UNIVERSITÉ
DE GENÈVE
FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
ET DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION

Entrée en établissement médicosocial d'adultes âgés : suivi longitudinal de l'admission à six mois plus tard

MEMOIRE REALISE EN VUE DE L'OBTENTION DE LA

MAITRISE UNIVERSITAIRE EN PSYCHOLOGIE
ORIENTATIONS

PSYCHOLOGIE CLINIQUE
PSYCHOLOGIE DEVELOPPEMENTALE

PAR

Nadine Bender

DIRECTEUR DE MEMOIRE

Matthias Kliegel

JURY

Matthias Kliegel

Alexandra Hering

Stéphanie Cauvin

GENEVE, AOUT 2017

UNIVERSITE DE GENEVE

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

SECTION PSYCHOLOGIE

Résumé

Entrer en EMS : qui a déjà songé à une telle éventualité pour vivre sa vieillesse ? Au travers de ce travail, nous tenterons d'apporter un éclairage nouveau sur des questions souvent empruntes de préjugés au sujet des personnes entrant et vivant en EMS. Les capacités cognitives, ainsi que trois facteurs de risque (la solitude, la dépression et la dépendance physique) et deux facteurs protecteurs (avoir des buts dans la vie et la résilience) ont été évalués à l'entrée en EMS, à trois mois et à six mois. Quarante-huit sujets ont participé à l'étude. Les résultats concernant les capacités cognitives diminuent entre l'entrée en EMS et trois mois plus tard, puis ils s'améliorent. Les résultats de la solitude augmentent de manière significative entre l'entrée et trois mois plus tard, mais diminuent ensuite. Les autres facteurs (dépression, dépendance, buts dans la vie et résilience) n'ont pas révélé de résultats significatifs. Nos observations suggèrent une période de transition et d'adaptation durant les trois premiers mois en institution.

Remerciements

Un mémoire de fin d'étude universitaire constitue le couronnement d'un long parcours, jalonné par de nombreuses rencontres enrichissantes. Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de ce mémoire.

Au Professeur Matthias Kliegel, qui m'a fait confiance en m'encourageant à me lancer dans cette aventure et en acceptant de me suivre. Vous m'avez permis de guider et mener ma propre recherche. Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre soutien qui m'ont mené à la réalisation de ce projet qui me tenait très à cœur.

Aux neuf institutions de la région genevoise qui ont accepté de prendre part à l'étude.

A tous les participants sans qui nous n'aurions pas pu faire ce travail ! Merci de nous avoir accueilli dans votre nouveau domicile et d'avoir accepté de répondre à nos questions, qui plus est à trois reprises. Une pensée particulière à toutes les personnes qui nous ont quittés au cours de l'étude.

A mes bras droits Sarah, Adrien, Mathilde, Diana, Jennifer et Audrey. Merci pour votre motivation et votre implication, ainsi que vos questionnements qui ont abouti à des échanges riches et constructifs.

A Anne-Christine, pour la traduction d'un questionnaire.

A Guillaume, Lauriane, Fabio et Max pour vos conseils précieux et votre aide.

A Jana et Jacqueline, pour votre relecture attentive.

Aux nombreuses personnes à qui j'ai parlé de ce projet et qui m'ont encouragée et soutenue.

A ma famille en Valais, et plus particulièrement à ma grand-mère à qui je dédie ce mémoire.

A Yves, qui a toujours cru en moi durant ces huit années d'études universitaires.

Table des matières

Préambule **1**

1 Cadre théorique **3**

1.1 Les capacités cognitives 3

1.2 Les facteurs de risque 4

1.2.1 La solitude 4

1.2.2 La dépression 5

1.2.3 La dépendance 6

1.3 Les facteurs protecteurs 8

1.3.1 Les buts dans la vie 8

1.3.2 La résilience 9

1.4 Problématique, objectifs et hypothèses théoriques 10

2 Méthode **13**

2.1 Participants 13

2.2 Matériel 13

2.3 Procédure 17

3 Résultats **19**

3.1 Statistiques descriptives 19

3.1.1 La solitude 21

3.1.2 La dépression 22

3.1.3 La dépendance 23

3.1.4 Avoir des buts dans la vie 25

3.1.5 La résilience 25

3.2 Analyses des hypothèses 26

3.2.1 Les capacités cognitives 26

3.2.1.1 Scores globaux 26

3.2.1.2 La mémoire à court terme 27

3.2.1.3 La mémoire à long terme 27

3.2.1.4 La mémoire de travail 27
3.2.1.5 Le raisonnement inductif 28
3.2.1.6 La fluence verbale 28
3.2.1.7 La mémoire prospective 28
3.2.2 Les facteurs de risques 29
3.2.2.1 La solitude 29
3.2.2.2 La dépression 30
3.2.2.3 La dépendance 30
3.2.3 Les facteurs protecteurs 32
3.2.3.1 Les buts dans la vie 32
3.2.3.2 La résilience 33

4 Discussion **37**
4.1 Interprétation des résultats 37
4.1.1 Première hypothèse 37
4.1.2 Deuxième hypothèse 38
4.1.3 Troisième hypothèse 39
4.1.4 Quatrième hypothèse 40
4.1.5 Cinquième hypothèse 40
4.1.6 Sixième hypothèse 41
4.2 Trajectoire différentielle 41
4.3 Points positifs et limites 42
4.4 Perspectives appliquées 43
4.5 Conclusion 45

Annexes **53**

Préambule

> Tâchons de vivre ce qu'il nous reste le mieux possible.
>
> *(Madame B., 92 ans)*

L'ALLONGEMENT DE LA DURÉE DE VIE est un phénomène de notre société, les personnes bénéficiant d'une meilleure qualité de vie. En Suisse, pour l'année 2015, l'espérance de vie est de 81 pour les hommes et de 85 pour les femmes. En un peu plus d'un siècle, la population des 80 ans et plus a augmenté de manière fulgurante, surtout dans la tranche des 95 ans et plus, passant de 60 personnes en 1900 à 13'848 en 2015 (Schmid Botkine & Rausa-de Luca, 2008). Avec l'augmentation de l'espérance de vie, il devient de plus en plus difficile pour les personnes de s'assumer, surtout si elles vivent seules à domicile. Parfois, malgré la présence de proches et l'organisation d'aides, le déménagement en établissement médicosocial [1] s'avère être la seule solution, cette décision se prenant de plus en plus tard.

Dans la culture occidentale, la population véhicule une vision très négative du vieillissement. A partir de quand devient-on vieux ? Existe-t-il une frontière entre jeunesse et vieillesse, qui, une fois passée, fait de nous une "personne âgée" ? Notre société ne court-elle pas après une jeunesse éternelle, sans rides ni troubles cognitifs ? L'approche médicale amène à réfléchir en terme de pertes et de dépendances, alors que la vieillesse n'est pas une pathologie (Le Gall, 2014). Il est donc primordial de changer le regard porté sur les personnes vieillissantes, afin de les voir comme des êtres humains à part entière, avec des souvenirs à raconter, des passions à transmettre (Le Gall, 2014). Face à ces représentations négatives, il est par conséquent difficile de se projeter dans sa propre vieillesse et peu de gens de la classe active envisagent de terminer leur vie en EMS. Ces derniers se sont construits des clichés négatifs et stigmatisants sur les personnes vivant en institution, en les imaginant, dans le pire des cas, grabataires, sans volonté, ou déambulant dans les couloirs. Ils peuvent également appréhender l'accompagnement au quotidien dans les institutions comme étant un risque de nier leur statut d'individu, notamment concernant les soins intimes (Le Gall, 2014).

1. abrégé EMS dans le reste du travail.

Historiquement, l'accueil en institution des adultes âgés débute au milieu du XXe siècle. Auparavant, il existait des hospices ou des asiles recueillant les plus démunis, rejetés par la société (Cavalli, 2002 ; Freudiger, 2008). Aujourd'hui, différents termes sont utilisés pour qualifier les institutions : home, maison de retraite, résidence, EMS. C'est ce dernier terme qui est le plus employé en Suisse romande. L'évolution du profil des personnes qui entrent en institution, de plus en plus âgées et dépendantes (Cavalli, 2002 ; Freudiger, 2008), et nécessitant des soins médico-infirmiers importants, justifie l'appellation EMS.

En Suisse, plus de 140'000 personnes vivent dans les 1'558 EMS du pays. A Genève, à la fin de 2014, 3'799 personnes sont hébergées dans un des 52 EMS du canton, dont 82% de personnes de 80 ans et plus. De 1998 à 2014, le nombre de personnes hébergées en EMS a augmenté de 11%, passant de 3'422 à 3'799 personnes, soit une augmentation de 377 personnes (cf. annexe p. 53). L'entrée en institution se fait souvent dans l'urgence et, dans la majorité des cas, la décision n'est pas prise par la personne elle-même. Dans l'étude de Cavalli (2002), 48% des personnes ont décidé seules, 45% avec l'aide de l'entourage et 7% n'ont pas pu choisir. Les chiffres varient quelque peu chez Somme (2003), où 32% ont pris seules la décision, 41% ont suivi l'avis de la famille et 20% celui des médecins et des hôpitaux. L'entrée en institution résulte d'une rupture de l'état de santé (56%) et est aussi due à des raisons socio-familiales (15%) (Somme, 2003 ; Mallon, 2005 ; Cavalli, 2002). Un taux de décès de 30% est observé au cours de la première année (Billé, 2005). Il s'agit probablement des personnes les plus fragilisées et les plus en perte de repères. En revanche, 35% y vivent plus de cinq ans (Mallon, 2005). Il faut environ trois ans pour que les personnes s'adaptent à leur nouvel environnement et se sentent chez elles (Bondevik & Skogstad, 2000).

L'entrée en EMS engendre plusieurs difficultés pour les personnes âgées. En premier lieu, pour faire face au déménagement, souvent le dernier, la personne n'a pas le temps de se préparer ni de s'organiser. Elle se retrouve brusquement dans un lieu étranger où elle doit s'adapter à de nouvelles règles, partager des lieux communs, et parfois même sa chambre, avec des inconnus. La personne quitte son lieu de vie et emmène, dans le nouveau logement, souvent bien plus étroit, quelques meubles et souvenirs. En second lieu, le fait de vivre avec des personnes avec qui elle n'a pas choisi de cohabiter peut être confrontant, surtout si leur niveau de dépendance et de désorientation est altéré. Ceci peut lui renvoyer une image négative et inquiétante (Freudiger, 2008). La personne, en perte de repères et de liberté, est également face à une perte d'identité. Le regard que l'on porte sur elle est modifié (Gonzàlez-Colaço Harmand et al., 2014 ; Freudiger, 2008). Son statut passe « d'individu, de personne à part entière » à celui de « résident ou pensionnaire » (Freudiger, 2008). De plus, une grande hétérogénéité règne parmi les personnes qui se côtoient. Ce mélange de personnes au sein des EMS, accentué par des prises en charges de plus en plus lourdes, rend difficile l'objectif d'introduire de la vie.

1 Cadre théorique

Dans ce travail, nous tenterons d'apporter un éclairage nouveau sur des questions souvent empruntes de préjugés au sujet des personnes entrant et vivant en EMS. Vont-elles subir une détérioration de leurs capacités cognitives ? Observera-t-on leur réseau social diminuer ou un changement dans la proximité avec la famille ? L'entrée en institution va-t-elle avoir un impact sur leur moral, engendrant jusqu'à des états dépressifs ? Est-ce que leur santé fonctionnelle va décliner ? Vont-elles avoir des activités qui les passionnent encore ? Comment vont-elles faire face et s'adapter à cette nouvelle situation ? Le nouvel environnement ainsi qu'un cadre rassurant permettront-t-ils de surmonter certaines difficultés afin d'enrayer un tableau synonyme de perte et de déclin ?

Dans le cadre de cette étude, nous allons développer les six facteurs retenus, à savoir les capacités cognitives, trois domaines en lien avec la vulnérabilité des personnes, soit la solitude, la dépression et la dépendance, et deux éléments considérés comme protecteurs, la résilience et le fait d'avoir des buts dans la vie. Leurs trajectoires entre l'arrivée en EMS et six mois plus tard seront examinées à l'aune de la littérature existante.

1.1 Les capacités cognitives

La cognition se définit comme un ensemble d'habiletés mentales, composées, entre autres, de différentes mémoires et des fonctions exécutives. Le vieillissement cognitif fait partie intégrante du vieillissement. Il s'agit d'un processus normal qui se traduit par un déclin des fonctions cognitives. Néanmoins, il ne touche pas toutes les fonctions cognitives avec le même degré d'intensité et n'affecte pas les personnes de la même manière et à la même vitesse. Les mémoires de type procédurale et sémantique sont bien préservées dans le vieillissement normal, ce qui n'est pas le cas pour les mémoires de travail et épisodique (Dehon & Bouhy, 2004). En ce qui concerne les fonctions exécutives, constituées de la mise à jour, de l'inhibition, de la flexibilité et de l'attention divisée, elles subissent un déclin avec l'âge. Le vieillissement cognitif agit sur le cortex préfrontal, qui entraine en partie le déficit des fonctions exécutives avec un impact négatif sur la mémoire épisodique et la mémoire de travail (Dujardin & Lemaire, 2008). Ces différents phéno-

mènes provoquent des perturbations dans le quotidien des adultes âgés. Leur mémorisation sera moins bonne et il leur sera difficile de traiter deux types d'information à la fois sans se laisser envahir par des interférences extérieures.

Nous allons nous questionner sur l'évolution des capacités cognitives des personnes lors de leur intégration en EMS. A ce sujet, il faut stipuler que les prédictions d'une entrée en institution médicosociale sont une augmentation de la dépendance et/ou un déficit cognitif (Gonzàlez-Colaço Harmand et al., 2014). En ce qui concerne les personnes ne rencontrant pas de déclin cognitif ou de problème majeur à l'entrée, l'institutionnalisation a des effets négatifs sur leur fonctionnement cognitif et/ou sur leur qualité de vie, principalement dû à un changement d'environnement souvent abrupt. En effet, un déclin cognitif est observé dans l'étude de Gonzàlez-Colaço Harmand et collaborateurs (2014) entre la dernière visite à domicile et la première après l'entrée en institution. Les auteurs expliquent cela par un éventuel manque d'activité cognitive stimulante. De plus, le déclin cognitif se poursuit dans le temps. Dans une étude longitudinale menée à Venise, les personnes voient leurs capacités cognitives diminuer entre l'entrée en EMS et six mois plus tard (Scocco, Rapattoni, & Fantoni, 2006). Les mêmes résultats ont été retrouvés dans l'étude de Krichbaum et collaborateurs (1999). Ainsi, les différentes conclusions vont toutes dans le même sens, à savoir une diminution des fonctions cognitives dans le temps.

1.2 Les facteurs de risque

Nous allons poursuivre en développant les trois facteurs de risque principaux qui peuvent influer sur l'accommodation des personnes qui viennent de s'installer en EMS. Nous avons la solitude, la dépression et la dépendance physique.

1.2.1 La solitude

Notre société, malgré l'avènement des réseaux sociaux et l'ère de la communication de masse, souffre de solitude. Cette dernière touche autant les jeunes que les personnes plus âgées. Il faut cependant faire une distinction entre solitude et isolement social. Pour Peplau & Perlman (1982), la solitude est une expérience subjective et implique des sentiments négatifs. Elle se produit lorsque la qualité des relations n'est pas optimale. Au niveau de la solitude, il existe une distinction entre la solitude sociale et la solitude émotionnelle. La première correspond à un réseau social pauvre et une absence de liens significatifs avec les pairs (amis, connaissances) et la seconde fait référence à une absence de relations intimes ou durables (relations familiales, relations amoureuses). Une personne peut avoir un grand nombre de contacts sociaux, mais se sentir tout de même seule en raison d'une absence d'ami intime ou d'un conjoint. Pour de Jong Gierveld, van Tilburg, & Dykstra (2016), l'isolement social « concerne les caractéristiques objectives d'une situation et se

réfère à un petit réseau de relations » (p. 2). Une absence ou un petit nombre de liens significatifs correspondent à un isolement social, ce qui n'implique pas automatiquement un sentiment de solitude. Des relations personnelles significatives sont fondamentales pour se sentir socialement entouré et pour atténuer la solitude.

Dans une enquête effectuée en Belgique (Vandenbroucke et al., 2012) au sujet de l'isolement social et de la solitude des personnes âgées vivant en institution, 30% des personnes peuvent compter sur un vaste réseau social et ne se sentent pas seules. Un peu plus de la moitié des personnes (56%) se sentent seules, avec 36% se sentant en situation d'isolement social (elles ont un petit réseau social), et 20% souffrant de solitude (elles ont un grand réseau social, mais se sentent seules). Dans l'enquête longitudinale SWILSOO [1], Cavalli (2012) se concentre sur la taille du réseau social, qui évalue l'isolement social. Il note que les personnes reçoivent plus de visites en EMS qu'à la maison. Effectivement, 80% des personnes reçoivent des visites régulières dans l'institution de la part de leur famille et ce au moins une fois par semaine. Cette intensité reste stable dans le temps. Ces chiffres rejoignent ceux de Mallon (2004). Pour elle, une personne sur dix est en isolement social et 85% des personnes ont des contacts plus ou moins réguliers avec leur famille et leurs amis. Les personnes sans famille proche présentent également un risque d'isolement, mais plus de la moitié d'entre elles gardent des contacts avec de la famille éloignée ou des amis (Renaut, 2001). Dans leur étude qui compare des personnes vivant à domicile et celles en institution, Bondevik & Skogstad (2000) n'ont pas trouvé de différences significatives entre les deux groupes au niveau de la solitude. Les personnes vivant en institution se sont certainement habituées à leur nouvel environnement, vivant là depuis en moyenne trois ans. Cependant, l'évolution de la solitude dans le temps n'est pas spécifié dans les différentes études.

1.2.2 La dépression

La dépression [2] est un trouble qui touche plus de 350 millions de personnes dans le monde et les adultes âgés ne sont pas épargnés, avec une prévalence de 8 à 16% chez les 65 et plus et de 12 à 15% chez les 85 et plus (Llheshi & Bizzozzero, 2009). Avançant en âge, les individus doivent faire face à de nombreuses problématiques (maladie du type AVC et cancer, douleurs chroniques, fatigue, déficits sensoriels) et à des évènements difficiles (deuils, isolement, perte d'autonomie), qui sont considérés comme des facteurs de risques de la dépression (Llheshi & Bizzozzero, 2009). La dépression est donc considérée comme une pathologie chez les adultes âgés et non comme une conséquence d'un vieillissement normal (Fantini-Hauwel, Gély-Nargeot, & Raffard, 2014). Elle s'avère souvent difficile à diagnostiquer, car certains symptômes ne sont pas faciles à objectiver.

1. Etude effectuée en Suisse romande (Genève et Valais) auprès de 55 personnes effectuant la transition entre le domicile et l'EMS, et interrogées à domicile, à leur entrée en institution et entre 12 et 18 mois plus tard.
2. Prévalence de 3% au niveau mondial et de 5,1% au niveau suisse.

A la différence de la dépression chez les sujets jeunes, elle est plus masquée chez les sujets âgés. Les troubles cognitifs, les plaintes somatiques et le suicide réussi font parties du tableau clinique des individus âgés. De plus, il est parfois difficile de faire une distinction entre la dépression et une démence débutante. Il peut exister un déclin cognitif dans le cadre d'un épisode dépressif, ou inversement, un déclin cognitif rattaché à une maladie dégénérative. Etablir un diagnostic spécifiant une démence débutante plutôt qu'un état dépressif ne va pas sans poser problème, car il arrive que ce dernier anticipe l'apparition de la démence (Llheshi & Bizzozzero, 2009 ; Fantini-Hauwel et al., 2014). En général, la personne souffrant d'un état dépressif a conscience de perdre sa mémoire et elle s'en plaint. A contrario, les personnes entrant en démence sont souvent anosognosiques.

Nous allons observer l'influence de l'entrée en institution sur l'affect des personnes. Elles ont plus de risque de développer des symptômes dépressifs (Jongenelis et al., 2004). Selon Llheshi & Bizzozzero (2009), 10 à 45% des personnes en institution souffrent de dépression. Dans leur étude de 2004, sur un échantillon de 350 participants, Jongenelis et collaborateurs ont dénombré 24% de dépression sub-clinique, 14,1% de dépression mineure et 8,1% de dépression majeure, ce qui représente un total de 46,2% de personnes plus ou moins touchées par des symptômes dépressifs.

En plus des différentes problématiques auxquelles sont confrontées les personnes en EMS, la transition du domicile à l'institution provoque également des changements au niveau de leur moral. Dans l'étude longitudinale SWILSOO (Cavalli, 2012), le moral des personnes reste stable pendant la période de transition en EMS et même plus tard. Par contre, lors de l'installation en EMS, les personnes perdent la notion de plaisir, elles se sentent tristes et elles trouvent le temps long. Ces caractéristiques s'estompent avec le temps. Dans une autre étude longitudinale menée à Venise, Scocco et collaborateurs (2006) constatent une augmentation des symptômes dépressifs chez les personnes entre leur entrée dans l'établissement et six mois plus tard. Pour Krichbaum et collaborateurs (1999), 25% des personnes présentent un déclin de leur moral entre leur entrée et six mois plus tard, mais un autre 25% diminue sa tendance dépressive. Ainsi, au sujet de la dépression, aucun consensus n'a été trouvé quant à la trajectoire durant les six premiers mois en EMS.

1.2.3 La dépendance

La dépendance fonctionnelle se définit par « une incapacité à réaliser des activités physiques ou mentales nécessaires à la vie quotidienne » (p. 2353, Monod & Sautebin, 2009). Elle est influencée par l'état de santé physique et mental chez les personnes très âgées (OFS, 2012).

En ce qui concerne la dépendance physique, en Suisse, 10% des personnes de plus de 65 ans et 20% entre 75 et 94 ans nécessitent une aide pour au moins une des activité de base (comme se laver ou s'habiller) (Cavalli, 2002). Mais une grande majorité des personnes de 85 ans et plus, vivant en ménage privé, effectue de manière autonome les actes de la vie quotidienne. Effectivement, seulement 30% de cette population a besoin d'aide (Höpflinger, Bayer-Oglesby, & Zumbrunn, 2011). Cela peut être dû en partie au fait qu'un niveau de dépendance trop élevé entraîne un déménagement en EMS.

La dépendance psychique se traduit par une perte d'autonomie d'origine mentale. L'autonomie se définit comme étant la capacité de discernement et de jugement, ainsi que la liberté de pouvoir délibérer et faire des choix en fonction de son jugement. Elle nécessite des capacités intellectuelles intègres. En EMS, environ 60% des personnes ont au moins une aptitude psychologique altérée [3](OFS, 2012). Parmi les plus répandues se trouvent le fait d'avoir des capacités décisionnelles diminuées et des problèmes d'orientation dans le temps et l'espace. Des troubles tels la démence ou la dépression peuvent amener à une incapacité de discernement. La perte d'autonomie incite la personne à ne plus agir par elle-même et l'amène à devoir se référer à des proches ou des personnes de référence. Une attention particulière doit toutefois être portée afin que la personne reste au centre de ses décisions, malgré la perte d'autonomie (Collège National des Enseignants de Gériatrie, 2000 ; Monod & Sautebin, 2009). La dépendance psychique ne sera pas directement mesurée dans ce travail. Effectivement, nous n'avons pas évalué de manière systématique l'orientation dans le temps et dans l'espace ainsi que la cohérence au niveau de la communication et du comportement.

Comme dit précédemment, les prédictions lors d'une entrée en institutions médicosociales se traduisent par une augmentation de la dépendance et/ou un déficit cognitif (Gonzàlez-Colaço Harmand et al., 2014). En EMS, 76% des personnes ont besoin d'aide lors des soins quotidiens, surtout pour se laver (76%) et pour s'habiller (53%) (Höplinger et al., 2011 ; OFS, 2012). 24% sont indépendantes pour les six activités de la vie quotidienne [4], ce qui fait qu'elles sont capables d'effectuer certaines activités instrumentales de la vie quotidienne, comme téléphoner (95%), faire des achats (61%) ou préparer leur repas (45%) (OFS, 2012). Dans l'étude longitudinale SWILSOO (Cavalli, 2012), il en ressort que le nombre des personnes dépendantes augmente lors de leur entrée en EMS en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (surtout pour se laver et s'habiller), mais la dégradation reste stable par la suite, sauf pour la question de l'habillage, qui continue à décliner. Dans une étude effectuée en 2006 à Singapour dans des établissements médicosociaux, Ang et collaborateurs ont évalué les activités de base des personnes entre l'entrée et le

3. Mesure des troubles cognitifs : capacités décisionnelles altérées, problème de mémoire à court terme, d'orientation spatio-temporelle, de compréhension des informations reçues, à se faire comprendre et à indiquer ses besoins.

4. se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, s'alimenter.

moment de l'étude. Les personnes ont un déclin pour se laver (35%), aller aux toilettes (34%) et se mobiliser (26%). Les mêmes résultats se retrouvent dans l'étude longitudinale menée à Venise par Scocco et collaborateurs (2006) : les personnes interrogées voient leur dépendance physique augmenter entre leur entrée en institution et six mois plus tard. D'une manière générale, nous constatons dans les différentes études citées une détérioration en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne durant les six premiers mois en EMS.

1.3 Les facteurs protecteurs

Deux facteurs, considérés comme protecteurs et aidants pour les personnes fraîchement installée en EMS, vont maintenant être examinés. Il s'agit du fait d'avoir des buts dans la vie et la résilience.

1.3.1 Les buts dans la vie

Les buts dans la vie sont un construit psychologique qui consiste à trouver du sens aux expériences de la vie (Boyle, Buchman, Barnes, & Bennett, 2010a ; 2010b). Chacun aura sa propre idée du sens qu'il veut donner à sa vie et les buts vont être également différents d'une personne à l'autre. Certaines vont se contenter de petites choses pour être satisfaites, tandis que d'autres, avec de projets trop ambitieux, resteront insatisfaites. Lors de périodes de crises et de changements, dont la vieillesse fait partie, les personnes ont parfois de la difficulté à donner un sens à leur vie (Poletti & Dobbs, 2002). Elles ont l'impression d'être inutiles et d'être un fardeau pour la société, leur estime de soi étant diminuée. Un élément essentiel demeure à savoir que la vie devrait rester un plaisir et qu'il est plus facile de vivre quand quelque chose nous passionne et quand on y trouve de l'intérêt personnel (Van Rompaey, 2003).

En entrant en institution, il se peut que les personnes perdent de leur utilité. Il n'est peut-être pas toujours possible qu'elles puissent poursuivre certaines activités qui leur tenaient à cœur. L'institution leur permettra-t-elle de tenir des rôles qui les mettent en valeur et leur donnent de l'importance ? Les personnes en institution se retrouvent éloignées de leur ancien domicile et de leur routine. Il peut s'avérer difficile pour elles de trouver des tâches concrètes afin de maintenir un sens à leur existence et définir de nouveaux buts (Bondevik & Skogstad, 2000). Dans leur étude en 2000 qui compare des personnes à domicile et des personnes en institution en Norvège, Bondevik et Skogstad trouvent une différence significative au niveau des buts dans la vie. Les personnes à domicile ont un score plus élevé à l'échelle des buts dans la vie que les personnes en institution, c'est-à-dire que les premières ont plus de buts. Boyle et al. (2010a) ont effectué une

étude longitudinale sur 970 personnes non démentes vivant en EMS dans la région de Chicago [5]. Ils ont évalué pendant 8 ans le lien entre le fait d'avoir des buts dans la vie et le risque de handicap dans la vie quotidienne (activités de base de la vie quotidienne [6], activités instrumentales de la vie quotidienne [7] et mobilité [8]). Ils ont trouvé que plus les personnes avaient des buts élevés moins elles avaient de handicap dans leur vie quotidienne. Dans cette étude, les auteurs n'ont pas spécifié l'évolution des buts dans la vie dans le temps. Dans l'étude longitudinale SWILSOO (2012), Cavalli n'évalue pas directement les buts dans la vie mais les activités pratiquées par les personnes en institution. Il constate que le nombre d'activités régulières [9] diminue significativement entre le domicile et les deux passations en institution. D'une manière générale, comparées aux personnes vivant à domicile, les personnes en institution font moins d'activités et leurs buts dans la vie sont moins importants, mais nous n'avons pas de données au niveau longitudinal.

1.3.2 La résilience

La résilience permet de reprendre un nouveau départ et de rebondir après un traumatisme (Delage, 2009 ; Cyrulnik, 2014). Elle consiste également à donner un sens aux évènements de la vie en partageant le récit avec quelqu'un et à réaménager les idées qui ont été altérées par des pertes, par exemple du conjoint, d'un enfant, de proches, de l'autonomie (Cyrulnik, 2014). La personne âgée résiliente est capable de relativiser et de prendre de la distance par rapport à son présent, grâce à des expériences vécues par le passé (Ribes, 2006). McLeod et collaborateurs (2016) ont effectué une revue de la littérature sur l'impact de la résilience chez les personnes âgées. Cette dernière améliore leur qualité de vie, permet une meilleure santé mentale et contribue à la longévité. Le vieillissement des personnes est globalement perçu comme étant bien réussi malgré les adversités. De bonnes capacités d'adaptation, l'optimisme, les émotions positives et le soutien social sont des aspects nécessaires au maintien d'une résilience élevée.

Lors d'un déménagement en institution, l'identité des personnes est perturbée et elles vivent une rupture existentielle (Kagan & Pellerin, 2014). Le récit de soi est un pilier de la résilience et permet d'exprimer un traumatisme par la parole, l'écoute et le partage (Delage, 2009). Pour les personnes en EMS, il est primordial de pouvoir verbaliser ses difficultés afin de prendre de la distance avec ses émotions (Kagan & Pellerin, 2014). Le soutien relationnel de la part de la famille, des proches et du réseau institutionnel trouve ainsi toute son importance. Les facteurs psychoaffectifs, relationnels et sociaux permettent à la personne résiliente de garder une distance

5. Personnes issues de la Rush Memory and Aging Project.
6. Se laver, s'habiller, aller aux toilettes, se déplacer, être continent, s'alimenter.
7. Utiliser le téléphone, faire les courses, préparer les repas, entretenir le domicile, faire la lessive, utiliser les moyens de transports, prendre des médicaments, gérer son budget.
8. Monter et descendre les escaliers, marcher un kilomètre, faire des travaux d'entretien comme laver les vitres.
9. Travaux manuels, pratique des médias et lecture.

et un certain recul par rapport à ce qui lui arrive. Elle pourra ainsi affronter les nouvelles étapes et les changements qui en découlent avec une plus grande sérénité. En résumé, la résilience doit ainsi permettre aux personnes en EMS de mieux faire face à l'abandon de l'ancien domicile, au changement de lieu de vie et à l'adaptation à leur nouvel environnement. Au niveau de la trajectoire de la résilience, aucune étude longitudinale n'a permis de suivre ses variations au fil du temps chez les adultes âgés en institution (Mc Leod et al., 2016).

1.4 Problématique, objectifs et hypothèses théoriques

L'entrée en institution représente une transition qui peut être très pénible et douloureuse pour certaines personnes. Elles vont y vivre leurs derniers jours et côtoyer la mort de près de manière régulière, en raison des décès des autres « colocataires ». Pour la plupart, elles n'ont pas décidé d'elles-mêmes de ce dernier déménagement, ce qui rend encore plus difficile l'acceptation du changement. Dans ce travail, nous nous intéressons aux personnes sans troubles cognitifs majeurs, qui entrent en institution en raison du fait qu'elles ne peuvent plus rester à domicile.

Nous allons suivre l'évolution dans le temps des capacités cognitives et de différents facteurs qui peuvent être influencés par l'intégration dans le nouveau lieu de vie des personnes fraîchement installées en EMS. En plus de la cognition, cinq facteurs ont été retenus, trois en lien avec la vulnérabilité des personnes (la solitude, la dépression et la dépendance) et deux considérés comme protecteurs (la résilience et le fait d'avoir des buts dans la vie). Il n'existe, à notre connaissance, aucune étude qui analyse l'évolution longitudinale de la solitude, de la résilience, des buts dans la vie et de la cognition avec une batterie globale, chez des adultes âgés en EMS. Ce travail a donc une visée exploratoire pour plusieurs de ces facteurs.

En ce qui concerne nos hypothèses, nous allons prédire la trajectoire des différents facteurs à travers le temps. Ceux-ci (les capacités cognitives, la solitude, la dépression, la dépendance, le fait d'avoir des buts dans la vie et la résilience) vont-ils subir des modifications au fil du temps, entre l'entrée en EMS et six mois plus tard ? Vont-ils rester stables ou observerons-nous un déclin ou une amélioration ? Nous pouvons, en lien avec la littérature, prédire que :

1. Les capacités cognitives des personnes vivant en EMS vont décliner dans le temps, à savoir entre l'entrée en institution et six mois plus tard (Gonzàlez-Colaço Harmand et al., 2014 ; Scocco et al., 2006).

2. Les personnes en EMS reçoivent plus de visites (Cavalli, 2012 ; Mallon, 2004), ce qui signifie qu'elles sont moins isolées socialement. Nous n'avons en revanche pas d'informations sur l'évolution de la solitude dans le temps.

3. Au sujet du moral des gens, la littérature n'est pas d'accord. Scocco et collaborateurs (2006) constatent une augmentation des symptômes dépressifs chez les personnes entre leur entrée dans l'établissement et six mois plus tard. Pour Krichbaum et collaborateurs (1999), un quart des personnes présentent un déclin de leur moral entre leur entrée et six mois plus tard, mais un autre quart voit leur moral s'améliorer. Pour Cavalli (2012), le moral des personnes reste stable, mais lors de leur installation en EMS, les personnes se sentent tristes et ont moins de plaisir. Il n'y a donc pas de consensus au sujet de ce facteur.
4. Pour la dépendance physique, les scores vont augmenter dans le temps, ce qui fait que les personnes seront moins autonomes pour les activités de la vie quotidienne au cours des six premiers mois dans l'EMS (Cavalli, 2012 ; Ang et al., 2006).
5. A propos des buts dans la vie, l'étude longitudinale de Cavalli (2012) évalue les activités régulières effectuées par les gens, ce qui ne représente pas de manière précise les buts dans la vie. Boyle et collaborateurs (2010a) quant à eux évaluent ce facteur de manière longitudinale, mais les auteurs ne spécifient pas dans leur résultat l'évolution dans le temps.
6. Au sujet de la résilience, il n'y a pas d'étude longitudinale qui évalue la trajectoire de la résilience chez des personnes âgées en institution (Mc Leod et al., 2016).

Pour résumer, nous nous attendons à une diminution des capacités cognitives et à une augmentation de la dépendance physique. La solitude, la dépression, les buts dans la vie et la résilience ont une visée exploratoire (cf. tableau 1.1).

Tableau 1.1

Résumé des hypothèses et lien avec la littérature.

Prédicteurs	Résultats	Hypothèses
Capacités cognitives	↘ dans le temps (Gonzàlez-Colaço Harmand et al., 2014 ; Scocco et al., 2006)	↘ dans le temps
Facteurs de risque		
Solitude	≠ d'information sur l'évolution de la solitude dans le temps	Visée exploratoire
Dépression	↗ dans le temps (Scocco et al., 2006)	
	↗ et ↘ dans le temps (Krichbaum et al., 1999)	Visée exploratoire
	→ dans le temps (Cavalli, 2012)	
Dépendance	↗ dans le temps (Cavalli, 2012 ; Ang et al., 2006))	↗ dans le temps
Facteurs protecteurs		
Buts dans la vie	≠ de résultats sur l'évolution dans le temps (Boyle et al., 2010a)	Visée exploratoire
Résilience	≠ d'étude longitudinale (Mc Leod et al., 2016)	Visée exploratoire

2 Méthode

2.1 Participants

Dans le cadre de cette étude, nous avons été mis en contact avec cent-dix personnes venant de s'installer dans des établissements médicosociaux de la région genevoise. Les passations se sont déroulées de mai 2016 à avril 2017. Nous avons exclu de l'étude les personnes avec des troubles cognitifs sévères, avec un score inférieur à 28 au F-TICS-m (Lacoste & Trivalle, 2009), les personnes aphasiques, malentendantes, avec un diagnostic de dépression sévère et celles qui n'avaient pas une compréhension du français suffisante. Quarante-neuf personnes n'ont pas donné leur accord pour participer à l'étude (45%), vingt-deux n'ont pas eu un score suffisant au F-TICS-m (20%), deux avaient des problèmes d'audition (1.8%) et une était aphasique (0.9%). L'échantillon de la première passation est composé de soixante-et-un participants, celui de la deuxième de cinquante et celui de la troisième de quarante-huit, âgé entre 59 et 99 ans (M=85.67 ; SD=9.36), dont trente-sept femmes et onze hommes. Une personne est rentrée à domicile après la première passation, deux ont abandonné après la première passation et une après la deuxième, et neuf sont décédées (huit après la première passation et une après la deuxième).

2.2 Matériel

La version française de la **French Telephone Interview for Cognitive Status Modified** (F-TICS-m ; Lacoste & Trivalle, 2009 ; cf. annexe p. 54) est un questionnaire de quarante-trois items, qui permet d'évaluer par téléphone les capacités cognitives, selon quatre domaines spécifiques : *orientation* spatiale et temporelle, par exemple donner le jour de la semaine et la date complète (huit points), *mémoires* – à court terme-à long terme (rappels libre et indicé de dix mots : 20 points), et sémantique, par exemple « Qui est le président actuel de la République française ? » (six points), *fonctions exécutives*, par exemple « Épelez le mot monde à l'envers » (six points) et *langage*, par exemple, répéter une phrase « Pas de mais, de si, ni de et » (trois points). Un point est compté par bonnes réponses. Vercambre et collaborateurs (2010) ont fixé un cut-off à 34 points (SD=2.8) pour un statut cognitif normal et à 31 (SD=3.6) pour des troubles cognitifs légers. Pour le présent travail, le cut-off a été fixé à 28.

La **Cognitive Telephone Screening Instrument** (Cog-Tel ; Kliegel, Martin, & Jäger, 2007 ; cf. annexe p. 56) est une batterie de tests, composée de six domaines (mémoire verbale à court terme et à long terme, mémoire de travail, fluence verbale, raisonnement inductif, mémoire prospective), qui évalue les fonctions cognitives. Les versions A (en allemand) et B (en anglais) ont été traduites librement. Une version C a été élaborée par nos soins.

Pour évaluer *la mémoire verbale à court terme*, les participants doivent mémoriser huit paires de mots. L'expérimentateur lit les paires de mots (trois secondes par paires), puis après une courte pause, il dit à haute voix le premier mot, dans un ordre différent de la mémorisation et le participant doit rappeler le mot associé. Si la réponse n'est pas correcte, l'expérimentateur donne la bonne réponse, car le participant doit se remémorer les réponses pour le rappel en fin d'exercice. Le score total de la mémoire verbale à court terme correspond au nombre de mots correctement trouvés (de 0 à 8).

Pour évaluer *la mémoire verbale à long terme*, les mêmes paires de mots doivent être rappelées à la fin de la batterie de tests. L'expérimentateur présente le premier mot, dans un ordre différent de la mémorisation et du rappel immédiat. Le score total de la mémoire verbale à long terme correspond au nombre de mots correctement trouvés (de 0 à 8).

La mémoire de travail est évaluée avec le test de rappel des chiffres à l'envers (*backward digit-span test*) de la WAIS-R (Wechsler, 1981). Les participants doivent répéter des séries de chiffres dans l'ordre inverse. Il y a deux essais pour chaque séquence et le nombre de chiffres à mémoriser augmente, passant de deux à un maximum de six. Le test se termine lorsque le participant a donné deux mauvaises réponses dans la même séquence. Le score total de la mémoire de travail correspond au nombre total de bonnes réponses (de 0 à 12).

Les fonctions exécutives sont évaluées par *la fluence verbale*, qui utilise deux tests, les fluences lexicale et catégorielle (*Controlled Word Association Test* [FAS] ; Benton & Hamsher, 1976). En ce qui concerne la fluence lexicale, les participants doivent énoncer le plus de mots possibles commençant par une lettre proposée par l'expérimentateur, pendant 60 secondes (lettre « P » pour la version A, « M » pour la version B et « S » pour la version C) . Le participant est informé dans la consigne qu'il ne doit pas énoncer de noms propres ni répéter un mot déjà proposé. Le score total de la fluence lexicale est la somme de tous les mots corrects produits.

Au sujet de la fluence catégorielle, les participants doivent énoncer le plus de mots possibles en lien avec une catégorie proposée par l'expérimentateur, pendant 60 secondes (« professions » pour la version A, « fruits » pour la version B et « animaux » pour la version C). Le participant est informé dans la consigne qu'il ne doit pas donner de mots dérivés ni répéter des mots déjà proposés. Le score total de la fluence catégorielle est la somme de tous les mots corrects produits. Le score total de la fluence verbale est la somme du score de la fluence lexicale et de la fluence catégorielle (de 0 à illimité).

Le raisonnement inductif est tiré de la WAIS-R (Wechsler, 1981). Des séries de cinq chiffres sont présentées aux participants, qui doivent en déduire une règle et ainsi trouver le sixième chiffre. L'expérimentateur ne poursuit pas lorsque le participant produit deux erreurs à la suite. Le score total du raisonnement inductif est le nombre de séquences correctement complétées.

La mémoire prospective est évaluée en utilisant une « *event-based task* » (*the Rivermead Behavioral Memory Test* ; Wislon, Cockburn, & Baddeley, 1985). Au début de l'exercice, le participant est informé qu'il devra donner son année de naissance à un moment ultérieur du test, lorsque l'expérimentateur donne la consigne de la tâche de la fluence verbale catégorielle. Le score de la mémoire prospective est de 1 si le participant se souvient de la tâche, dans le cas contraire le score est de 0.

Il est possible d'analyser les scores des sous-domaines de manière individuelle ou alors combinés dans un score total pondéré : $1.0 \times$ mémoire verbale à court-terme $+ 0.9 \times$ mémoire verbale à long-terme $+ 0.8 \times$ mémoire de travail $+ 0.2 \times$ fluence verbale $+ 1.7 \times$ raisonnement inductif $+ 7.2 \times$ mémoire prospective (Breitling et al., 2010).

La version française de l'**Échelle de Solitude** (de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999 ; cf. annexe p. 62) est un questionnaire constitué de onze éléments qui commence après la lecture de la consigne suivante : « *Je vais maintenant vous lire quelques affirmations. Nous aimerions savoir dans quelle mesure elles s'appliquent à vous.* » Les participants peuvent répondre par « oui », « plus ou moins » ou « non ». L'échelle mesure un score de solitude global qui peut être divisé en solitude émotionnelle (six éléments formulés négativement : « Vous vous sentez souvent exclu par les autres » ; items 2, 3, 5, 6, 9, 10) et solitude sociale (cinq éléments formulés positivement : « Je peux compter sur mes amis quand j'ai besoin d'eux » ; items 1, 4, 7, 8, 11). En ce qui concerne la notation, les réponses « plus ou moins » sont comptées comme des signes de solitude. Pour les affirmations formulées négativement (solitude émotionnelle), les réponses « plus ou moins » et « oui » sont comptabilisées comme un point de solitude. Pour les affirmations formulées positivement (solitude sociale), les réponses « plus ou moins » et « non » sont comptabilisées comme un point de solitude. Le score de solitude total, compris entre 0 et 11, est calculé en additionnant le score de solitude sociale et émotionnelle. Un score entre 0 et 2 indique une absence de solitude, entre 3 et 8 une solitude modérée, 9 et 10 une solitude grave et un score de 11 une solitude très grave.

La version française de la **Geriatric Depression Scale** (GDS-15 ; Sheikh & Yesavage, 1986 ; cf. annexe p. 63) est un questionnaire qui contient quinze questions et permet d'évaluer les troubles dépressifs chez les adultes âgés. Pour chaque question, il existe un choix dichotomique (oui-non). La personne doit choisir sa réponse en tenant compte de son état des dernières semaines. Une possible dépression est indiquée par dix réponses « oui » (par ex. « Avez-vous re-

noncé à un grand nombre de vos activités ? » et par cinq réponses « non » (par ex. « Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ? »). Un score inférieur à 5 indique une absence de dépression, de 5 à 12 un risque de dépression et de 13 à 15 une dépression sévère.

La version française de l'**Échelle d'Autonomie de Katz** (Katz, Dowtn, Cash, & Grotz, 1970 ; cf. annexe p. 64) est une échelle qui évalue le niveau d'autonomie des personnes pour les activités de base de la vie quotidienne. Elle est composée de six items (hygiène, habillage, aller aux WC, locomotion, continence et alimentation), cotés de un à quatre points (sans aide, aide partielle, aide plus importante, aide totale). Un score de six signifie une autonomie pour les activités de base de la vie quotidienne alors qu'un score maximum de 24 représente une dépendance physique totale. Le participant donne un score pour chacun des six items en lien avec son état des dernières semaines.

La version française de **l'Échelle du sens à la vie à 14 items** (Ryff & Essex, 1992 ; traduite en français par Lapierre & Desrochers, 1997 ; cf. annexe p. 65) fait partie des six échelles du bien-être de Ryff qui évaluent six différentes dimensions du bien-être psychologique (l'autonomie, la compétence, la croissance personnelle, les relations positives à autrui, le sens à la vie, l'acceptation de soi.). La version originale comprend vingt items, la version abrégée quatorze. L'échelle évalue si le participant a des buts et une orientation vers l'avenir et s'il accorde un sens à son présent et à son passé. Le participant indique, sur une échelle en cinq points, si les énoncés s'appliquent à sa situation (1=pas du tout d'accord ; 5= tout à fait d'accord). Sept items sont formulés positivement (« J'ai une direction dans la vie et ma vie a un sens »), les sept autres sont formulés négativement (« Mes activités quotidiennes me semblent souvent insignifiantes et sans importances »). Un score haut signifie que le participant a des buts et des objectifs dans la vie, qu'il détient des croyances qui donnent un but à sa vie et qu'il accorde un sens à son présent et à sa vie passée. Un score faible signifie que le participant manque de sens dans sa vie, qu'il a peu d'objectifs ou de buts et qu'il n'a pas de perspectives ou de croyances qui donnent un sens à sa vie.

L'Échelle de Résilience à 14 items (RS-14 ; Wagnild, 2009 ; cf. annexe p. 66), traduite en français par Séoud (2013), est une version abrégée de l'échelle composée de vingt-cinq items (Wagnild & Young, 1993). Elle sert à évaluer le degré de résilience individuelle et comprend quatorze items, dont cinq qui correspondent au *self-reliance* (compréhension et acceptation de ses propres capacités et limites, par ex. : « Quand je vis une situation difficile, je trouve habituellement une porte de sortie » , avec les items 1, 5 ,7 ,12 et 14) ; trois au *meaningfulness* (croyance que la vie à un but, par ex : « Je garde un intérêt pour ce qui se passe autour de moi », avec les items 2, 9, et 13) ; deux à l'*equanimity* (prendre les choses comme elles viennent, en modérant les réponses extrêmes, par ex. : « Je trouve habituellement des occasions de rire », avec les items 3 et 10) ; deux à la *perseverance* (capacité de continuer malgré les difficultés en faisant confiance en leur

capacité personnelle, par ex : « Je suis quelqu'un de déterminé », avec les items 6 et 8) et deux à l'*existential aloneness* (prise de conscience que chaque personne est unique et que certaines expériences doivent s'affronter seul, par ex. : « Je suis en accord avec moi-même », avec les items 4 et 11). Les participants répondent pour chaque item sur un score allant de 1 (totalement pas d'accord) à 7 (totalement d'accord). Les scores sont compris entre 14 et 98. Un score compris entre 14 et 56 est « très bas », 57 à 64 « bas », 65 à 73 « moyen bas », 74 à 81 « moyen », 82 à 90 « moyen haut », 91 à 98 « haut » (Wagnild, 2009).

2.3 Procédure

Neuf établissements médicosociaux de la région genevoise ont donné leur accord afin d'effectuer cette étude. Un responsable par institution nous avertit par mail lorsqu'une personne arrive dans l'établissement et un premier rendez-vous est fixé avec elle quatre jours après son admission. Le projet et le déroulement de l'étude lui sont présentés. Dans le cas où la personne accepte de participer, le test du F-TICS lui est administré en face à face (Lacoste & Trivalle, 2009), afin de faire une première évaluation cognitive (les personnes avec un score inférieur à 28 ont été exclues de l'étude). Si les critères sont respectés et que la personne nous donne son accord, nous lui faisons remplir la feuille de consentement (cf. annexe p. 67), en nous assurant qu'elle ait bien compris son contenu. Nous lui précisons que les épreuves utilisées dans la recherche ne peuvent pas donner lieu à un bilan cognitif ou à une évaluation de la mémoire. Un deuxième rendez-vous est alors pris trois jours plus tard afin d'effectuer la suite de l'étude. Nous rencontrons le participant dans sa chambre et il remplit un questionnaire anamnestique (inspiré de Somme, 2003 ; cf. annexe p. 69), où il fournit des informations sur son âge, ses années d'étude et les raisons de son entrée en institution. Puis il répond aux tâches de la Cog-Tel (Kliegel et al., 2007) et aux questionnaires auto-administrés (GDS-15 ; Sheikh & Yesavage, 1986 ; Échelle de solitude ; de Jong Gierveld & van Tilburg, 1999 ; Échelle de Katz ; Katz et al., 1970 ; RS-14 ; Wagnild, 2009 ; Échelle du sens à la vie 14 items ; Lapierre & Desrochers, 1997). Les réponses sont notées par l'expérimentateur. Une deuxième et une troisième passations se déroulent trois et six mois plus tard. Le rendez-vous avec le participant est pris quelques jours avant les entretiens. Lors de ces deux passations, le questionnaire anamnestique et la COG-TEL sont modifiés. Par contre les questionnaires et les échelles sont les mêmes que lors de la première passation (cf. figure 2.1 page suivante). Afin d'éviter des biais de réponses dus à la fatigue ou à l'ordre du matériel présenté, l'ordre des questionnaires est randomisé.

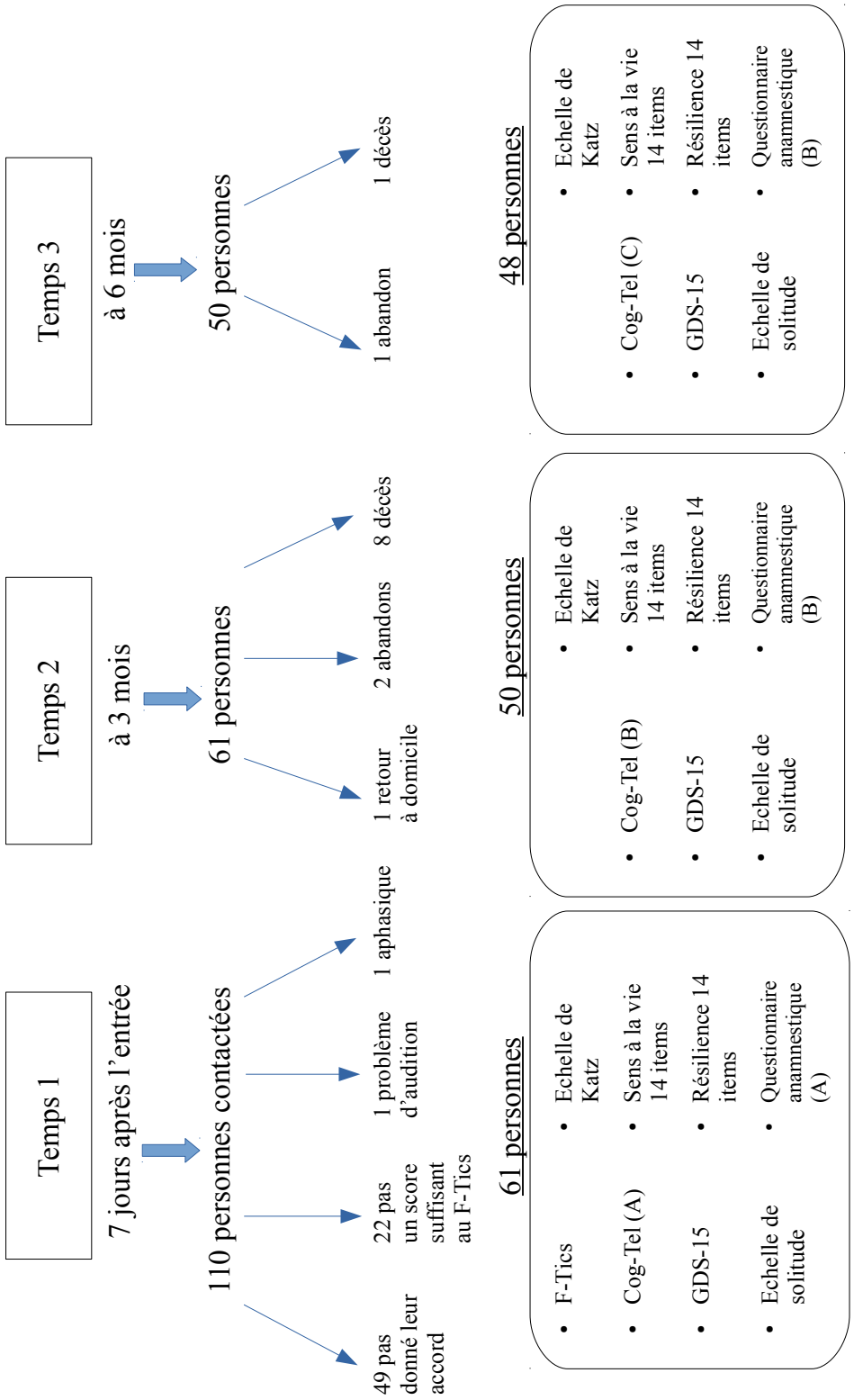


Figure 2.1. Récapitulatif de la méthodologie.

3 Résultats

Des analyses descriptives et exploratoires (ANOVA à mesures répétées, contrastes et comparaisons multiples) ont été faites avec Statistica. Le seuil de significativité est fixé à 5%.

Afin de s'assurer de la consistance interne des questionnaires, un α de Cronbach a été calculé. Nous avons obtenu un score supérieur à la limite de .7 à l'ensemble de nos questionnaires, ce qui indique une consistance interne des questionnaires acceptable (Échelle de solitude : α=.77, GDS-15 : α=.79, Katz : α=.78, RS-14 : α=.85, Échelle du sens à la vie : α=.79).

3.1 Statistiques descriptives

Au niveau des caractéristiques sociodémographiques (cf. tableau 3.1 page suivante), la moyenne du niveau d'études de l'échantillon final est de 10.97 ans (*SD*= 3.623), avec une moyenne de 31.89 *(SD*= 3.94) au F-TICS-m. Les deux tiers de l'échantillon (67%) sont âgés de 85 à 99 ans. Environ trois quart des participants sont des femmes (77%). 48% de l'échantillon final est veuf, plus de la moitié (56%) logeaient à domicile avant son entrée en institution. En ce qui concerne la demande d'entrée, 17% ont pris eux-mêmes la décision, alors que pour les trois quarts de l'échantillon (75%) ce sont la famille et les professionnels qui ont pris la décision. Pour la moitié de l'échantillon (52%), un problème de santé, de l'aide pour les soins de base et/ou de la difficulté dans les déplacements sont des raisons qui les ont amenés à quitter leur logement. Un tiers des personnes (35%) rencontrent des difficultés lors de leur entrée en institution. Il peut s'agir, par exemple, de l'intégration dans la vie en communauté ou du détachement avec les affaires personnelles.

Après six mois dans l'établissement (cf. tableau 3.2 page 21), deux tiers des personnes se sentent intégrées. Pour les 27% qui rencontrent des difficultés dans leur intégration, la vie en communauté, le fait de devoir se défaire de ce qui leur tient à cœur, le manque de liberté et la perte de repères sont les raisons les plus évoquées. 60% des personnes s'approprient leur lieu de vie, avec comme principaux arguments l'aménagement de leur chambre avec leurs meubles personnels et la gentillesse du personnel. Trois quarts (75%) de l'échantillon participent régulièrement aux activités et un peu plus de la moité (54%) ont un passe-temps, comme la lecture (50%), la musique (15%), la peinture (15%) ou les mots-croisés (15%).

Tableau 3.1

Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=48).

Caractéristiques		n	%
Age	59-75	6	12%
(*M*=85.66 ; *SD*=9.36)	76-84	10	21%
	85-94	25	52%
	95-99	7	15%
Genre	Hommes	11	23%
	Femmes	37	77%
État civil	Veuf	23	48%
	Célibataire	5	11%
	Séparé	4	8%
	Divorcé	9	19%
	Marié	7	14%
Niveau d'éducation	≤ à 6 ans	5	11%
(*M*=11 ; *SD*=3.58)	7 à 9 ans	14	29%
	10 à 12 ans	14	29%
	≥ à 13 ans	15	31%
Enfants	Oui	39	81%
	Non	9	19%
Logement avant l'entrée	Domicile	27	56%
	Long-séjour	21	44%
Demande d'entrée	Eux-mêmes	8	17%
	Familles (enfants, conjoint)	20	42%
	Professionnel (médecin, hôpital)	16	33%
	Ne se souviennent pas	4	8%
Raisons de l'entrée	État de santé	43	52%
(plusieurs réponses possibles)	Raison socio-familiale	32	39%
n=83	Souhait personnel	8	9%
Difficultés à l'entrée	Oui	17	35%
	Non	32	65%
Genre de difficultés	de se défaire de ce qui tient à cœur	6	25%
(plusieurs réponses possibles)	vivre en communauté	7	29%
n=24	rupture avec l'entourage	2	8%
	dévoiler son intimité	2	8%
	respecter les horaires	3	13%
	perte de repères	4	17%
Facultés cognitives	F-TICS-m (28-33)	30	62%
M=31.89 ; *SD*=3.94	F-TICS-m (34-43)	18	38%

Tableau 3.2

Intégration dans l'EMS, sentiment d'être chez soi, participation aux activités et passe-temps à 6 mois (n=48).

Caractéristiques		n	%
Intégration dans l'EMS	Oui	35	73%
	Non	13	27%
Difficultés	de se défaire de ce qui tient à cœur	5	22%
(plusieurs réponses possibles)	manque de liberté	4	17%
n=23	de vivre en communauté	6	26%
	la rupture avec l'entourage	2	9%
	de dévoiler son intimité	2	9%
	de respecter les horaires	4	17%
Sentiment d'être chez soi	Oui	29	60%
	Non	19	40%
Raisons	Meubles-chambre	13	59%
(plusieurs réponses possibles)	Gentillesse du personnel	6	27%
n=22	Intendance	3	14%
Participation aux activités	Oui	36	75%
	Non	12	25%
	pas d'intérêt	10	83%
	envie de rester seul	2	17%
Passe-temps	Oui	26	54%
	Non	22	46%
Activités (n=26)	Lecture	13	50%
	Musique/chant	4	15%
	Mots-croisés/Sudoku	4	15%
	Peinture	4	15%
	TV	1	5%

3.1.1 La solitude

Les résultats de la première passation montrent que 33% des participants ne se sentent pas seuls, 61% se sentent moyennement seuls et 6% se sentent très seuls ou gravement seuls (cf. tableau 3.3 page suivante). Les chiffres varient quelque peu pour les deuxièmes et troisièmes passations.

Tableau 3.3

Scores de solitude totale en pourcentage (n=48).

	T1	T2	T3
ne se sentent pas seuls	33%	19%	27%
se sentent moyennement seuls	61%	64%	58%
se sentent très seuls	4%	15%	15%
se sentent gravement seuls	2%	2%	0%

Tableau 3.4

Scores à l'échelle GDS-15 items en pourcentage (n=48).

	T1	T2	T3
pas déprimés	50%	54%	56%
moyennement déprimés	42%	36%	31%
modérément déprimés	8%	8%	13%
très déprimés	0%	2%	0%

3.1.2 La dépression

Les résultats de la dépression lors de la première passation indiquent que la moitié des participants ne souffrent pas de dépression, 42% sont moyennement déprimés, 8% souffrent de dépression modérée et personne n'est très déprimé. Les chiffres restent stables à la deuxième et troisième passation (cf. tableau 3.4).

A la question : « Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ? », 40 personnes (83%) en moyenne sur les trois passations répondent « Non ». A la question : « Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ? », 38 personnes (79%) en moyenne sur les trois passations répondent « Non ». A la question : « Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? », 29 personnes (60%) en moyenne sur les trois passations répondent « Oui ». A la question : « Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ? », 24 personnes (50%) en moyenne sur les trois passations répondent « Oui ». Deux questions voient leur score passablement diminuer. La question : « Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ? » passe de 31 « Non » à la première passation à 23 « Non » à la troisième passation. L'autre question : « Avez-vous beaucoup d'énergie ? » passe de 33 « Oui » à la première passation à 27 « Oui » à la troisième passation.

Tableau 3.5

Scores pour les six activités de la vie quotidienne en pourcentage (n=48).

		Indépendant	Difficulté moyenne	Grosse difficulté	Incapacité
	T1	54%	28%	12%	6%
se laver	T2	60%	19%	6%	15%
	T3	58%	21%	17%	4%
	T1	77%	13%	8%	2%
s'habiller	T2	73%	11%	6%	10%
	T3	73%	15%	8%	4%
	T1	35%	61%	2%	2%
transfert et déplacement	T2	42%	41%	17%	0%
	T3	33%	46%	19%	2%
	T1	85%	9%	4%	2%
aller aux toilettes	T2	81%	7%	10%	2%
	T3	75%	11%	10%	4%
	T1	81%	4%	13%	2%
continence	T2	81%	11%	6%	2%
	T3	77%	11%	8%	4%
	T1	92%	8%	0%	0%
manger	T2	96%	0%	4%	0%
	T3	90%	6%	4%	0%

3.1.3 La dépendance

En ce qui concerne les six activités de la vie quotidienne à la première passation, les résultats nous montrent que les participants restent totalement autonomes à 92% pour manger, à 85% pour aller aux toilettes, à 81% en ce qui concerne la continence, à 77% pour s'habiller, à 54% pour se laver et à 35% pour se mobiliser. Les chiffres diffèrent peu pour la deuxième et la troisième passation (cf. tableau 3.5). Personne ne rencontre de grosses difficultés ou une incapacité de manger seul, 6% rencontrent de grosses difficultés ou sont incapables d'aller aux toilettes, 15% sont partiellement ou totalement incontinents, 10% rencontrent de grosses difficultés ou sont incapables de s'habiller, 19% rencontrent de grosses difficultés ou sont incapables de se laver et 4% rencontrent de grosses difficultés ou sont incapables de se mobiliser.

Nous avons ensuite effectué une classification afin de répartir le nombre de limitations dans les activités de la vie quotidienne. A la première passation, une personne sur cinq est indépendante pour les six activités de la vie quotidienne. Environ le tiers est limité pour une seule des activités et environ une personne sur quatre a besoin d'aide et de soins modérés, étant limité pour deux, trois ou quatre activités. Enfin, un quart des participants ont des besoins élevés d'aide et de soins, étant limités pour cinq ou six activités. Les résultats diffèrent quelque peu pour la deuxième

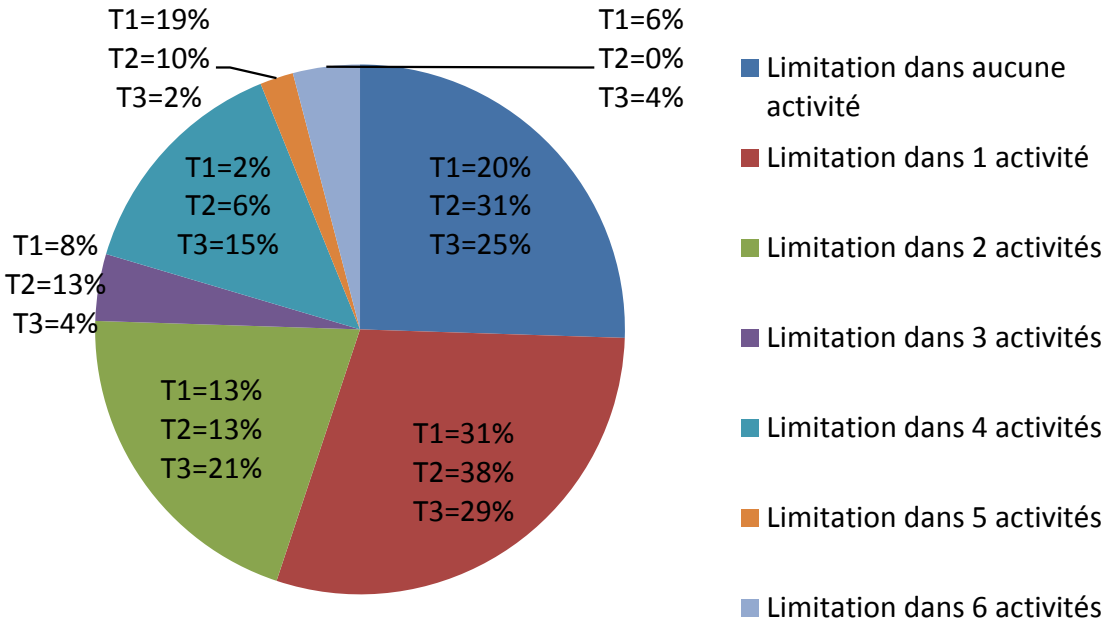


Figure 3.1. Répartition des limitations dans les six activités de la vie quotidienne en pourcentage (n=48).

Tableau 3.6

Scores à l'échelle des buts dans la vie en pourcentage (n=48).

	T1	T2	T3
Haut (56-70)	12%	8%	8%
Moyen haut (46-55)	38%	46%	38%
Moyen bas (36-45)	38%	35%	46%
Bas (14-35)	12%	11%	8%

Tableau 3.7

Scores à l'échelle de la résilience en pourcentage (n=48).

	T1	T2	T3
Très haut (91-98)	8%	16%	4%
Haut (82-90)	27%	21%	21%
Modérément haut (74-81)	23%	27%	36%
Modérément bas (65-73)	23%	13%	15%
Bas (57-64)	8%	8%	8%
Très bas (14-56)	11%	15%	16%

et la troisième passation. Effectivement, nous pouvons noter une différence pour le groupe de personnes qui ont besoin d'aide et de soins modérés, passant de 22 à 40%, et pour le groupe de personnes qui ont des besoins élevés d'aide et de soins, passant de 25 à 6% (cf. figure 3.1 page précédente).

3.1.4 Avoir des buts dans la vie

Un haut score à l'échelle des buts dans la vie a été défini au 90ème percentile et un bas score au 10ème percentile (Boyle et al., 2010a). Les scores moyen haut et haut passent de 50% à l'entrée en EMS à 46% six mois plus tard. Les scores moyen bas et bas passent de 50% à l'entrée en EMS à 54% six mois plus tard (cf. tableau 3.6).

3.1.5 La résilience

Les scores à l'échelle de résilience restent constants sur les trois temps de mesure. 42% des participants ont un score très bas à modérément bas à leur entrée en EMS, passant à 39% à six mois, tandis que 58% ont un score très haut à modérément haut à leur entrée en EMS, passant à 61% après six mois (cf. tableau 3.7).

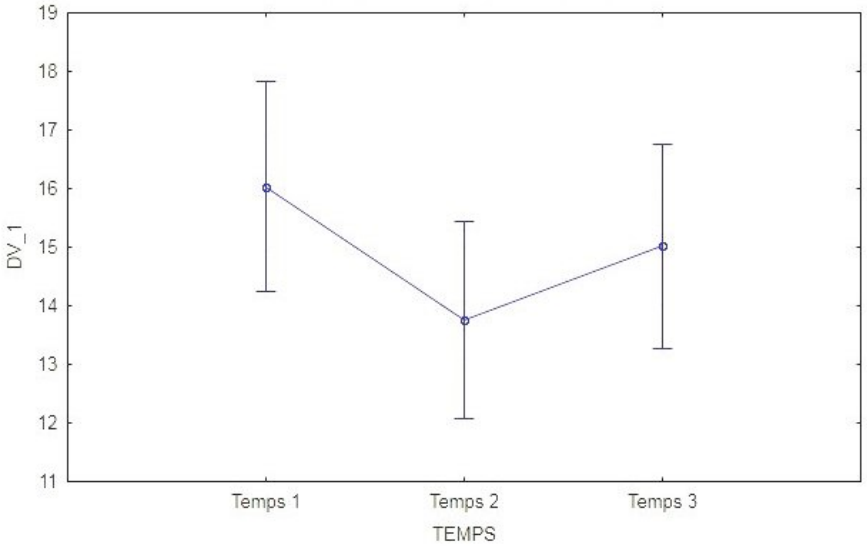


Figure 3.2. Moyennes et intervalles de confiance à 95% des capacités cognitives aux trois temps de mesure (n=48).

3.2 Analyses des hypothèses

3.2.1 Les capacités cognitives

3.2.1.1 Scores globaux

Notre première hypothèse prédit une diminution des capacités cognitives entre l'entrée en institution et six mois plus tard.

En ce qui concerne les résultats des capacités cognitives, la moyenne à la première passation est de 16.03 (*SD*=6.18), à la deuxième passation de 13.76 (*SD*=5.79) et à la troisième passation de 15.02 (*SD*=5.98). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous trouvons un effet significatif des capacités cognitives au travers des trois temps de mesures, $F(2, 94) = 7.63$, $p < .001$, $\eta_p^2 = .14$. Afin d'évaluer la direction de la courbe, des contrastes linéaire et quadratique ont été faits. Le contraste quadratique est significatif, $t = 3.71$, $p < .001$. Des comparaisons multiples ont été calculées pour évaluer les différences entre les temps de mesure. Il y a une différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p < .001$), une différence tendanciellement significative entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .08$). En revanche, il n'y a pas de différence significative entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .19$). Le graphique des moyennes nous montre que la courbe descend au deuxième temps de mesure puis elle remonte au troisième temps de mesure (cf. figure 3.2).

3.2.1.2 La mémoire à court terme

En ce qui concerne les résultats de la mémoire à court terme, la moyenne à la première passation est de 2.87 (*SD*=1.39), à la deuxième passation de 2.15 (*SD*=1.39) et à la troisième passation de 2.58 (*SD*=1.25). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous trouvons un effet significatif de la mémoire à court terme au travers des trois temps de mesure, $F(2,94) = 5.93$, $p = .003$, $\eta_p^2 = .11$. Le contraste quadratique est significatif, $t = 3.25$, $p = .002$. Pour les comparaisons multiples, il y a une différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .002$), mais aucune différence significative n'a été trouvée entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .10$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .36$). Comme nous le voyons sur le graphique (cf. annexe p. 70), la courbe descend significativement au deuxième temps de mesure puis elle remonte au troisième temps de mesure.

3.2.1.3 La mémoire à long terme

En ce qui concerne les résultats de la mémoire à long terme, la moyenne à la première passation est de 2.98 (*SD*=1.60), à la deuxième passation de 2.21 (*SD*=1.74) et à la troisième passation de 2.52 (*SD*=1.50). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous trouvons un effet significatif de la mémoire à long terme au travers des trois temps de mesure, $F(2,94) = 4.28$, $p = .012$, $\eta_p^2 = .08$. Le contraste quadratique est significatif, $t = 2.58$, $p = .013$. En ce qui concerne les comparaisons multiples, nous trouvons une différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .01$), mais aucune différence significative entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .42$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .22$). Comme nous le voyons sur le graphique (cf. annexe p. 70), la courbe descend significativement au deuxième temps de mesure puis elle remonte au troisième temps de mesure

3.2.1.4 La mémoire de travail

En ce qui concerne les résultats de la mémoire de travail, la moyenne à la première passation est de 3.83 (*SD*=1.82), à la deuxième passation de 4.04 (*SD*=1.83) et à la troisième passation de 3.95 (*SD*=1.57). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Il n'y a pas d'effet significatif de la mémoire de travail au travers des trois temps de mesures, $F(2, 94) = .33$, $p = .71$, $\eta_p^2 = .007$. Les contrastes linéaire ($t = .44$, p = -.730) et quadratique ($t = .65$, $p = .46$) ne sont pas significatifs. Pour les comparaisons multiples, il n'y a pas de différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .69$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .94$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .87$). Comme nous le

voyons sur le graphique (cf. annexe p. 71), la courbe monte très légèrement entre le premier et le deuxième temps de mesure, puis elle diminue très légèrement entre la deuxième et la troisième passation

3.2.1.5 Le raisonnement inductif

En ce qui concerne les résultats du raisonnement inductif, la moyenne à la première passation est de 1.93 (*SD*=1.59), à la deuxième passation de 1.91 (*SD*=1.69) et à la troisième passation de 2.12 (*SD*=1.37). Les postulats de normalité ne sont pas respectés. Le *boxplot* montre une certaine hétérogénéité avec plusieurs valeurs extrêmes lors des trois passations. Une transformation log-10 a été effectuée. Il n'y a pas d'effet significatif pour le raisonnement au travers des trois temps de mesures, $F(2,94) = .27$, $p = .76$, $\eta_p^2 = .008$. Les contrastes linéaire ($t = 0.44$, $p = -.73$) et quadratique ($t = .65$, $p = .46$) ne sont pas significatifs. Au sujet des comparaisons multiples, nous ne trouvons pas de différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .69$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .94$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .87$). Comme nous le voyons sur le graphique (cf. annexe p. 71), la courbe diminue très légèrement entre la première et la deuxième passation, puis elle remonte pour arriver quasiment aux mêmes résultats que le premier temps de mesure.

3.2.1.6 La fluence verbale

En ce qui concerne les résultats de la fluence verbale, la moyenne à la première passation est de 16.08 (*SD*=6.03), à la deuxième passation de 16.16 (*SD*=5.99) et à la troisième passation de 15.79 (*SD*=6.53). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous ne trouvons pas d'effet significatif de la fluence au travers des trois temps de mesures, $F(2,94)= 0.19$, $p = .83$, $\eta_p^2 = .004$. Les contrastes linéaire ($t = -.45$, $p = -.65$) et quadratique ($t = -.43$, $p = .66$) ne sont pas significatifs. Pour les comparaisons multiples, il n'y a pas de différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .99$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .82$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .88$). Comme nous le voyons sur le graphique (cf. annexe p. 72), la courbe ne bouge presque pas entre les trois temps de mesure.

3.2.1.7 La mémoire prospective

Au niveau de la mémoire prospective, une seule personne se souvient d'énoncer son année de naissance (2%) lors de la première passation, personne ne s'en souvient à la deuxième passation (0%) et deux personnes s'en souviennent à la troisième passation (4%).

Tableau 3.8

Récapitulatif des ANOVA à mesures répétées pour les capacités cognitives.

	Significatif	Non-significatif
Mémoire à court terme	✓	
Mémoire à long terme	✓	
Mémoire de travail		✗
Raisonnement		✗
Fluence		✗

En résumé (cf. tableau 3.8), les résultats pour les mémoires à court terme et à long terme sont significatifs. En revanche, les résultats pour la mémoire de travail, le raisonnement et la fluence ne sont pas significatifs.

3.2.2 Les facteurs de risques

3.2.2.1 La solitude

Notre deuxième hypothèse, en lien avec la solitude, a une visée exploratoire, du à un manque d'informations sur son évolution dans la littérature.

En ce qui concerne l'échelle de la solitude, la moyenne à la première passation est de 4.14 (*SD*=2.88), à la deuxième passation de 5.35 (*SD*=2.98) et à la troisième passation de 4.83 (*SD*=3.16). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous trouvons un effet significatif de la solitude à travers les trois temps de mesure, $F(2,94) = 4.86$, $p = .009$, $\eta_p^2 = .094$. Le contraste quadratique est significatif, $t = -2.84$, $p = .006$. Pour les comparaisons multiples, il y a une différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .007$). Par contre, il n'y a pas de différence significative entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .37$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .18$). Dans le graphique des moyennes (cf. figure 3.3 page 31), la courbe monte significativement entre le premier et le deuxième temps de mesure et elle redescend quelque peu dans le troisième temps de mesure.

Pour la solitude sociale, la moyenne à la première passation est de 2 (*SD*=1.68), à la deuxième passation de 2.22 (*SD*=1.67) et à la troisième passation de 2.12 (*SD*=1.16). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Il n'y a pas d'effet significatif de la solitude sociale à travers les trois temps de mesure, $F(2,94) = .41$, $p = .66$, $\eta_p^2 = .008$. Les contrastes linéaire ($t = .50$, $p = .61$) et quadratique ($t = -.75$, $p = .45$) ne sont pas significatifs. En ce qui concerne les comparaisons multiples, nous ne trouvons pas de différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .63$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .91$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .87$).

Pour la solitude émotionnelle, la moyenne à la première passation est de 2.14 (*SD*=1.75), à la deuxième passation de 3.06 (*SD*=1.85) et à la troisième passation de 2.70 (*SD*=2.04). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Il y a un effet significatif de la solitude émotionnelle à travers les trois temps de mesure, $F(2,94) = 7.04$, $p = .001$, $\eta_p^2 = .13$. Les contrastes linéaire ($t = 2.05$, $p = .046$) et quadratique ($t = -3.42$, $p = .001$) sont significatifs. Les résultats des comparaisons multiples montrent une différence significative entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .001$). Par contre, il n'y a pas d'effet significatif entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .32$). La différence entre le premier et le troisième temps de mesure est tendaciellement significative ($p = .06$).

3.2.2.2 La dépression

Notre troisième hypothèse, en lien avec la dépression, a une visée exploratoire de par un manque de consensus dans les différentes recherches.

En ce qui concerne les résultats de l'échelle de la dépression, la moyenne à la première passation est de 4.50 (*SD*=3.42), à la deuxième passation de 4.64 (*SD*=3.20) et à la troisième passation de 5.00 (*SD*=3.31). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Nous n'avons pas trouvé d'effets significatifs de la dépression au niveau des trois temps de mesure, $F(2,94) = .91$, $p = .40$, $\eta_p^2 = .02$. Les contrastes linéaire ($t = 1.34$, $p = .18$) et quadratique ($t = .30$, $p = .75$) ne sont pas significatifs. Pour les comparaisons multiples, il n'y a pas de différences significatives entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .92$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .62$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .39$). La courbe monte légèrement entre les trois temps de mesure (cf. figure 3.4 page suivante).

3.2.2.3 La dépendance

Notre quatrième hypothèse prédisait une augmentation de la dépendance physique entre l'entrée en institution et six mois plus tard.

En lien avec la dépendance physique, la moyenne à la première passation est de 8.45 (*SD*=3.01), à la deuxième passation de 8.56 (*SD*=3.68) et à la troisième passation de 8.97 (*SD*=3.66). Le postulat de normalité n'est pas respecté. Le *boxplot* montre une certaine hétérogénéité, avec plusieurs valeurs extrêmes lors des trois passations. Une transformation log-10 a été effectuée. Les résultats de la dépendance ne varient pas significativement lors des trois temps de mesure, $F(2,94)= 1.45$, $p = .24$, $\eta_p^2 = .03$. Les contrastes linéaire ($t = 1.24$, $p = .21$) et quadratique ($t = 1.15$, $p = .25$) ne sont pas significatifs. En ce qui concerne les comparaisons multiples, il n'y a pas de différences

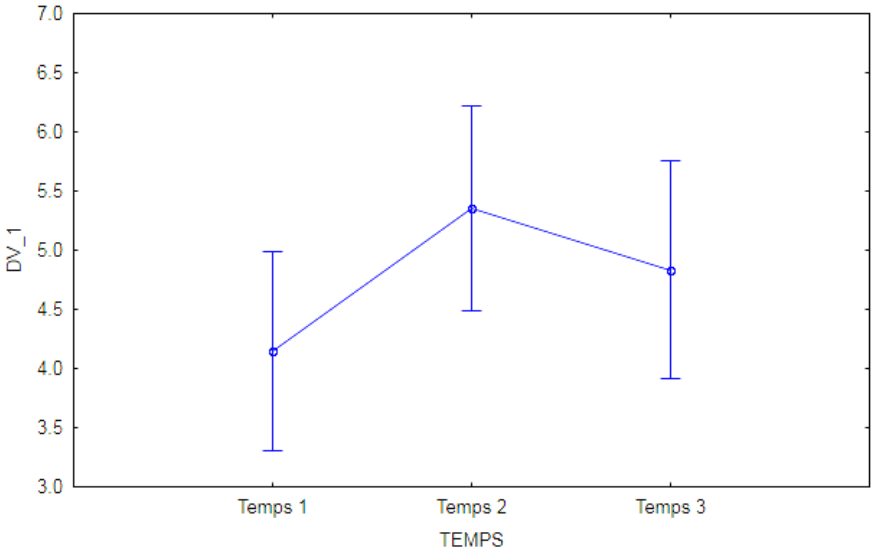


Figure 3.3. Moyennes et intervalles de confiance à 95% de l'échelle de la solitude aux trois temps de mesure (n=48).

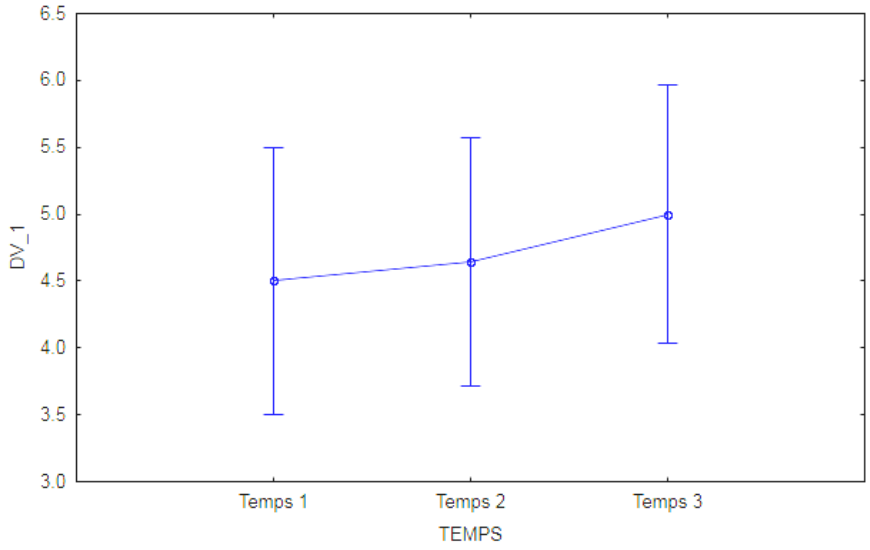


Figure 3.4. Moyennes et intervalles de confiance à 95% de l'échelle de la dépression aux trois temps de mesure (n=48).

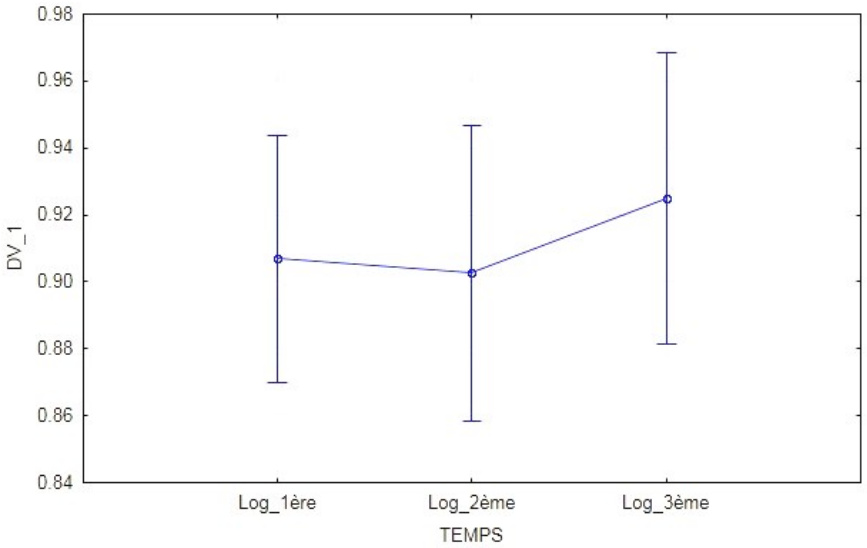


Figure 3.5. Moyennes et intervalles de confiance à 95% de la dépendance physique aux trois temps de mesure (n=48).

significatives entre le premier et le deuxième temps de mesure (p = .94), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure (p = .43), ni entre le premier et le troisième temps de mesure (p = .27). La courbe monte légèrement entre la première et la troisième passation (cf. figure 3.5).

3.2.3 Les facteurs protecteurs

3.2.3.1 Les buts dans la vie

Notre cinquième hypothèse, en lien avec les buts dans la vie, a une visée exploratoire, de par un manque d'information sur son évolution dans la littérature.

En ce qui concerne les résultats de l'échelle des buts dans la vie, la moyenne à la première passation est de 45.60 (*SD*=7.78), à la deuxième passation de 45.56 (*SD*=7.76) et à la troisième passation de 45.18 (*SD*=6.94). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Il n'y a pas d'effet significatif de l'échelle des buts dans la vie au cours des trois temps de mesure, $F(2,94)= .10, p = .89, \eta_p^2 = .002$. Les contrastes linéaire (t = -.41, p = .68) et quadratique (t = -.19, p = .84) ne sont pas significatifs. Les résultats des comparaisons multiples ne montrent pas de différences significatives entre le premier et le deuxième temps de mesure (p = .99), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure (p = .92), ni entre le premier et le troisième temps de mesure (p = .90). La courbe ne bouge quasiment pas entre le premier et le deuxième temps de mesure et elle diminue très légèrement à la troisième passation (cf. figure 3.6 page 34).

3.2.3.2 La résilience

Notre sixième hypothèse a également une visée exploratoire car il n'existe pas d'étude longitudinale qui évalue la résilience chez des personnes en EMS.

Pour les résultats de l'échelle de la résilience, la moyenne de la première passation est de 74.75 (*SD*=12.11), à la deuxième passation de 74.18 (*SD*=14.76) et à la troisième passation de 72.70 (*SD*=12.72). Les postulats de normalité et de sphéricité sont respectés. Il n'y a pas d'effets significatifs de la résilience au travers des trois temps de mesure, $F(2,94) = 1.12$, $p = .32$, $\eta_p^2 = .02$. Les contrastes linéaire (t = -1.68, $p = .09$) et quadratique (t = -.33, $p = .73$) ne sont pas significatifs. Pour les comparaisons multiples, il n'y a pas de différences significatives entre le premier et le deuxième temps de mesure ($p = .91$), ni entre le deuxième et le troisième temps de mesure ($p = .54$), ni entre le premier et le troisième temps de mesure ($p = .31$). La courbe baisse dans le temps, surtout entre la deuxième et la troisième passation (cf. figure 3.7 page suivante).

En résumé (cf. tableau 3.9 page 35), les résultats des capacités cognitives ainsi que de la solitude sont significatifs. Par contre, il n'y a pas de résultats significatifs pour la dépression, la dépendance, la résilience et le fait d'avoir des buts dans la vie.

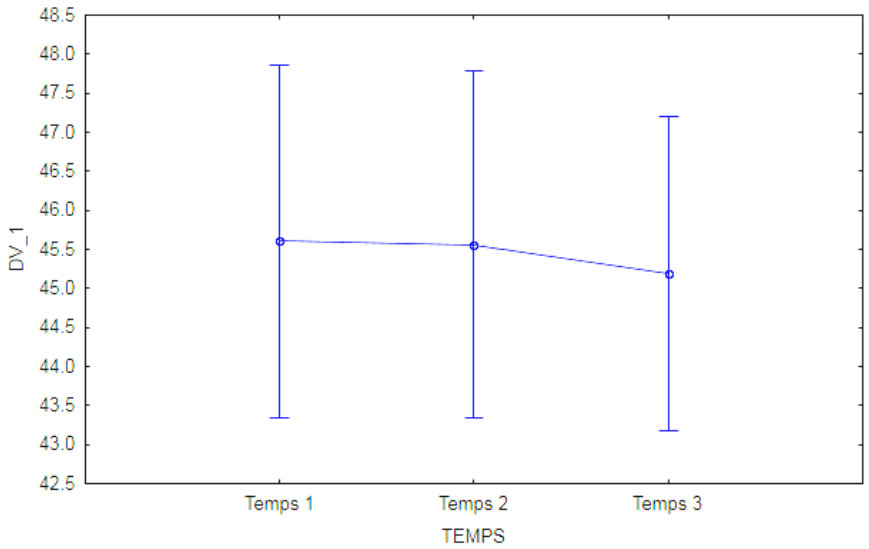


Figure 3.6. Moyennes et intervalles de confiance à 95% de l'échelle des buts dans la vie (n=48).

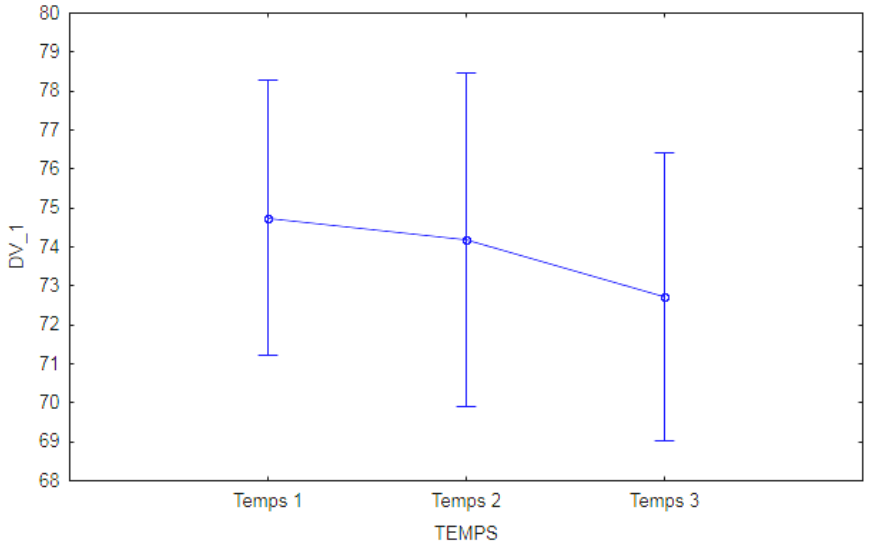


Figure 3.7. Moyenne et intervalles de confiance à 95% de l'échelle de résilience (n=48).

Tableau 3.9

Récapitulatif des résultats pour les différents facteurs.

	ANOVA à mesures répétées		Contrastes linéaires		Contrastes quadratiques		Comparaisons multiples	
	S	NS	S	NS	S	NS	S	NS
Capacités cognitives	✓			✗	✓		T1 vs T2	
Solitude	✓			✗	✓		T1 vs T2	
Dépression		✗		✗		✗		✗
Dépendance		✗		✗		✗		✗
Résilience		✗		✗		✗		✗
Avoir des buts dans la vie		✗		✗		✗		✗

4 Discussion

Le but de notre étude était d'observer chez les personnes entrant en EMS leur trajectoire dans le temps en lien avec différents facteurs (les capacités cognitives, la solitude, la dépendance, la dépression, les buts dans la vie et la résilience). Trois entretiens se sont déroulés sur le lieu de vie des adultes âgés : à leur entrée, à trois mois, et, finalement, six mois après l'entrée. Nous avons voulu évaluer à différents niveaux l'impact du changement du lieu de vie sur les personnes.

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Première hypothèse

Notre première hypothèse prédisait une diminution des capacités cognitives entre l'entrée en institution et six mois plus tard. Les résultats ne vont pas dans le sens de l'hypothèse. En effet, les capacités cognitives diminuent significativement entre l'entrée en institution et trois mois plus tard, mais elles remontent de manière tendancielle par la suite. Les mémoires à court terme et à long terme suivent la même trajectoire, à savoir une diminution significative entre l'entrée en institution et trois mois plus tard, puis nous observons une augmentation des résultats à six mois de l'entrée. Par contre, il n'y a pas de changements significatifs au niveau de la mémoire de travail, du raisonnement inductif et de la fluence verbale, entre l'entrée en institution et six mois plus tard. Les résultats de la mémoire prospective sont très bas. Effectivement, très peu de participants se sont souvenus de la consigne.

D'une manière générale, l'intelligence cristallisée, composée des connaissances générales et de la mémoire sémantique, reste stable au cours du vieillissement normal, tandis que l'intelligence fluide, qui sollicite le contrôle cognitif, subit un déclin important avec l'âge. Cela peut expliquer la stabilité de la fluence verbale, qui évalue, entre autre, la mémoire sémantique, sur les trois temps de mesure. Les mémoires à court terme et à long terme sont quant à elles impactées par la période très instable que représente le changement de lieu de vie. Elles subissent une nette diminution pendant les trois premiers mois en institution. Nous nous attendions à ce que la baisse continue les trois mois suivants, mais cela n'a pas été le cas. Les performances sont effectivement quelque peu remontées. Cette diminution peut être expliquée par un manque de motivation, un certain découragement de la part des participants lors des trois premiers mois, ce

qui a un impact direct sur la cognition, en entrainant un déclin de celle-ci (Corson, 2002). Une autre tentative d'explication est que ces trois premiers mois représentent un temps d'adaptation de l'adulte âgé à sa nouvelle vie, avec une prise en mains de ses nouveaux repères. La personne met en place des stratégies pour faire face au stress et des processus qui lui permettent d'affronter ses difficultés et faire face aux problèmes. Une période d'acclimatation de trois mois semble donc nécessaire pour se retrouver et pour s'adapter du mieux possible. La mémoire de travail ne subit pas l'effet du temps. Elle reste assez stable au cours des trois temps de mesure.

Les résultats du raisonnement inductif s'avèrent extrêmement hétérogènes. Pour rappel, le raisonnement inductif « permet d'extraire des règles générales à partir d'exemples particuliers » (p. 21, Jeantin & Pennequin, 2006). Dans notre instrument de mesure, les participants devaient donner la suite d'une série de chiffres exposée oralement, avec une difficulté allant dans un ordre croissant. Ils rencontraient peu de difficultés pour donner la suite de 3-6-9-12-15. Par contre, un seul participant a réussi à trouver la suite de 63-91-65-94-67. Nous avons, pour les trois passations, une moyenne qui avoisine deux bonnes réponses. Le fait de ne pas avoir accès aux suites sous les yeux rend la tâche extrêmement complexe. Les capacités de raisonnement inductif diminuent avec l'âge et cette diminution est influencée par les types de stratégies utilisées (Jeantin & Pennequin, 2006). Des facteurs comme les fonctions exécutives et la vitesse de traitement expliquent en partie les variations du raisonnement inductif (Lauverjat, Pennequin, & Fontaine, 2005).

En ce qui concerne la mémoire prospective, qui consiste à se souvenir d'accomplir un acte dans un futur proche, les participants ont quasiment tous échoués. Il s'agissait de donner son année de naissance à un moment donné, la consigne étant explicitée au tout début du test. Les participants n'avaient pas d'aides extérieures ou de stratégies mises en place pour les aider. Au moment où les participants auraient du nous donner leur année de naissance et qu'ils ne l'ont pas fait, nous leur rappelons qu'au début de l'exercice nous leur avions demandé de nous dire quelque chose plus tard. Lors de cette deuxième chance, six participants (12.5%) s'en sont souvenu à la première passation, dix à la deuxième (20%) et neuf à la troisième (19%). Cela démontre que l'information a été enregistrée par certains participants, mais qu'il est nécessaire de rappeler la consigne de départ pour leur permettre la récupération.

4.1.2 Deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse, en lien avec la solitude, avait une visée exploratoire, dû à un manque d'informations sur son évolution dans la littérature. La courbe de la solitude augmente significativement entre l'entrée en institution et trois mois plus tard, puis elle redescend six mois plus tard. Nous trouvons une dissociation entre solitude sociale et émotionnelle. La première n'évolue pas de manière significative entre les trois temps de mesure, contrairement à la solitude émotionnelle,

qui augmente de manière significative entre l'entrée en institution et trois mois plus tard, puis redescend six mois plus tard. Pour rappel, la solitude sociale correspond à un réseau social limité, tandis que la solitude émotionnelle correspond à un manque de relations intimes. Même avec un vaste réseau social, il est possible de se sentir seul sur le plan émotionnel, ce qui peut être dû à un manque d'ami proche ou de conjoint. Lors de l'entrée en EMS, les adultes âgés se retrouvent subitement éloignés de leurs proches, de leur conjoint ou de leurs enfants. Malgré le fait d'être entouré par d'autres personnes, comme les autres habitants ou les collaborateurs de l'institution, la rupture est brutale et difficile à compenser, surtout les trois premiers mois. La situation revient ensuite au même niveau que lors de l'entrée en EMS. Comme relevé précédemment, les trois premiers mois semblent être une période de transition qui permet aux personnes de prendre possession des lieux et de s'habituer progressivement à leur nouveau statut. Dans une enquête effectuée en Belgique par la Fondation Baudoin (Vandenbroucke et al., 2012), le niveau de solitude est le même entre les personnes en EMS et celles vivant à domicile et ayant besoin de soins. Les personnes à domicile souffrent plus de solitude sociale alors que les personnes en EMS ressentent plus la solitude émotionnelle, ce qui rejoint nos résultats. Effectivement, à domicile le réseau social pour les personnes qui nécessitent des soins s'avère plus limité que celui des personnes vivant en EMS. Cependant, les personnes en EMS souffrent d'un manque de relations intimes et proches, inhérent à la réalité de la vie en institution. Les visites illimitées d'amis proches ne remplacent en rien une présence permanente et continue.

4.1.3 Troisième hypothèse

Notre troisième hypothèse, en lien avec la dépression, avait une visée exploratoire en raison d'un manque de consensus entre les différentes recherches. La courbe de la dépression augmente de manière non significative entre l'entrée en institution et six mois plus tard. Les résultats vont dans la direction de notre hypothèse. Comparée aux capacités cognitives et à la solitude qui suivent toutes deux une trajectoire quadratique, la dépression suit plutôt une trajectoire linéaire. Même passés les trois premiers mois d'une phase qui semble adaptative, les symptômes dépressifs continuent à légèrement augmenter. Nous pouvons expliquer cette tendance par le fait que les participants se sentent de plus en plus faibles et ils ont de moins en moins d'énergie. De plus, ils ont abandonné un grand nombre de leurs activités. Ces limitations et ces renoncements ont un impact sur le quotidien des adultes âgés et peuvent agir comme un cercle vicieux. Les personnes peuvent avoir tendance à se résigner et à subir, en quelque sorte, leur nouvelle situation.

4.1.4 Quatrième hypothèse

Notre quatrième hypothèse prédisait une augmentation de la dépendance physique entre l'entrée en institution et six mois plus tard. Les résultats vont dans la direction de notre hypothèse. La courbe monte entre les trois temps de mesure, mais les résultats ne sont pas significatifs. En comparaisons des conclusions de Ang et collaborateurs (2006) sur trois activités, nos participants rencontrent également une diminution de leurs capacités pour deux activités : aller aux toilettes qui passent de 6% de grosses difficultés à l'entrée en EMS à 12% d'incapacités six mois plus tard. Les transferts et déplacements passent de 4% de grosses difficultés à l'entrée en EMS à 20% d'incapacités six mois plus tard. En revanche, notre échantillon reste stable dans les trois temps de mesure pour se laver. Nous pouvons faire un lien entre le fait que comme les personnes se mobilisent de moins en moins bien, elles rencontrent plus de difficultés pour se rendre aux toilettes et effectuer les tâches s'y rattachant. Il est important de préciser que l'évaluation de la dépendance physique est subjective. Effectivement, elle se fait selon la vision que le participant a de lui-même. De plus, la tendance à se comparer aux autres personnes de l'institution, parfois plus handicapées et dépendantes que lui, peut avoir lieu (Conversat-Nigay et al., 2010). L'évolution de la dépendance physique est également tributaire de la santé générale des personnes, qui peut elle aussi passablement varier d'une personne à l'autre.

4.1.5 Cinquième hypothèse

Notre cinquième hypothèse, en lien avec les buts dans la vie, avait une visée exploratoire, en raison du manque d'information sur son évolution dans la littérature. La courbe reste quasiment plate entre l'entrée en institution et trois mois plus tard, tandis qu'elle diminue très légèrement entre la deuxième et la troisième passation. Nous observons une grande variabilité autour de la moyenne, ce qui se confirme dans le graphique avec les trajectoires de tous les participants, qui démontre leur hétérogénéité (cf. annexe p. 72). En arrivant en institution, les adultes âgés se retrouvent seuls face à eux-mêmes. Ils sont également confrontés à d'autres personnes qui leur sont pour la plupart inconnues, plus ou moins dépendantes et parfois avec des comportements et des échanges verbaux qui peuvent paraître étranges. Ils sont également confrontés à leur propre finitude, côtoyant de près la mort. Ainsi, les buts dans la vie leur semblent abstraits ou alors difficilement réalisables. Cependant, tant que la vie est encore là, des projets personnalisés sont toujours envisageables (Kagan & Pellerin, 2014). Les personnes elles-mêmes, aidées par les proches et les travailleurs de l'institution, peuvent identifier des activités personnelles significatives (Boyle et al., 2010) pour ainsi donner un sens à leur existence. Il peut s'agir de simples tâches qui donnent un rôle à la personne et la valorisent. Il est inutile d'envisager des projets trop ambitieux, qui pourraient mettre la personne en difficulté et la décourager.

4.1.6 Sixième hypothèse

Notre sixième hypothèse avait également une visée exploratoire. Il n'existe effectivement pas d'étude longitudinale qui évalue la résilience chez des personnes en EMS. La courbe diminue progressivement entre les trois temps de mesure, avec une diminution plus importante, mais non significative, entre le deuxième et le troisième temps de mesure. Comme pour les buts dans la vie, nous observons une grande variabilité autour de la moyenne, ce qui se confirme dans le graphique avec les trajectoires de tous les participants et l'hétérogénéité y relative (cf. annexe p. 73). La résilience, qui permet de résister au stress et au traumatisme (Ribes, 2006), est un facteur à ne pas négliger afin de pouvoir intégrer le nouveau lieu de la meilleure manière possible. Elle est présente chez chacun, mais elle peut diminuer face à des évènements difficiles (Anaut, 2005). Pour l'améliorer, il faut renforcer les liens avec les autres et partager, en écrivant ou en parlant, ses stratégies d'adaptation. Le maintien des relations ainsi que le soutien social sont des socles pour accéder à la résilience. Il existe des interventions de groupe pour favoriser la résilience, où il est préférable de stimuler l'expression des émotions positives et l'optimisme plutôt que de vouloir réduire les comportements négatifs (McLeod et al., 2016).

4.2 Trajectoire différentielle

Avec l'avancée en âge, les parcours des individus se distinguent de plus en plus et ils sont influencés par leur expériences de vie, longues et singulières, et les réalités quotidiennes. Chacun n'est pas touché de la même manière par l'avancée en âge. Comme le montre notre échantillon, le panel est totalement hétérogène : l'âge des participants s'étale sur quarante ans, la moitié d'entre eux est veuf, certains n'ont pas d'enfants, quelques personnes ont fait eux-mêmes leur demande d'entrée, deux tiers ne rencontrent pas de difficultés lors de leur entrée, enfin les facultés cognitives ne sont pas préservées de la même manière chez chacun. Toutes les personnes ne se sentent pas équitablement intégrées ni ont le sentiment d'être chez elles six mois après leur entrée en institution. Une personne sur quatre ne participe pas aux activités et un peu moins de la moitié n'a pas de passe-temps. De plus, nous observons dans les deux graphiques des trajectoires individuelles des participants une grande variabilité et hétérogénéité [1] (cf. annexes p. 72 et p. 73). Ces divergences conduisent à gérer les épreuves de manière différente. De plus, chaque personne est influencée par ce qui la constitue : son caractère, son état de santé, ses capacités cognitives, sa facilité d'adaptation et son degré d'attachement. Ces trajectoires différentielles se retrouvent dans les EMS : certaines personnes sont amenées à beaucoup de renoncements et ne peuvent plus

1. Avoir des buts dans la vie et résilience.

exercer des activités fondamentales pour elles, en raison du déclin de leur santé physique ou de leur manque d'autonomie. D'autres en revanche conservent leur santé et continuent à s'investir et à s'engager pour des causes qui leur tiennent à cœur (Caradec, 2008).

4.3 Points positifs et limites

Une des richesses de ce travail est d'avoir pu le réaliser sur le terrain, au contact de personnes directement touchées par la problématique de l'entrée en EMS. Notre échantillon est donc représentatif d'une réalité rencontrée dans les EMS de la région genevoise. En outre, nous avons du faire face à des inconvénients liés aux impondérables inhérents à une enquête *in situ*. Malgré des rendez-vous pris à l'avance avec les participants, il n'a pas toujours été possible de les voir au moment voulu, en raison d'une humeur versatile ou de problèmes de santé passagers. De plus, de part l'approche longitudinale de notre expérience avec des adultes âgés, nous avons dû affronter la mortalité expérimentale. Effectivement, nous avons perdu 20% de notre échantillon de départ : quatre personnes ont abandonné et neuf personnes sont décédées durant les six mois.

Notre étude, composée en grande majorité de questionnaires, s'est déroulée sous forme d'entretiens. Nous posions les différentes questions aux participants et cochions à leur place les réponses sur les questionnaires. Cette technique s'avère sensible aux biais (Sudman & Bradburn, 1974) : les personnes interrogées peuvent avoir une mauvaise compréhension des questions ; elles peuvent également éprouver de la gêne. L'expérimentateur peut également avoir une certaine influence, selon son attitude et ses réactions aux réponses (Neuman, 1991). D'autres biais cognitifs sont à prendre en compte : la tendance à l'acquiescement, par souci de sympathie, par facilité ou pour ne pas avoir à se justifier ; la désirabilité sociale, où le participant donne des réponses valorisées par la société ou qui donnent une image positive de lui ; la peur de certains termes, qui peuvent avoir une charge émotionnelle et affective. L'échelle d'autonomie de Katz (Katz et al., 1970), qui évalue la dépendance physique, est sensible aux biais de désirabilité sociale. Il n'est pas évident d'avouer ses faiblesses et sa vulnérabilité à un expérimentateur étranger, et encore moins lorsqu'il s'agit des questions qui touchent à l'intimité. Le questionnaire du sens à la vie (Lapierre & Desrochers, 1997) a subi, à plusieurs reprises, le biais de la peur lors de l'utilisation du mot « futur », qui est cité dans quatre questions. Les participants ont parfois eu de la difficulté avec cette notion, ne le trouvant pas adaptée au vu de leur situation, considérée par certains comme sans espoir, donc sans futur. L'échelle de résilience (Wagnild, 2009) a aussi essuyé des critiques. Plusieurs participants la trouvant trop positive s'en sont trouvés irrités.

Une autre limite à prendre en considération est l'étendue de l'âge des participants, qui s'étire de 59 à 99 ans. Nous n'avions pas prévu d'âge d'exclusion, dans l'idée de rencontrer et suivre toutes les personnes entrant dans les institutions selon nos critères de sélection. Nous avons donc

dans cette tranche d'âge deux générations, celle du troisième et celle du quatrième âges. Les difficultés rencontrées par les personnes très âgées ne sont pas les mêmes que celles éprouvées par les seniors. Les très âgés présentent plus de fatigabilité, de déficits sensoriels ou de pathologies somatiques que les âgés. Ceci peut avoir une influence sur les résultats des tests qui évaluent les capacités cognitives. Il existe aussi une grande variabilité au niveau des performances cognitives chez les très âgés. Les outils d'évaluation de cette tranche de la population devraient être mieux adaptés à leur spécificité, en diminuant la longueur des tests. L'étude PAQUID en France démontre des scores normatifs pour des gens de 85 ans et plus au sujet de plusieurs tests neuropsychologiques fréquemment utilisés comme le MMSE par exemple (Giulioli & Amieva, 2016). Pour notre batterie cognitive (Cog-Tel, Kliegel et al., 2007), les âges de la validation de l'outil s'étendent de 59 à 75 ans, avec une moyenne de 66.9 ans, ce qui rend difficile une comparaison des résultats avec notre étude.

L'évaluation de la cognition s'effectue d'une manière classique. Il s'agit, entres autres, de répéter des chiffres à l'envers ou de se souvenir de listes de mots. Le fait que la moitié de la liste des mots soit reliée sémantiquement a aidé les participants. De plus, la relation sémantique entre les mots permet un meilleur rappel (Rossi, 2005), ce qui a encouragé les participants. A contrario, les mots non reliés sémantiquement ont été plus difficiles à se remémorer et ont engendré frustration et embarras. Plusieurs participants n'ont pas apprécié de devoir passer cette batterie de tests. Ils avaient l'impression d'être infantilisés, de retour à l'école, comme si leur prestation était évaluée. Il est à noter que la plupart d'entre eux n'ont pas eu une performance élevée. On peut se demander si leurs résultats auraient été meilleurs avec un outil plus écologique. Une collègue a utilisé dans son travail de mémoire une batterie qui évalue de manière écologique la résolution de problèmes de la vie quotidienne (*Everyday Problem Test*, Willis & Marsiske, 1993). Nous pourrions penser que les participants de cette étude, face à des exercices très concrets et pratiques, se seraient montrés plus motivés et valorisés (Hischier, 2015). Au contraire, comme dans notre travail, certains ont exprimé de la contrariété. Cela peut être en lien avec le fait que ces participants, trouvant les items trop faciles, ne vont pas faire d'effort pour répondre correctement. Ou inversement, ils se retrouvent en difficulté et la mise en échec s'avère trop confrontante.

4.4 Perspectives appliquées

Pour permettre aux adultes âgés de s'intégrer au mieux dans un EMS et afin de les aider à se sentir le mieux possible chez eux, il convient d'éviter une rupture trop brusque entre l'avant et l'après. La personne change de lieu de vie mais elle reste un individu à part entière, digne de respect et de prise en considération. Les travailleurs de l'institution doivent se considérer comme des invités, qui viennent chez les personnes et s'y adaptent, et non le contraire.

Une approche centrée sur la personne se doit d'être encouragée. Une continuité entre le domicile et l'EMS, en favorisant par exemple l'investissement d'un des seuls lieux qui soient privés et intimes, la chambre, devrait être tout particulièrement développée. 60% de notre échantillon a le sentiment d'être chez lui, grâce à la mise en place de cette pièce, agrémentée de meubles et de souvenirs personnels, trait d'union entre le passé et le présent. Son appropriation doit être encouragée auprès des nouveaux venus et leur proches. Les animaux de compagnie devraient pouvoir aussi déménager en même temps que leur propriétaire. Ainsi, la personne ne souffrirait pas du fait de devoir s'en séparer et elle se sentirait utile et investie de continuer à s'en occuper.

Lors de leur installation à l'EMS, les personnes changent de statut social, associées désormais à l'étiquette de « résidents ». Pour quelles raisons utilise-t-on une telle dénomination, si ce n'est pour accentuer une stigmatisation déjà difficile à assumer ? Des termes tels qu'habitant ou colocataire conviendraient mieux et permettraient à la personne accueillie de se sentir plus rapidement chez elle, ce qui augmenterait le sentiment d'appartenance au nouveau domicile (Freudiger, 2008).

Pour rappel, notre travail s'est concentré sur les personnes sans troubles cognitifs importants. Il est utile de ne pas oublier que de nombreuses personnes vivant en institution ont des capacités cognitives préservées. Elles se retrouvent à côtoyer au quotidien des personnes plus fragilisées sur le plan cognitif et elles n'ont souvent pas les outils pour comprendre les difficultés s'y rapportant, ce qui peut parfois apporter à des incompréhensions et à de l'impatience. Des explications au sujet du fonctionnement de ces personnes vulnérables fournies par des intervenants spécialisés leur permettraient d'avoir moins d'appréhension et de pouvoir ainsi se montrer plus tolérants.

Nous conclurons par l'évocation de deux derniers points essentiels, qui sont des éléments-clés favorisant l'intégration et une bonne adaptation des individus en EMS : la prise en compte de l'autonomie et les liens intergénérationnels dynamiques.

Comme nous l'avons déjà précisé plus haut, l'autonomie correspond à la capacité de discernement et de jugement, ainsi que la liberté de pouvoir délibérer et faire des choix en fonction de son jugement. Seulement un cinquième de notre échantillon a pris lui-même la décision d'entrer en EMS. Nous imaginons bien que le reste de l'échantillon n'avait pas d'autres choix, mais dans quelle mesure leur liberté de jugement a-t-elle été prise en compte ? En institution, c'est au quotidien qu'il faudrait laisser le libre choix aux adultes âgés. Il peut s'agir, entre autres, de choisir sa place à table, un programme télévisuel ou une chaîne de radio, ou encore de participer ou non aux activités organisées par l'institution. Dans notre recherche, sur le tiers de personnes qui ne se sentent pas intégrées dans l'EMS, plusieurs mettent en avant le manque de liberté et la difficulté de respecter les horaires.

L'autonomie est la pierre angulaire de la théorie de l'autodétermination. Les autres éléments qui la constituent sont le besoin de se sentir efficace et le besoin d'appartenance sociale (Altintas, Majchrzak, Leconte, & Guerrien, 2010; Thomas, Robichaud, & Hazif-Thomas, 2011). La motivation joue un grand rôle dans cette théorie. Trois éléments essentiels déterminent le profil motivationnel, qui auront un impact ou non au niveau comportemental : les niveaux de satisfaction de l'autonomie, de la compétence et de l'appartenance sociale (Altintas et al., 2010). En premier lieu, il est donc important de renforcer l'autonomie des adultes âgés en leur permettant d'être actifs au sujet des décisions à prendre concernant leur vie quotidienne afin d'être « acteurs de leur propre destinée » (p. 443, Thomas et al., 2011). En deuxième lieu, le renforcement du besoin de se sentir efficace peut s'effectuer en prenant en compte les ressources et les compétences des personnes, qui peuvent être utilisées pour apporter une contribution dans l'institution. Une personne spécialiste d'un domaine ou avec un parcours de vie singulier peut par exemple le transmettre à d'autres par le biais du partage. Une personne avec des compétences artistiques (peinture, musique) pourra, si elle le désire, exposer ses œuvres ou partager ses connaissances musicales, *in situ* ou dans le quartier. En troisième lieu, dans le but de renforcer l'appartenance sociale, l'institution doit s'ouvrir afin de permettre des échanges, favoriser les interactions : entre les gens de l'EMS, avec les proches, les collaborateurs et les habitants du quartier (Thomas et al., 2011).

L'intergénérationnel au sein des EMS est un concept qui se développe aussi bien en Suisse romande qu'à Genève. Il existe des projets avec les habitants du quartier, par exemple la mise en place d'un fitness en plein air. D'autres projets se développent avec des enfants de crèches ou du parascolaire, en partageant des goûters ou en confectionnant des bricolages. Dans une maison de retraite du Sud-Ouest de la France, un projet a lié de l'intergénérationnel et la prise en compte de l'autodétermination des adultes âgés (Labit, 2013). Pendant neuf mois, des participants de l'atelier musical et de l'atelier théâtral ont partagé leur synergie avec des enfants de l'école du village pour créer un enregistrement audio intergénérationnel. Le but était de mobiliser la créativité des uns et des autres et de faire émerger ce qui peut avoir du sens pour chacun. Les acteurs du projet ont éprouvé une grande fierté et beaucoup de satisfaction. Le partage avec les enfants s'est poursuivi, grâce à des rencontres ou à l'envoi de cartes postales. Cette démarche a permis de favoriser les liens avec les autres et de créer une sensation de plaisir partagé.

4.5 Conclusion

Ce travail de recherche avait pour objectif principal d'apporter un éclairage nouveau sur l'évolution des différents facteurs durant les six premiers mois dans l'institution en observant de manière longitudinale l'entrée en EMS des adultes âgés. En se basant sur nos résultats, nous avons vu

que les capacités cognitives et la solitude subissent des modifications significatives entre l'entrée en EMS et trois mois plus tard. Effectivement, le premier trimestre est une période délicate. Les personnes s'en trouvent fragilisées et vulnérables, ce qui s'observe au niveau des résultats ainsi que du nombre de décès et d'abandons (huit décès et deux abandons après la première passation).

La mise en place d'un *follow-up* une année après l'entrée serait judicieuse afin de voir les trajectoires des facteurs permettant ainsi de confirmer ou d'infirmer les différentes tendances. Enfin, dans la perspective de mettre en place une meilleure transition entre l'ancien et le nouveau domicile, et pour permettre aux individus nouvellement installés en EMS de se sentir comme chez eux, il est absolument primordial de favoriser tout particulièrement leur autodétermination et soutenir intensivement les capacités d'adaptation présentes chez chacun d'eux.

Bibliographie

Altintas, E., Majchrzak, G., Leconte, C., & Guerrien, A. (2010). Adaptation des aînés à la résidence pour personnes âgées : activités de loisirs et autodétermination. *Revue Canadienne du Vieillissement*, *29*(4), 557–565.

Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en Soins Infirmiers*, *3*(82), 4–11.

Ang, Y., Au, S., Yap, L., & Ee, C. (2006). Functional decline of the elderly in a nursing home. *Singapore Medical Journal*, *47*(3), 219–224.

Benton, A. & Hamsher, K. (1976). *Multilingual aphasia examination*. Iowa City : University of Iowa Press.

Billé, M. (2005). L'entrée en institution dernière mise en demeure ? *Gérontologie et Société*, *28*(112), 63–72.

Bondevik, M. & Skogstad, A. (2000). Loneliness, religiousness, and purpose in life in the oldest old. *Journal of Religious Gerontology*, *11*(1), 5–21.

Boyle, P., Buchman, A., Barnes, L., & Bennett, D. (2010b). Effect of a purpose in life on risk of incident alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Archives of General Psychiatry*, *67*(3), 304–310.

Boyle, P., Buchman, A., & Bennett, D. (2010a). Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disablity among community-dwelling older persons. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *18*, 1093–1102.

Breitling, L., Wolf, M., Müller, H., Raum, E., Kliegel, M., & Brenner, H. (2010). Large-scale application of a telephone-based test of cognitive functioning in older adults. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, *30*, 309–316.

Caradec, V. (2008). Vieillir au grand âge. *Recherche en Soins Infirmiers*, *3*(94), 28–41.

Cavalli, S. (2002). *Vieillard à domicile, vieillards en pension : une comparaison*. Lausanne : Réalité Sociales.

Cavalli, S. (2012). *Trajectoires de vie dans la grande vieillesse : rester chez soi ou s'installer en institution ?* Genève : Médecine Société.

Collège National des Enseignants de Gériatrie (2000). *Corpus de Gériatrie*. France : 2m2 Edition et Communication.

Conversat-Nigay, C., Morgny, C., Manckoundia, P., Lenfant, L., & Pfitzenmeyer, P. (2010). Qualité de vie au sein d'un ehpad : étude du ressenti des résidents. *Annales de Gérontologie*, *3*(3), 161–168.

Corson, Y. (2002). Variations émotionnelles et mémoire : principaux modèles explicatifs. *L'Année Psychologique*, *102*, 109–149.

Cyrulnik, B. (2014). Résilience âgée. In L. Ploton & B. Cyrulnik (Eds.), *Résilence et personnes âgées* (pp. 7–17). Paris : Odile Jacob.

de Jong Gierveld, J. & van Tilburg, T. (1999). *Manual of the loneliness scale*. Amsterdam : Vrije Universiteit Amsterdam, Department of Social Research Methodology.

de Jong Gierveld, J., van Tilburg, T., & Dykstra, P. (2016). Loneliness and social isolation. In A. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge Handbook of Personal Relationships, second edition* (pp. 1–30). Cambridge University Press.

Dehon, H. & Bouhy, D. (2004). Peut-on perdre le contrôle de sa mémoire ? l'impact du vieillissement sur les erreurs mnésiques. In S. Brédard & M. Van der Linden (Eds.), *Souvenirs récupérés, souvenirs oubliés et faux souvenirs* (pp. 121–151). Marseille : Solal.

Delage, M. (2009). Résilience et intervention du soin dans la maladie d'alzheimer. In M. Delage & A. Lejeune (Eds.), *La résilience de la personne âgée, un concept novateur pour prendre en soin la dépendance et la maladie d'Alzheimer* (pp. 21–34). Marseille : Solal.

Dujardin, K. & Lemaire, P. (2008). *Neuropsychologie du vieillissement normal et pathologique*, (pp. 45–64). Neuropsychologie. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Fantini-Hauwel, C., Gély-Nargeot, M.-C., & Raffard, S. (2014). *Psychologie et psychopathologie de la personne âgée vieillissante*, (pp. 39–72). Paris : Dunod.

Freudiger, S. (2008). Se sentir chez soi en institution d'hébergement collectif. In C.-G. Eliane (Ed.), *Le bien-être de la personne âgée en institution* (pp. 41–80). Seli Arslan.

Giulioli, C. & Amieva, H. (2016). Évaluation neuropsychologique des sujets très âgés ou oldest old : problématiques et enjeux. *Revue de Neuropsychologie*, *3*(8), 158–160.

Gonzàlez-Colaço Harmand, M., Meillon, C., Rullier, L., Avila-Funes, J.-A., Bergua, V., Dartigues, J.-F., & Amieva, H. (2014). Cognitive decline after entering a nursing home : a 22-year follow-up study of institutionalized and noninstitutionalized elderly people. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(7), 504–508.

Hischier, M. (2015). La résolution de problèmes de la vie quotidienne chez les personnes âgées : validation d'un outil écologique et identification de profils distincts de performances. Mémoire de master, Université de Genève, FAPSE.

Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L., & Zumbrunn, A. (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée : scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne : Hans Huber.

Jeantin, A. & Pennequin, V. (2006). Explication du déclin du raisonnement inductif par le déficit exécutif lié à l'âge. *L'Année Psychologique*, *106*(2), 213–233.

Jongenelis, K., Pot, A., Eisses, A., Beekman, A., Kluiter, H., & Ribbe, M. (2004). Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients : the aged study. *Journal of Affective Disorders*, *83*, 135–142.

Kagan, Y. & Pellerin, J. (2014). Grand âge, âgisme et résilience. In L. Ploton & B. Cyrulnik (Eds.), *Résilence et personnes âgées* (pp. 243–273). Paris : Odile Jacob.

Katz, S., Dowtn, T., Cash, H., & Grotz, R. (1970). Progress in the development of the index of adl. *Gerontologist*, *10*, 20–30.

Kliegel, M., Martin, M., & Jäger, T. (2007). Development and validation of the cognitive telephone screening instrument (cogtel) for the assment of cognitive function across adulthood. *The Journal of Psychology*, *141*(2), 147–170.

Krichbaum, K., Snyder, M., Ryden, M., Pearson, V., Hanscom, J., Hagans, N., & Lee, H. (1999). Impact of transition to nursing home on the cognitive status and well-being of elder. *The Journal of Mental Health and Aging*, *5*(2), 135–150.

Labit, J.-F. (2013). Entre texte et prétexte. une création musicale intergénérationnelle en ehpad. *Empan*, *3*(91), 105–113.

Lacoste, L. & Trivalle, C. (2009). Adaptation française d'un outil d'évaluation par téléphone des troubles mnésiques : le french telephone interview for cognitive status modified (f-tics-m). *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, *9*, 17–22.

Lapierre, S. & Desrochers, C. (1997). *Traduction et validation des Échelles de bien-être psychologique de Ryff*. Manuscrit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Lauverjat, F., Pennequin, V., & Fontaine, R. (2005). Vieillissement et raisonnement : une approche multifactorielle. *L'Année Psychologique*, *105*, 225–247.

Le Gall, L. (2014). Les forces du grand âge, n'en déplaise aux stéréotypes. *Jusqu'à la Mort Accompagner la Vie*, *4*(119), 35–43.

Llheshi, V. & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, *5*, 1785–1789.

MacLeod, S., Musich, S., Hawkins, K., Alsgaard, K., & Wicker, E. (2016). The impact of resilience among older adults. *Geriatric Nursing*, *37*(4), 266–272.

Mallon, I. (2005). *Vivre en maison de retraite. Le dernier chez-soi*. France : Presses universitaires de Rennes.

Monod, S. & Sautebin, A. (2009). Vieillir et devenir vulnérable. *Revue Médicale Suisse*, *5*(226), 2353–2357.

Neuman, W. L. (1991). *Social research methods : Qualitative and quantitative approaches*. Boston : Allyn and Bacon.

OFS (2012). *Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social*. Neuchâtel.

Peplau, L. & Perlman, D. (1982). *Loneliness : A sourcebook of current theroy, research and therapy*. New-York : John Wiley & Sons.

Poletti, R. & Dobbs, B. (2002). *Donner du sens à sa vie*. France : Jouvence.

Renaut, S. (2001). Vivre ou non à domicile après 75 ans : l'influence de la dimension générationnelle. *Gérontologie et Société*, *24*(98), 65–83.

Ribes, G. (2006). Résilience et vieillissement. *Reliance*, *3*(21), 12–18.

Rossi, J.-P. (2005). *Psychologie de la mémoire : De la mémoire épisodique à la mémoire sémantique*. Bruxelles : De Boeck.

Ryff, C. & Essex, M. (1992). The interpretation of life experience and well-being : the sample case of relocation. *Psychology and Aging*, *7*(4), 507–517.

Schmid Botkine, C. & Rausa-de Luca, F. (2008). *Vieillissement démographique et adaptations sociales*. Neuchâtel : Office fédéral de la statistique.

Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization : a source of eustress or distress for the elderly ? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *21*, 281–287.

Sheikh, J. & Yesavage, J. (1986). Geriatric depression scale : recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontology*, *5*, 165–172.

Somme, D. (2003). Participation et choix des résidents dans le processus d'entrée en institution. *Solidarité et Santé*, *1*, 35–47.

Séoud, J. (2013). *Facteurs associés à la résilience des aidantes familiales d'un parent âgé en perte d'autonomie à domicile au Liban*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.

Sudman, S. & Bradburn, N. (1974). *Response effects in surveys*. Chicago : Aldine.

Thomas, P., Robichaud, A., & Hazif-Thomas, C. (2011). Autodétermination et vieillissement : principes pour une bientraitance. *Revue francophone de Gériatrie et Gérontologie*, *13*(179), 438–444.

Van Rompaey, C. (2003). Solitude et vieillissement. *Pensée Plurielle*, *2*(6), 31–40.

Vandenbroucke, S., Lebrun, J.-M., Vermeulen, B., Declercq, A., Maggi, P., Delye, S., & Gosset, C. (2012). *Vieillir, mais pas tous seul*. Manuscrit, Fondation Roi Baudoin.

Vercambre, M., Cuvelier, H., Gayon, Y., Hardy-Léger, I., Berr, C., Trivalle, C., Boutron-Ruault, M., & Clavel-Chapelon, F. (2010). Validation study of a french version of the modified telephone interview for cognitive status (f-tics-m) in elderly women. *Journal of Geriatry Psychiatry*, *25*(22), 1142–1149.

Wagnild, G. & Young, H. (1993). Development and psychometric testing of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, *1*(2), 165–178.

Wagnild, G. M. (2009). *The Resilience Scale user's guide for the US English version of the Resilience Scale and the 14-Item Resilience Scale (RS-14)*. Worden : The Resilience Center.

Wechsler, D. (1981). *Wechsler Adult Intellignece Scale, Revised Manual* (TX : Pschological Corp ed.). San Antonio.

Willis, S. & Marsiske, M. (1993). *Manual for the Everyday Problems Test*. Pennsylvania State University : University Park.

Wilson, B., Cockburn, J., & Baddeley, A. (1985). *The Rivermead Behavrioral Memory Test*. Titchfield, Fareham, England : Thames Valley Test Co.

Annexes

Annexe I

Tableau 4.1

Personnes hébergées en EMS et population résidente à Genève, selon le sexe et l'âge, de 1998 à 2014.

Année		Personnes hébergées en EMS			Population résidente au 31.12			en % de la population		
		♂	♀	$\sum$	♂	♀	$\sum$	♂	♀	$\sum$
1998		687	2'735	**3'422**	192'186	210'836	403'022	0,4	1,3	0,8
	≥ 80	450	2'257	2'707	4'495	10'644	15'139	10	21,2	**17,9**
2002		660	2'565	**3'225**	205'196	222'509	427'705	0,3	1,2	0,8
	≥ 80	440	2'137	2'577	5'133	11'500	16'633	8,6	18,6	**15,5**
2006		718	2'474	**3'192**	214'384	230'922	445'306	0,3	1,1	0,7
	≥ 80	482	2'088	2'570	6'012	12'416	18'428	8	16,8	**13,9**
2010		826	2'702	**3'528**	223'887	240'032	463'919	0,4	1,1	0,8
	≥ 80	561	2'227	2'838	7'018	13'788	20'806	8	16,5	**13,6**
2014		977	2'822	**3'799**	233'440	249'105	482'545	0,4	1,1	0,8
	≥ 80	701	2'352	3'053	8'152	14'975	23'127	8,6	15,7	**13,2**

Source : OCSTAT, `http://www.ge.ch/statistique/domaines/14/14_02_1/tableaux.asp#6`, consulté le 12 septembre 2016.

Annexe II

F-TICS (Lacoste & Trivalle, 2009)

1. **Orientation temporelle**

   a. quel est le jour de la semaine ? ……

   b. quelle est la date complète d'aujourd'hui ? date :……

   mois:……

   année :……..

demander la date, et si la réponse n'est pas complète, demander de préciser la date, le mois, l'année

   c. quel est votre âge ?.....

2. **Orientation spatiale**

   a. Où êtes-vous en ce moment ?

   Nom de la ville……

   Code postal……..

   N° de téléphone……..

3. **Mémoire**

Je vais vous lire une liste de 10 mots. Ecoutez-les attentivement et essayer de les mémoriser.

Quand j'aurais terminé, répétez-moi le plus de mots que vous pouvez, dans n'importe quel ordre. Je vous demanderais également de les répéter une autre fois, après d'autres exercices.

Etes-vous prêt à les mémoriser ?

Maintenant, dites-moi les mots dont vous vous rappelez.

Manteau…. / Lapin…… / Banane……. / Tulipe……/ vélo…… / Poupée……

Tenaille……/ violon……/ Baleine……../ Armoire……..

Nombre d'intrusion : ……

Préciser au participant que cet exercice est compliqué et que s'il n'arrive pas à se souvenir de tous les mots, cela estnormal, mais qu'il faut qu'il se concentre au maximum pour se rappeler le plus de mots possible.
Procéder à l'encodage en disant qu'il y a un nom de « vêtement » : manteau,
un nom d'animal domestique : « lapin »,
un nom de fruit : « banane »,
un nom de fleur : « tulipe »,
un nom de moyen de transport : « vélo »,
un nom de jouet : « poupée »,
un nom d'outil : « tenaille »,
un nom d'instrument de musique : « violon »,
un nom d'animal marin : « baleine »,
un nom de meuble : « armoire ».
Demander de répéter le plus de mots possible dont le sujet se souvient et compter le nombre de réponses exactes, puis redire les mots manquants avec l'indice et les faire répéter au sujet pour s'assurer qu'il y a bien eu encodage de l'information. Le score est le nombre de mots rappelés avant indiçage.

4. **Attention et calcul**

a. Maintenant je vais vous demander de compter en arrière de 7 en 7.

Combien font 100 – 7 ?

93……/ 86……/79……/ 72……/65……/ STOP……

Attribuer un point pour chaque soustraction correcte, même s'il y a eu une erreur précédemment.

b. Pouvez-vous épeler le mot « monde » à l'envers ? ……..

Un point pour l'épellation du mot « monde » à l'envers, pas de point s'il y a une erreur.

5. **Mémoire sémantique**

a. Quel instrument utilise-t-on pour découper le papier ? *Des ciseaux*……

b. Quelle est la plante verte épineuse que l'on trouve dans le désert ? *Le cactus*…

c. Qui est le président actuel de la république française ? *François Hollande*…….

d. Qui était le président précédent ? *Nicolas Sarkozy*……..

e. Quel est l'opposé de l'est ? *L'ouest*……..

f. De quel animal vient la laine ? *Le mouton*……..

Pour les réponses : « ciseaux » et « mouton », on acceptera d'autres réponses, pourvu qu'elles répondent à la question posé.

6. **Rappel différé**

Répéter maintenant la liste de 10 mots que je vous ai lu tout à l'heure.

Manteau…. / Lapin…… / Banane……. / Tulipe……/ vélo…… / Poupée……

Tenaille……/ violon……/ Baleine……/ Armoire……

Nombre d'intrusion : …… / nombre de persévérations :…….

Pour les mots qui ne seront pas retrouvés, on redonnera l'indice donné lors de l'encodage, pour le calcul du score, on comptera simplement les mots répétés sans indice. L'indiçage nous donnera seulement une information qualitative. On notera notamment le nombre d'intrusions et de persévérations par rapport au rappel immédiat,

7. .**Langage/répétition**

Dites : « pas de mais, de si, ni de et »

« L'élève a résolu un problème compliqué »

La phrase doit être prononcée distinctement, on peut la répéter si le sujet dit ne pas avoir bien compris. Ne compter unpoint que si la répétition est entièrement correcte.

8. Maintenant, je vais vous demander de tapez 5 fois dans le combiné du téléphone que vous tenez dans la main et dans lequel vous parlez.

Score total : ……/43

1 point par réponse correcte – 0 point si réponse incorrecte

Annexe III

Cog-Tel (Kliegel, Martin, & Jäger, 2007)

Avant de commencer le questionnaire, voici quelques petites questions:

Avez-vous pris dans la dernière heure des médicaments ou des calmants?

☐ **NON** ☐ **OUI**

Utilisez-vous en ce moment un appareil auditif? ☐ **NON** ☐ **OUI**

Pouvez-vous actuellement bien me comprendre? ☐ **NON** ☐ **OUI**

Le test commence réellement ici:

Date: |__|__|.|__|__|.|__|__|__|__| **Heure de début:** |__|__|:|__|__|

Maintenant, c'est parti!

T

[1. Mémoire prospective]

À un moment ultérieur du test, il y aura une tâche, dans laquelle vous devrez énumérer des métiers. Quand je dirai tout à l'heure « Essayez s'il vous plaît de citer pendant une minute autant de métiers que possible », vous me donnerez juste avant, sans que je vous le demande, votre année de naissance. Je ne vous le rappellerai pas plus tard. Avez-vous encore des questions sur ce point ?

Explication lue deux fois? ☐ NON ☐ OUI **T**

T

[2. Mots-couplés]

Je vais maintenant vous lire des paires de mots. Ensuite, je ne lirai chaque fois plus que le premier mot et vous devrez vous rappeler du deuxième mot qui allait avec le premier. Supposons que je vous dise EST – OUEST et OR – PROMENADE. Quand je dirai ensuite le mot EST *(pause)***, vous me direz OUEST. Et quand je dirai OR, vous devrez répondre** *(pause)* **PROMENADE.**

Explication lue deux fois? ☐ NONT ☐ OUI

Lire à haute voix les paires de mots au rythme de 3 secondes par paires.

métal – fer
bébé – cri
foule – obscur
école – boulanger
rose – fleur
obéir – mètre
fruit – pomme
salade – stylo

*Faire une courte pause, puis lire le premier mot de la liste de récupération. Le participant a 5 secondes pour répondre. Si le participant répond juste, dire « **c'est juste** » et passer au prochain mot de la liste. Si le participant ne répond pas ou avec un mot erroné, dire « **(non), le mot juste pour** _____ **est** _____ ».*

Notez les réponses fausses. Pas besoin de noter en tant que mot complet une réponse juste, mais il ne faut pas oublier de mettre une coche en cas de « juste ».

E1c

Quel mot correspond à …	réponse T	évaluation faux / nsp / juste		
Fruit	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (pomme)	☐	☐	☐
Obéir	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (mètre)	☐	☐	☐
roseT	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (fleur)	☐	☐	☐
bébé	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (cri)	☐	☐	☐
salade	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (stylo)	☐	☐	☐
métal	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (fer)	☐	☐	☐
école	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (boulanger)	☐	☐	☐
foule	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (obscur)	☐	☐	☐

Merci! À la fin, je vous demanderai encore une fois ces mots, vous ne devez donc pas les oublier.

T

[3. Empan à l'envers]

Maintenant, je vais vous lire quelques chiffres. Quand j'aurai fini, vous devrez répéter les chiffres exactement dans l'ordre inverse. Donc, si je dis 2-8, vous devrez répondre *(pause, laisser le candidat répondre),* **8-2.**

Si le candidat répète l'exemple de façon erronée: **"Non, j'ai dit 2-8, vous deviez donc répondre 8-2. Essayez s'il vous plaît de répéter les chiffres suivants dans l'ordre inverse: 3-6".**

Il n'y aura pas que deux chiffres, le nombre de chiffres va augmenter!

Explication lue deux fois? ☐ NON ☐ OUI T

Ensuite, réalisation de la tâche, indépendamment du fait que le participant ait réussi cette deuxième item d'exemple ou non.
(1 seconde par chiffre, ne pas les lire de façon trop groupée et laisser autant de temps que souhaité pour la réponse)
<u>Interruption:</u> si le candidat répète de façon erronée les 2 suites d'une série

T

	faux	juste			faux	juste
5 - 1	☐	☐		**3 - 8**	☐	☐
4 - 9 - 3	☐	☐		**5 - 2 – 6**	☐	☐
3 - 8 - 1- 4	☐	☐		**1 - 6 - 9 – 5**	☐	☐
6 - 2 - 9 - 5 - 2	☐	☐	T	**4 - 8 - 5 - 2 – 6**	☐	☐
9 - 1 - 5 - 2 - 8 - 6	☐	☐		**8 - 3 - 1 - 9 - 6 – 4**	☐	☐
4 - 5 - 3 - 9 - 1 - 2 - 8	☐	☐		**8 - 1 - 2 - 9 - 3 - 6 – 5**	☐	☐

[4. Fluence verbale] T ⇨chronomètre!!

Essayez maintenant d'énumérer pendant une minute autant de mots que possible qui commencent avec la lettre „A". Vous ne devez pas répéter de mots ni utiliser de noms propres comme Anna ou André.

Explication lue deux fois? ☐ NON ☐ OUI

.....

.....

.....

.....

.....

nombre de mots énumérés: |__|__| mots dits deux fois: |__|__| nombre de noms propres: |__|__|

T

Maintenant, essayez s'il vous plaît d'énumérer autant de métiers que possible. Vous ne devez pas répéter de noms, ni utiliser des mots dans une forme dérivée. Par exemple, si vous avez dit le mot « enseignant », le mot « enseignante » ne compte plus. Avez-vous encore des questions ou des remarques ?

Explication lue deux fois? ☐ NON ☐ OUI

Année de naissance évoquée? ☐ NON ☐ OUI

.....

.....

.....

.....

.....

Nombre de métiers cités: |__|__| métiers répétés deux fois: |__|__| T

Vous vous rappelez qu'au début de l'exercice, je vous ai demandé de me dire quelque chose avant que je vous demande d'énumérer des métiers ?
Vous souvenez-vous de quoi s'agissait-il?

Année de naissance évoquée cette fois? ☐ NON ☐ OUI

[5. Série de chiffres à compléter]

Maintenant, je vais vous donner des listes de chiffres qui sont construites sur des règles précises. Chaque série peut être continuée d'après une règle définie. Votre tâche est maintenant continuer la série. Ce sont toujours des séries de 5 chiffres et vous devez trouver la sixième. Par exemple, si je vous donne la série : "1-2-3-4-5", la règle de calcul est +1, vous devez donc compléter avec le chiffre 6. Si je vous donne la série "5-10-15-20-25" vous devriez compléter avec le chiffre *(pause, laisser répondre le candidat)* **"30".**
Avez-vous encore des questions?

Explication lue deux fois? ☐ NON ☐ OUI

Lire au rythme de 3 secondes par chiffre, noter les réponses fausses (ne pas noter les réponses justes, mais ne pas oublier la coche en cas de « juste » !)

				Faux	vrai
3 - 6 - 9 - 12 - 15 -	|__|__|	(18)		☐	☐
2 - 5 - 8 - 11 - 14 -	|__|__|	(17)	T	☐	☐
63 - 91 - 65 - 94 - 67 -	|__|__|	(97)		☐	☐
25 - 13 - 27 - 16 - 29 -	|__|__|	(19)		☐	☐
10 - 2 - 11 - 4 - 12 -	|__|__|	(6)		☐	☐
2 - 4 - 7 - 11 - 16 -	|__|__|	(22)		☐	☐
8 - 10 - 13 - 17 - 22 -	|__|__|	(28)		☐	☐
21 - 20 - 18 - 15 - 11 -	|__|__|	(6)	T	☐	☐

T

Annexe IV

Echelle solitude sociale et émotionnelle 11 items (de Jong Gierveld& van Tilburg, 1999)

1. J'ai toujours quelqu'un à qui je peux parler de mes problèmes au quotidien.

Non **Plus ou moins** **Oui**

2. Avoir un ami proche me manque.

Non **Plus ou moins** Oui

3. Vous éprouvez un sentiment général de vide.

Non **Plus ou moins** Oui

4. Vous pouvez vous appuyer sur suffisamment de personnes en cas de problème.

Non **Plus ou moins** **Oui**

5. La compagnie d'autres me manque.

Non **Plus ou moins** Oui

6. Mon cercle de connaissances est trop restreint.

Non **Plus ou moins** Oui

7. Il y a beaucoup de personnes sur lesquelles vous pouvez vraiment compter.

Non **Plus ou moins** **Oui**

8. Il y a suffisamment de personnes dont vous vous sentiez proche.

Non **Plus ou moins** **Oui**

9. Vous ne vous sentez pas suffisamment entourée.

Non **Plus ou moins** Oui

10. Vous vous sentez souvent exclu par les autres.

Non **Plus ou moins** Oui

11. Je peux compter sur mes amis quand j'ai besoin d'eux.

Non **Plus ou moins** **Oui**

Annexe V

Echelle GDS 15 items (Sheik et Yesavage, 1986)

Entourez la proposition qui correspond à votre état (en tenant compte des dernières semaines).

Valeur des réponses	1	0
1. Êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	non	oui
2. Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	non	oui
6. Avez-vous peur que quelque chose de mauvais vous arrive ?	oui	non
7. Êtes-vous heureux (se) la plupart du temps ?	non	oui
8. Avez-vous le sentiment d'être désormais faible ?	oui	non
9. Préférez-vous rester seul(e) dans votre chambre plutôt que de sortir ?	oui	non
10. Pensez-vous que votre mémoire est plus mauvaise que celle de la plupart des gens ?	oui	non
11. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre à notre époque ?	non	oui
12. Vous sentez-vous une personne sans valeur actuellement ?	oui	non
13. Avez-vous beaucoup d'énergie ?	non	oui
14. Pensez-vous que votre situation actuelle est désespérée ?	oui	non
15. Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ?	oui	non

Calculez le score : _____ /15

Annexe VI

Echelle de Katz (Katz, Dowtn, Cash, & Grotz, 1970)

CRITERE	Ancien Score	Nouveau Score	1	2	3	4
SE LAVER			est capable de se laver complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACE-MENTS			est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaire(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante…)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	a besoin d'aide pour un des trois items: se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	a besoin d'aide pour deux des trois items: se déplacer et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour les trois items: se déplacer et s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			est continent pour les urines et les selles	est accidentellement incontinent pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			est capable de manger et de boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

Score Total :

Annexe VII

Questionnaire sens à la vie 14 items (Lapierre et Desrochers, 1997)

1. Je me sens bien lorsque je pense à ce que j'ai accompli dans le passé et à ce que j'espère accomplir dans le futur. (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

2. Je vis un jour à la fois sans vraiment penser au futur (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

3. Je tends à me concentrer sur le présent, car le futur m'apporte presque toujours des problèmes(-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

4. J'ai une direction dans la vie et ma vie a un sens (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

5. Mes activités quotidiennes me semblent souvent insignifiantes et sans importance (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

6. Je ne sais pas trop ce que j'essaie d'accomplir dans la vie (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

7. Dans le passé, j'avais l'habitude de me fixer des buts à atteindre, mais maintenant cela me semble être une perte de temps (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

8. J'aime faire des plans pour le futur et travailler à le réaliser (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

9. Je suis une personne active lorsque vient le temps de réaliser mes projets (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

10. il y a des gens qui errent sans but dans la vie, mais je ne suis pas l'un d'eux (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

11. J'ai parfois l'impression d'avoir tout fait ce qu'il y avait à faire dans la vie (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

12. Mes buts dans la vie furent plus une source de satisfaction que de frustration (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

13. Je trouve cela satisfaisant de penser à ce que j'ai accompli dans la vie (+)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

14. Tout compte fait, je ne suis pas si certain que ma vie ait compté pour quelque chose (-)

Pas du tout d'accord **Pas d'accord** **Neutre** **D'accord** **Tout à fait d'accord**

Annexe VIII

Echelle de résilience 14 items (Wagnild, 2009)

Sur une échelle de réponse allant de « 1 » (totalement en désaccord) à « 7 » (totalement en accord), choisissez le chiffre qui correspond le mieux à votre choix. Par exemple, si vous êtes totalement en désaccord avec le contenu d'un item, choisissez la réponse « 1 », si vous êtes neutre, choisissez « 4 », et si vous êtes fortement en accord, choisissez « 7 ».

1. Je réussis en général à m'en sortir d'une façon ou d'une autre.	1	2	3	4	5	6	7
2. Je suis fière de ce que j'ai accompli dans ma vie.	1	2	3	4	5	6	7
3. Je fais généralement face aux choses avec sérénité.	1	2	3	4	5	6	7
4. Je suis en accord avec moi-même.	1	2	3	4	5	6	7
5. Je pense être capable de faire plusieurs choses à la fois.	1	2	3	4	5	6	7
6. Je suis quelqu'un de déterminé.	1	2	3	4	5	6	7
7. Je peux traverser des périodes difficiles parce que j'ai vécu des expériences difficiles dans le passé.	1	2	3	4	5	6	7
8. Je fais preuve d'auto-discipline.	1	2	3	4	5	6	7
9. Je garde un intérêt pour ce qui se passe autour de moi.	1	2	3	4	5	6	7
10. Je trouve habituellement des occasions de rire.	1	2	3	4	5	6	7
11. Ma confiance en moi me permet de traverser les périodes difficiles.	1	2	3	4	5	6	7
12. En situation d'urgence, je suis une personne sur qui on peut compter.	1	2	3	4	5	6	7
13. J'ai des raisons de vivre.	1	2	3	4	5	6	7
14. Quand je vis une situation difficile, je trouve habituellement une porte de sortie.	1	2	3	4	5	6	7

Annexe IX

RECHERCHE **EFFETS DE DIFFÉRENTS FACTEURS SUR LA COGNITION DES PERSONNES ÂGÉES : SUIVI LONGITUDINAL DE LEUR ENTRÉE EN EMS À 6 MOIS PLUS TARD**	
Responsable(s) du projet de recherche :	Prof. Mathias Kliegel Université de Genève 40, Bd du Pont-d'Arve 1211 Genève 4

(Dans ce texte, le masculin est utilisé au sens générique ; il comprend aussi bien les femmes que les hommes.)

INFORMATION AUX PARTICIPANTS ET CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Information aux participants

L'étude a pour objectif d'évaluer l'influence que certains facteurs d'ordre relationnel, affectif,et personnel, peuvent avoir sur le fonctionnement cognitif, suite à l'emménagement dans votre nouveau lieu de vie. En participant à l'étude, vous allez nous aider à mieux comprendre ce qui peut être vécu lors d'une entrée en EMS.

Nous allons observer, à l'aide de tâches et de questionnaires, s'il y a ou non des modifications de vos capacités cognitives, en lien avec le changement de lieu de vie. Cinq questionnaires différents qui portent entre autre sur votre entourage, vos ressentis et vos capacités d'adaptation vont être remplis par vos soins. Nous allons également évaluer à l'aide d'épreuves votre fonctionnement cognitif (mémoire, fluence verbale et raisonnement inductif).

Trois entretiens, d'une durée maximum d'une heure, vont avoir lieu dans votre chambre, à votre entrée, après trois mois et après six mois. Votre aide est donc précieuse et nous vous remercions d'avance de votre participation.

Conformément à la loi sur la sauvegarde des données, l'ensemble des données recueillies seront, dans un premier temps, gardées sous clé au laboratoire du vieillissement cognitif à l'Université de Genève. L'ensemble des données sera archivé, et gardé durant 10 ans à compter de la fin de la récolte des données. Le présent formulaire de consentement avec votre nom et signature sera séparé des données récoltées afin d'en garantir la confidentialité.

Les épreuves utilisées dans cette recherche ne pourront en aucun cas donner lieu à un bilan cognitif individuel ou un diagnostic médical. La transmission de résultats individuels ne sera pas possible, mais vous pourrez accéder aux résultats finaux de l'étude.
Enfin, vous êtes libre d'interrompre votre participation en tout temps, tout en vous engageant à avertir les responsables de la recherche.

Personnes à contacter : Nadine Bender, nadine.bender@etu.unige.ch ou 078/871.84.26

Consentement de participation à la recherche

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à la recherche

« Effets de différents facteurs sur la cognition des personnes âgées : suivi longitudinal de leur entrée en EMS à 6 mois plus tard », et j'autorise :

- l'utilisation des données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres scientifiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité ; ☐ OUI ☐ NON
- l'utilisation des donnéesà des fins pédagogiques (cours et séminaires de formation d'étudiants ou de professionnels soumis au secret professionnel). ☐ OUI ☐ NON

J'ai choisi volontairement de participer à cette recherche. J'ai été informé-e du fait que je peux me retirer en tout temps sans fournir de justifications et que je peux, le cas échéant, demander la destruction des données me concernant.

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Prénom Nom	Date	Signature

L'information qui figure sur ce formulaire de consentement et les réponses que j'ai données au participant décrivent avec exactitude le projet.

Je m'engage à procéder à cette étude conformément aux normes éthiques concernant les projets de recherche impliquant des participants humains, en application du *Code d'éthique concernant la recherche au sein de la Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation* et des *Directives relatives à l'intégrité dans le domaine de la recherche scientifique et à la procédure à suivre en cas de manquement à l'intégrité* de l'Université de Genève.

Je m'engage à ce que le participant à la recherche reçoive un exemplaire de ce formulaire de consentement.

Prénom Nom	Date	Signature

Annexe X

Questionnaire anamnestique (I)

Informations démographiques

Genre : H F
Date de naissance : …../…../…..
Etat civil :

marié		célibataire	
divorcé		Veuf (depuis quand)	
séparé			

Vivez-vous en couple ? oui non
Votre conjoint vit-il :

Dans l'établissement		Chez des parents	
Au domicile commun		Dans un autre établissement	

Avez-vous des enfants ? oui non
Si oui, combien avez-vous d'enfants ? …….
de petits-enfants ?.....
d'arrière-petits-enfants ? ……..
Recevez-vous des visites de leur part ? oui non
Recevez-vous des visites d'amis, de connaissances ? oui non
Dans quel type de logement ou d'établissement étiez-vous avant votre entrée ici ?

Au domicile personnel	
Dans un établissement de long séjour (Loëx, Trois-Chênes)	
À l'hôpital psychiatrique	

Si établissement de long séjour : depuis combien de temps ? ……

Scolarisation

Ecole obligatoire : ……
Nombre d'années post-obligatoire : ……

Travail

Quelle activité professionnelle avez –vous exercé au cours de votre vie ? ……

Entrée

Qui a fait la demande d'entrée dans l'établissement ?

Vous-même		Vos enfants		Votre médecin-traitant	
Votre conjoint		L'hôpital		Ne sait pas	

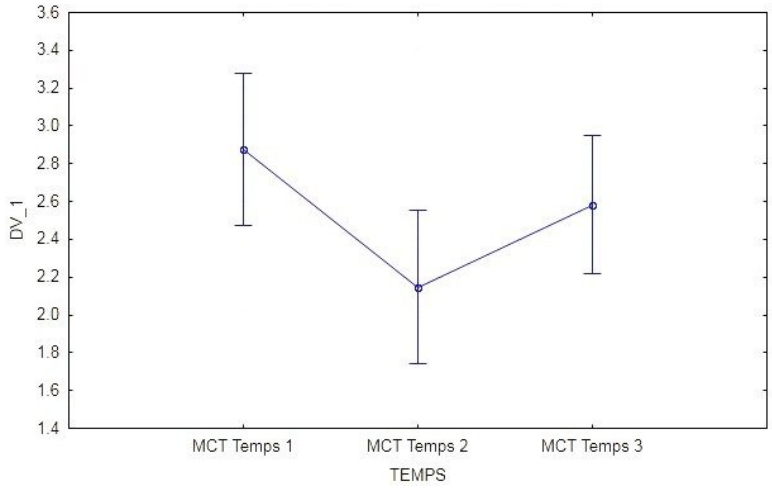
Pour quelles raisons êtes-vous entré dans cet établissement ?

Suite à un problème de santé-maladie	
Peur de rester seul à domicile	
Besoin d'un soutien pour les soins de bases	
Difficulté pour se déplacer	
Volonté de ne pas dépendre des enfants	
L'ancien logement n'était plus adapté à vos besoins	
Après le décès du conjoint	
Souhait personnel	

Santé, socio-familial, autonomie physique, souhait personnel> raisons de l'entrée : ……

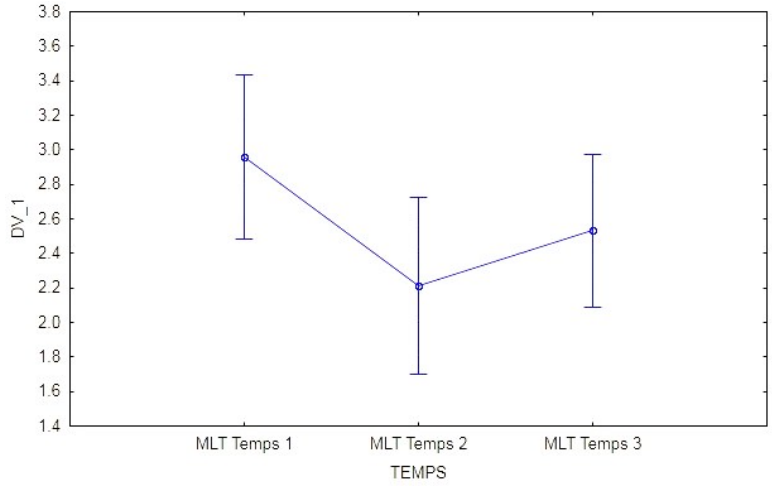
Annexe XI

Moyennes et intervalles de confiance de la mémoire à court terme aux trois temps de mesure (n=48)



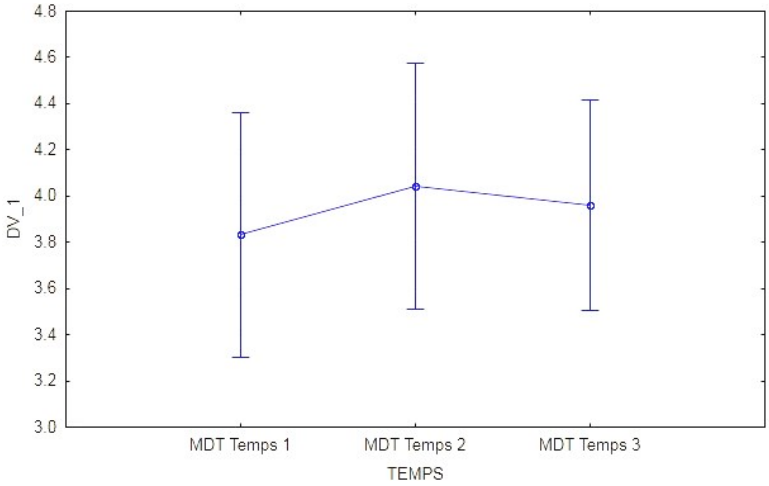
Annexe XII

Moyennes et intervalles de confiance de la mémoire à long terme aux trois temps de mesure (n=48)



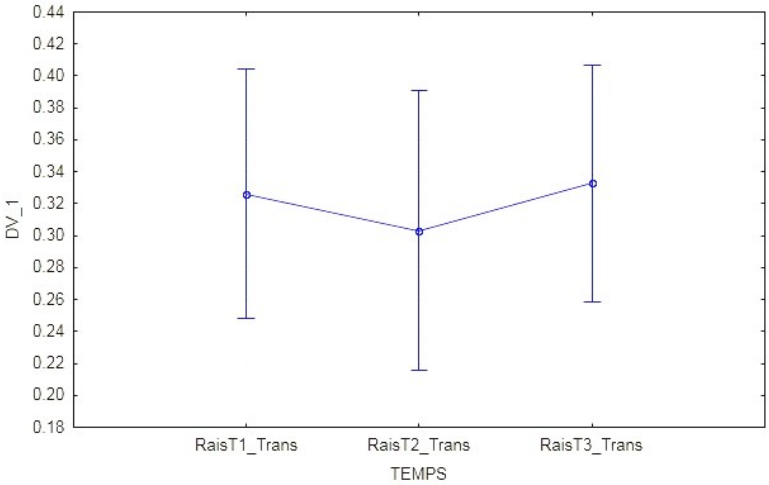
Annexe XIII

Moyennes et intervalles de confiance de la mémoire de travail aux trois temps de mesure (n=48)



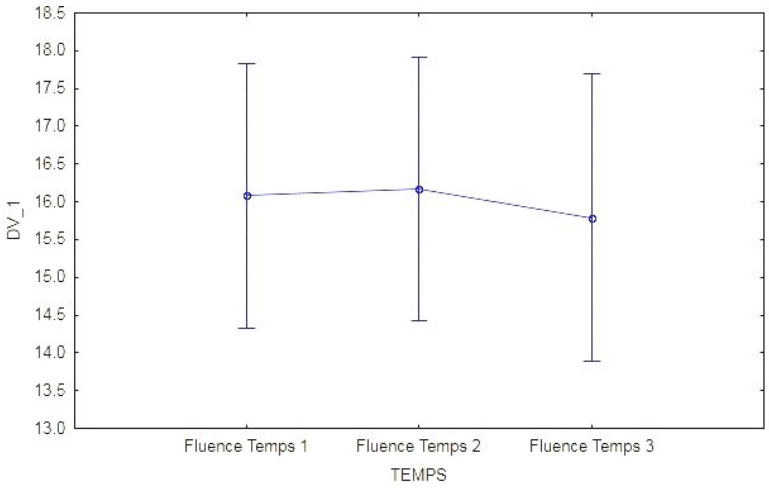
Annexe XIV

Moyennes et intervalles de confiance du raisonnement inductif aux trois temps de mesure (n=48)



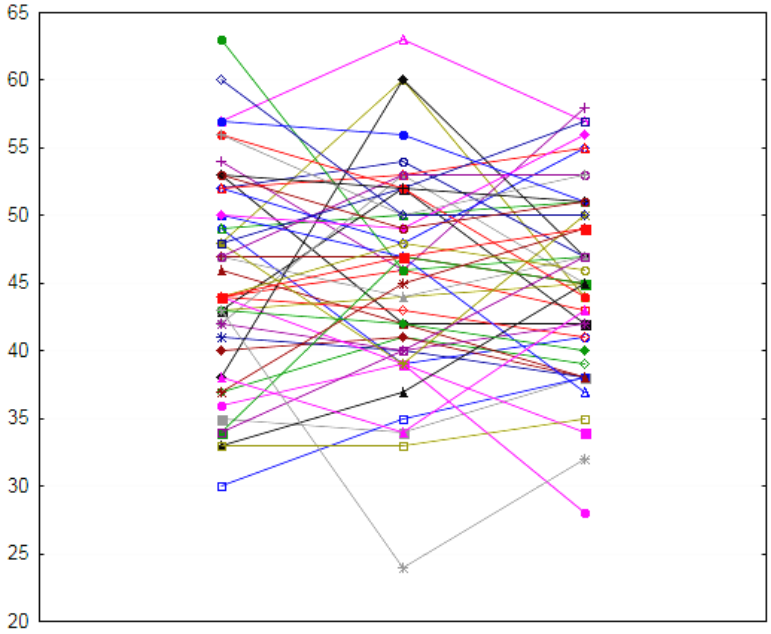
Annexe XV

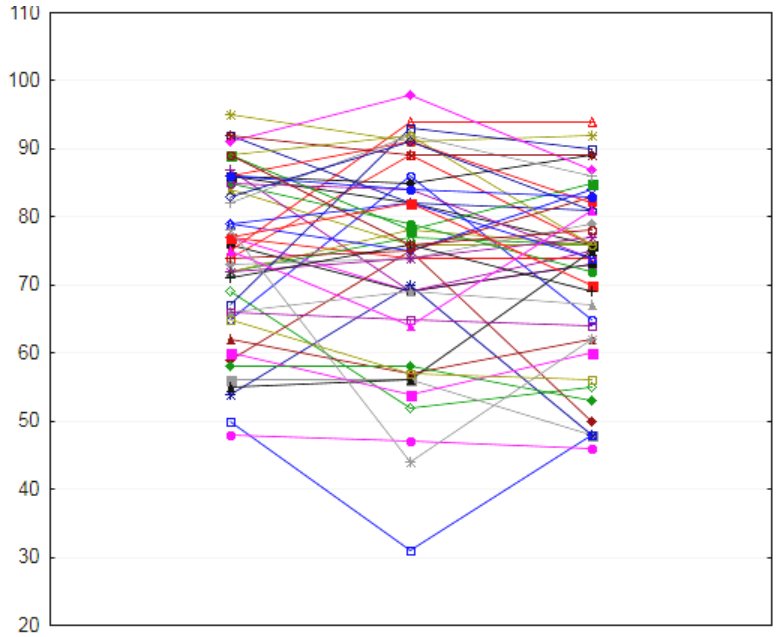
Moyennes et intervalles de confiance de la fluence verbale aux trois temps de mesure (n=48)



Annexe XVI

Line Plots du sens à la vie aux trois temps de mesure (n=48)



Annexe XVII

Line Plots de la résilience aux trois temps de mesure (n=48)