



HAL
open science

Impact des activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées sur la qualité de vie

Nathalie Martin, Claude Ferrand, Nathalie Bailly, Michèle Joulain, Christine
Maintier

► **To cite this version:**

Nathalie Martin, Claude Ferrand, Nathalie Bailly, Michèle Joulain, Christine Maintier. Impact des activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées sur la qualité de vie. *Revue québécoise de psychologie*, A paraître. hal-04520321

HAL Id: hal-04520321

<https://hal.science/hal-04520321>

Submitted on 3 Apr 2024

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

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

Impact des activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées sur la qualité de vie.

Nathalie Martin ^(1 et 2), Claude Ferrand ⁽²⁾, Nathalie Bailly ⁽²⁾, Michèle Joulain ⁽²⁾, Christine Maintier ⁽²⁾

(1) Laboratoire centre d'études pour le développement du territoire et de l'environnement CEDETE (EA 1210, CEDETE), Université d'Orléans

Département de gestion des entreprises et des administrations (GEA), IUT de Bourges,

63, avenue de Lattre-de-Tassigny, 18020 Bourges cedex, France

nathalie.martin@univ-orleans.fr

(2) laboratoire psychologie des âges de la vie (EA 2114, PAV, équipe D), Université de Tours

3, Rue des Tanneurs BP 4103, 37041 TOURS cedex, France

Résumé

Dans un article « activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées selon leurs habitats », nous avons constaté que les personnes âgées pratiquaient des activités quotidiennement, individuellement et de manière autogérée. Dans cet article, nous souhaitons faire le lien entre la pratique des activités sociales et de loisirs et des indicateurs de qualité de vie. Pour les 3 activités pratiquées par près de 50% des résidents (scrabble, solidarité et prière), ces liens existent notamment avec le sentiment d'auto-efficacité, certaines dimensions de la santé (énergie, douleurs, réactions émotionnelles) ainsi que des interactions avec le facteur type d'habitat.

Mots clés : activités sociales et de loisirs, qualité de vie et vieillissement

Abstract

In an article "Social and leisure activities among the elderly according to their habitats", we found that the elderly practiced daily activities, individually and self-directed. In this article, we want to make the link between the practice of social and leisure activities and quality of life indicators. For 3 activities practiced by nearly 50% of residents (scrabble, solidarity and prayer), these links exist in particular with the feeling of self-efficacy, certain dimensions of health (energy, pain, emotional reactions) as well as interactions with type of housing.

Keywords: Social activities, leisure, quality of life and aging

Dans un article précédent : « Activités sociales et de loisirs chez les personnes âgées selon leurs habitats : EHIPA, résidence autonomie, MARPA », nous avons présenté les caractéristiques des activités sociales et de loisirs des personnes âgées. Nous avons constaté qu'une grande majorité des personnes âgées interrogées pratiquaient des activités quotidiennes, individuelles et autogérées. Dans cet article nous présenterons les liens entre les pratiques de ces activités sociales et de loisirs et la qualité de vie.

Face au vieillissement, l'enjeu majeur des personnes est de faire face aux changements pour conserver une qualité de vie. La qualité de vie est une donnée primordiale pour tout individu. L'organisation mondiale de la santé (OMS) (1994) a défini la qualité de vie comme « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes* ». Il s'agit d'un concept multidimensionnel qui conduit à prendre en considération l'expérience humaine dans sa multiplicité et sa diversité. Quatre dimensions sont généralement associées à la notion de qualité de vie : 1) la santé psychologique et le bien-être (émotions, état affectif positif, absence d'affect négatif, dépression et fonctions cognitives comme la mémoire et la concentration) ; 2) la santé physique (fatigue, sommeil, douleurs et capacités fonctionnelles) ; 3) les relations et les activités sociales (participation aux activités sociales ,famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique et soutien social) ; 4) le bien-être matériel (revenus et conditions de logement) (WHOQOL Group, 1998a et WHOQOL Group, 1998b). Enfin, différents travaux ont montré que la notion de qualité de vie faisait l'objet de représentations individualisées, en lien avec les notions de besoins et d'attentes (e.g., Alaphilippe & Bailly, 2013). La plupart des travaux montrent l'importance des activités sociales et de loisirs dans leur participation à une meilleure qualité de vie chez les individus (e.g., Carbonneau, 2012).

La pratique des activités sociales et de loisirs est par ailleurs liée à la qualité de vie. Certains auteurs ont mis en évidence (1) que la participation à une activité sociale en groupe favorisait la santé mentale et physique des individus (Cornilleau, 2006) ; (2) que la pratique d'activités physiques avait un effet sur le bien-être psychologique (Pelletier, Vallerand, Green-Demers, Brière, & Blais, 1995) par l'intermédiaire de la satisfaction de faire de nouveaux apprentissages, de l'éloignement des pensées négatives et du regard positif que la personne peut recevoir de l'entourage (famille, résidents, animateur...) (Elavsky, Mc Auley, Motl, Konopack, Marquez, Hu, Jerome & Diener 2005) ; et (3) que les activités sociales et de loisirs peuvent avoir des effets bénéfiques à différents

niveaux du bien-être psychologique. Ils participent à la qualité de l'adaptation aux changements dus au vieillissement, en diminuant parallèlement les risques de dégradation physique, physiologique, cognitive, voire psychologique (e.g., Joulain, Alaphilippe, Bailly & Hervé, 2009 et 2010) et contribuent au maintien des fonctions cognitives (e.g., Sanders & Verghese, 2007) qui serait lié à une diminution de la dépression chez les âgés (Jorm, 2011). La participation à des loisirs serait donc un facteur important pour le bien-être psychologique avant même l'état de santé psychologique (e.g., Joulain et al., 2010). Les personnes âgées qui connaîtraient un vieillissement harmonieux seraient celles qui maintiendraient des activités adaptées à leurs capacités et correspondant à leurs intérêts. Une étude longitudinale de Bickel, Lalive d'Epina y et Vollenwyder (2005) a montré qu'avec l'âge il n'y avait pas de déclin général des pratiques de loisirs mais une intensification, voire un élargissement. Carbonneau (2012) a précisé que cette intensification pouvait durer jusqu'à l'âge de 80 ans en moyenne ; ensuite la perte d'autonomie rendrait plus difficile le maintien des activités de loisirs. En revanche, les situations d'isolement seraient néfastes au bien-être psychologique (à travers un manque de reconnaissance ou face à la difficulté de maintenir ou à reconstruire des rôles sociaux par exemple), comme elles limiteraient le vécu d'expériences de loisirs (Pitaud, 2010).

L'objectif de cet article est de mettre en évidence les relations pouvant exister entre la pratique des activités sociales et de loisirs et des indicateurs de qualité de vie.

Méthode

Population

Des résidents des résidences autonomie, de MARPA et d'EHPAD des départements de l'Indre et Loire et du Loiret ont été sollicités pour répondre à un questionnaire sur les pratiques sociales et de loisirs. Cent une personnes ont répondu (N =101) dont 82 femmes (81,18 %) et 19 hommes (18,82 %) $M_{age} = 83.91$, $range = 35$, $ET 7,57$). (Tableau 1) (voir article 1 pour plus de détails)

Insérer Tableau 1

Habitats

Les résidences autonomie, et les MARPA font partie de l'habitat intermédiaire, se situant entre le domicile et l'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et intègrent

des personnes âgées autonomes.

Les MARPA fonctionnent sur le même modèle que les résidences autonomie, l'objectif de ces structures est de permettre aux résidents de retrouver un chez soi favorisant le maintien de l'autonomie.

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont des maisons de retraite médicalisées proposant un habitat collectif. Il peut s'agir d'un établissement public, associatif (privé à but non lucratif) ou privé commercial. L'établissement est régi par une convention tripartite avec le Conseil départemental, l'Agence régionale de santé et l'EHPAD. (voir article 1 pour plus de détails)

Questionnaire

Le questionnaire est composé :

- de questions sociodémographiques permettant de décrire la population. Les résidents ont rempli un questionnaire sociodémographique incluant des variables telles que le sexe, l'âge, la situation matrimoniale (couple vs seul), le niveau d'étude, leur métier et l'ancienneté dans l'habitat.

- d'échelles validées prenant en compte différentes dimensions de la qualité de vie (relations sociales, moral et santé).

Questionnaires sur les relations sociales : La version française de l'index de satisfaction de support social (Bailly, Alaphilippe, Hervé et Joulain, 2007) a été utilisée. Les résidents ont répondu aux huit questions du questionnaire (e.g., Vous sentez-vous compris(e) par votre famille, vos amis, et les personnes qui comptent le plus pour vous ?) sur une échelle en 5 points allant de 1 (jamais) à 5 (tout le temps). L'alpha de Cronbach est de .78. Les résidents ont aussi répondu à un questionnaire sur la fréquence des relations sociales concernant la famille, les amis et les voisins sur une échelle allant de tous les jours presque, au moins une fois par semaine, quelquefois par mois, quelquefois dans l'année, très rarement ou jamais (questionnaire validé Bailly et al., 2007).

Echelle de Moral : La version française du Philadelphia Geriatric Center Moral Scale de Lawton, par Kop (1993) a été utilisée (validée par Kop, 1993). Les résidents ont répondu sur une échelle de 15 items avec des modalités de réponses dichotomiques (e.g., Vous diriez que vous vous inquiétez tellement que vous n'arrivez pas à dormir oui/non). L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .64

L'indicateur de santé perceptuelle (NHP Nottingham Health Profile (NHP)) La version française du NHP (Bucquet, Condon et Ritchie, 1990) a été utilisée (validée par ces auteurs). Le NHP est constitué de 38

items et permet de calculer un score entre 0 et 100 pour six dimensions : 1) énergie, 2) douleurs, 3) réactions émotionnelles, 4) isolement social, 5) mobilité physique et 6) sommeil. Plus le score est faible, plus la situation est considérée comme satisfaisante. Dans le calcul des scores par dimension une pondération de chaque item est introduite, le total des indices de pondération étant égal à 100 dans chaque dimension.

Dans les modalités de calcul données ici, le « n » renvoie au numéro de la question dans le NHP. Pour les calculs ci-dessous, les réponses oui sont codées 1.

Dimension mobilité :

Score = (n14* 19.28) + (n10* 13.82) + (n35* 13.78) + (n25* 12.02) + (n27* 11.46) + (n17* 11.46) + (n11* 9.69) + (n18* 8.51)

Dimension douleur :

Score = (n28* 18.14) + (n04* 17.66) + (n02* 12.73) + (n19* 11.40) + (n36* 10.44) + (n24* 10.36) + (n08* 9.69) + (n38* 9.58)

Dimension tonus :

Score = (n01* 38.98) + (n12* 34.48) + (n26* 26.54)

Dimension sommeil :

Score = (n05* 26.33) + (n22* 22.86) + (n33* 20.36) + (n29* 16.50) + (n13* 13.95)

Dimension isolement social :

Score = (n30* 24.59) + (n09* 20.43) + (n21* 20.03) + (n15* 18.59) + (n34* 16.36)

Dimension réactions émotionnelles :

Score = (n32* 15.47) + (n06* 13.24) + (n23* 12.42) + (n03* 12.13) + (n37* 10.83) + (n31* 10.55) + (n16* 8.91) + (n07* 8.87) + (n20* 7.58)

L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .83

L'échelle d'auto-efficacité générale : La version française de Dumont, Schwarzer et Jerusalem (2000) a été utilisée (validée par ces auteurs). L'échelle est constituée de 10 items en 4 points allant de 1 (*pas du tout vrai*) à 4 (*totalemt vrai*). L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .86.

- d'un inventaire des activités sociales et de loisirs. *Inventaire des activités sociales et de loisirs :* Le questionnaire utilisé s'inspire de celui de Carbonneau (2012). Il comprend 29 activités diverses telles

que : lecture, télévision, marche, shopping, spectacle, jeux de société, rencontre avec la famille ou des familles.... Les résidents ont précisé pour chaque activité la fréquence et le contexte c'est-à-dire si l'activité est réalisée seul ou en groupe et encadrée ou non. Ce questionnaire comprend également une question envers la satisfaction de ces activités sur une échelle en 4 points allant de 1 (*pas du tout*) à 4 (*tout à fait*) et une question ouverte sur l'activité qui apparaît être la plus satisfaisante pour le résident.

- et d'une échelle validée d'estime de soi. *L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965)*. La version française de Vallières et Vallerand (1990) a été utilisée (validée par ces auteurs). Les résidents ont répondu aux 10 items sur une échelle en 4 points allant de 1 (*tout à fait en accord*) à 4 (*tout à fait en désaccord*). Les scores vont de 10 à 40. Un score inférieur à 25 indique une estime de soi très faible ; un score entre 26 et 31 correspond à une estime de soi faible ; un score entre 31 et 34 est une estime de soi moyenne et un score supérieur à 39 une bonne estime de soi. L'alpha de Cronbach dans cette étude est de .73.

Procédure

Les responsables de toutes les structures pour personnes âgées des deux départements Indre et Loire et Loiret ont été contactées par courrier puis par téléphone afin d'obtenir leur accord pour réaliser des passations dans leur établissement. Lorsque les responsables ont donné leur accord, ils nous ont fourni une liste de personnes susceptibles de pouvoir répondre aux différents questionnaires. Le critère d'inclusion choisi a été que les personnes âgées ayant un niveau GIR, égal ou supérieur à 4 pouvaient participer à l'étude. Les critères d'exclusion sont les suivants: les personnes âgées ayant un GIR inférieur à 4 ou ayant un trouble cognitif important n'ont pas été retenues dans cette étude. Les passations ont été individuelles et ont duré entre 45 mn et 1 heure. Cent trente-quatre questionnaires ont été remplis, et après dépouillement, 101 entièrement remplis ont été conservés. Le taux de réponse a varié entre 68 % et 100 %. Le Tableau 2 indique le pourcentage de personnes âgées contactées en résidences autonomie, MARPA et EHPAD, le nombre de questionnaires remplis et le taux de réponse.

Insérer Tableau 2

Les activités les plus fréquentes sont la lecture, la radio et la télévision. Pour la plupart des résidents ces activités sont pratiquées quotidiennement. D'autres activités sont hebdomadaires comme les jeux

de société, la marche, les rencontres avec la famille. Enfin, les activités scrabble, solidarité de voisinage et prière sont pratiquées par 50 % des résidents interrogés. (Tableau 3)

Insérer Tableau 3

Les analyses suivantes vont distinguer ceux qui pratiquent de ceux qui ne pratiquent pas pour chacune de ces trois activités. Le tableau 4 montre les effectifs suivant le type d'habitat.

Insérer Tableau 4

Ce tableau montre que très peu de personnes âgées des MARPA jouent au scrabble, très peu sont solidaires avec leurs voisins et très peu pratiquent la prière. Ces effectifs trop faibles ne nous permettent de faire une analyse quantitative, nous avons donc regroupé les résidents des MARPA avec ceux des résidences autonomie pour l'analyse suivante. Ces deux structures ont de grandes similarités de fonctionnement.

Indicateurs de qualité de vie

Le score de satisfaction du support social est globalement élevé ($M= 29,35$) et celui des fréquences des rencontres avec la famille, les amis et les voisins, moyennement élevé ($M=8,86$). Les résidents de ces établissements ne se sentent donc pas isolés. Globalement, les personnes interrogées ont un bon moral ($M= 23,88$), ont un sentiment d'efficacité ($M=30,45$), se perçoivent en bonne santé ($M=94,69$) et ont une estime de soi élevée ($M=30,32$). (Tableau 5)

Insérer Tableau 5

Les résultats montrent que les résidents des résidences autonomie et MARPA sont plus satisfaits de leurs activités que les résidents d'EHPAD [$M=3,46$ et $M=2,92$, $t(81)=3,53$, $p < .0007$, respectivement].

En ce qui concerne la pratique du scrabble, les résultats montrent que le type d'habitat et le fait d'y jouer ou non n'ont pas d'effet sur la satisfaction du soutien social [$F(1-97)=1,3$, $p < .77$], ni sur la satisfaction vis-à-vis des activités pratiquées [$F(1-97)=2,77$, $p < .10$], ni sur le moral [$F(1-97)=1,13$, $p < .72$], ni sur l'estime de soi [$F(1-97)=0,00018$, $p < .98$], ni sur l'auto-efficacité [$F(1-97)=1,37$, $p < .24$], ni sur la santé en général [$F(1-97)=0,85$, $p < .35$], ni sur le tonus [$F(1-97)=1,90$, $p < .17$], ni sur les douleurs [$F(1-97)=1,11$, $p < .74$], ni sur les réactions émotionnelles [$F(1-97)=0,0011$, $p < .973$], ni sur le sommeil

[$F(1-97)=0,02$, $p < .962$], ni sur l'isolement social [$F(1-97)=0,002$, $p < .951$], ni sur la mobilité [$F(1-97)=1,95$, $p < .165$].

Il y a un effet simple du fait de jouer ou non au scrabble sur les scores moyens d'auto-efficacité [$F(1-97)=6,16$, $p < .015$]. Ceux qui ne jouent pas au scrabble ont des scores d'auto efficacité plus élevés que ceux qui jouent ($M = 32,49$ et $M = 29,49$, respectivement).

Pour les activités de solidarité de voisinage, il n'y a pas d'effet simple, ni d'interactions significatives sur les scores de satisfaction du soutien social [$F(1-97)=.51$, $p < .47$], de la satisfaction à pratiquer des loisirs [$F(1-97)=.002$, $p < .963$], de moral [$F(1-97)=.99$, $p < .32$], d'estime de soi [$F(1-97)=1,32$, $p < .25$], d'auto-efficacité [$F(1-97)=.09$, $p < .76$], de santé [$F(1-97)=1,24$, $p < .27$], de sommeil [$F(1-97)=.003$, $p < .954$], et d'isolement social [$F(1-97)=3,09$, $p < .082$]. En revanche il y a des effets simples sur l'énergie, les douleurs, les réactions émotionnelles et mobilité. Les résultats montrent que (1) ceux qui n'ont pas de pratique de solidarité ont moins d'énergie que ceux qui sont solidaires avec leurs voisins [$M = 58,06$ et $M = 40,21$, $F(1-97)=4,61$, $p < .034$ respectivement] ;(2) ceux qui ne pratiquent pas cette activité de solidarité ressentent plus de douleurs que ceux qui pratiquent cette activité [$M = 33,03$ et $M = 19,72$, $F(1-97)=4,67$, $p < .033$ respectivement] ; (3) ceux qui ne pratiquent pas d'activité de solidarité ont plus de réactions émotionnelles que ceux qui pratiquent cette activité [$M = 27,71$ et $M = 13,68$, $F(1-97)=5,022$, $p < .027$ respectivement] ; et (4) ceux qui ne pratiquent pas la solidarité sont moins mobiles que ceux qui pratiquent cette activité [$M = 42,52$ et $M = 28,13$, $F(1-97)=8,73$, $p < .004$ respectivement].

Pour l'activité « prière », le type d'habitat et le fait de prier ou non n'ont pas d'effet sur la satisfaction du soutien social [$F(1-97)=.22$, $p < .63$] ni sur la satisfaction vis-à-vis des activités pratiquées [$F(1-97)=.34$, $p < .56$], ni sur l'estime de soi [$F(1-97)=.285$, $p < .59$], ni sur l'auto-efficacité [$F(1-97)= .0$, $p < .99$], ni sur le sommeil [$F(1-97)=3,37$, $p < .70$], ni sur l'isolement social [$F(1-97)=1,64$, $p < .202$]. Il y a une interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores santé [$F(1-97)=13,96$, $p < .000032$], énergie [$F(1-97)=4,99.22$, $p < .029$], douleurs [$F(1-97)=6,83$, $p < .010$], de réactions émotionnelles [$F(1-97)=8,26$, $p < .005$], de mobilité [$F(1-97)=8,39$, $p < .005$], de moral [$F(1-97)=8,85$, $p < .004$]. En EHPAD, ceux qui prient ont plus de difficultés de santé que ceux qui ne prient pas [moyennes respectives $M = 238,53$ et $M = 128,22$; $F(1-97)=9,17$, $p < .003$] (tableau 6 et figure n°1).

Insérer	tableau	6
Insérer	figure	1

Nous retrouvons le même résultat pour l'énergie, pour les douleurs et les difficultés de mobilité. En EHPAD, les résidents qui prient ont moins d'énergie [moyennes respectives $M=68,47$ et $M=37,76$; $F(1-97)=4,71$, $p < .029$] (tableau 7 et figure n°2), (2) ressentent plus de douleurs que ceux qui ne prient pas [moyennes respectives $M=28,04$ et $M=7,39$; $F(1-97)=3,98$, $p < .048$] (tableau 8 et figure n°3) et (3) ont moins de mobilité que ceux qui ne prient pas [moyennes respectives $M=50,40$ et $M=25,2$; $F(1-97)=9,35$, $p < .003$] (tableau 9 et figure n°4). Parmi ceux qui ne prient pas ce sont les résidents en résidence autonomie ou MARPA qui ressentent plus de douleurs que ceux en EHPAD [moyennes respectives $M=40,29$ et $M=7,39$; $F(1-97)=3,98$, $p < .048$] (Tableau 8 et figure 3).

Insérer	tableau	7
Insérer	figure	2
Insérer	tableau	8
Insérer figure 3		
Insérer	tableau	9
Insérer	figure	4

Concernant les réactions émotionnelles, en résidence autonomie ou Marpa ceux qui ne prient pas ont plus de réactions émotionnelles que ceux qui prient [moyennes respectives $M=28,21$ et $M=18,2$; $F(1-97)=4,85$, $p < .029$] (tableau 10 et figure n°5). De plus, parmi ceux qui ne prient pas ce sont ceux en résidence autonomie et Marpa qui ont le plus de réactions émotionnelles par rapport aux résidents d'EHPAD [moyennes respectives $M=28,21$ et $M=6,15$; $F(1-97)=12,27$ $p < .0007$]. (tableau 10 et figure n°5).

Insérer	tableau	10
Insérer figure 5		

Enfin, Les résidents en EHPAD qui ne prient pas ont un moral plus élevé que les résidents en résidence autonomie ou Marpa qui ne prient pas [moyennes respectives $M=26,08$ et $M=23,37$; $F(1-97)=8,93$, p

< .003] (tableau 11 et figure n°6).
Insérer tableau 11

Insérer figure 6

Discussion

L'objectif de cette étude était d'établir des liens entre les activités sociales et de loisirs et certains indicateurs de qualité de vie. Des différences significatives ont été constatées selon les habitats. Les plus satisfaits de leurs activités sociales et de loisirs sont ceux qui vivent en résidence autonomie ou MARPA. La présente étude met en lumière la relation entre trois activités pratiquées par 50 % de nos participants et des indicateurs de vie. Ainsi, le fait de jouer ou non au scrabble a un effet sur le sentiment d'auto-efficacité ; ceux qui ne jouent pas se sentent plus efficaces. Ce résultat paradoxal peut s'expliquer par le fait que ces personnes n'ont peut-être pas le sentiment d'être efficace avec un jeu qui laisse une part de hasard (tirage des lettres) et qui dépend des aptitudes des autres joueurs. Ne pas jouer au scrabble permet aussi d'éviter des comparaisons sociales qui pourraient se révéler défavorables (Gibbons & Buunk, 1999). Ainsi, ne pas jouer au scrabble serait une stratégie pour conserver un sentiment d'efficacité personnelle (Bandura & Jourden, 1991; Frey & Rulle, 1990). Le fait de ne pas effectuer des activités de solidarité envers ses voisins a des effets sur différents indicateurs de santé ; ces personnes ont moins d'énergie, ressentent plus de douleurs, ont plus de réactions émotionnelles, ont plus de difficultés de déplacement. Ainsi, celles qui n'ont pas ou peu d'activité de solidarité avec le voisinage sont en moins bonne santé. Nous pouvons supposer que ces personnes sont plus fragiles. Quatre indicateurs sont utilisés pour repérer les personnes fragiles : difficultés ou troubles physiques ; difficultés de mobilité ou de capacités motrices ; capacités sensorielles ou troubles de la vue ou de l'ouïe ; capacités cognitives ou troubles de la mémoire (Renaut, 2004). Nous retrouvons certaines de ces dimensions chez les sujets qui ne sont pas solidaires avec leurs voisins, comme l'énergie, la mobilité. En ce qui concerne le fait de prier ou pas, il y a des effets sur des indicateurs de qualité de vie selon le type d'établissement. Les résidents d'EHPAD qui ne prient pas ont un meilleur moral et ceux qui prient ont plus de difficultés de santé : cela se manifeste par moins d'énergie, plus de douleurs et moins de mobilité. Les résidents de résidence autonomie ou Marpa qui ne prient pas ressentent plus de douleurs et ont plus de réactions émotionnelles. Il serait intéressant d'approfondir ces deux résultats car plusieurs recherches ont au contraire mis en avant l'association de la prière avec des indicateurs de bien-être

psychologique. Ainsi, Moreira-Ameilda, Neto et Koenig (2006) ont réalisé une revue systématique sur le thème de la relation religion et santé mettant en évidence qu'un niveau d'engagement religieux élevé est associé à la satisfaction de vie, au moral, à moins de symptômes dépressifs, notamment chez des personnes en situation de stress comme les personnes âgées, handicapées ou malades. De même pour Verghese (2008), les croyances et pratiques religieuses permettent de faire face aux événements de vie et ainsi seraient bénéfiques pour la santé mentale. Enfin, pour Berghmans et Torres (2012) la prière serait favorable à la santé. L'investissement religieux est corrélé positivement à l'amélioration de la qualité de vie et de l'estime de soi.

Le regard et le jugement des autres restent importants pour ces résidents et peuvent devenir un frein à la participation sociale, notamment lorsque l'estime de soi est faible comme dans notre population (Redersdorff & Martinot, 2003).

Conclusion

Les résidents ayant répondu au questionnaire ont fait une bonne estimation de leur qualité de vie. La qualité de vie des résidents d'EHPAD semble être moins bonne que pour les résidents des résidences autonomie et MARPA. Nous pouvons penser que plus les résidents ont conservé de l'autonomie plus leur qualité de vie est jugée meilleure. La pratique d'activités sociales et de loisirs n'implique pas systématiquement une meilleure qualité de vie. Il faudrait prendre en compte les caractéristiques de l'activité, est-ce qu'elle implique du hasard, de la chance, quelles compétences sont mises en œuvre, le jugement des autres, les comparaisons sociales, temporelles. Ne pas pratiquer certaines activités peut aussi se révéler être un bon moyen de se protéger. Ce type de recherche pose la question du pouvoir des personnes âgées et fait appel au concept d'empowerment dans une société où l'injonction à être actif, à être dynamique est très importante. Plusieurs difficultés se sont présentées pour réaliser cette étude. Tout d'abord, entrer en contact avec la population, pouvoir interroger les personnes âgées sans susciter des inquiétudes. Ensuite, il n'est pas aisé de questionner cette population sur leurs attentes concernant les activités sociales et de loisirs. Comment avoir accès aux représentations et aux désirs par rapport à ces activités. Nous avons utilisé le questionnaire comme outil nous permettant d'avoir une première approche. Dans un deuxième temps, nous souhaiterions mettre en œuvre d'autres outils moins « fermés », moins restrictifs, nous permettant d'obtenir des données plus diversifiées. Nous pensons à des entretiens semi-directifs, mais également à l'utilisation de photographie comme support pour susciter un discours à propos des activités sociales et de loisirs.

Bibliographie

- Alaphilippe, D., & Bailly, N. (2013). *Psychologie de l'adulte âgé*. De Boeck supérieur. Bruxelles.
- Bailly, N., Alaphilippe, D., Hervé, C., & Joulain, M. (2007). Événements négatifs, support social et santé mentale des âgés. *Année Psychologique*, 107, 2, 221-224.
- Bandura, A., & Jourden, F. J. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 941-951.
- Berghmans, C., & Torres, J.L. (2012). *Santé et spiritualité: un pont thérapeutique*. Interéditions, Paris.
- Bickel, J. F., Lalive d'Épinay, C. & Vollenwyder, N. (2005). Changement et continuité dans les loisirs : une comparaison de cohortes. *L'année Sociologique*, 55, 129-169.
- Bucquet, D., Condon S. & Ritchie K. (1990). The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Social Science Medecine*, 30, 829-835.
- Carbonneau, H. (2012). Enquête sur les pratiques de loisirs des 50 ans et +. *Observatoire québécois du loisir*, 9 (14), 1-4.
- Cornilleau, G. (2006). Croissance économique et bien-être, *Revue de l'office*, (96), 11 – 34.
- Dumont, M., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2000). *French Adaptation of the General Self-Efficacy Scale : Auto-efficacité Généralisée*. Berlin, Germany.
- Elavsky, S., McAuley, E., Motl, R.W. et al. Physical activity enhances long-term quality of life in older adults: Efficacy, esteem, and affective influences. *ann. behav. med.* **30**, 138–145 (2005).
https://doi.org/10.1207/s15324796abm3002_6
- Frey, K.S., & Ruble, D.N. (1990). Strategies for comparative evaluation: Maintaining a sense of competence accross the lifes-span. In R.J. Sternberg & J. Kolligian, Jr. (Eds.), *Competence considered* (pp.167-189). New Haven, Conn. : Yale University Press.

Gibbons F., & Buunck B. (1999) Individual difference in social comparison: development of a scale of social comparison orientation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1, 129-142.

Jorm, A. (2011). The population impact of improvements in mental health services: the case of Australia. *The British Journal of Psychiatry*, 443-444.

Joulain, M., Alaphilippe D., Bailly, N. & Herve, C. (2010). Vieillesse, bien-être et dépression chez les personnes âgées. Le rôle des activités et loisirs. *NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie*, 10(57), 106-110.

Joulain, M., Alaphilippe D., Bailly, N. & Herve, C. (2009). Vieillesse et bien-être chez les personnes âgées. Le rôle des activités et loisirs. *Actes du 25ème Congrès de la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF)*, 16-18 Septembre 2009, Tours, France.

Kop, J.L. (1993). La mesure du bien-être chez les personnes âgées. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 43(4), 271-278.

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L. & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.

Pelletier, L. G., Vallerand, R. J., Green-Demers, I., Brière, N. M., & Blais, M. R. (1995). Loisirs et santé mentale: les relations entre la motivation pour la pratique des loisirs et le bien-être psychologique [Leisure and mental health: Interactions between motivation for leisure activities and psychological well-being]. *Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement*, 27(2), 140-156.

Pitaud, PH. (2010). *Solitude et isolement des personnes âgées*. Erès.

Organisation Mondiale de la santé (OMS) (1994). www.who.int/mental_health/media.

Redersdorff, S. & Martinot, D., (2003). Impact des comparaisons ascendantes et descendantes sur l'estime de soi: importance de l'identité mise en jeu. *L'année psychologique*, 103 (3), 411-443

Renaud, S. (2004). Du concept de fragilité à l'efficacité de la grille Aggir. *Gérontologie et société*, n°109, 83-107.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University

Sanders, A. & Verghese, J. (2007). Activités de loisirs et risques de démence chez les personnes âgées. *Maladie d'Alzheimer et déclin cognitif*, 12, 49-54.

Vallières, E. & Vallerand, R. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25. 305-316.

Verghese, A. (2008). Spirituality and mental health. *Indian Journal of Psychiatry*, 50(4), 233-237.

WHOQOL Group, (1998a), World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL), Development and general psychometric properties, *Social Science and Medicine*, 46 (12), 1569-1585.

WHOQOL Group, (1998b), Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment, *Psychological Medicine*, 28, 551-558.

Annexes

Tableau 1

Description de la population étudiée selon le type d'établissement (n=101)

	EHPAD	MAR PA	Résidence autonomie	T o t a l
Effectif	27	16	58	101
Pourcentage	26,73	15,84	57,43	100
Age moyen	83,89	85,81	83 ,39	84 ,36
Sexe Femme/homme	22/5	13/3	47/11	82 / 19
Métier oui/non	2/22	1/13	33/24	36 / 65
Ancienneté dans la résidence (année)	2,15	1,8	3,83	2 ,59
Vie seul/couple	24/3	14/2	56 /2	94 / 7

Tableau 2

taux de réponse au questionnaire complet selon le type de résidence

Type de résidence	Nombre de personnes contactées	Nombre de questionnaires remplis	Taux de réponse en %
Logement-foyer	85	58	68,24
Marpa	20	16	80
EHPAD	30	27	90

Tableau 3

fréquence des activités et pratiques individuelles

	Chaque jour		Une fois au		Une à deux		Rare	Activité
			moins par		fois par		ment	pratiquée
			semaine		mois		ou	seul
	effectif		effectif		effectif		jamai	effectif
	(%)		(%)		(%)		s	(%)
							effectif	
							if	
							(%)	
lecture	70	(69,3)	15	(14,85)	3	(2,97)	13	86
							(12,87)	(93,06)
radio	67	(66,34)	15	(14,85)	1	(0,99)	18	98
							(17,82)	(97,03)
télévision	92	(91,09)	6	(5,94)	0	(0)	3	81
							(2,97)	(80,19)
informatique	10	(9,9)	9	(8,91)	10	(9,9)	72	87
							(71,28)	(86,14)
Jeux de société	27	(26,73)	30	(29,7)	12	(11,88)	32	35
							(31,68)	(34,65)

	Chaque jour effectif (%)	Une fois au moins par semaine effectif (%)	Une à deux fois par mois effectif (%)	Rarement ou jamais effectif (%)	Activité pratiquée seul effectif (%)
Jeux vidéos	1 (0,99)	1 (0,99)	2 (1,98)	97 (95,74)	96 (95,05)
Scrabbles, mots croisés	20 (19,8)	17 (16,83)	14 (13,86)	50 (49,5)	67 (66,34)
Sudoku, échec	9 (8,91)	10 (9,9)	8 (7,92)	74 (73,27)	95 (94,05)
sport	8 (7,92)	13 (12,87)	3 (2,97)	77 (76,23)	86 (85,14)
randonnée	5 (4,951)	0 (0)	9 (9,81)	87 (86,14)	87 (86,14)
relaxation	3 (2,97)	7 (6,93)	12 (11,88)	79 (78,21)	88 (87,13)
Chasse, pêche	0 (0)	0 (0)	6 (5,94)	95 (94,06)	97 (96)

	Chaque jour		Une fois au moins		Une à deux		Rarement ou		Activité	
	effectif (%)		par semaine		fois par		jamais		pratiquée	
	effectif (%)		effectif (%)		mois		effectif (%)		seul	
	effectif (%)		effectif (%)		effectif (%)		effectif (%)		effectif (%)	
voyages	1	(0,99)	0	(0)	19	(18,82)	81	(80,19)	74	(73,27)
Solidarité de voisinage	19	(18,81)	9	(8,91)	20	(19,8)	53	(52,47)	78	(77,23)
Bénévolat, associations caritatives	2	(1,98)	6	(5,94)	15	(14,85)	78	(77,22)	86	(85,15)
photographie	1	(0,99)	11	(10,89)	21	(20,79)	68	(67,33)	77	(76,24)

	Chaque jour effectif (%)	Une fois au moins par semaine effectif (%)	Une à deux fois par mois effectif (%)	Rarement ou jamais effectif (%)	Activité pratiquée seul effectif (%)
Théâtre	0 (0%)	11 (10,89)	21 (20,79)	69 (68,31)	(69) (68,32)
musée	0 (0)	2 (1,98)	19 (18,82)	80 (79,29)	79 (78,22)
spectacle	1 (0,99)	0 (0)	25 (24,75)	75 (74,25)	71 (70,29)
brocante	1 (0,99)	0 (0)	19 (18,81)	81 (80,19)	78 (77,22)
Rencontres avec famille, amis	7 (6,93)	42 (41,58)	28 (27,72)	24 (23,76)	52 (51,48)
Sorties : bar, danse, restaurant, fête	0 (0)	3 (2,97)	16 (15,84)	82 (81,19)	69 (68,32)
shopping	0 (0)	12 (11,88)	13 (12,87)	76 (75,25)	75 (74,26)

	Chaque jour effectif (%)	Une fois au moins par semaine effectif (%)	Une à deux fois par mois effectif (%)	Rarement ou jamais effectif (%)	Activité pratiquée seul effectif (%)
Prières, offices religieux	19 (18,81)	10 (9,81)	17 (16,83)	55 (54,45)	90 (89,11)
Marche	25 (24,74%)	13 (12,87%)	36 (35,64%)	28 (27,72%)	42 (41,58%)
Jardinage	3 (2,97)	2 (1,98)	8 (7,92)	88 (87,13)	93 (92,08)
Bricolage	1 (0,99)	2 (1,98)	17 (16,83)	81 (80,19)	92 (91,09)

Tableau 4

Effectifs selon le type d'établissement pour les activités scrabble, solidarité et prière

	Ne joue pas au scrab ble	Jou e au scr abb le	Pas solid aire	Solidaire	Prie	Ne prie pas
Loge ment- foyer	30	28	31	27	24	34
Marpa	6	10	5	11	7	9
EHPA D	14	13	17	10	15	12

Tableau 5

moyennes, écart-types et scores minimum/maximum des indicateurs de qualité de vie et d'estime de soi.

	Moyenne	Ecart- type	Score minimum (théorique/effectif)	Score maximum (théorique/effectif)
Soutien social	29,35	4,99	8/16	40/40
Fréquentation	8,86	0,52	3/5	15/15
Moral	23,88	2,88	14/17	30/30
Auto- efficacité	30,45	5,5	10/11	40/40
Estime de soi	30,32	4,25	10/19	40/39
Santé	94,69	99,18	0/0	600/391,15
Energie	47,66	37,2	0/0	100/100
Douleur	31,18	28,27	0/0	100/90,42
Réactions émotionnelles	21,49	20,29	0/0	100/78,67
Sommeil	29,11	28,44	0/0	100/100
Isolement social	30,30	24,61	0/0	100/100
Mobilité	34,95	22,13	0/0	100/100

Tableau 6

moyennes des scores de santé selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	217,11 (n=43)	168,11 (n=31)
EHPAD	128,22 (n=12)	238,53 (n=15)

Tableau 7

moyennes des scores énergie selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	47,54 (n=43)	41,59 (n=31)
EHPAD	37,76 (n=12)	68,47 (n=15)

Tableau 8

moyennes des scores douleurs selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	40,29 (n=43)	29,28 (n=31)
EHPAD	7,39 (n=12)	28,04 (n=15)

Tableau 9

moyennes des scores mobilité selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	34,55 (n=43)	31,8 (n=31)
EHPAD	25,2 (n=12)	50,4 (n=15)

Tableau 10

moyennes des scores de réactions émotionnelles selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	28,21 (n=43)	18,2 (n=31)
EHPAD	6,15 (n=12)	21,28 (n=15)

Tableau 11

moyennes des scores de moral selon le type d'établissement et le fait de prier ou non.

	Ne prie pas	Prie
Logement- foyer+ Marpa	23,37 (n=43)	23,9 (n=31)
EHPAD	26,08 (n=12)	22,87 (n=15)

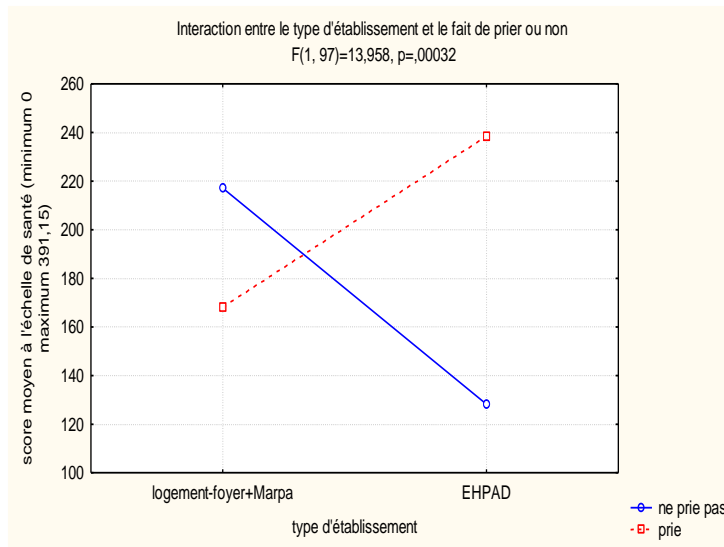


Figure 1 : Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores de santé

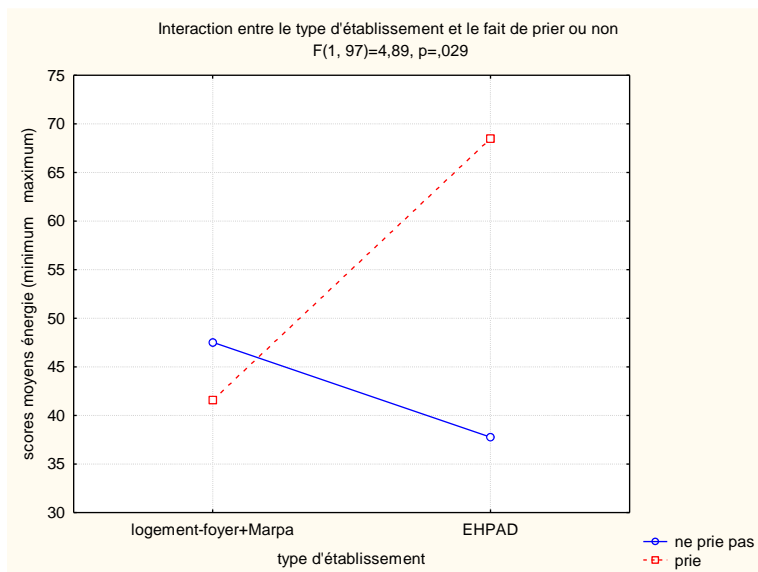


Figure 2 : Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores d'énergie

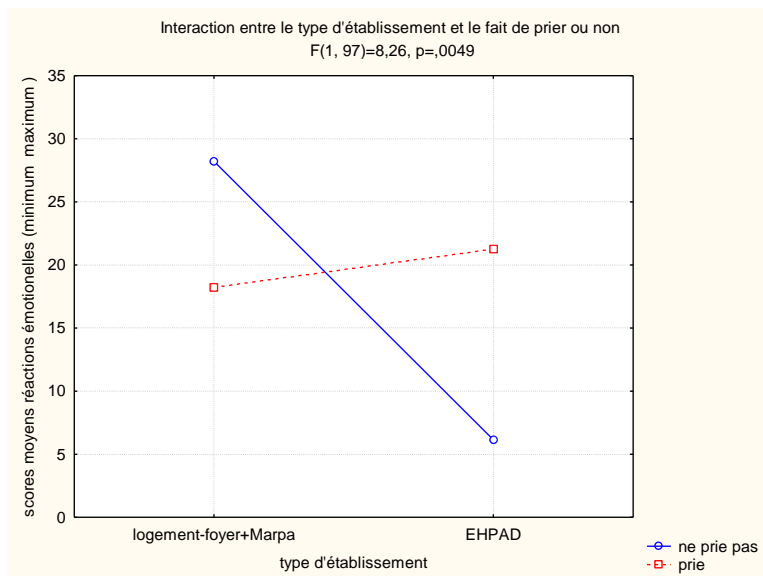


Figure 3 : Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores de douleurs

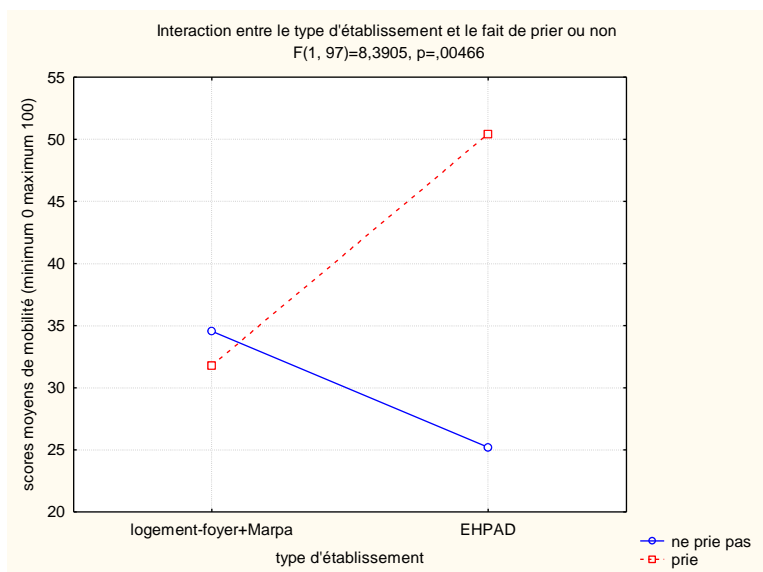


Figure 4 : Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores de mobilité

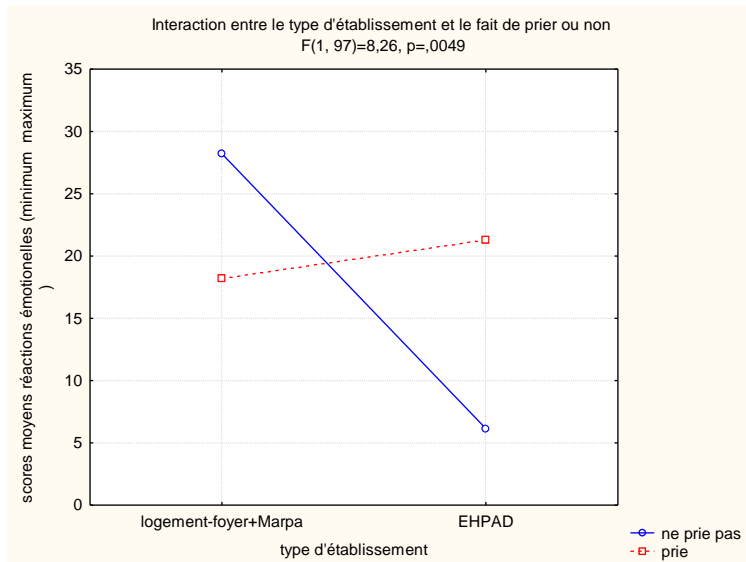


Figure 5 : Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores de réactions émotionnelles

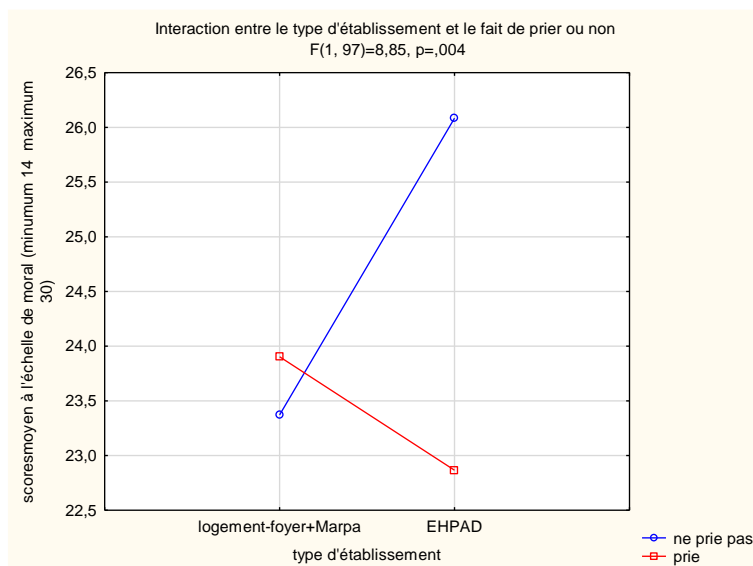


Figure 6 Interaction entre le type d'établissement et le fait de prier ou non sur les scores de moral

Partie 2