, ces programmes sont peu intégrés dans la prise en charge au service de gériatrie. En moyenne une fois sur deux semaines que les exercices de psychomotricités sont programmés, et en ce qui concerne les massages, c'est à la demande et sous frais des patients que l'on fait venir les kinés. Ceci est du surtout à l'absence de personnels qualifiée pour ces

prises en charge au service de gériatrie. Renseigne ainsi la Major du service de gériatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé.

Les cas de troubles répertoriés dans cette étude nous démontrent que nos sujets souffrent pour la plupart de troubles que l'on appelle des troubles fonctionnels. Ils sont confrontés à un double problème : d'une part, aucun diagnostic n'est posé face à leur souffrance et donc aucune solution ne leur est proposée ; d'autre part, leur souffrance est mal reconnue et leur entourage a du mal à les comprendre. Ils sont très souvent accusés à tort de simuler un malaise juste pour attirer l'attention. C'est que mentionne Juillet en ces termes « *je n'aime même plus me plaindre quand j'ai le ventre qui ne digère pas bien, quand sa gonfle ou quand sa bourdonne dedans. Parce que chaque fois que je me plains, on pense que c'est un mensonge que je dis* ». Selon Janvier « *on nous croit souvent quand les plaintes sont visibles, comme la main qui gonfle ou les boutons qui ont envahis notre corps* ». Pour Avril c'est la même réalité « *il faut que tes yeux soient rouges, gonflés et ne s'ouvrent même plus pour qu'on accepte que tu as mal* ». Ces déclarations renseignent de ce que dit Mai « *si tu dis que tu as mal, tu as les crampes, ou que ta main refuse de s'ouvrir, on va te regarder comme si on t'accusait d'avoir menti, pourtant c'est réel, tu souffres* ».

5.3.2 Insomnie chronique et fonctionnement cognitif

L'insomnie chronique chez les personnes âgées a un impact négatif significatif sur la qualité de leurs vies et augmente ainsi leurs risques cardiovasculaires. Étant donné la relation étroite entre le sommeil et les capacités cognitives, on constate que presque tous nos sujets souffrent d'insomnies et les conséquences vont de la perte progressive de la mémoire (Février, Mai, Juin et Juillet), de difficultés dans l'intégration de tâches bidimensionnelles visuelles et sémantiques (Janvier, Avril, Mai, Juin, Juillet), dans l'orientation de l'attention vers un objectif (Février, Mars, Juillet), dans l'estimation du temps et dans le fonctionnement exécutif (Mars, Avril, Juin, Juillet).

En fait, le vieillissement en tant que tel est associé à un moins bon fonctionnement cognitif. Cela affecte normalement les capacités cognitives qui sont très importantes dans la vie de tous les jours, comme l'attention, l'inhibition et la mémoire

Selon Mangaliasche et al. (2012) avaient ressorti parmi les facteurs qui justifient le déclin de l'activité cognitive chez les personnes âgées, les facteurs tels que : la vie sédentaire, l'isolement, une vie cognitive peu stimulante, l'exposition à des pesticides, et, plus généralement, à des toxiques environnementaux, le tabagisme, des épisodes dépressifs, un faible niveau scolaire, une enfance défavorisée, des facteurs socio-économiques défavorables,

l'absence de buts dans la vie, des troubles respiratoires durant le sommeil, des expériences traumatisantes, une vulnérabilité au stress, la consommation de benzodiazépines, une alimentation inadéquate, le diabète, une maladie cardiaque, l'hypertension, des lésions vasculaires cérébrales, un indice de masse corporelle élevé, etc. Auprès de nos sujets, nous relevons des facteurs tels que le tabagisme (Cas Mai), un faible niveau scolaire (Janvier, Mars, Avril, Mai), une enfance défavorisée (Janvier, Février, Mai, Juillet), des facteurs socio-économiques défavorables (Avril, Mai, Juin), des expériences traumatisantes (Janvier, Février, Mai, Juillet), une vulnérabilité au stress (Janvier, Février, Mars, Mai, Juin, Juillet), le diabète, une maladie cardiaque, l'hypertension, des lésions vasculaires cérébrales (Janvier, Février, Mars, Avril, Mai, Juin, Juillet).

Les observations que nous avons effectuées auprès des participants que cette étude nous ont permis de noter des difficultés d'ordres cognitives qu'ils rencontrent. Les observations ont été réalisées pendant que les pensionnaires du service de gériatrie étaient mobilisés par les infirmières à des exercices de rééducations et dans d'autres circonstances, nous même avons conçu des exercices auxquels ils devaient participer. Comme dans les travaux de Cattell (1987), nous avons noté un effet dissociatif de l'âge indiquant que seule la composante fluide de l'intelligence est altérée au cours du vieillissement. La mémoire de travail, qui est fortement associée au contrôle exécutif a subi un effet de l'âge important alors que la mémoire sémantique, qui est principalement associée aux représentations, est particulièrement préservée seulement chez Février qui est atteint d'un Alzheimer. Les fonctions de raisonnement et de mémoire sont progressivement en déclin, car souvent la reconstruction de son discours, lorsqu'il est question de se rappeler d'une histoire de son enfance ou d'un événement, est relaté avec des sauts au niveau du temps et de l'espace. Dira-t-il à la suite d'une demande formulée « *oui je me souviens quand j'avais 7 ans, avec mes frères nous sommes allés chercher les mangues... à l'école, on jouait souvent à des jeux de bagarres et de poursuite... je ne sais plus bien, c'est un peu flou dans ma tête, comme si je savais ce que je vais dire, mais quand je vais le dire sa disparaît.* » On constate que le fonctionnement de la mémoire de Février n'arrive plus à faire appel à une réserve fixe de ressources cognitives.

En ce qui concerne les autres sujets, le rappel des événements de leurs enfance à travers le récit d'une histoire à montrer qu'ils ont la capacité de se souvenir des événements marquant de leurs enfances, mais ces souvenirs ne sont pas complets, parce que les noms de certaines personnes du récit ne sont plus connus, et souvent même, ce sont des lieux qu'ils ont oubliés.

Cela s'illustre dans le récit de Juin à travers : « *Moi, il fut un jour quand j'avais entre 8 ans 10 ans, je ne me souviens plus de l'âge exactement, mais j'allais à l'école avec mes amis, il y'a un de mes voisins... je ne me rappelle plus de son nom, il est venu nous rejoindre pour qu'on marche ensemble, mais une moto qui passait par là l'a renversé et il est mort sur place. Je ne peux jamais oublier ce moment-là* ». Juin se rappelle de l'évènement tragique qu'il qualifie d'inoubliable, mais ne se rappelle plus du nom de son voisin, pourtant étroitement lié à l'évènement. Chez Mars, ce sont les souvenirs des goûts et des sons qui disparaissent progressivement.

L'hypothèse du déficit de ressources attentionnelles s'est trouvée étayée par un certain nombre d'exercice qui nécessitaient plus de ressources attentionnelles. À travers les jeux de cartes et de dames à travaux qui ont montré que les effets de l'âge dans une tâche de mémoire sont d'autant plus importants que la tâche est coûteuse en ressources attentionnelles (Craik & McDowd, 1987). Ainsi, le vieillissement s'accompagnerait de difficultés spécifiques au niveau des mécanismes d'inhibition, entraînant une moindre capacité à focaliser l'attention sur les informations pertinentes à la réalisation de la tâche en cours. La capacité de la mémoire de travail des sujets de notre étude se trouverait ainsi limitée par le fait d'un encombrement important par des informations non pertinentes. Ainsi, plus la tâche cognitive à réaliser repose sur l'utilisation de la mémoire de travail, plus la tâche est mal réalisée à cause de sa défaillante associée à l'effet du vieillissement.

Avec l'avancée en âge, l'individu est de plus en plus confronté à des limites cognitives touchant certains domaines de la cognition. Néanmoins, on pense à l'heure actuelle que ces phénomènes d'adaptation cognitive au cours du vieillissement pourraient être le résultat de deux formes distinctes de résilience cognitive. D'une part, des interventions extérieures sous la forme d'expériences d'entraînement ou d'aide environnementale pourraient permettre d'« induire » des mécanismes de compensation permettant aux adultes âgés de compenser leurs difficultés, soit en réduisant la part des ressources nécessaires à la réalisation de la tâche, soit en incitant à la mise en place de stratégies cognitives différentes plus à même de faciliter l'atteinte de l'objectif (Bäckman & Dixon, 1992).

5.3.3 L'anxiété et la dépression

Pour connaître les spécificités psychologiques de nos sujets, nous les avons écoutés et nous les avons observés. Des données issues des entretiens et des observations, nous avons

relevé la présence de l'anxiété. L'anxiété du sujet âgé recouvre à la fois une réactivité particulière au stress à cette période de la vie et l'anticipation en désarroi d'un sentiment pénible de danger. A la lecture de leurs environnements de vie, il peut s'avérer que ce soit les facteurs de stress qu'ils subissent qui influent probablement sur la profondeur de leurs anxiétés (abandon par les enfants, perte du conjoint, maladie chronique, pauvreté...). Toutes ces expériences auraient participé d'une manière ou d'une autre à les exposer à des risques d'anxiété.

L'état de maladie entraîne souvent chez le sujet des comportements de régression, et surtout de dépendance affective. Ce qui est également transposée à la vieillesse avec toutes les pertes qu'elle engendre. Les émotions de la personne âgée malade sont de ces façons très instables. Comme nous l'avons noté auprès des cas de notre étude, des comportements comme l'irritabilité, la colère voire l'agressivité verbale chez Janvier, Février et Mai. Ces troubles comportementaux ont également été notés chez Avril et Juin à travers la méfiance, l'apathie et la passivité. Une dépendance et une absence de liberté d'action chez Février, de même que chez Avril et Juillet. Des sentiments d'insécurité et d'insuffisance et des nostalgies de l'enfance avec réminiscence des désirs non assouvis chez Mars et Juin.

Chez les sujets âgés, l'association entre anxiété et dépression peut se voir en termes de comorbidité ou d'expression de la dépression sous un masque anxieux. La présentation du syndrome dépressif chez les sujets âgés de cette étude est atypique, par rapport à la symptomatologie retrouvée dans le DSM pour les adultes. En effet, nous avons répertorié la présence chez eux des syndromes d'alexithymie, les conduisant à exprimer leurs émotions et ressentis via des plaintes physiques multiples. L'anxiété est également un masque fréquent de la dépression chez le sujet âgé, ce qui nécessite une attention particulière pour déceler la souffrance psychique derrière ce masque, en veillant à ne pas banaliser l'anxiété.

Chez nos sujets, on retrouve ceux qui ont une perte d'appétit ou des changements dans les habitudes de sommeil « *il y'a des jours je reste sans rien manger et je n'ai même pas faim. Je n'ai pas envie de manger* » dit Février. On retrouve ceux qui ont notamment une tendance à s'isoler, selon Mai, il arrive très souvent des jours qu'il aime rester seul, parce qu'il a besoin de tranquillité pour mettre de l'ordre dans ses idées. Certains sujets comme Janvier, Avril et Juin sont décrits comme à l'extrême de la perte d'autonomie et de l'espérance de vie. La perte d'autonomie a eu un gros impact sur leur santé mentale. Parfois, ils entrent en détresse psychologique quand ils réalisent qu'ils sont en perte d'autonomie plus importante. Le lien entre santé physique et mentale est très fort et peut former un cercle vicieux chez les personnes

qui sont régulièrement en mauvais état de santé, car plus elles vont avoir des douleurs et des pensées noires, plus elles auront des difficultés à se mouvoir, à marcher et même à manger. Comme Février, les personnes âgées qui présentent ces caractéristiques ont moins d'énergie et de volonté pour participer aux activités.

Certaines douleurs chroniques arrivant avec la vieillesse peuvent être difficiles à accepter. Tous les sujets de cette étude ont des douleurs rhumatismales ou des arthrites, comme le dit Mars, ce sont ces « *petits bobos un peu trop fréquents qui nous empêchent de nous sentir à l'aise dans toutes sortes de petites affaires* ». Selon Mai, c'est normal et rajoute, « *mais ça me dérange un peu, surtout l'arthrite dans mes doigts. Mais j'essaie de faire tout pareil* ». Il est assez rare comme le démontre Bower *et al.* (2015), qu'une personne de plus de 80 ans se plaigne de souffrir d'anxiété, car elle aura plutôt tendance à exprimer ses symptômes somatiques comme « *j'ai mal au dos, aux jambes, aux mains* » qui ressortent dans les plaintes des sujets, ou encore qu'ils souffrent de migraines. Ces plaintes somatiques peuvent camoufler une anxiété envahissante (Flint, 2005). Les douleurs chroniques que ressentent les sujets de notre étude peuvent être associées à des états émotionnels, tels que du stress ou des inquiétudes. Parmi les inquiétudes les plus répandues chez Mars par exemple, on note la peur de devenir dépendant, tandis que Janvier a peur de perdre la mémoire et de devenir sénile, Juin, Juillet, Avril et Février vivent dans la peur de mourir seul ou de se faire abandonner par leurs enfants Mars et Mai ont peur de chuter. En effet, nos sujets souffrent de maladies physiques qui imitent les symptômes d'anxiété.

Considérant que les symptômes anxieux qu'ils présentent peuvent aussi être rapportés par les dans les symptômes de dépression (fatigabilité, irritabilité, problèmes de sommeil et difficultés de concentration), il est parfois difficile de dissocier les manifestations anxieuses de celles dépressives. Il est donc possible que parmi nos sujets, certains souffrent des deux. C'est à travers le contenu de leurs ruminations que nous pouvons déterminer l'existence de la dépression ou de l'anxiété.

5.5. INTERPRETATIONS DES RESULTATS ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE

5.5.1 Interprétation des données

Les personnes âgées sont souvent perçues par l'entourage comme exigeantes et égoïstes. Elles sont aussi souvent perçues comme allant en s'appauvrissant au fur et à mesure qu'elles vieillissent. Les personnes qui s'en occupent sont alors tentées d'essayer de leur apporter, de l'extérieur, des soins au sens large, afin de pallier à ce qu'elles perçoivent comme la solitude,

l'abandon, le rejet des personnes âgées. Cette impression liée à la qualité de soins n'est pourtant pas constante et peut varier en fonction de la richesse de l'environnement de ces personnes âgées, de même que le caractère bienveillant de leurs proches.

Concernant les personnes âgées hospitalisées en service de gériatrie de l'Hôpital Central de Yaoundé, nous avons relevé des éléments sur leurs fonctionnements et sur leurs perceptions de la qualité de soins qui leur sont offerts. À un stade sévère de leurs vies où ils cohabitent avec la maladie et le handicap, les troubles neurocognitifs, fonctionnel et moteurs sont majeurs.

Comme déjà présenté, dans les écrits précédents sur la perte d'autonomie fonctionnelle (Creditor, 1993 ; Palmer, 1995 ; Sager et Rudberg, 1998 ; Palmer, Counsell & Landefeld, 1998), il a été observé que l'âge, la maladie, les effets iatrogéniques de certaines mesures de soins, l'environnement hospitalier, la dénutrition, les facteurs de déconditionnement sont des déterminants associés, à des degrés variables, à la perte d'autonomie fonctionnelle durant l'hospitalisation. À la suite de ces premiers travaux, d'autres recherches ont été menées afin d'identifier ou de mieux cerner des déterminants de la perte d'autonomie fonctionnelle de la personne âgée hospitalisée. L'ensemble de ces déterminants ont été regroupés par thèmes dans ce chapitre.

Le déclin des fonctions cognitives entraîne une modification de la personnalité, des troubles du comportement et une forte perte d'autonomie. Il impacte fortement la qualité de vie. On retrouve dans cette étude tous les symptômes psychologiques et comportementaux des sujets. Les plus marquants sont : la perte progressive des souvenirs, la difficulté de faire des choix et les troubles des comportements moteurs et de la posture. Nous pouvons valider l'hypothèse que *la perte d'autonomie a une influence sur la qualité de vie des personnes âgées hospitalisées en service de gériatrie de l'HCY*, une intervention à travers des exercices de rééducation améliora significativement la qualité de vie à travers la réduction des troubles psycho-comportementaux.

5.5.2 Perspectives de l'étude

Le vieillissement de la population est un fait qui commence à être majoritairement acquis. Malgré les évidences qu'il pose, certaines personnes se refusent à envisager les impacts sociétaux de ce phénomène. Et pourtant, l'avenir de la santé est de plus en plus marqué par une croissance de la prévalence des maladies chroniques et un vieillissement de la population. Les changements épidémiologiques seront majeurs au sein de la population gériatrique. Les services

de gériatrie doivent doubler leurs capacités de prise en soins des personnes âgées, car selon une étude menée par Vaud (2017) le nombre de lits devrait passer de 3 700 à 6 200 dans les hôpitaux et de 6 000 à 10 600 dans les services de soins de longue durée d'ici 2040. Il est clair que même en tenant compte d'une compression de la morbidité, donc d'une croissance de l'espérance de vie en santé, les besoins en soins et en accompagnement vont exploser. Si rien n'est fait dans les services de gériatrie au Cameroun en ce qui concerne l'amélioration de la qualité des soins chez les personnes âgées, nous pourrions nous attendre à de lourdes conséquences sur les besoins en infrastructures hospitalières, en hébergement de longue durée ainsi que sur les besoins de ressources à consacrer à l'aide et aux soins à domicile.

Nous partageons ces réalités et les questionnements qui en découlent avec toutes les autres communautés du monde (Haut Conseil de Santé Publique, 2017 ; Ministère de la Santé, Ministère des affaires sociales). Quels que soit son modèle de protection sociale, son mode de fonctionnement et de financement, le Cameroun doit s'adapter à l'évolution des besoins chez les personnes âgées fragiles et anticiper leurs prises en charges par des interventions médico-sociales adaptées. À ce titre, les questions de prévention et d'organisation des soins seront essentielles à traiter dans la recherche d'efficience. La littérature à ce sujet est abondante. Des expériences et tentatives pour adapter les systèmes de soins se mettent en place et sont progressivement évaluées : dans leur grande majorité, celles-ci s'orientent vers un recentrage des dispositifs d'aide et de soins sur la communauté, en mettant au centre de la réflexion les besoins et les trajectoires des personnes âgées davantage que les besoins en infrastructures. Ces réflexions sont sous-tendues par des questionnements de fond tels que :

1. Défendre une vision holistique de l'individu dans le système de soins et le reconnaître dans sa globalité « bio, psycho, sociale et spirituelle » (Sulmasy, 2002) ;
2. Repenser un système capable de prendre en compte les choix de l'individu, ses compétences et ses ressources (y compris celles de son entourage significatif) ;
3. Développer la capacité d'anticipation au sein du système : avoir une meilleure identification des risques au niveau d'une population et pouvoir attribuer les ressources en fonction du type de risque (stratification) ;
4. Mettre en place des mesures de prévention du déclin fonctionnel : conserver à son plus haut niveau d'autonomie les compétences des personnes sur le plan physique, cognitif ou encore de l'intégration sociale ;

5. Définir et renforcer la première ligne de soins, sa capacité d'intervention et de coordination. De sa bonne articulation avec les dispositifs médico-sociaux (soins à domicile, structures d'accueil temporaire) et sociaux (monde associatif, intervenants professionnels) va dépendre la capacité de la première ligne de soins à construire rapidement une réponse visant la résolution d'un moment de crise, d'une décompensation temporaire et, ainsi, éviter le recours à l'hôpital comme réceptacle d'une telle situation, alors que celui-ci n'est pas toujours en capacité de la gérer ;
6. Construire une véritable articulation des mondes sanitaires et sociaux autour des intérêts de la personne ;

Il ne s'agit donc plus seulement de construire de nouveaux référentiels, de nouvelles réglementations ou de réformer des mécanismes d'allocation de ressources ; il faut une mobilisation de la société qui doit (ou devra de toute manière) se questionner à nouveau sur la santé des personnes âgées fragiles, sur l'accès aux soins, sur l'équité, sur la vie, sur la mort.

La période actuelle marquée par des crises qui ne cessent de croître et d'amenuiser le tissu social nous rapproche probablement d'un point de rupture. Les débats actuels sont tournés vers l'économie et le marché « de la santé » d'un côté, l'individu avec « sa santé » comme bien le plus précieux de l'autre.

Il faut aujourd'hui cultiver un terreau favorable qui ne soit pas ancré dans un discours misérabiliste, mais dans un discours positif, qui permette l'amélioration d'une qualité de vie épanouissante dans une société future au sein de laquelle les valeurs fondamentales qui la structure sont exprimées en termes d'équité de traitement, de justice distributive, et enfin de solidarité. Il faut renforcer le discours positif autour de la santé des personnes âgées, permettre une réappropriation du bien-être en générale par les populations, non seulement au niveau individuel, mais aussi collectif. Ce type de débat devrait être davantage mené dans des collectivités et des communautés plutôt qu'au niveau politique (The Lancet Public Health Editorial, 2017). Pour y parvenir, il faut d'une part, travailler sur les compétences en santé, dans tous les groupes d'âge, afin qu'une véritable conscientisation de ce qu'est la santé puisse se développer. D'autre part, il faut responsabiliser les petites collectivités publiques à leur rôle essentiel à jouer pour construire des environnements favorables à la santé, tel que défini par ses propres citoyens. Les pouvoirs publics devront apprendre à être humbles et à observer et soutenir l'émergence de ces petites germinations.

Les défis posés par le vieillissement touchent donc de manière très fondamentale les systèmes de soins et d'accompagnement, les politiques publiques qui les sous-tendent et mettent en jeu le rôle citoyen que nous devons toutes et tous jouer.

CONCLUSION

Au sortir de ce travail où il était question pour nous de ressortir le lien qui existe entre la qualité de vie et la perte d'autonomie chez les personnes âgées, force est de constater que Le déclin des fonctions cognitives entraîne une modification de la personnalité, des troubles du comportement et une forte perte d'autonomie de la personne âgée en des sujets hospitalisés à HCY est fonction de l'orientation thérapeutique qui se doit d'intégrer les différentes dimensions motrices, cognitives et affectives qui s'intègrent et se combinent dans l'accompagnement et le soutien social.

Afin de rendre opérationnelle la perte d'autonomie, nous avons, à partir des différentes approches théorie du soutien social, définie trois modalités. À partir de ces modalités que nous avons construit nos hypothèses de recherche. Nos hypothèses de recherche se présentaient ainsi que suit :

***HS1** : la dégradation du fonctionnement somatique liée au vieillissement à une influence sur la qualité de vie chez la personne âgée,*

***HS2** : les difficultés dans les automatismes fonctionnels influencent la qualité de vie des personnes âgées,*

***HS3** : les restrictions liées à la participation sociale influencent la qualité de vie chez des personnes âgées.*

Auprès des personnes âgées de l'hôpital central de Yaoundé, nous avons sélectionné un échantillon de sept (07) sujets, dont quatre hommes et trois femmes. C'est auprès d'eux que nous avons recueillis des informations au moyen d'un guide d'entretien semi directif et d'une grille d'observation. Ces données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu, et les résultats nous ont permis de confirmer nos hypothèses de recherche. De ce fait, nous parvenons à la conclusion selon laquelle, Nous pouvons valider l'hypothèse que *la perte d'autonomie a une influence sur la qualité de vie des personnes âgées hospitalisées en service de gériatrie de l'HCY*, une intervention à travers des exercices de rééducation améliorera significativement la qualité de vie à travers la réduction des troubles psycho-comportementaux.

Grâce à cette étude nous avons réalisé l'importance des dimensions motrices, cognitives et affectives et celle de l'environnement du sujet dans sa prise en charge. Les apports théoriques permettent d'affiner la compréhension du mode de fonctionnement du sujet, complémentirement à l'approche holistique du thérapeute.

Prendre en charge et accompagner les personnes âgées nécessite de connaître au préalable les bases sur les différents sens, l'impact de la déficience liées à l'âge, ainsi que les répercussions psychoaffectives qu'elles pourraient entraîner. De surcroît, l'accompagnement ou la prise en charge des personnes âgées trouve sa place dans le suivi du senior, lequel doit pouvoir se sentir Homme, pourvu de capacités et d'émotions, méritant d'exister et d'être reconnu. Abstraction faite de l'âge du sujet, se tient une personne, enrichie par son histoire et ses expériences vécues, qui l'ont façonnée progressivement et inconsciemment. L'éducateur spécialisé, le psychologue, le gérontologue se doit d'intervenir auprès de la personne âgée, si celle-ci se tient isolée et passive, ainsi que de tenter de restituer de la vie, de l'envie de vivre, d'être présente et d'interagir avec son entourage. Tout comme le conseille Julliand (2011), « *Il faut ajouter de la vie aux jours, lorsqu'on ne peut plus ajouter de jours à la vie* ».

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Aguerre, C., et Bouffard, L. (2003). Le vieillissement réussi : théories, recherches et applications cliniques. *Revue québécoise de psychologie*, 24(3), 107-129.
- Alassani, A. (2007). *Consommation des aliments riches en antioxydants, prévalence de l'hypertension artérielle, du diabète sucré et de l'obésité chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans le Littoral (Cotonou)*. Thèse de doctorat en médecine, Faculté des Sciences de la Santé (FSS), N°1328, Cotonou.
- Alaphilippe, D., Fontaine, R., Personne, M. (2007). *Difficultés et réussites de la vie en établissements pour personnes âgées, Préventions et conduites à tenir, Pratiques gérontologiques*. Paris : Erès
- Albaret, J-M., Aubert, E. (2001). *Vieillesse et psychomotricité*. Marseille : Solal
- Amadou Sanni, M. et Attemba, R. (2010). Santé de la reproduction des Adolescents/Jeunes (SRAJ) et Défis des Réformes des Systèmes de Santé pour l'atteinte des OMD. *Bulletin d'information sur la population d'Afrique et de Madagascar (BIPAM)*. Vol. 57,2-3.
- Andersson, I., Pettersson, E. et al. (2007). Daily life after moving into a care home - experiences from older people, relatives and contact persons. *Journal of Clinical Nursing*, 16(9): 1712-1718.
- Arendt, H. (1958). *La condition de l'homme moderne*. Paris : Calmann Lévy,
- Assogba, M. (2005). *État anthropométrique, mode alimentaire et prévalence de l'hypertension artérielle chez les 65 et plus dans le littoral*. Thèse de doctorat en médecine, FSS/Cotonou, N°1209, 89p
- Atchley, R. C. (s.d.). Disengagement among Professors. *Journal of Gerontology*, 476-480.
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *Gerontologist*, 183-90.
- Attias-Donfut, C. (2009). Les grands-mères au centre des solidarités familiales. *Dans Vieilles, et après! Femmes, vieillissement et société*. Michèle Charpentier et Anne.

- Auerbach, C.F., et Silvestern, L.B. (2003). *Qualitative data. An introduction to coding and analysis*. New York : University Press, New York.
- Baltes, P. B., et Baltes, M. M. (1989). Optimierung durch Selektion und Kompensation. *Zeitschrift für Pädagogik*, 35(1), 85-1051.
- Baltes, P. B., et Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In: P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (1-34051). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bianchi, H., (1985). Entre deuil et déni, dynamique du sujet âgé face à la situation de perte. In *Psychologie Médicale*, Tome 17, n°8.
- Bilton, T., Bonnett, K., Jones, P., Lawson, T., Skinner, D., Stanworth, M. et Webster, A. (2002) (Eds.). Health, illness and medicine, In *Introductory Sociology* (4th Ed.) (354-379). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Blanché, A. (2007). Ruptures-passages : approches psychanalytiques du vieillissement. *Gérontologie et société*, n° 121, 11-30.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in Late Life: Review and Commentary. *Journals of Gerontology Series A-Biological Sciences & Medical Sciences*, vol 58, 249-265.
- Bolton, D., (2013). Should mental disorders be regarded as brain disorders? 21st century mental health sciences and implications for research and training. *World Psychiatry*, 12(1), 24-25.
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. et Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine*, 2(6), 576-582.
- Bouch, J., (2011). Biopsychosocial psychiatry. Advances. In *Psychiatric Treatment*, 17(4), 239-239.
- Cazale, L. et Dimitru, V. (2008). Les maladies chroniques au Québec: quelques faits marquants. *Série Enquête sur la santé et les collectivités canadiennes*. http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2008/z00msante_mars08.pdf

- Charney, D. S. et coll. (2003). Depression and Bipolar Support Alliance Consensus Statement on the Unmet Needs in Diagnosis and Treatment of Mood Disorders in Late Life. *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, p. 664-672.
- Clément, J-P. (2009). *Psychiatrie de la personne âgée*. Paris: Flammarion, coll. Médecine-Sciences.
- Cook, G. (2006). The risk to enduring relationships following the move to a care home. *International Journal of Older People Nursing* 1(3), 182-185.
- De Souto Barreto, P., et Ferrandez, A. M. (2011). Le processus incapacitant au cours du vieillissement : rôle de l'exercice/activité physique. *Bull Mém Société D'Anthropologie*, 19,3-4.
- Donnio, I., (2005). L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société*, n° 112, 73-92.
- Drame, M., (2004). La fragilité du sujet âgé : actualité-perspectives. *Gérontologie et société*. 2 (109), 31-45.
- Dupuis, G., Perrault, J., Lambany, M.C., Kennedy, E. et David, P. (s.d.). A new tool to assess quality of Life: The quality of life systemic inventory. *Quality of Life and Cardiovascular Care* 5, 36-45.
- Engel, G. L. (1977). The clinical application of the biopsychosocial model. *In American Journal of Psychiatry*, 1980(137), 535-544.
- Fava, G. A., et Sonino, N. (2007). The biopsychosocial model thirty years later. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), 1-2.
- Fiske, A., Wetherell, J.L., Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, vol. 5, 363-389.
- Freud, S. (s.d.). Le Moi et le Ça .in *Essais de psychanalyse*, 219–262.
- Fry, P. (2000). Aging and Quality of Life (QOL) - the Continuing Search for Quality of Life Indicators. *International Journal of Aging and Human Development*, 50(4), 245–261.
- Gallarda, T. et Lôo, H. (2009). Dépression et personnes âgées. In *L'Encéphale*, 35(3), 269-80.

- Glass, T. A. et Balfour, J. L. (2003). Neighborhoods, Aging, and Functional Limitations. In: Kawachi I., Berkman L. F. dir. *Neighborhoods and Health* (p. 303-334). New York: Oxford University Press.
- Gubennan, N. (2006). Dans *Valeurs et normes de la solidarité familiale: statu-quo, évaluation, mutation?* Résultats de recherche: Prendre soin des personnes âgées: Quelle part de responsabilité pour la famille? Programme des actions concertées, Le vieillissement de la population et ses impacts économiques et sociodémographiques. Université du Québec à Montréal.
- Henchoz, K., Cavalli, S. et Girardin, M. (2008). Health Perception and Health Status in Advanced Old Age: a Paradox of Association. *Journal of Aging Studies*, vol 22, 282–290.
- Herfray, Ch., (1985). Vieillesse : identité, deuil et castration. *Bull Psychologie*; 38(370), 523-31.
- Hochschild, A. R., (1975). Disengagement Theory: A Critique and Proposal. *American Sociological Review*.vol. 40 (Oct.), 553-569.
- Hybels, C. F. et Blazer, D. G. (2003). Epidemiology of Late-Life Mental Disorders.*Clinics in Geriatric Medicine*, vol. 19, 663-696.
- Idler, E., et Benyamini, Y., (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies.*Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Ksensée, A. (2004). Dépression essentielle et narcissisme. *Revue Française de Psychanalyse* ; 68(12),83-96.
- Lesemann, F., (2001). L'évolution des politiques sociales et le maintien à domicile. *Le gérontophile*, 23(1), 3-6.
- Lowenthal, M.F. et Haven, C. (1968). Interaction and adaptation: Intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*; 33, 20-30.
- Mancini, J.A. (1979). Family relationships and morale among people 65 years of age and older. *American Journal of Orthopsychiatry*, 19(2), 292-300.
- Mukamurera, J., Lacourse, F. et Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, volume 26(1), 110-138.

- Murray, C. J. et Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*. Cambridge (Mass.). Harvard University Press.
- Neckelmann, D., Mykletun, A. et Dahl, A.A. (2007). Chronic insomnia as a risk factor for developing anxiety and depression. *Sleep*, 30(7), 873-80.
- Netuveli, G., et Blane, D., (2008). Quality of Life in Older Ages. *British Medical Bulletin* 85(1),13–26.
- Onnis, L. (1997). La maladie : un phénomène qui exige une optique de la complexité. In M. Vannotti & M. Célis-Gennart (Eds.), *Malades et familles. Penser la souffrance dans une perspective de la complexité* (p. 23-28). Genève: Médecine et Hygiène.
- Palsson, S., et Skoog, I. (1997). The Epidemiology of Affective Disorders in the Elderly: A Review. *International Clinical Psychopharmacology*, vol. 12(7), 3-13.
- Patrick, J.H., Johnson, J.C., Goins, R.T., Brown, D.K. (2004). The effects of depressed effect on functional disability among rural older adults. *Quality of Life Research*, vol. 13(5), 959-967.
- Pennec, S. (2002). La politique envers les personnes âgées dites dépendantes : providence des femmes et assignation à domicile. *Lien social et Politiques*, n° 47, 129-142.
- Ploton, L. (2005). À propos du placement des personnes âgées. *Gérontologie et société*, n° 112, 93-103.
- Rose, A., (1968). A Current Theoretical Issue in Social Gerontology in *Middle Age and Aging*, Neugarten, U.C.P., p. 184-189.
- Rosenmayr, L., (1984). Social gerontologie In : Oswald W.D., Herrmann W.M., Kanowski S., Lehr U.M. & Thomae H.(Eds). *Gerontologie : Medizinische, psychologische und socialwissenschaftliche Grundbegriffe*, 436-443.
- Schenk, M. (1977). Kontinuität der Lebenssituation und “erfolgreiches. *Altern. Aktuelle Gerontologie* , 7 , 301-304

- Scott, J. et Dickey, B. (2003). Global Burden of Depression: The Intersection of Culture and Medicine. *British Journal of Psychiatry*, vol. (183), 92-94.
- Simeone, I.(1999). La rencontre psychothérapique dans la dépression à l'âge avancé .in *Psychothérapies*, 19(1), 13-22.
- Simon, O. (1997). Rester à domicile malgré la dépendance. In *Solidarité Santé* n°4, 10.
- Tylee, A., Gastpar, M., Lepine, J.P. et Mendlewicz, J. (1999). Identification of depressed patient types in the community and their treatment needs: findings from the DEPRES II (Depression Research in European Society II) survey. DEPRES Steering Committee. *International Clinic of Psychopharmacology*; 14(3) ?153-65.
- Webb, E., Blane, D., McMunn, A. et Netuveli, G. (2011). Proximal Predictors of Change in Quality of Life at Older Ages. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 542–547.
- Zaninotto, P., Falaschetti, E. et Sacker, A. (2009). Age Trajectories of Quality of Life among Older Adults: Results from the English Longitudinal Study of Ageing. *Quality of Life Research* 18, 1301

TABLE DES MATIÈRES

DEDICACE.....	II
REMERCIEMENTS.....	III
RESUME.....	V
ABSTRACT	VII
SOMMAIRE	IX
LISTE DES TABLEAUX	X
LISTE DES FIGURES.....	XI
LISTES DES ACRONYMES ET ABREVIATIONS.....	XII
INTRODUCTION.....	1
PARTIE I : CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE L'ETUDE.....	4
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE.....	5
1.1. CONTEXTE D'ETUDE ET JUSTIFICATION	5
1.1.1. État des lieux du vieillissement en Afrique	8
1.1.2. Dynamique et enjeux sociaux du vieillissement.....	9
1.1.3. Étude démographique du vieillissement en Afrique	11
1.2. FORMULATION DU PROBLEME	17
1.2.1 État de la Question.....	18
1.2.2 Situation du problème.....	20
1.3 QUESTION DE RECHERCHE ET HYPOTHÈSE GÉNÉRALE	21
1.3.1 Question de recherche.....	21
1.3.2 Hypothèse générale	21
1.3.3 Hypothèses de recherches.....	21
1.4 OBJECTIFS DE L'ETUDE	22
1.4.1 Objectif général	22
1.4.2 Objectifs spécifiques.....	22
1.5 INTERETS DE L'ETUDE	22
1.5.1 Intérêt scientifique	22
1.5.2 Intérêt académique.....	22
1.5.3 Intérêt social de l'étude.....	23
1.6 DELIMITATION DE L'ETUDE	23
1.6.1 Délimitation conceptuelle et thématique	23

1.6.2	Délimitation spatiale	23
1.6.3	Délimitation temporelle	23
CHAPITRE II : LA VIEILLESSE ET LE VIEILLISSEMENT		24
2.2	DEFINITIONS	24
2.2.1	Vieillesse	24
2.2.2	Vieillessement	25
2.3	LES « TYPES CLASSIQUES » DU VIEILLISSEMENT	26
2.3.1	Le vieillissement normal	26
2.3.2	Le vieillissement pathologique	26
2.3.3	La vieillesse réussie	26
2.4	LES COMPOSANTES « CLASSIQUES » DU VIEILLISSEMENT NORMAL ...	27
2.4.1	Le vieillissement physiologique	27
2.4.2	Le vieillissement sensoriel	27
2.4.3	Le vieillissement cognitif	29
2.4.4	Vieillessement psychomoteur	30
2.4.5	Fonctions locomotrices	33
2.5	DIFFERENTES APPROCHES SUR LE VIEILLISSEMENT	34
2.5.1	Le modèle biomédical	34
2.5.2	Le modèle biopsychosocial	36
2.5.3	L'approche écologique	39
2.5.4	Le modèle de Lawton et Nahemow (1973)	39
2.5.5	Le modèle de Bronfenbrenner (1979) de Glass et Balfour (2003)	40
2.5.6	Le modèle de Glass et Balfour (2003)	41
CHAPITRE III : QUALITE DE VIE ET SOUTIEN SOCIAL		42
3.1	LA QUALITE DE VIE	42
3.1.1	Définition	42
3.1.2	La qualité de vie chez les personnes âgées	42
3.2	LES APPROCHES THEORIQUES DU SOUTIEN SOCIAL	45
3.2.1	La tradition sociologique	45
3.2.2	La tradition cognitive	48
3.3	CONCEPTUALISATION ET MESURE DU SOUTIEN SOCIAL	51
3.3.1	Aspect structurel et aspect fonctionnel	51
3.3.2	Conceptualisation et mesure des liens sociaux	57
3.4	SOUTIEN SOCIAL : PERSPECTIVES COGNITIVES	57

3.4.1 Perspectives cognitives.....	57
3.4.2 Les interactions sociales négatives.....	65
3.4.3 Les mécanismes d'action du soutien social.....	68
3.4.4 Les conséquences « subjectives » ou psychologiques du soutien social.....	69
3.5 LE SOUTIEN SOCIAL EN LIEN AVEC LES COMPORTEMENTS DE SANTE	70
3.5.1 Les processus physiologiques en lien avec le soutien social.....	71
3.5.2 Les modèles des ressources matérielles et informationnelles.....	73
3.5.3 Les travaux empiriques.....	73
3.5.4 De l'égalité des chances devant le soutien social.....	75
3.6 EN CONCLUSION DU CHAPITRE SUR LA QUALITE DE VIE ET LE SOUTIEN SOCIAL.....	80
PARTIE II : CADRE METHODOLOGIQUE ET OPERATOIRE DE L'ETUDE	82
CHAPITRE IV : METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE.....	83
.....	83
4.1 RAPPEL DE LA QUESTION DE RECHERCHE ET DE L'HYPOTHESE GENERALE	83
4.1.1 Questions de recherche.....	83
4.1.2 Hypothèse Générale.....	83
4.1.3 Description de l'hypothèse générale.....	83
4.1.4 Tableau synoptique des variables, modalités, indicateurs, indices de l'hypothèse générale	87
4.2 MÉTHODES D'ENQUÊTE.....	90
4.2.1 Techniques de collectes de données et d'analyse.....	90
4.3 CONTEXTE ET POPULATION D'ETUDE	93
4.3.1 Le contexte de l'étude.....	93
4.3.2 Le site de l'étude : Hôpital Central de Yaoundé.....	94
4.4 LA COLLECTE DES DONNEES.....	98
4.4.1 Le déroulement des observations.....	98
CHAPITRE V : ANALYSES DES RESULTATS.....	101
5.1 PRESENTATION DES DIFFERENTS CAS.....	101
5.2 ANALYSE DES DONNES LIEES AU FONCTIONNEMENT SOMMATQUE DES CAS	104
5.2.1 Le Vieillessement pathologique et la présence des maladies dégénératives.....	104
5.2.2 Le vieillissement et la gestion des continences.....	106

5.2.3 Le vieillissement et les chutes	108
5.3 ANALYSE DES DONNES LIEES AU FONCTIONNEMENT COGNITIF EMOTIONNEL ET AFFECTIF DES CAS	109
5.3.1 Troubles fonctionnels.....	109
5.3.2 Insomnie chronique et fonctionnement cognitif	111
5.3.3 L'anxiété et la dépression	113
5.5. INTERPRETATIONS DES RESULTATS ET PERSPECTIVES DE L'ETUDE..	115
5.5.1 Interprétation des données.....	115
5.5.2 Perspectives de l'étude.....	116
CONCLUSION.....	117
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	117
ANNEXES.....	117

ANNEXES

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTÉ DES SCIENCES



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

THE UNIVERSITY OF YAOUNDÉ I

THE FACULTY OF EDUCATION

DE L'ÉDUCATION

GUIDE ENTRETIEN

CONNAISSANCE SUR LA PERSONNE AGÉE

- Qu'est-ce que la vieillesse selon vous ?
- Pour vous, à quel âge commence la vieillesse ?
- Quels sont les avantages du vieillissement ?
- Comment collabore-t-on entre personne du 3ème âge ?
- À quelles difficultés s'attend-t-on au 3ème âge ?
- Quels sont les facteurs aggravant l'état de santé des personnes âgées ?
- Quelles précautions doit prendre le sujet âgé pour être en bonne santé ?
- Comment percevez-vous les relations entre les personnes du 3ème âge et les jeunes ?
- Comment concevez-vous les relations entre les personnes du 3ème âge et les jeunes ?
- Que peut-on faire pour égayer les dernières années des personnes âgées ?

VÉCU DES PERSONNES AGEES

- Quels sont vos meilleurs souvenirs de la jeunesse ?
- Comment passez-vous la journée ?
- Avez-vous des distractions ? Si oui lesquelles ?
- Si non, souhaiteriez-vous suivre des activités de distractions ? Si oui lesquelles ?
- Est-ce qu'on vient vous demander des conseils ? Si oui, de quel ordre ?
- De quelle (s) affection (s) souffrez-vous ?
- Avez-vous des problèmes avec l'entourage ? Si oui, lesquels ?
- Quel (s) type (s) de jugement porte-on sur vous ?

- Quels impacts ces jugements ont-ils sur vous ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez actuellement ?
- Avez-vous subi des évènements traumatisants ces derniers temps ? Si oui lesquels ?
- Ressentez-vous la solitude ?
- Si oui, arrivez-vous à la surmonter ?
- Êtes-vous gagné parfois par le désespoir ?
- Si oui pourquoi ?
- Que faites-vous pour surmonter la solitude et le désespoir ?
- Que pensez-vous de la mort ?
- En avez-vous peur ?
- Les enfants répondent-ils à votre attente ?
- La personne âgée est crainte en dehors de sa famille. Selon vous, pourquoi ?

**QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION DE SOUTIEN SOCIAL
(SSQ6 DE SARASON & AL, 1983)**

Page 1 sur 3

Consignes :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question. S'il vous plaît, répondez de votre mieux à toutes les questions. Vos réponses resteront confidentielles

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

2-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

3-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé?

Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

4-Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

5- Qui vous acceptent tel que vous êtes c'est-à-dire, avec vos bons et mauvais côtés?

Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

6- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

7- En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

8- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

9- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

10- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

11- En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

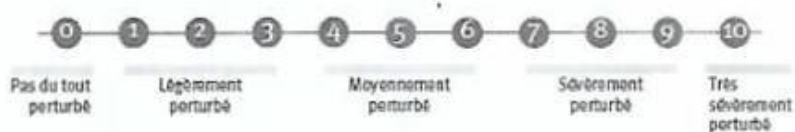
Aucune/ personne 1) 2) 3) 4) 5)
6) 7) 8) 9) 10)

12- Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

1. très insatisfait
2. insatisfait
3. plutôt insatisfait
4. plutôt satisfait
5. satisfait
6. très satisfait

ECHELLE DE HANDICAP OU D'INCAPACITE

Sur une échelle de 0 à 10, suivant le diagramme ci-dessous, indiquez le nombre qui décrit le mieux votre degré de gêne ou d'incapacité aujourd'hui dans chacun des domaines suivants : Travail, Vie Sociale et Activités de loisir, Vie Familiale et Responsabilités Domestiques.



Travail :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre travail est-il perturbé ?

(0 - 10)

Vie Sociale et Loisirs :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie sociale et vos loisirs sont-ils perturbés ?

(0 - 10)

Vie de famille et responsabilités domestiques :

A l'heure actuelle, du fait de votre problème, dans quelle mesure votre vie familiale et vos responsabilités domestiques sont-elles perturbées ?

(0 - 10)

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions

Merci de votre participation !