



UNION DES GÉRONTOPÔLES DE FRANCE

UGF

Mars
2025



Analyse scientifique des critères d'efficacité d'une action de prévention en faveur du bien-être psychologique des personnes de 60 ans et plus

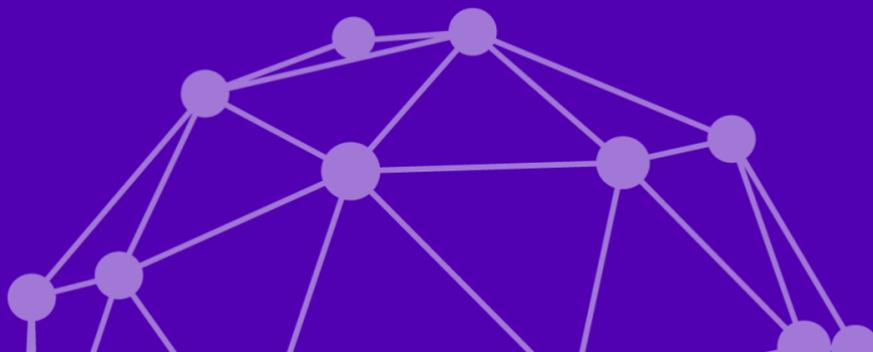




Table des matières

Préambule	3
1. Contexte et problématique	4
2. Méthode de construction de la revue de la littérature	4
3. Résultats de la revue de littérature.....	5
3.1 Fondement théorique des programmes proposés.....	5
3.2 Format des interventions.....	6
3.2.1 Durée et lieu des interventions	6
3.2.2 Population.....	7
3.2.3 Intervenants.....	8
3.2.4 Thématiques	8
3.2.5 Supports utilisés.....	10
3.3 Contenu des interventions.....	11
3.3.1 Développement des compétences psychosociales.....	11
3.3.2 Activité physique.....	14
3.3.3 Activité artistique.....	17
3.4 Modalité d'évaluation des interventions	18
3.4.1 Évaluation du bien-être.....	18
3.4.2 Évaluation d'autres paramètres	19
3.5 Résultats des interventions.....	20
3.5.1.....	20
Résultats des interventions ciblant principalement des compétences psychosociales.....	20
3.5.2 Résultats liés aux interventions centrées sur l'activité physique	23
3.5.3 Résultats liés aux interventions centrées sur l'activité artistique	24
3.5.4 Résultats liés aux interventions non efficaces sur le bien-être	25
4. Facteurs de réussite et implications pratiques pour la mise en place des interventions	26
4.1 Facteurs de réussite.....	26
4.2 Implications pratiques	29
5. Analyse critique des résultats des interventions	29
6. Description des articles sélectionnés pour la revue de littérature	33
6.1 Tableau 1 : articles avec effets significatifs sur le bien-être des personnes âgées.....	33
6.2 Tableau 2 : articles sans effets significatifs sur le bien-être des personnes âgées.....	46
7. Références	52

Préambule

Le bien-être psychologique est certainement une des caractéristiques d'un vieillissement que l'on pourrait qualifier de désirable. Mais une fois que ce truisme est exprimé, reste encore à en définir les termes. En effet, le bien-être psychologique recouvre des dimensions très différentes et les experts ont cherché à discerner la pertinence d'une approche du bien-être psychologique qui puisse constituer un champ de prévention. Après un travail bibliographique très complet, recueillant uniquement les travaux dont les qualités méthodologiques sont incontestables, il est apparu qu'une des expressions du bien-être psychologique est la compétence psychosociale. Ce terme, d'usage relativement récent, regroupe l'ensemble des capacités que l'on développe pour nous permettre de rentrer en relation avec les autres et avec notre environnement. On pourrait le comparer à la remise en fonction anglo-saxonne, qui est même devenue un des objectifs du système de santé selon l'Organisation mondiale de la santé. Donner des repères concrets pour qu'une action de prévention dans le champ du bien-être, puisse avoir une efficacité, telle est l'ambition de ce document à destination de l'ensemble des acteurs du champ de prévention.



Pr Gilles Berrut
Rédacteur en chef

1. Contexte et problématique

Ce travail est réalisé dans le cadre du projet intitulé « Accompagner le développement d'une politique territorialisée de prévention de la perte d'autonomie » et porte sur l'axe 4 : Veille scientifique et vulgarisation dans le champ de la prévention de la perte d'autonomie.

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le bien-être psychologique correspond à un état de bien-être mental permettant d'affronter les sources de stress, de réaliser son potentiel et de contribuer à la vie de la communauté.

Son impact positif sur la santé globale a été démontré, à court et à long terme, et est associé à une réduction de la mortalité. Le bien-être psychologique contribue à renforcer le système immunitaire et à diminuer le risque cardio-vasculaire. En améliorant la tolérance à la douleur, il permet également d'augmenter les chances de rétablissement et de survie des personnes malades.

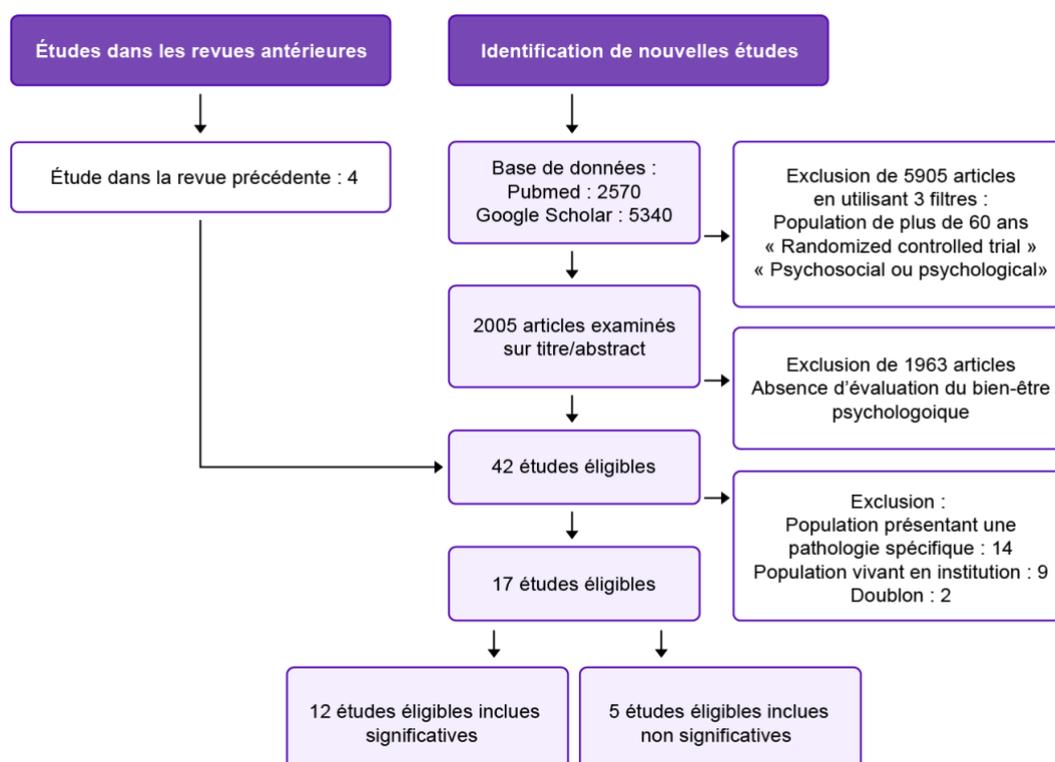
Face à la multiplicité des offres et interventions œuvrant pour l'amélioration du bien-être psychologique des personnes âgées, il a paru intéressant de réaliser un travail de veille scientifique. L'objectif est d'avoir une référence, qui recense l'ensemble des éléments de preuves scientifiques afin d'encadrer les interventions à conduire autour de la thématique du bien-être psychologique chez les personnes de 60 ans et plus, afin qu'elle garantisse une possibilité d'effet positif pour les participants.

2. Méthode de construction de la revue de la littérature

Lors de ce travail, une recherche bibliographique a été réalisée grâce aux bases de données PubMed et Google Scholar, en utilisant les mots clés « community-dwelling ; elderly ; intervention ; randomized controlled trial ; well-being ; quality of life » sur des articles depuis l'année 1990. Le choix a été de sélectionner les articles nationaux et internationaux présentant un ECR (Essai Contrôlé Randomisé) avec l'effet d'une intervention sur le bien-être. **Douze articles avec un effet positif significatif et 5 articles sans effet significatif** ont été pris en compte. Les résultats de la revue de littérature sont présentés dans la suite de ce document. L'hétérogénéité des interventions, de leur territoire d'ancrage, de l'âge moyen du public ciblé et des critères de jugement dans les

études présentées est un élément à prendre en compte lors de la lecture des résultats présentés. Compte tenu de ces variabilités, les conclusions doivent être interprétées avec prudence. Afin de prendre en compte ces facteurs, une analyse critique des résultats a été réalisée afin de proposer des recommandations pratiques, aisées à mettre en œuvre.

Processus de sélection des articles de la revue de littérature



3. Résultats de la revue de littérature

3.1 Fondement théorique des programmes proposés

Au vu de la nature internationale, multidisciplinaire, multithématique des interventions sélectionnées dans cette veille et considérant la multiplicité des facteurs influençant le bien-être des personnes âgées, nous retrouvons une large variété de cadres théoriques dans nos articles scientifiques.

La définition du bien-être suit celle de l’OMS. Ainsi le bien-être mental, qui est une condition de la santé mentale, nous permet d’affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté. La santé mentale fait partie intégrante de la santé, elle repose sur nos capacités individuelles et collectives à **prendre des décisions**, à **nouer des relations** et à **bâtir le monde** dans lequel nous vivons. Le bien-être mental, et donc la santé mentale, est un droit fondamental de tout être humain. C’est aussi un aspect essentiel du développement personnel, communautaire et socioéconomique.

Pour compléter cette définition, nous signalons que Ryff (1989) partage cette conception du bien-être psychologique comme un fonctionnement psychologique adapté incluant six dimensions théoriques que sont **l’acceptation de soi, les relations positives avec les autres, l’autonomie, la maîtrise de l’environnement, le but dans la vie et la croissance personnelle.**

Au-delà du fonctionnement psychologique individuel, plusieurs chercheurs (Kozma et al., 1991 ; Cattan et Tilford, 2006; Allen et al., 2014) soulignent la nature multidimensionnelle des facteurs influençant le bien-être psychologique en mettant en évidence à la fois des **facteurs socio-économiques** (revenu et éducation) **individuels** (satisfaction de vie, autonomie, acceptation et estime de soi, but dans la vie, croissance personnelle, capacités individuelles et collectives : à prendre des décisions, à agir et à interagir, à gérer ses émotions et les changements...), des **facteurs sociaux** (relations positives et participation sociale) **et environnementaux** (résidence et environnement local).

3.2 Format des interventions

3.2.1 Durée et lieu des interventions

Toutes les interventions se situent à l’international (USA, Canada, Japon, UK, Suède, Finlande, Italie, Portugal). Elles ont été conduites en présentiel et en groupe, mise à part une seule intervention conduite en individuel (Mc Neil et al., 1995). Dix interventions sur 12 possèdent une durée de plus de 3 mois, seules 2 interventions durent moins de 3 mois (Mc Neil et al., 1995 : 1 mois et demi et Saito et al., 2012 : 2 mois). La quasi-totalité des interventions possède une fréquence d’une fois par semaine ou plus ; seule une intervention a une fréquence d’une fois

toutes les deux semaines (Saito et al., 2012). La fréquence moyenne est de deux fois par semaine (1,7 fois à 0,1 près).

3.2.2 Population

La majorité des interventions qui présentait des effets significatifs sur le bien-être (11 interventions sur 12) ciblait des personnes âgées (73.9 ans d'âge moyen) avec des difficultés ou limitations :

- limitations de santé : seniors en situation de handicap ou avec des limitations de santé, accueillis en unité/centre d'accueil de jour (Lokk et al., 1990, Galinha et al., 2022), à risque face aux inégalités de santé (Clark et al., 2012), préfragiles ou fragiles (Seino et al., 2017), présentant souvent des comorbidités (Tew et al., 2017) ou un dysmétabolisme (Mura et al., 2014) ;
- limitations au niveau de l'activité physique : seniors faisant peu d'exercice physique (Mc Neil et al., 1995), physiquement inactifs ou sédentaires (Welford et al., 2022 ; Mura et al., 2014) ;
- difficulté sociale : seniors à risque suite à une relocalisation (Saito et al., 2012) ; ayant peu de contacts sociaux (Mc Neil et al., 1995), souffrants de solitude (Routasalo et al., 2009) ;
- difficultés psychologiques : seniors exprimant de la tristesse ou ayant un niveau modéré de dépression (Mc Neil et al., 1995) ;
- difficultés socioéconomiques : seniors à faibles niveaux de revenus et d'éducation (Galinha et al., 2022) ou avec des revenus et ressources limités (Clark et al., 1997) ;

Seule une intervention présente un manque d'information concernant les difficultés et limitations des participants âgées et a fait le choix de se concentrer principalement sur l'âge comme critère d'inclusion (Coulton et al., 2015).

Dans une intervention sans effet significatif sur le bien-être (Mountain et al., 2017), l'auteur conclut dans sa discussion qu'une explication de ce résultat négatif serait que les participants n'avaient aucune difficulté ou risque psychologique spécifique. Ces résultats amènent les auteurs de cette étude à se questionner sur la nécessité du ciblage de la population la plus susceptible de bénéficier de ce type d'intervention. Ainsi, selon ces auteurs et dans le cas présent, un groupe constitué de seniors présentant des risques ou des difficultés sur le plan de la santé psychologique bénéficierait plus de leur intervention.

3.2.3 Intervenants

La grande majorité des interventions (11 sur 12) mobilise des intervenants professionnels, une intervention s'appuie également sur des seniors bénévoles nommés « gardiens de la communauté » à l'instar de représentants d'une association de quartier (Saito et al., 2012) et une autre intervention mobilise uniquement des étudiants en psychologie (Mc Neil et al., 1995).

Les intervenants professionnels sont :

- Spécialisés en santé : infirmier(e)s (Lokk et al., 1990 ; Routasalo et al., 2009), ergothérapeutes (Routasalo et al., 2009 ; Clark et al., 1997 et 2012) et chercheurs en santé (Saito et al., 2012) ;
- Spécialisés dans leur domaine d'activité : coachs sportifs (Seino et al., 2017 ; Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017 ; Mura et al., 2014) musiciens ou musicothérapeutes (Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015).

Les intervenants non professionnels sont des étudiants en psychologie (Mc Neil et al., 1995) ou des seniors bénévoles (Saito et al., 2012).

3.2.4 Thématiques

La plupart des interventions (11 sur 12) couvrent plusieurs thématiques ou activités, réparties en trois domaines : compétences psychosociales, activité physique et activité artistique. Parmi eux, **les compétences psychosociales** occupent une place prépondérante, étant abordées dans 9 interventions sur 12, dont 4 de manière exclusive. Les compétences psychosociales recouvrent une variété de sujets abordés (acceptation de soi, participation et lien social, planification d'objectif et capacité d'action, connaissance et maîtrise des ressources communautaires et publiques, gestion du style de vie et des activités, gestion de la sécurité du domicile...).

Santé publique France¹ s'appuie sur une définition de l'OMS pour affirmer que « la compétence psychosociale est définie de façon générale comme « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer

¹p. 14 Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 135 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>

par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement ». Le développement de cette capacité psychosociale globale nécessite de « renforcer les ressources d'adaptation (coping) de la personne et ses compétences personnelles et sociales ». L'OMS² a défini ces compétences de base utiles à la vie comme « un groupe de compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive ». Parmi ces compétences, on peut citer **les compétences cognitives** (capacité de décider, planifier d'agir et de résoudre des problèmes, gestion du style de vie et de ces activités), **les compétences émotionnelles** (régulation du stress et reconnaissance et expression positive des émotions) et **les compétences sociales** (entraide, lien et participation, coopération...).

Catégorisation des compétences psychosociales (CPS) selon l'OMS et Santé publique France³

Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
		Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)

² 8.WHO. Skills for health. Genève: World Health Organization; 2003.

³ p.22 Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 135 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>

Compétences sociales	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

Une seconde partie des interventions comprend des **activités physiques variées et se voulant adaptées aux personnes âgées** (6 interventions sur 12 (Mc Neil et al., 1995 ; Routasalo et al., 2009 ; Seino et al., 2017 dont 3 exclusivement centrées sur l'activité physique Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017 ; Mura et al., 2014). Deux interventions mobilisent des **activités de yoga** (Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017) comprenant à la fois de l'exercice physique adapté et des techniques de relaxation et de respiration, 2 autres interventions incluent des **exercices de résistance** autour de la force et de la mobilité (Seino et al., 2017) ou des activités physiques vigoureuses **aérobiques et anaérobiques** (Mura et al., 2014) et 2 interventions incluent de la **marche** (Mc Neil et al., 1995) dont une intervention propose également de la marche en campagne (au contact de la nature) ou de la **baignade** (Routasalo et al., 2009).

Une troisième partie plus réduite (3 interventions sur 12) aborde de multiples **activités artistiques**. Deux interventions sont axées sur le **chant** en groupe (Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015) et une intervention propose au choix soit de la **danse** ou diverses activités artistiques (**écriture ou activités faisant appel à la créativité**) (Routasalo et al., 2009).

3.2.5 Supports utilisés

Dans l'intervention de Saito et al. (2012) un livret d'information est fourni aux participants. Ce livret contient des informations sur les ressources sociales, communautaires et publiques de la ville. Dans Lökk et al.

(1990) les intervenants transmettent aux seniors une carte de planification individuelle.

Les interventions d'activité artistique et musicale mobilisent du matériel spécifique de sport ou de musique lié à leurs interventions.

D'autres interventions se basent sur des programmes préétablis et déjà utilisés dans leur domaine à l'instar du programme de chant en chorale Silver Song Club (Coulton et al., 2015) ou encore le programme *lifestyle redesign* © d'ergothérapie (Clark et al., 1997 et 2012) du psychosocial group réhabilitation (PGR Routasalo et al., 2009), British Wheel of Yoga (BWY) Gentle Years Yoga© (Tew et al., 2017).

3.3 Contenu des interventions

3.3.1 Développement des compétences psychosociales

Acceptation de soi, planification et capacité d'agir :

Plusieurs interventions ont été construites **en collaboration avec les participants âgés** (Lokk et al., 1990 ; Saito et al., 2012 ; Clark et al., 1997 et 2012 ; Routasalo et al., 2009) **afin d'améliorer leur acceptation de soi et leur facteur de passivité** vis-à-vis des actions de prévention et de promotion de la santé les concernant en facilitant **leur perception et sentiment de contrôle personnel**. Certaines interventions visent l'acceptation de la problématique ou du risque de solitude et d'isolement (Saito et al., 2012 ; Routasalo et al., 2009) ou leurs différentes limitations de santé (Lokk et al. 1990 ; Seino et al., 2017) et encouragent à **partager leurs problématiques et à chercher des solutions en groupe**. L'intervention de Seino et al., 2017 par exemple inclut un programme psychosocial visant la promotion d'un débat une semaine sur deux en groupe sur la façon de continuer l'exercice après l'intervention.

Le but du programme de Lokk et al. (1990) est de **fixer des objectifs réalistes, réalisables, positifs et co-construits avec les participants** afin qu'ils puissent en discuter et avoir un suivi en groupe. Chaque personne âgée possède une carte personnelle sur laquelle toutes les séances de traitement ont été enregistrées et également une carte de planification individuelle, sur laquelle les objectifs et les activités de suivi sont enregistrés.

Dans Clark et al. (2012) des **sorties mensuelles** sont organisées pour faciliter la capacité d'agir en facilitant l'expérience directe du contenu d'intervention, comme l'utilisation des transports publics. De la même

façon dans Saito et al. (2012) une **visite touristique de la ville** a été organisée pour montrer aux participants les installations publiques et les lieux historiques. Cela visait à accroître les possibilités des participants de sortir ou d'utiliser les services publics.

Gestion du style de vie et résolution de problème :

Les deux interventions de Clark et al., (1997 et 2012) se sont focalisées autour d'un programme conduit par des **ergothérapeutes** visant la construction avec chaque participant **de routines d'activités quotidiennes** qui étaient **favorables à la santé et significatives** compte tenu du contexte de leur vie.

Les programmes comprennent des **instructions** spécifiques sur la façon **de surmonter les obstacles** à une vie quotidienne. Par exemple, l'accent est mis sur des activités qui ne nécessitent **aucune dépense financière** et du temps est consacré à aider les sujets à **maîtriser les systèmes de transports publics**. Les participants reçoivent un soutien pour affronter les obstacles, prendre des risques, et faire l'expérience de **l'auto-efficacité et du contrôle personnel** tout en participant aux activités quotidiennes.

La seconde étude de Clark et al. (2012) reprend et enrichit le programme de 1997 avec l'ajout de sorties mensuelles et de quelques nouveaux domaines d'activité (cf. Encadré 1) :

Encadré 1 : Les domaines d'activité évoqués dans l'intervention de Clark et al. 2012

- **Impact de l'activité quotidienne sur la santé :**

Comment l'activité contribue à la santé ; impact du vieillissement sur les schémas d'activité ; intégrer l'exercice physique et mental dans la vie quotidienne

- **Utilisation du temps et conservation de l'énergie**

Évaluer l'utilisation du temps ; évaluer les habitudes énergétiques quotidiennes ; conservation de l'énergie et protection des articulations ; adapter les activités et les routines quotidiennes

- **Utilisation des transports**

Modes de transport disponibles ; coût, commodité et accessibilité ; impact des ressources/contraintes de transport sur l'activité ; le transport en tant qu'activité ou facilitateur d'activité

- **Sécurité du domicile et de la communauté**

Examen électronique des dangers courants pour la sécurité ; prévention des chutes ; évaluation de la sécurité à domicile ; trouver un équilibre entre les préoccupations en matière de sécurité et l'activité ; préparer pour les urgences ; fourniture d'appareils fonctionnels et modifications de la maison au besoin

- **Relations sociales**

Construire des liens sociaux par l'activité ; impact du vieillissement sur les relations sociales ; les obstacles à une communication efficace ; faire face à la perte et le deuil

- **Sensibilisation culturelle**

Comment la culture influence l'activité quotidienne ; stratégies de gestion des différences culturelles dans la vie quotidienne ; découvrir différentes cultures

Participation sociale et réseau relationnel :

La majorité des interventions **encourage la participation sociale** des personnes âgées par le biais de l'organisation **de dynamiques de groupe** autour d'une **activité** commune **artistique** (Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015 ; Routasalo et al., 2009) ou **physique** (Mc Neil et al., 1995 ; Seino et al., 2017 ; Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017 ; Mura et al., 2014 ; Routasalo et al., 2009) ou d'une **communication** autour d'un sujet de discussion d'utilité sanitaire (Lokk et al., 1991) ou sociale (Saito et al., 2012 ; Mc Neil et al., 1995 ; Routasalo et al., 2009). Une seule intervention fonctionne en binôme intergénérationnel constitué d'une personne âgée ayant peu de contacts sociaux et d'un étudiant en psychologie dans le but d'un accompagnement à la conversation à domicile ou autour d'une marche à l'extérieur.

D'autres interventions incluent un objectif de développement du réseau et des interactions sociales des participants (Routasalo et al., 2009 ; Saito et al., 2012 ; Seino et al., 2017). Dans ces interventions le développement d'un réseau social est pensé dans une perspective de réduction de la solitude et de l'isolement social et de trouver de nouveaux soutiens et ressources sociales (Routasalo et al., 2009 ; Saito et al., 2012) mais également pour une motivation sociale encourageant l'adhésion, l'engagement et le maintien dans un groupe effectuant des activités propices à l'amélioration du bien-être et de la santé (Seino et al., 2017 ; Lokk et al., 1991 ; Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015). Certaines interventions rassemblent un groupe de personnes âgées partageant des caractéristiques, besoins ou expériences communes afin de favoriser un partage et l'établissement d'un réseau de soutien :

- Groupe de personnes âgées en situation de handicap usagers d'une unité d'accueil de jour se rassemblant pour échanger de leurs objectifs de santé (Lokk et al., 1991) ;
- Groupe de personnes âgées usagers des centres d'accueil avec des niveaux d'éducation et des revenus faibles et avec des problèmes de santé diagnostiqués se réunissant pour partager une activité de chant (Galinha et al., 2022) ;
- Groupe de personnes âgées de 74 ans et plus souffrant de solitude se réunissant pour partager une activité inspirante, thérapeutique ou sociale (Routasalo et al., 2009) ;
- Groupe de personnes âgées délocalisées provenant d'autres régions rassemblées pour échanger, s'informer et rencontrer les seniors bénévoles de leurs quartiers (Saito et al., 2012).

3.3.2 *Activité physique*

Une seconde partie des interventions comprennent des **activités physiques variées et se voulant adaptées aux personnes âgées** (6 interventions sur 12 (Mc Neil et al., 1995 ; Routasalo et al., 2009 ; Seino et al., 2017 dont 3 exclusivement centrées sur l'activité physique Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017 ; Mura et al., 2014).

Yoga adapté :

Deux interventions d'une même durée de 3 mois mobilisent des **activités de yoga en groupe** (Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017) comprenant à la fois de l'exercice physique adapté et des techniques de relaxation et de respiration. Ces deux interventions mobilisent des versions de yoga adaptées aux personnes âgées composées de

postures et mouvement doux. Les deux interventions réservent un temps de relaxation d'environ 10 minutes en fin de séance.

Activité intense adaptée

Deux interventions d'activité intense adaptée pour seniors incluent des **exercices de résistance** autour de la force et de la mobilité (Seino et al., 2017) ou une activité physique vigoureuse à la fois en **aérobie et anaérobie** (Mura et al., 2014).

La première intervention de Seino et al. (2017) est **une intervention multimodale** deux fois par semaine (100 min par séance) sur une période de 3 mois consistant en un **exercice de résistance** (60 min), **du repos** (10 min) et à des **programmes nutritionnels ou psychosociaux** (30 min, chacun, une fois toutes les 2 semaines) pour réduire la fragilité sur une période de 3 mois. Le programme d'exercices de résistance est axé sur le maintien ou l'amélioration de la force et de la mobilité. Chaque session comprend une routine d'échauffement de 5 minutes, 50 minutes d'exercice de résistance et 5 minutes de récupération. L'exercice de résistance comprend des levées d'orteils et de talons, de genoux, de genoux en extension et avec une bande de résistance en position assise. Des levées de jambes latérales et des squats standards ont été effectués en se tenant derrière une chaise et en retenant la chaise en arrière pour la stabilité. Les répétitions et séries de ces exercices ont été augmentées progressivement. Les participants ont réalisé deux séries de 20 répétitions pour chaque exercice dans le dernier mois. L'intensité a été maintenue à un niveau perçu d'effort « un peu dur ».

La seconde intervention de Mura et al. (2014) comprend trois phases :

- 1) Phase d'échauffement, jusqu'à 10 min et jusqu'à 60 % du HRR (Heart Rate Reserve : réserve de fréquence cardiaque). Cette phase a été conçue avec des mouvements lents et dynamiques faisant appel à de grands groupes musculaires du bas, milieu et haut du corps, se déplaçant à travers une gamme complète de mouvement. Les sujets ont commencé par de simples promenades dans la pièce avec divers mouvements de bras, y compris certains exercices d'équilibre dynamique et statique et étirements pour les principaux groupes de muscles.
- 2) Phase active, 45 min, de >60 % à 84 % HRR. La phase active a été conçue comme un mélange d'exercices d'aérobies et d'anaérobies. Le protocole d'exercices intègre des « mouvements de vie », de force et d'équilibre. Cette phase a été conçue avec

des exercices dynamiques avec et sans utilisation d'une plateforme (step), un exercice continu avec une augmentation progressive de la difficulté et de l'intensité, partant de la marche autour du step et alternant avec le step de base (monter et descendre de la base avec un pas alterné) pour atteindre les levées alternées avec les flexions des membres inférieurs, étendus vers l'extérieur ou fléchis vers l'arrière (levée du genou, jambe latérale, flexion des jambes), créant des séquences d'exercices brefs et faciles à répéter. La dernière partie de la phase active comprend des exercices à plusieurs plans pour le haut et membres inférieurs à l'aide de résistances élastiques (Xertube®).

- 3) Phase de refroidissement, jusqu'à 10 minutes, < 60 % du HRR. Cette phase inclut des exercices de récupération cardio-respiratoire suivis de relaxation, d'exercices de contrôle postural et de mobilité de la colonne vertébrale en position couchée (genou-poignet) en appui sur la plateforme, des exercices d'équilibre statique sur 4 et 2 supports, avec les yeux ouverts et fermés et avec activation des muscles centraux. Elle comprend également quelques exercices post-étirement pour ramener les muscles à un état normal, pour les groupes musculaires les plus sollicités pendant l'entraînement.

Activité adaptée peu intense :

2 interventions incluent de la **marche** (Mc Neil et al., 1995) dont une intervention propose également de la **baignade ou de la danse senior** (Routasalo et al., 2009).

Dans l'intervention de Mc Neil et al. (1995), une des deux modalités de l'intervention consiste en une marche accompagnée. Un étudiant en psychologie de premier cycle non professionnel s'est rendu au domicile du sujet et l'a accompagné pour une promenade à l'extérieur à proximité du domicile du sujet (ou dans un magasin centre commercial, par mauvais temps). Les séances duraient initialement 20 minutes, mais ont augmenté à 40 minutes au cours des 6 semaines du programme. Trois des séances de marche ont eu lieu chaque semaine, deux avec l'étudiant et une seule.

L'intervention de 3 mois et 12 séances de Routasalo et al. (2009) quant à elle comprend deux possibilités d'activité physique en groupe peu intense soit une marche en campagne, une baignade ou de la danse senior. Les participants sont répartis en fonction de leur choix volontaire dans un des 3 groupes d'activités l'art et les activités inspirantes (AIA),

l'exercice et les discussions de groupe (GED), et l'écriture thérapeutique et la thérapie de groupe (TWG). Le groupe appelé GED (Groupe d'exercice et de discussion) comporte encore des activités à la carte, les activités physiques **de marche en campagne, de baignade ou de danse senior** suivies de discussions autour de thèmes de santé au choix.

3.3.3 *Activité artistique*

Deux interventions sont axées sur **le chant** (Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015) en groupe et une intervention de Routasalo et al. (2009) propose au choix diverses activités artistiques (**écriture ou activités de créativité**).

Le programme Sing4Health (Galinha et al., 2022) comporte les éléments suivants : exercices de relaxation et d'échauffement vocal, technique vocale, répétition du répertoire, volet social, création et présentation d'un spectacle final. Il a été prédéfini pour être développé au cours de 17 semaines en 34 séances de deux heures, deux fois par semaine, avec une pause de 20 minutes pour la socialisation.

Le modèle Silver Song Club (Coulton et al., 2015) est un format établi de chant participatif pour les personnes âgées. Ce programme est sélectionné comme l'un des trois exemples britanniques de bonnes pratiques pour le projet international Health Pro Elderly. Les détails sont disponibles sur le site Web de Sing for Your Life Ltd (www.singforyourlife.org.uk/sites/default/files_new/SSC%20FormativeEvaluation%20Summary.pdf). Des animateurs formés et expérimentés sous la direction de Sing for Your Life Ltd se sont réunis pour compiler un programme de 90 minutes sur 14 semaines programme comprenant des chansons de différentes époques et une variété des genres. Cela a été suivi d'une série de réunions « d'unification », pour s'assurer que tous les animateurs savent comment accéder au matériel et le livrer de la même manière (par exemple accompagnement, clé musicale et acquisition des droits d'auteur). Le programme était évolutif, progressant du chant de lignes mélodiques à l'harmonisation, la superposition et le chant en canon. Les carillons étaient également introduits le cas échéant, et il y avait une opportunité pour que les participants demandent des chansons particulières. Tous les clubs ont livré le même programme simultanément, et à la fin des 14 semaines, les clubs ont été dissous. Un responsable de programme a fait des visites à l'improviste à chaque groupe pendant la période d'intervention, pour surveiller leur

fidélité au programme. Un recueil de chants a été produit pour la répétition et un registre des participants a été complété.

Dans la troisième intervention de 3 mois et 12 séances de Routasalo et al. (2009), les participants sont répartis en fonction de leur choix volontaire dans un des 3 groupes d'activités : l'art et les activités de créativité (en anglais AIA), **l'exercice et les discussions de groupe** (GED), et l'écriture thérapeutique et la thérapie de groupe (TWG). Dans les groupes AIA, divers artistes ont visité les réunions, les participants ont visité des événements culturels et produisaient activement leur propre art.

3.4 Modalité d'évaluation des interventions

3.4.1 Évaluation du bien-être

Le bien-être est évalué dans cette sélection d'interventions à l'aide de trois types d'outils :

- Des questionnaires mesurant la qualité de vie générale liée à la santé mentale et physique tels que le SF-12 et SF-36 (Coulton et al., 2015 ; Mura et al., 2014 ; Seino et al., 2017 ; Clark et al., 1997 et 2012). Le SF-36 utilisé dans les interventions de Clark par exemple aborde spécifiquement 8 domaines de santé : douleurs corporelles, fonction physique les limitations de rôle attribuable à des problèmes de santé, état de santé général, vitalité (énergie et fatigue), fonctionnement social, limitations de rôle attribuables à des émotions et problèmes de santé mentale générale.
- Des questionnaires mesurant directement la satisfaction de vie générale comme le LSI-A et Z (Welford et al., 2022 ; Clark et al., 1997 et 2012 ; Saito et al., 2012) ou le SLWS (Galinha et al., 2022, Welford et al., 2022). Le LSI-A dont le LSI-Z est une forme abrégée évalue plusieurs dimensions de la satisfaction de vie, notamment la joie de vivre ; la résolution et le courage ; la congruence entre les objectifs souhaités et atteints ; une image de soi physique, psychologique et sociale élevée ; un ton d'humeur heureux et optimiste. Selon Elmstahl et al. (2020) « une personne qui juge sa satisfaction dans la vie élevée selon le LSI-A a une image d'elle-même positive et une attitude optimiste envers la vie et croit que les objectifs qu'elle s'est fixés dans la vie ont été atteints, se retrouve généralement dans une attitude optimiste ou de bonne humeur et attend quelque chose de bien pour l'avenir. »

- Des outils mesurant directement le bien-être à savoir l'échelle du bonheur de l'Université Memorial de Terre-Neuve (MUNSH) (McNeil et al., 1995) ou le bien-être mental (Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale ; WEMWBS) (Tew et al., 2017) ou le bien-être social (Social Well-being SWCB) dans Galinha et al., 2022. Des outils « sur mesure » construits par les auteurs de l'intervention comme les indices construits par Lokk et al. (1990) pour mesurer le bien-être à travers plusieurs critères : de la satisfaction de vivre. Dans l'intervention de Routasalo et al. (2009) le bien-être psychologique a été cartographié à l'aide d'un questionnaire à six dimensions. Ce questionnaire évalue le bien-être psychologique à l'aide de six questions utilisées dans les études précédentes des auteurs depuis 1989 sur (1) la satisfaction dans la vie (oui/non) (2) le sentiment d'être utile (oui/non) (3) avoir des projets pour l'avenir (oui/non) (4) avoir du plaisir pour la vie (oui/non) (5) se sentir déprimé (rarement ou jamais/ parfois/souvent ou toujours) et (6) souffrir de solitude (rarement ou jamais/parfois/souvent ou toujours). Le score de bien-être de ce questionnaire a montré une bonne validité concurrente avec le SF-36 RAND instrument.
- Des outils mesurant la dépression comme la Geriatric Depression Scale short-form (GDS) (Seino et al., 2017 ; Saito et al., 2012) ou la Center for Epidemiologie Studies Depression Scale (CES) (Clark 1997, 2012) indice construit par Lokk et al. (1990) de désespoir et de dépression (à partir de l'échelle de désespoir de Beck).

3.4.2 Évaluation d'autres paramètres

Évaluation de paramètres psychologiques :

- Échelle d'affects positifs et négatifs (Galinha et al., 2022) ;
- Indices construits par les auteurs concernant l'importance de la latitude de décision, du lieu de contrôle, symptômes psychosomatiques Lokk et al. (1990).

Évaluation de paramètres sociaux :

- L'échelle de solitude de l'UCLA et l'échelle des réseaux sociaux de Lubben (Routasalo et al., 2009) ;
- L'échelle de solitude Ando-Osada-Kodama (AOK), le soutien social, la familiarité avec les services communautaires et de la ville (Saito et al., 2012) ;

- Activités de plein air, réseau social, envie de contact Lokk et al. (1990).

Évaluation de paramètres économiques :

- Rapport coût-efficacité. (Clark et al., 2012)

Évaluation de paramètres de santé :

- Des mesures de la fonction physique (par exemple, batterie de performance physique courte ; SPPB), de la santé (EQ-5D) (Tew et al., 2017) ;
- Dans Seino et al., 2017 : CL15 score et statut de fragilité, les mesures fonctionnelles physiques dans tous participants : force de préhension, position sur une jambe avec yeux ouverts, vitesses de marche habituelles et maximales et chronométrées Test Up and Go. Le score de fréquence alimentaire (FFS ; plage de 0 à 30 points)²² et score de variété alimentaire (DVS ; plage de 0 à 10 points), 21 ont été calculés. Les nutriments et les apports alimentaires étaient évalués à l'aide d'un bref questionnaire auto-administré d'historique de régime (BDHQ) ;
- CERAD-memory. Visual search, Psychomotor speed, années de vie en fonction de la qualité (Clark et al., 2012) ;
- Medical Outcomes Study (MOS) Short Form General Health Survey santé perçue et Functional Status Questionnaire (Clark et al., 1997) ;
- Consommation de soins, soins à domicile, médicaments et alcool. Lokk et al. (1990).

3.5 Résultats des interventions

3.5.1 Résultats des interventions ciblant principalement des compétences psychosociales

Planification et capacité d'agir :

L'intervention de Lokk et al. (1990) vise à améliorer le **facteur de passivité** des **participants âgés en situation de handicap** par rapport à leur prévention au moyen d'une **co-construction d'objectifs de prévention et d'une participation sociale en groupe**. Les résultats de cette intervention montrent une **amélioration significative de la santé perçue et de la satisfaction à l'égard de la vie**. Les résultats indiquent une **amélioration significative du bien-être subjectif**, durable pendant

au moins trois mois après la fin de l'intervention. Le groupe expérimental rapporte des **scores améliorés dans les indices concernant les réseaux sociaux et la participation dans les activités municipales**. Les auteurs constatent des **effets bénéfiques significatifs sur le sentiment de solitude** après six semaines ; le programme est également efficace pour **augmenter le sentiment de contrôle sur sa vie**. En outre, les **sentiments de dépression et de désespoir diminuent** dans le groupe expérimental. Concernant la latitude décisionnelle et l'importance perçue de la latitude décisionnelle, il y a une différence significative entre le groupe contrôle et les groupes expérimentaux avant le début du traitement. Il n'y a aucun changement dans les scores des plaintes psychosomatiques ni dans les problèmes de santé/socioéconomiques (consommation de soins, de médicaments et consommation d'alcool).

Gestion du style de vie et résolution de problème :

Les deux interventions de Clark et al. 1997 et 2012 se fondent sur un modèle d'intervention très similaire d'ergothérapie multimodale visant à mettre en place avec des groupes de participants âgés **des routines d'activités quotidiennes concernant divers sujets** (activité physique et mentale, alimentation, temps et énergie, sécurité, transports, relations sociales...) **favorables à la santé et qui font sens pour eux**. La première intervention de Clark et al. (1997) montre des **bénéfices** pour le statut fonctionnel ($p=0,03$), l'indice de satisfaction de la vie ($p=0,03$), l'enquête sur les résultats médicaux et la perception de la santé ($p=0,05$) et pour 7 des 8 échelles de l'enquête sur l'état de santé RAND 36 : la douleur corporelle ($p=0,03$), le fonctionnement physique ($p=0,008$) les limitations de rôle attribuables imputables à des problèmes de santé ($p=0,05$) et émotionnels ($P=.05$), la vitalité ($p=0,004$) et la santé mentale en général ($p=0,02$) La seconde intervention de Clark et al. (2012) montre des améliorations significatives dans des domaines similaires que la première intervention de Clark et al. (1997) sur les indices de la douleur corporelle, de la vitalité, du **fonctionnement social, de la santé mentale**, du fonctionnement mental composite, de la satisfaction de la vie et de la symptomatologie dépressive ($p=0,05$). De plus, de nouvelles mesures sont ajoutées à la première intervention, le groupe d'intervention a une augmentation significativement plus importante des années de vie ajustées en fonction de la qualité ($p=0,022$), ce qui est réalisé de manière rentable (41 218 dollars/UK 24 868 dollars par unité). Aucun effet d'intervention n'est observé pour les mesures de résultat du fonctionnement cognitif.

Participation et réseau social :

Le programme d'intervention de Saito et al., (2012) consiste en une approche éducative et un programme de soutien social basé sur des ressources communautaires (seniors bénévoles et informations et visite des services et sites de la ville) conçus pour prévenir l'isolement social de **personnes âgées délocalisées**. Cette intervention a **un effet positif significatif sur l'échelle de satisfaction de vie LSI-A, le soutien social et la familiarité avec les services** et un effet négatif significatif sur l'échelle de solitude (AOK) au cours de la période d'étude. Le programme n'a pas d'effet significatif sur la dépression.

L'intervention de réhabilitation psychosociale multimodale de Routasalo et al. (2009) cible la promotion du lien et de la participation sociale via l'activité thérapeutique (écriture), artistique ou physique pour des groupes restreints de personnes âgées solitaires. Une proportion significativement plus importante de participants au groupe d'intervention trouve **de « nouveaux amis »** au cours de l'année de suivi (45% vs 32 % ; $p=0,048$) et 40 % des participants au groupe d'intervention poursuivent leurs réunions de groupe pendant un an. Cependant, aucune différence n'est constatée entre les groupes dans les scores de solitude ou des réseaux sociaux. **Le score de bien-être psychologique s'améliore de manière statistiquement significative** dans les groupes d'intervention [-0-11 ; intervalle de confiance à 95 % (IC) : -0-04 à -0-13], par rapport aux témoins (-0-01 ; IC : -0-05 à -0-07, $p : 0,045$). **Les sentiments d'être nécessaire/utile aux autres** sont significativement plus fréquents dans les groupes d'intervention (66%) que dans les contrôles (49%, $p = 0,019$).

L'intervention de Mc Neil et al. (1995) consiste en des visites non professionnelles (étudiant en psychologie) au domicile des **personnes âgées ayant peu de contacts sociaux** et faisant peu d'exercice physique dans deux conditions de conversation et de marche accompagnée. Les résultats indiquent que, au moins à court terme, les deux conditions de visite à domicile ont **un effet positif sur le bonheur** par rapport à l'absence de visites à domicile. Seule la condition de marche a l'avantage supplémentaire d'augmenter les notes subjectives de la santé.

3.5.2 Résultats liés aux interventions centrées sur l'activité physique

Yoga adapté :

L'intervention de yoga adapté de Welford et al. (2022), mobilise des personnes âgées **physiquement inactives**, mais en bonne santé. Les résultats suggèrent que **les effets bénéfiques du yoga sur le bien-être peuvent être similaires à ceux de l'exercice aérobique, mais avec moins d'événements indésirables**. Des effets d'ampleur moyenne de l'intervention (G de Hedges) sont observés pour le yoga versus WLC (liste d'attente contrôle : wait-list control) et AE (Exercice Aerobic) concernant les scores de satisfaction de vie (SWLS, g = 0,65 et 0,56 ; LSI, g = 0,54 et 0,54, respectivement). Dans les analyses par protocole, des tailles d'effet plus grandes sont trouvées (SWLS, g = 0,72 et 0,66 ; LSI, g = 0,76 et 0,76).

La seconde intervention de Yoga de Tew et al. (2017) suggère qu'un programme de yoga adapté similaire à l'intervention précédente (sur 10 à 12 semaines) semble réalisable sûr, acceptable et bénéfique en termes **d'amélioration du bien-être mental et social** et certains aspects de la fonction physique à 3 mois chez les personnes âgées **physiquement inactives présentant un large éventail de comorbidités**. Il y'a des différences moyennes respectivement dans les Scores EQ-5D et WEMWBS de 0,12 (IC à 95 %, 0,03 à 0,21) et 6 (IC à 95 %, 1 à 11).

Activité physique intense et adaptée et nutrition :

L'intervention multimodale de Seino et al. (2017) consiste en un **exercice de résistance** autour de la force et de la mobilité et à des **programmes nutritionnels et psychosociaux** pour réduire la fragilité sur une période de 3 mois **pour adultes âgés pré fragiles ou fragiles**. Cette intervention réduit la fragilité et améliore la santé fonctionnelle et **le score de dépression gériatrique**. Ces effets d'intervention persistent pendant au moins 3 mois après l'intervention. Par rapport au groupe contrôle, le groupe intervention présente des réductions significatives du score de Check-List 15 de la fragilité (-0,336 point ; [IC 95 % : -0,74 à -0,03]), la prévalence de la fragilité (- 23,5 % ; [- 40,4 à -6,0]), le test Timed Up and Go (-0,25 sec ; [-0,47 à -0,08]) et **le score de dépression gériatrique** (-0,92 point ; [0,05 à ,1,25]), et protéines (1,9 % E ; [1,1 à

2,7]) et apports en micronutriments à 3 mois, tous, à l'exclusion des apports en protéines et en micronutriments, persistent à 6 mois.

L'intervention de Mura et al. (2014) comprend une activité physique vigoureuse à la fois **aérobique et anaérobique** pour des personnes âgées présentant **un critère de sédentarité ou de dysmétabolisme**. L'intervention démontre qu'elle est significativement associée **à une qualité de vie plus élevée** mesurée au moyen du SF-12 en comparaison à un programme plus léger de type postural. Ce constat est maintenu après 12 semaines de désentraînement.

3.5.3 Résultats liés aux interventions centrées sur l'activité artistique

Le programme Sing4Health (Galinha et al., 2022) est une intervention de chant en groupe comprenant un volet social et la création et présentation d'un spectacle final pour des personnes âgées fréquentant des centres d'accueil de jour avec des niveaux d'éducation et des revenus faibles et avec des problèmes de santé diagnostiqués. Les résultats montrent des résultats significatifs robustes de l'intervention sur l'affect positif, le bien-être social (SWCB) et marginalement sur l'estime de soi des participants. L'effet sur l'affect positif des participants se maintient au cours du suivi, 6 mois après l'intervention. **Participer à cette intervention montre un effet significatif sur le ScWB et un effet légèrement significatif sur l'estime de soi** pour les participants ayant terminé 75 % des sessions, qui ont été soutenues lors du suivi. La solitude a diminué dans les deux groupes expérimentaux (contrôle et interventionnel). Il n'est pas possible de conclure s'il s'agit d'un effet de l'inscription dans l'étude d'intervention ou en raison d'une variable externe à l'étude. Il n'y a pas d'effets significatifs de l'intervention pour la satisfaction de vie, l'affect négatif, et l'identification sociale à l'institution de soin.

L'intervention Silver Song Club (Coulton et al., 2015) est un format établi de chant participatif pour les personnes âgées sans autre critère d'inclusion que l'âge de 60 ans ou plus. L'intervention semble avoir un effet significatif sur **la qualité de vie liée à la santé mentale**, l'anxiété et dépression. De plus, l'intervention s'est avérée légèrement plus **rentable** que les activités habituelles. À 6 mois après la randomisation, des différences ont été observées en termes de problèmes liés à la santé mentale et qualité de vie mesurée grâce au SF12 (différence moyenne = 2,35 ; IC 95 % = 0,06-4,76) en faveur du chant en groupe. À 3 mois, des différences significatives ont été observées pour **les composantes de la**

santé mentale et qualité de vie (différence moyenne = 4,77 ; 2,53–7,01), anxiété (différence moyenne = 71,78 ; 72,5 à 71,06) et dépression (différence moyenne = 71,52 ; 72,13 à 70,92).

3.5.4 Résultats liés aux interventions non efficaces sur le bien-être

Nous avons recensé 5 ECR supplémentaires présentant des interventions non efficaces visant à favoriser le bien-être des seniors. Toutes ces interventions possèdent une durée égale ou supérieure à 3 mois. Deux de ces interventions sont monothématiques (2 appels téléphoniques) et deux interventions abordent plusieurs thématiques (1 ergothérapie générale, activités et style de vie, 1 activité physique et nutrition et 1 horticulture et activité physique peu intense).

Deux de ces interventions (Heller et al., 1991, et Hind, 2014) consistent en des appels téléphoniques et apparaissent comme inefficaces à favoriser le bien-être.

L'intervention basée sur l'horticulture et l'activité physique légère (Sia et al., 2018) ne présente pas de changement significatif dans les scores SPWB et de la plupart de ses sous-échelles, mais une amélioration significative de la sous-échelle « relations positives avec les autres ». Cette intervention présente des temps dédiés à la réalisation de créations horticoles en sous-groupe et aux interactions sociales qui ont probablement contribué à ce dernier résultat positif. Selon les auteurs, une des limites de l'intervention tient dans les connaissances sur l'application du programme de thérapie horticole qui sont encore en cours de développement et d'amélioration au moment de l'intervention.

L'intervention autour de l'activité physique et de la nutrition sur 17 semaines de Chin A Paw et al. (2002) n'a pas eu d'effet significatif sur le bien-être psychologique mesuré à l'aide de l'échelle SSWO (Scale of Subjective Wellbeing for Older Persons). Cependant, l'intervention a été évaluée positivement, bien tolérée, et efficace pour améliorer les performances fonctionnelles, la condition physique et pour inverser les carences en micronutriments. Cette intervention ne semble pas inclure de temps spécifique au développement d'une quelconque compétence psychosociale, ni des temps dédiés à la sociabilisation ou de discussion de groupe autour de l'intervention.

L'intervention d'ergothérapie basée sur le style de vie et les activités (Mountain et al., 2017) montre peu de preuves d'efficacité clinique ou de

rentabilité dans la population recrutée avec l'analyse des résultats principaux révélant que les participants à l'étude étaient mentalement bien au départ. Les auteurs soulèvent des questions concernant l'efficacité des interventions préventives visant à promouvoir le bien-être des personnes âgées **en l'absence de mesures proactives pour identifier ceux qui risquent de décliner.**

L'examen de ces ECR non efficaces pour favoriser le bien-être psychologique révèle une inefficacité des deux interventions téléphoniques à distance mobilisant principalement des appels individuels (Heller et al., 1991, et Hind, 2014). Deux auteurs soulignent la nécessité de mieux cibler les seniors à risque de décliner (Mountain et al., 2017) ou fragiles (Chin A Paw et al., 2002) comme une hypothèse explicative de l'échec de leurs interventions à améliorer le bien-être des seniors. L'absence de temps dédiés au développement des CPS et de sociabilisation ou de discussion de groupe concernant les objectifs et le contenu de l'intervention constitue également une piste pouvant expliquer l'inefficacité de certaines interventions (Chin A Paw et al., 2002). Un programme éprouvé et/ou construit par des experts du domaine semble une condition nécessaire (Sia et al., 2018), mais pas suffisante (Mountain et al., 2017) pour favoriser l'efficacité des interventions.

4. Facteurs de réussite et implications pratiques pour la mise en place des interventions

Au regard des précédents résultats, il semble que certains facteurs favorisent l'efficacité des interventions ciblant le bien-être psychologique. Au vu du nombre réduit d'études sélectionnées (12 articles) et de leur disparité, une généralisation de ces résultats semble toutefois difficile. Ces éléments offrent des pistes potentielles d'amélioration des interventions ciblant le bien-être psychologique à nuancer, recontextualiser et compléter en fonction des thématiques abordées, des publics ciblés et du territoire d'ancrage.

4.1 Facteurs de réussite

Format :

- En groupe restreint (jusqu'à 10 participants)

- Durée de plus de 3 mois
- Multithématiques (activité physique et nutrition, activités artistique, culturelle et mentale, sécurité au domicile et à l'extérieur, utilisation des transports, la gestion du temps et de l'énergie, les relations sociales, les objectifs et routines favorables au bien-être, les ressources communautaires, sanitaires et culturelles de la ville...)
- Mobilise des compétences psychosociales de planification, de gestion du style de vie (construction de routines d'activités quotidiennes Clark et al., 1997 et 2012) et de participation et de lien et réseau social.
- Activités au choix, « à la carte »
- En groupe restreint rassemblant des personnes âgées avec des limitations et des besoins et caractéristiques similaires.
- Intervenants professionnels formés dans le vieillissement et la santé et/ou leur spécialité

Contenu :

- Inclut les **compétences psychosociales de planification** (« les individus travaillent ensemble vers un objectif commun : harmoniser leurs voix et coordonner les parties musicales et les arrangements vocaux » Galinha 2022), de capacité d'agir et de maîtrise d'une tâche, de gestion du style de vie, de résolution de problème, de participation et de liens sociaux (« promotion d'un débat sur la façon de continuer l'exercice après l'intervention. Ces éléments psychosociaux ont contribué au maintien des effets de l'intervention » Seino et al., 2017, « ils socialisent et établissent de nouvelles relations, produisant ainsi une identification sociale avec le groupe » Galinha 2022).
- Fournit des informations concernant **les ressources locales sociales** (pairs « gardiens de communauté ») et services communautaires et de santé. Saito et al. 2012
- Facilite **l'accès à ces ressources** par des sorties, par des formations à la maîtrise des transports publics Clark et al., 1997 et 2012
- Proposent un **choix d'activités, significatives plaisantes et adaptées** (« d'un autre côté, chanter des chansons et des mélodies avec des paroles significatives est un plaisir, activité, notamment liée à l'expression et à la régulation des émotions » Galinha 2022) sans effets indésirables (Welford et al., 2022)
- Propose **des contenus personnalisés** (en lien avec les besoins et préférences) et **personnalisables**

Méthode :

Co-conception :

- Lokk et al. (1990) « en mettant l'accent sur la propre responsabilité du patient dans le traitement à un degré plus élevé qu'il ne l'est typiquement aujourd'hui. Lorsque les patients peuvent participer dans l'établissement d'objectifs et recevoir des commentaires des rééducations ensemble en groupes, ils rapportent une amélioration de l'humeur, confiance et satisfaction dans la vie. Les résultats indiquent que les patients ont développé un Locus de contrôle plus interne. Cela peut refléter le fait que l'autonomie perçue s'est améliorée. L'erreur courante de « prendre en charge » la responsabilité pour la vie des patients dans les services ordinaires aboutit souvent à une « impuissance acquise » (5). En adoptant ce programme et en ne répétant pas cette erreur, il y a là peut-être beaucoup à gagner. Avec de petits frais supplémentaires et des dérangements mineurs dans le cadre existant de l'unité de soin, un changement d'attitude envers le patient a été introduit. »
- Adaptation aux besoins exprimés : Saito et al 2012 utilisent les ressources communautaires existantes, sont sur mesure en fonction des besoins spécifiques de l'individu et ciblent les personnes qui peuvent partager des expériences similaires.

Rapport Coût-efficacité :

- Coulton et al., 2015 « l'intervention s'est avérée légèrement plus **rentable** que les activités habituelles ».
- Clark et al., 2012 « de nouvelles mesures ont été ajoutées à la première intervention, le groupe d'intervention a eu une augmentation significativement plus importante des années de vie ajustées en fonction de la qualité (p=0,022), ce qui a été réalisé **de manière rentable** (41 218 dollars/UK 24 868 dollars par unité) ».
- Lokk et al. (1990) « en adoptant ce programme et en ne répétant pas cette erreur, il y a là peut-être **beaucoup à gagner avec de petits frais supplémentaires** et des dérangements mineurs dans le cadre existant de l'unité de soin, un changement d'attitude envers le patient a été introduit ».

Acceptabilité, faisabilité et faible taux d'attrition :

- Le programme de yoga hebdomadaire adapté semble « réalisable sûr et acceptable » (Tew et al. 2017)

4.2 Implications pratiques

Au fil de cette veille se dessine le portrait d'une action efficace de promotion/prévention du bien-être des personnes âgées : l'action cible des personnes âgées avec des limitations ou un besoin similaire (solitude, sédentarité...), elle dure en moyenne trois mois avec une fréquence de deux séances par semaine, elle est menée par un professionnel spécialisé dans le vieillissement et/ou de la thématique qu'il aborde (santé : ergothérapeute ou infirmier(e) ; sport : professeur de yoga ou coach sportif ; chant : musiciens ou musicothérapeutes).

Indépendamment des thèmes abordés, l'action mobilise nécessairement une ou plusieurs compétences psychosociales (planification et fixation d'objectifs, gestion du style de vie et des activités, résolution de problèmes et capacité de prise de décision et d'action, communication, participation et liens sociaux...) afin de favoriser la participation sociale, la capacité d'agir et de maîtrise d'une tâche des participants. Un élément clé des interventions efficaces se traduit par l'apport d'une aide professionnelle et de ressources protéiformes aux seniors pour :

- Co-définir leurs objectifs de bien-être et agir en conséquence ;
- Apporter des ressources : sociales, sanitaires, informationnelles, matérielles, institutionnelles, économiques... ;
- Résoudre les problématiques empêchant des actions favorables à leur bien-être.

Les déterminants du bien-être étant multiples, l'action est de préférence multithématique et aborde différents thèmes tels que la santé et la sécurité, le lien social, les ressources sanitaires, sociales et communautaires, et culturelles, l'activité physique et la nutrition, l'activité culturelle et artistique. L'action propose des activités au choix et adaptées pour les participants âgés. Ces activités sont de nature à créer du lien social telles que des groupes de discussion, des activités sportives adaptées (yoga, marche, activité physique adaptée...) ou artistiques (chorale).

5. Analyse critique des résultats des interventions

Putnam (1993) définit le capital social comme un ensemble de ressources sociales partagées et basées sur des activités sociales. Bourdieu (1980) reprend cette notion pour l'élargir à « l'ensemble des ressources actuelles ou potentielles qui sont liées à la possession d'un réseau durable de relations ». Dans l'approche de Bourdieu ces ressources peuvent aussi bien être de nature sociale, qu'informationnelle

ou financière et elles sont liées au style de vie valorisé par un groupe social (Lenoir, R. 2016). Ces approches du capital social comme des ressources et activités sociales partagées sont les plus répandues dans la recherche en santé (Coll-Planas, 2017 ; Nyqvist et al., 2013). Les ressources sociales peuvent notamment être réparties entre des aspects structurels ou objectifs : réseaux sociaux, contacts sociaux et participation sociale ; et des aspects cognitifs ou subjectifs soutiens social, sentiment d'appartenance et de confiance. Plusieurs méta-analyses montrent l'intérêt d'interventions basées sur le capital social afin de favoriser le bien-être des seniors (Nyqvist et al., 2013 ; Coll-Planas et al., 2017).

Notre revue de littérature met également en évidence l'intérêt d'encourager les interventions favorisant le capital social tout en y apportant des nuances, limites et compléments. Dans notre revue, toutes les interventions abordent le capital social soit directement comme concept (Seino et al., 2017) soit à travers ses composantes comme les ressources communautaires (Saito et al., 2012), le réseau, le soutien, l'intégration/identification, le lien et la participation sociaux (Mc Neil et al., 1995 ; Clark et al., 1997 et 2012 ; Routasalo et al., 2009 ; Saito et al., 2012 ; Seino et al., 2017 ; Lokk et al., 1991 ; Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015 Welford et al., 2022 ; Tew et al., 2017 ; Mura et al., 2014). Selon Coll-Planas et al. (2017), le potentiel du capital social est toutefois à nuancer, notamment à cause du manque de preuves et de la grande diversité clinique et méthodologique des ECR mobilisés dans leur revue systématique. À l'instar de Coll-Planas (2017), nous retrouvons dans notre revue une disparité de thématiques, de méthodologies et de cadres théoriques. De plus, nous remarquons une certaine rareté des ECR portant sur l'évaluation des effets d'une intervention visant le bien-être des seniors. Ces différents éléments constituent autant de limites de notre revue de littérature.

Au-delà du concept de capital social, notre revue littéraire a révélé des mécanismes psychosociaux plus larges favorisant le bien-être des seniors. Le capital social dans sa conceptualisation par Bourdieu (1980) est un mécanisme contribuant à la reproduction d'inégalités sociales étant donné qu'il est conditionné à l'intégration d'une classe ou d'un groupe social dont les membres possèdent certaines « prédispositions » et manières de communiquer et d'agir. Le concept de compétences psychosociales (CPS) semble plus dynamique, adaptable et accessible au plus grand nombre. Les CPS font référence à des apprentissages génériques mobilisables tout au long de l'existence, et visent à favoriser la capacité d'action générale de l'individu au sein de divers groupes

sociaux plutôt qu'une forme de transmission et reproduction sociale intragroupe.

Notre revue de littérature met en lumière des **CPS cognitives** telles que la planification d'objectifs de santé (Lokk et al. 1990) , la gestion du style de vie et des activités (Clark et al., 1997 et 2012), la résolution de problèmes et la capacité de prise de décision, d'action et de maîtrise d'une tâche (Clark et al., 2012 ; Saito et al., 2012), des **CPS émotionnelles** l'acceptation de soi, la gestion et l'expression positive de ses émotions (Saito et al., 2012 ; Mc Neil et al., 1995 ; Routasalo et al., 2009) et des **CPS sociales** la participation et liens sociaux (Saito et al., 2012 ; Mc Neil et al., 1995 ; Routasalo et al., 2009 ; Galinha et al., 2022 ; Coulton et al., 2015 ; Seino et al., 2017). Ces différentes CPS font aussi écho à des facteurs protecteurs en jeu dans le concept de résilience. Une enquête menée auprès d'une population de 910 centenaires vivant en France révèle la résilience et la capacité d'agir comme 2 dénominateurs communs de leur longévité (Allard et al., 2000). Selon Ladoucette, 2011 p.11 « la résilience des centenaires est caractérisée par une faculté particulière à encaisser les événements de vie défavorables (en particulier la solitude qui est le prix à payer pour leur longévité exceptionnelle). Elle implique également une aptitude à trouver en soi les ressources nécessaires pour ne pas se laisser abattre, mais au contraire rebondir. »

Caractéristiques favorisant la résilience selon Ladoucette (2005) :

- Avoir une bonne santé ;
- Être très sociable ;
- Avoir un tempérament facile ;
- Être créatif et avoir le sens de l'humour ;
- Bien connaître ses compétences et ses limites ;
- Être à l'écoute de ses propres sentiments ;
- Avoir une bonne estime de soi ;
- Être capable de différer une satisfaction ;
- Être engagé et avoir une bonne capacité à aider les autres ;
- Être de nature optimiste ;
- Bien gérer ses émotions.

Une méta-analyse de Forsman et al., (2011) à partir de 44 essais contrôlés confirme l'effet positif et statistiquement significatif des interventions psychosociales sur la qualité de vie et la santé mentale

positive. Les interventions qui y figurent comprennent une large variété de thèmes incluant de l'exercice physique, l'apprentissage de compétences, la réminiscence, les activités sociales, le soutien de groupe et des interventions multithématiques. Aussi, les auteurs soulignent une efficacité significativement plus importante des interventions dont la durée est supérieure à 3 mois. Les auteurs concluent sur la nécessité d'inclure des activités sociales significatives, adaptées aux capacités et aux préférences de la personne âgée pour améliorer le bien-être mental chez les personnes âgées. Tous ces constats sont partagés dans notre étude dont la grande majorité des interventions efficaces (10/12 interventions) durent 3 mois ou plus, présentent une grande variété de thématiques (solitude, gestion du style de vie et des activités, comportements protecteurs, sécurité, nutrition, transports...) et d'activités (activité thérapeutique, sociale, physique, et artistique), offrent une forme de personnalisation de leurs contenus afin qu'ils soient adaptés aux souhaits et besoins des participants et mobilisent des CPS.

Par ailleurs, notre analyse a révélé un ensemble de ressources environnementales visant à favoriser l'apprentissage des CPS et leur efficacité dans l'amélioration du bien-être des seniors. Nous pouvons citer des ressources sociales (intervenants professionnels spécialisés et des seniors bénévoles issues de la communauté locale), des ressources économiques et matérielles (gratuité des activités, mise à disposition gratuite de matériel) des ressources de mobilité (organisation de visites et sorties, informations sur l'offre de transports publics), des ressources communautaires et publiques (visite et information sur les lieux offrant des services publics, sanitaires, culturels et sociaux aux seniors).

6. Description des articles sélectionnés pour la revue de littérature

6.1 Tableau 1 : articles avec effets significatifs sur le bien-être des personnes âgées

Étude	Description de l'intervention	Durée et fréquence	Population	Méthodologie d'évaluation	Résultats	Enseignement pour une intervention
Lokk 1990	<p>Intervention psychosociale d'activation sociale par rapport à ses objectifs de soins/traitements.</p> <p>Le programme a été conçu en collaboration avec les patients afin d'atténuer le facteur de passivité dans le traitement (au moyen d'un meilleur contrôle personnel et d'activation sociale accrue).</p> <p>Le but du programme est de fixer des objectifs réalistes, atteignables, positifs et propres aux patients.</p> <p>Les réunions de groupe étaient supervisées par une infirmière de recherche agréée, qui s'efforçait consciemment de rester en retrait.</p>	<p>24 semaines</p> <p>6 mois</p> <p>2 fois par semaine</p>	<p>65 P.A de plus de 60 ans</p> <p>(MMS>28)</p> <p>PSH en unité de jour</p> <p>Groupe intervention (33)</p> <p>Groupe contrôle (32)</p>	<p>L'étude porte sur les aspects sociaux, comportementaux et émotionnels de la vie des personnes âgées et des personnes handicapées dans une unité de soin de jour.</p> <p>Les questions de l'entretien ont été regroupées en</p> <p>Groupes : activités de plein air, réseau social, envie de contact, symptômes psychosomatiques, importance de la décision, latitude, lieu de contrôle, satisfaction de vivre, désespoir, indice de dépression, échelle de désespoir de Beck, consommation</p>	<p>Amélioration significative de la santé perçue et de la satisfaction à l'égard de la vie.</p> <p>Les résultats indiquent une amélioration significative du bien-être subjectif, durable pendant au moins trois mois après la fin du traitement.</p>	<p>Les sujets âgés bénéficient de l'intervention et d'une rééducation en groupe, mettant davantage l'accent sur la responsabilité du patient dans son propre traitement.</p> <p>Lorsque les patients peuvent participer à l'établissement d'objectifs et recevoir des commentaires en groupes, ils rapportent une amélioration de l'humeur, de la confiance et de la satisfaction dans la vie.</p> <p>Les patients ont développé un locus de contrôle plus interne.</p> <p>L'erreur courante consistant à « prendre en charge » la responsabilité de la vie des patients dans</p>

	<p>L'interaction visait à laisser le groupe diriger sa propre dynamique.</p> <p>Ce programme de réactivation était le même pour les deux groupes, mais dans le groupe expérimental, les séances de groupe comprenant des discussions sur les objectifs, le retour social et la prise de décision étaient ajoutés.</p>			de soins, soins à domicile, médicaments et alcool.		les services classiques, conduit souvent à une « impuissance acquise ». En adoptant ce programme et en évitant de répéter cette erreur, les bénéfices pourraient être considérables. Avec de faibles coûts supplémentaires et des ajustements mineurs dans le cadre existant de l'unité de soin, un changement d'attitude envers le patient a été instauré.
Saito et al. 2012	<p>Intervention psychosociale multimodale (approche éducative cognitive et développement du réseau/capital social).</p> <p>Le but de l'intervention était d'améliorer la santé et le bien-être des participants âgés en prévenant leur isolement social. Sur la base d'études antérieures, une approche éducative, cognitive et un programme de soutien social a été conçu pour prévenir l'isolement social en améliorant les connaissances communautaires la mise en réseau avec d'autres participants et des « gardiens » de la communauté. Ces « gardiens » pouvaient établir</p>	4 séances de 2 heures, menées une fois toutes les 2 semaines dans un établissement public de la ville.	63 P.A présentant un risque de difficulté sociale suite à une relocalisation : 21 P.A groupe intervention et 42 P.A groupe contrôle	Cette étude a évalué les effets d'un programme d'intervention visant à prévenir l'isolement social sur la solitude, la dépression et le bien-être subjectif chez les migrants japonais âgés. L'indice de satisfaction de la vie (LSI-A), l'échelle de dépression gériatrique (GDS), l'échelle de solitude Ando-Osada-Kodama (AOK), le soutien social et d'autres variables ont été utilisés comme résultats de cette étude.	Le programme a un effet positif significatif sur l'échelle de satisfaction de vie LSI-A, le soutien social et la familiarité avec les services et un effet négatif significatif sur l'échelle de solitude (AOK) au cours de la période d'étude. Le programme n'a pas eu d'effet significatif sur la dépression.	Les programmes visant à prévenir l'isolement social peuvent être efficaces lorsqu'ils sont adaptés aux besoins spécifiques des individus, s'appuient sur les ressources existantes de la communauté et ciblent des personnes pouvant partager des expériences similaires

	des liens entre les participants à l'étude et la communauté de services.					
Clark et al. 1997	Intervention d'ergothérapie multimodale centrée sur des sujets tels que la sécurité de la maison et de la communauté, l'utilisation des transports, la protection des articulations, l'équipement adaptatif, les économies d'énergie, l'exercice, et l'alimentation...	Pendant 9 mois. 2 heures par semaine d'ergothérapie en groupe et un total de 9 heures d'ergothérapie individuelle Jusqu'à 10 personnes âgées ont été affectées à chaque groupe.	361 volontaires culturellement divers âgés de 60 ans ou plus, Un groupe d'Occupational therapy = ergothérapie (OT) (122), un groupe de contrôle de l'activité sociale (100) et un groupe de contrôle non-traitement (104). Les participants avaient des revenus et des ressources limités.	L'étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité des services de thérapie professionnelle préventive (OT) spécifiquement adaptés aux personnes âgées multiethniques et indépendantes.	Des bénéfices ont été trouvés sur le statut fonctionnel ($P=.03$), l'indice de satisfaction de la vie ($P=.03$), la perception de la santé ($P=.05$) et 7 des 8 échelles sur l' état de santé RAND 36 : la douleur corporelle ($P=.03$), le fonctionnement physique ($P=.008$) les limitations de rôle attribuables imputables à des problèmes de santé ($P=.05$) et émotionnels ($P=.05$), la vitalité ($P=.004$) et la santé mentale en général ($P=.02$). Des bénéfices significatifs pour le groupe de traitement préventif de l'OT ont été trouvés dans divers domaines de la santé, de la fonction et de la qualité de vie.	Le programme OT a aidé les sujets à construire des routines d'activités quotidiennes favorables à la santé, compte tenu du contexte de leur vie. Le programme OT comprenait des instructions spécifiques sur la façon de surmonter les obstacles dans la vie quotidienne. Par exemple, l'accent a été mis sur des activités ne nécessitant aucune dépense financière , et du temps était consacré à aider les personnes en leur apprenant à maîtriser les systèmes de transports publics . Grâce à cette approche, les participants ont reçu le soutien dont ils avaient besoin pour affronter les obstacles, prendre des risques, et faire l'expérience de l'auto-efficacité et du contrôle personnel , tout en participant aux activités quotidiennes. On peut s'attendre à des résultats meilleurs lorsque l'intervention est centrée sur l'activité et encadrée

						par des thérapeutes professionnels que par des non-professionnels.
Clark et al. 2012	<p>Intervention d'ergothérapie multimodale.</p> <p>L'intervention a suivi le manuel de l'étude Well Elderly Study de Clarke (1997). Elle s'est déroulée en petits groupes et en séances individuelles, dirigées par un ergothérapeute agréé. Chaque groupe comptait six à huit membres, tous recrutés sur le même site et traités par le même intervenant. Des sorties mensuelles étaient prévues pour faciliter l'expérience directe, comme l'utilisation des transports publics.</p> <p>L'intervention a porté sur :</p> <p>l'impact de l'activité physique et mentale quotidiennement sur la santé, l'utilisation du temps et les économies d'énergie, l'utilisation des transports, la sécurité intérieure et communautaire, les relations sociales, la culture, l'établissement d'objectifs, la</p>	<p>Pendant 6 mois.</p> <p>Sessions hebdomadaires de 2 heures menées par un ergothérapeute agréé</p> <p>Jusqu'à 10 séances individuelles d'une heure avec un ergothérapeute à domicile ou dans des cadres communautaires.</p>	<p>460 hommes et femmes âgés de 60 à 95 ans (âge moyen de 74,9).</p>	<p>Cette étude compare une intervention basée sur une thérapie occupationnelle (ergothérapie) et un groupe contrôle sans traitement.</p> <p>L'objectif de cette étude était de déterminer l'efficacité et le rapport coût-efficacité de cette intervention administrée dans divers sites communautaires, sur le bien-être mental, physique et le fonctionnement cognitif chez les personnes âgées de diverses ethnies.</p> <p>Le formulaire SF-36v2 a été utilisé pour mesurer la perception physique, la santé et les aspects du bien-être mental.</p> <p>La satisfaction à l'égard de la vie a été mesurée par l'indice</p>	<p>Les participants à l'intervention ont montré des scores de changement plus favorables sur la douleur corporelle, la vitalité, le fonctionnement social, la santé mentale, le fonctionnement mental composite, la satisfaction de la vie et la symptomatologie dépressive (ps-0,05). Le groupe d'intervention a eu une augmentation significativement plus importante des années de vie ajustées en fonction de la qualité (p-0,022).</p> <p>Le coût estimé par QALY dans le scénario de base, de 41 218 \$ US / 24 868 £ UK, est suffisamment bas pour que l'intervention soit considérée comme rentable.</p> <p>Aucun effet n'a été observé sur le</p>	<p>L'étude Well Elderly 2 a démontré l'efficacité de l'intervention lorsqu'elle est appliquée à un échantillon de personnes âgées présentant un risque élevé de disparités en matière de santé, dispensée sur une période de 6 mois, et mise en œuvre dans divers cadres communautaires.</p> <p>Étant donné que l'intervention est rentable et applicable à grande échelle, elle a le potentiel de contribuer à réduire le déclin de la santé et à promouvoir le bien-être des personnes âgées.</p>

	modification des routines et des habitudes.			de satisfaction à l'égard de la vie. Z (LSI-Z),	fonctionnement cognitif.	
McNeil et al.1995	<p>Intervention psychosociale multimodale (conversation et activité physique).</p> <p>L'intervention consiste en des visites non professionnelles au domicile des P.A sous deux formes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conversation. Visites deux fois par semaine, par un étudiant en psychologie (non professionnel). Chaque visite s'est déroulée exclusivement au domicile des participants et consistait en une conversation informelle. - Marche accompagnée. Un étudiant en psychologie non professionnel s'est rendu au domicile de participant et l'a accompagné pour une promenade à l'extérieur à proximité du domicile (ou dans un magasin/centre 	<p>6 semaines au total.</p> <p>20 à 40 minutes par séance.</p> <p>2 fois par semaine.</p>	<p>30 P.A 60 ans et plus niveau modéré de dépression, sous-cliniquement malheureux et en mauvaise santé ; ayant peu de contacts sociaux et faisant peu d'exercice physique.</p>	<p>Essai contrôlé randomisé conçu pour comparer l'effet de deux types de visites à domicile non-professionnelles sur les mesures du bien-être des personnes âgées se déclarant malheureuses et en mauvaise santé vivant en communauté : marche accompagnée vs conversation. Un troisième groupe sans visite a été utilisé comme contrôle.</p> <p>Le bien-être a été mesuré à l'aide de l'échelle du bonheur de l'Université Memorial de Terre-Neuve (MUNSH).</p>	<p>Les résultats indiquent que, au moins à court terme, les deux conditions de visite à domicile ont eu un effet positif sur le bonheur par rapport à l'absence de visites à domicile.</p> <p>Seule la condition de marche a eu l'avantage supplémentaire d'augmenter les notes subjectives de la santé.</p>	<p>Ces résultats montrent que la marche accompagnée a un effet plus large (c'est-à-dire à la fois sur le bonheur et la santé subjective), du moins à court terme, que la conversation seule, et que les visites à domicile de l'un ou l'autre type augmentent le niveau de bonheur de la personne âgée par rapport à l'absence de visites à domicile.</p> <p>L'approche individuelle utilisée dans cette étude a peut-être mieux satisfait aux besoins d'intimité, un facteur jugé plus important pour le bien-être des personnes âgées que la quantité de contacts sociaux (Gibson, 1986-1987). Dans cette étude, la marche s'est avérée être une intervention physique réalisable pour des non-professionnels</p>

	<p>commercial par mauvais temps).</p> <p>Trois des séances de marche avaient lieu chaque semaine, deux avec l'étudiant et une seule.</p>					<p>travaillant avec des patients âgés sous-cliniquement malheureux et en mauvaise santé.</p> <p>Les résultats de cette étude soutiennent également la conclusion de Larson et al. (1986) selon lesquelles les interventions sociales non familiales sont importantes pour le bien-être des personnes âgées, et étendent leurs résultats en montrant que non seulement le type d'interaction sociale est important, mais aussi le type d'activité peut étendre les effets bénéfiques aux perceptions de la santé physique.</p>
<p>Seino et al. 2017</p>	<p>Intervention multimodale, programmes d'activité physique, nutritionnels et psychosociaux.</p> <p>Les participants ont participé à l'intervention multifactorielle bihebdomadaire (100 min par séance), composée d'exercices de résistance (60 min), de repos (10 min) et de programmes nutritionnels ou</p>	<p>Deux fois par semaine (100 min par séance) sur une période de 3 mois.</p>	<p>77 adultes pré-fragiles ou fragiles (âge moyen de 74,6 ans) ont été répartis dans un groupe d'intervention immédiat (IIG ; n = 38) et un groupe d'intervention différée (DIG ; n = 39). Aucune intervention n'a été appliquée au DIG</p>	<p>Essai contrôlé croisé randomisé de 6 mois, dans le cadre de l'étude Hatoyama Cohort.</p> <p>Les évaluations ont été réalisées à l'inclusion et à la fin de</p>	<p>Comparé au DIG, l'IIG a montré des réductions significatives du score de Check-List 15 (-0,36 points; IC à 95 % -0,74 à -0,03), de la prévalence de la fragilité (- 23,5 %, IC à 95 % - 40,4 -6,7), du test Timed Up and Go (-0,25 s, IC 95 % -0,47 à -0,08) et du score de dépression</p>	<p>Une intervention multifactorielle de 3 mois comprenant des exercices de résistance, une éducation nutritionnelle, et les programmes psychosociaux ont réduit la fragilité et amélioré la santé fonctionnelle. Ces effets d'intervention, à l'exclusion l'apport nutritionnel a persisté</p>

	psychosociaux (30 min, chacun, une fois toutes les 2 semaines) pour réduire la fragilité sur une période de 3 mois.		pendant la 1ère période de trois mois, puis les groupes ont été inversés pour la 2e période de trois mois.	chaque période de 3 mois.	gériatrique (-0,92 points, IC à 95% de 1,44 à 0,39) ainsi que des améliorations du score de variété alimentaire (0,65 points, IC à 95 % 0,05-19, 1,25), des apports en protéines (1,9 % E, IC à 95 % 1,1-2,7) et en micronutriments à 3 mois. Tous ces résultats, à l'exception des apports en protéines et en micronutriments, persistaient à 6 mois.	pendant au moins 3 mois après l'intervention. Le programme psychosocial s'est axé sur le renforcement du capital social des participants pendant la période d'intervention, et sur la promotion d'un débat sur la façon de continuer l'exercice après l'intervention. Ces éléments psychosociaux ont contribué au maintien des effets de l'intervention.
Welford 2022	Intervention activité physique (yoga) : adhésion gratuite à un studio de yoga situé au centre avec trois séances de yoga par semaine. Les cours ont été conçus pour les personnes âgées par un instructeur de yoga professionnel (> 15 ans). En plus des cours, les participants ont eu accès à « Yogobe », une plateforme en ligne avec des cours de yoga adaptés aux seniors (pour la pratique à domicile) Le groupe d'exercices aérobies (AE) : adhésion gratuite à "Friskis & Svettis",	Pendant 12 semaines, cours de 60 minutes, au moins trois 3 fois/semaine, comprend généralement entre trois et neuf participants.	82 adultes physiquement inactifs, mais en bonne santé (âge moyen 72,5 ans, fourchette 65-85 ans, 77 % de femmes) ont été recrutés. Parmi eux, 27 étaient randomisés pour le yoga, 29 pour les exercices d'aérobic,	Cette étude vise à comparer les effets du yoga et des exercices aérobiques sur le bien-être des personnes âgées physiquement inactives, mais en bonne santé. (FitForAge) Le bien-être est évalué à l'aide de l'échelle de satisfaction à l'égard de la vie (SWLS) et de l'Indice de satisfaction de vie -Z (LSI) , au départ et au suivi de 12 semaines.	Des effets d'ampleur moyenne de l'intervention (G de Hedges) ont été observés pour le yoga par rapport au groupe témoin WLC et pour l'aérobic versus le groupe témoin WLC (SWLS, g = 0,65 et 0,56 ; LSI, g = 0,54 et 0,54 , respectivement). Dans les analyses per protocole, des tailles d'effets plus grandes ont été trouvées (SWLS, g = 0,72 et 0,66 ; LSI, g = 0,76 et	Chez les personnes âgées physiquement inactives, la participation au yoga ou à l'AE était associée à des effets bénéfiques sur le bien-être subjectif par rapport à un groupe témoin non actif. Le yoga était associé à moins blessures et peut être particulièrement adapté aux personnes âgées. Les tailles d'effet pour cette intervention de yoga de 12 semaines étaient similaires

	leur donnant accès à des centres de fitness à travers Stockholm, avec trois séances de groupe supervisées de 60 minutes par semaine. Tous les cours étaient adaptés aux adultes âgés. Choix parmi trois types d'exercices aérobies : vélo/spinning, exercices basés sur la danse, et aérobic d'intensité légère à modérée. Les participants ont rencontré un entraîneur personnel (~30 min) pour se familiariser avec le système de réservation en ligne du centre et les aider à choisir leurs cours. En plus des cours, les participants ont eu un DVD contenant plusieurs séances d'exercices aérobies assis adaptés aux adultes âgés, et des cours en ligne inclus dans leur adhésion au centre de fitness.		26 dans le groupe témoins. Les participants randomisés dans le groupe témoin de liste d'attente (WLC) ont été instruits de poursuivre leurs activités quotidiennes habituelles sans augmenter leur niveau d'activité physique ni commencer un nouveau programme d'exercices.		0,76, respectivement). Les événements indésirables étaient moins fréquents dans le groupe yoga (6/27 ; 22 %) que dans le groupe AE (10/27 ; 37 %).	à celles rapportées dans une méta-analyse de Tulloch et al.
Tew et al. 2017	Intervention activité physique (yoga) : offre gratuite de programme de Yoga. Le programme a présenté aux participants les éléments fondamentaux du Yoga adaptés de manière appropriée pour les personnes âgées, comprenant des asanas, pranayama, et des techniques de relaxation, de la	12 semaines. Un cours par semaine. Chaque cours comprenait dix séances de groupe de 75 minutes.	52 personnes âgées (90 % de femmes ; âge moyen 74,8 ans, SD 7,2) ont été randomisées dans un programme de yoga ou un groupe contrôle sur liste d'attente. Le groupe de yoga (n = 25) a reçu les cours de yoga et	Cette étude évalue la faisabilité et les effets d'un programme de yoga adapté sur la fonction physique et la qualité de vie liée à la santé chez les personnes âgées physiquement inactives. Des mesures de la fonction physique (batterie de performance physique	Cet essai a révélé que le programme BWY Gentle Years Yoga®, lorsqu'il est dispensé une fois par semaine pendant 10 semaines, est sûr, réalisable et acceptable pour les personnes âgées physiquement inactives et présentant	Le programme de yoga hebdomadaire adapté (sur 10 à 12 semaines) semble faisable et potentiellement bénéfique en termes d'amélioration du bien-être mental et social ainsi que de certains aspects de la fonction physique chez les personnes âgées physiquement inactives et

	<p>concentration mentale et de la philosophie. Les cours comportant une introduction au thème hebdomadaire, des poses relaxantes pour soulager la douleur ou s'installer, un programme de pratiques assises et debout, des conseils éducatifs sur la posture, des exercices de respiration, des activités de concentration, et 5 à 15 min de relaxation.</p>		<p>un livret pédagogique.</p> <p>Le groupe témoin (n = 27) a reçu le livret pédagogique uniquement.</p> <p>Les participants présentaient souvent de multiples comorbidités.</p>	<p>courte ; SPPB), de la santé (EQ-5D) et le bien-être mental (Warwick-Edinburgh Mental Wellbeing Scale ; WEMWBS) ont été évalués au début et à 3 mois. La faisabilité a été évaluée à l'aide des données sur la participation aux cours et les événements indésirables, ainsi que des entretiens avec les participants.</p>	<p>un large éventail de comorbidités.</p>	<p>présentant un large éventail de comorbidités</p> <p>Un essai de taille appropriée est nécessaire pour confirmer les résultats de la présente étude et pour déterminer les effets à long terme.</p>
<p>Mura 2014</p>	<p>Intervention activité physique</p> <p>L'intervention du programme d'activité physique vigoureuse (VAG) comprenait trois phases :</p> <p>1) échauffement, jusqu'à 10 min, jusqu'à 60 % de la réserve de fréquence cardiaque (HRR)</p> <p>2) Phase active, 45 min, de >60 % à 84 % de la HRR</p> <p>3) retour au calme, jusqu'à 10 minutes, < 60 % de la HRR.</p> <p>La phase active a été conçue comme un mélange</p>	<p>12 semaines avec des séances de fitness 3 fois par semaine (36 séances en tout).</p> <p>Chaque séance durait une heure.</p>	<p>21 sujets ont été affectés à un programme d'activité physique vigoureuse (VAG) : 12 hommes, 9 femmes, âge moyen 69,24 ± 3,94 ;</p> <p>21 sujets ont été affectés à un groupe de gymnastique posturale (PGG) : 14 hommes et 7 femmes, âge moyen 70,0 ± 5,374</p> <p>L'inclusion nécessitait au</p>	<p>Cette étude vise à vérifier l'efficacité à long terme d'un programme de fitness intensif par rapport à un programme plus léger sur la qualité de vie d'un échantillon de personnes âgées, par rapport à la qualité de vie d'un échantillon normatif.</p> <p>Les symptômes dépressifs ont été dépistés par le questionnaire PHQ-9. L'évaluation de la qualité de vie a été réalisée par SF-12.</p>	<p>Les deux groupes avaient un niveau de qualité de vie (QoL), mesuré par le biais du SF-12, plus élevé que celui de l'échantillon normatif standardisé. Bien que les scores du SF-12 pour les deux groupes aient légèrement diminué 12 semaines après la fin de l'essai, seul le groupe VAG a maintenu des scores significativement plus élevés que ceux de l'échantillon normatif.</p>	<p>La qualité de vie tend à diminuer avec l'âge, en particulier en présence de maladies chroniques et de dépression.</p> <p>L'activité physique améliore plusieurs aspects liés à la qualité de vie, tels que le sommeil et la motilité.</p> <p>Un programme d'exercice aérobie/anaérobie à haute intensité est associé à une meilleure qualité de vie chez un échantillon de personnes âgées, et que cette amélioration est maintenue après 12</p>

	<p>d'exercices aérobies et anaérobies. La conception du protocole intégrait des exercices de « mouvements de vie », de renforcement musculaire et d'équilibre.</p> <p>L'activité physique pour le PGG a été conçue pour maintenir la fréquence cardiaque à 40 % de la réserve de fréquence cardiaque (HRR). Elle comprenait des exercices statiques et dynamiques pour le contrôle postural et des exercices de mobilité de la colonne vertébrale en position couchée (genou-poignet) avec un soutien sur la plateforme, ainsi que des exercices d'équilibre statique sur 4 et 2 supports, les yeux ouverts et fermés, avec activation des muscles du tronc.</p> <p>L'activité physique était menée par des professionnels du fitness diplômés en sciences du sport et en éducation physique et était continuellement surveillée par un superviseur responsable du niveau d'activité de la HRR.</p>		<p>moins un critère entre sédentaire et dysmétabolisme selon une liste de contrôle médical.</p>			<p>semaines d'arrêt de l'entraînement.</p> <p>Une qualité de vie élevée associée à l'activité physique pourrait être un facteur protecteur contre les affections chroniques chez les personnes âgées.</p>
--	---	--	---	--	--	---

<p>Routasalo et al. 2009</p>	<p>Intervention psychosociale multimodale</p> <p>Les groupes psychosociaux étaient composés de trois types d'activités, en fonction des intérêts des participants : activités artistiques et inspirantes (AIA), exercice de groupe et discussions (GED), et l'écriture thérapeutique et la thérapie de groupe (TWG).</p> <p>Dans les groupes AIA, divers artistes visitaient les réunions, les participants se rendaient à des événements culturels et produisaient également leurs propres œuvres d'art. Dans les groupes GED, les participants réalisaient divers exercices (danse senior, natation et promenades à la campagne) et discutaient des thèmes de santé qui les intéressaient. Dans les groupes TWGT, les participants écrivaient sur leur propre passé, leurs expériences et leur solitude à la maison, puis discutaient de leurs écrits en groupe. Les participants pouvaient influencer et modifier les programmes de groupe selon</p>	<p>12 séances hebdomadaires pendant 3 mois</p> <p>Groupes de 7 à 8 participants.</p>	<p>235 P.A souffrant de solitude de 74 ans et + groupe intervention (n = 117).</p>	<p>L'échelle de solitude de l'UCLA et l'échelle des réseaux sociaux de Lubben ont été utilisées à l'entrée, après 3 et 6 mois. Le bien-être psychologique a été cartographié à l'aide d'un questionnaire à six dimensions à l'inclusion et 12 mois plus tard.</p>	<p>Une proportion significativement plus importante de participants au groupe d'intervention avait trouvé de nouveaux amis au cours de l'année de suivi (45% vs. 32 %, <i>P</i> 0-048) et 40 % des participants au groupe d'intervention ont poursuivi leurs réunions de groupe pendant un an. Aucune différence dans la solitude ou les réseaux sociaux entre les groupes. <u>Le score de bien-être psychologique s'est amélioré significativement</u> dans les groupes d'intervention (-0-11, IC à 95 % : -0-04 à -0-13-, par rapport aux témoins (-0-01, IC à 95 % : -0-05 à -0-07, <i>P</i> -0-045). Les sentiments d'être nécessaire/utile aux autres étaient significativement plus fréquents dans les groupes d'intervention (66%) que dans les</p>	<p>Avec une intervention psychosociale de groupe bien planifié et mené par des professionnels en gérontologie (infirmier(e)s formés en tutorat), il est possible d'autonomiser (offrir un pouvoir de décision et d'influence du groupe) et de socialement activer (promouvoir les amitiés dans le groupe) les personnes âgées isolées, tout en renforçant leur bien-être.</p> <p>En intégrant des éléments clés tels que l'exploitation de la dynamique de groupe, un travail axé sur des objectifs, l'implication des participants dans la prise de décision et le soutien à leur engagement, cette intervention pourrait être mise en œuvre avec succès dans divers contextes.</p>
-------------------------------------	--	--	--	--	---	--

	leurs intérêts, ce qui favorisait leur autonomisation.				contrôles (49%, $P < 0,019$).	
Galinha 2022	<p>Intervention activité artistique (chant) en groupe</p> <p>Le programme Sing4Health comprenait les éléments suivants : exercices de relaxation et d'échauffement vocal, technique vocale, répétition du répertoire, composante sociale, création et présentation d'un spectacle final.</p> <p>Les participants du groupe contrôle ont été impliqués dans les activités sociales, artistiques et de loisirs habituelles, proposées par le centre de soins pour personnes âgées (SCI), à l'exception du chant en groupe.</p>	<p>34 séances de deux heures, deux fois par semaine, avec une pause de 20 minutes pour la socialisation.</p> <p>Pendant 17 semaines.</p>	<p>Intervention (n = 89), groupe contrôle actif (n = 60).</p> <p>Principalement des utilisateurs âgés des centres de jour (M = 76,66 ans ; SD = 8,79) avec un faible niveau d'éducation, des revenus faibles et des problèmes de santé.</p>	<p>Cette étude vise à mesurer les effets d'un programme de groupe de chant sur le bien-être subjectif et social des personnes âgées.</p> <p>La satisfaction à l'égard de la vie a été mesurée par l'échelle de satisfaction à l'égard de la vie (Diener et al., 1985).</p> <p>L'affect positif et négatif a été mesuré par l'échelle d'affects positifs et négatifs (Watson et al., 1988).</p>	<p>Les résultats ont montré <u>des effets significatifs du SGP sur l'affect positif, le bien-être social</u>, et de manière marginale, sur l'estime de soi des participants.</p> <p>Les effets observés ont été maintenus lors du suivi, pendant 6 mois après le SGP. L'analyse de médiation a montré des effets indirects de l'identification sociale avec le groupe de chant sur la solitude et l'identification sociale avec le groupe de l'institution de soins sociaux, ainsi que de l'estime de soi sur l'affect positif et négatif.</p>	<p>Etant une activité de groupe, les individus travaillent ensemble vers un objectif commun, harmonisant leurs voix et coordonnant les parties musicales et les arrangements vocaux, ils socialisent et établissent de nouvelles relations, produisant ainsi une identification sociale au groupe. Chanter des chansons et des mélodies avec des paroles significatives est une activité agréable, particulièrement liée à l'expression et la régulation des émotions.</p>
Coulton 2015	<p>Le modèle Silver Song Club est un format établi de chant participatif pour les personnes âgées.</p> <p>Des animateurs formés et expérimentés sous la direction de Sing for Your Life Ltd se</p>	<p>Programme de 90 minutes sur 14 semaines.</p>	<p>Tous ceux exprimant un intérêt et âgés de 60 ans ou plus étaient éligibles à participer.</p>	<p>Cette étude évalue l'efficacité et la rentabilité de groupe communautaire chantant pour une population de</p>	<p>À 6 mois après la randomisation, des différences significatives ont été observées en termes de qualité de vie liée à la santé mentale, mesurée à l'aide du</p>	<p>Le chant en groupe au sein de la communauté semble avoir un effet significatif sur la qualité de vie liée à la santé mentale, l'anxiété et la dépression. Il pourrait constituer une intervention utile pour préserver et</p>

	<p>sont réunis pour compiler un programme comprenant des chansons de différentes époques et une variété des genres.</p> <p>Le programme était évolutif, progressant du chant des lignes de mélodie à l'harmonisation, l'empilement et le chant en rondes. Des barres de carillons ont également été introduites lorsque cela était approprié, et les participants ont eu la possibilité de demander des chansons spécifiques.</p> <p>Un livret de chansons a été produit pour l'essai.</p>		<p>Au total, 258 participants ont été recrutés dans cinq centres de l'Est du Kent.</p> <p>Groupe intervention (131).</p> <p>Groupe contrôle (127).</p>	<p>personnes âgées dans l'Angleterre.</p>	<p>SF12 (différence moyenne = 2,35 ; IC 95 % = 0,06-4,76) en faveur du chant en groupe.</p> <p>L'intervention s'est révélée légèrement plus rentable que les activités habituelles. A 3 mois, des différences significatives ont été observées pour les composantes de la qualité de vie liées à la santé mentale (différence moyenne = 4,77 ; 2,53-7,01), l'anxiété (différence moyenne = 71,78 ; 72,5 à 71,06) et la dépression (différence moyenne = 71,52 ; 72,13 à 70,92).</p>	<p>améliorer la santé mentale des personnes âgées.</p>
--	--	--	--	---	--	--

6.2 Tableau 2 : articles sans effets significatifs sur le bien-être des personnes âgées

Etude	Description de l'intervention	Durée et fréquence	Population	Méthodologie d'évaluation	Résultats	Enseignement pour une intervention
Chin a paw 2002	<p>Intervention multimodale activité physique et micronutriments</p> <p>Programme standardisé et supervisé d'exercices en groupe, d'intensité modérée, et augmentant progressivement.</p> <p>Les participants devaient consommer quotidiennement un produit à base de fruits ainsi qu'un produit laitier.</p> <p>Chaque semaine, un stock de produits frais était livré à leur domicile ou au centre du programme. Un programme social et des aliments classiques identiques ont été proposés en tant que groupe contrôle.</p>	<p>17 semaines.</p> <p>4 mois.</p> <p>Les sujets assignés à l'exercice participaient deux fois par semaine, pendant 45 minutes, au programme.</p>	<p>139 sujets âgés, fragiles, autonomes (inactifs, masse corporelle indice <25 ou perte de poids), âge moyen 78,5 (écart-type 5,7 ans).</p> <p>217 sujets éligibles ont été répartis aléatoirement en 4 groupes : exercice en groupe supervisé (n = 55), produits alimentaires enrichis (n = 58), les deux (n = 60), ou groupe témoin (n = 44).</p>	<p>Le bien-être subjectif a été évalué à l'aide de l'échelle néerlandaise du bien-être subjectif pour les personnes âgées (SSWO).</p> <p>Cette échelle se compose de 30 items répartis en cinq sous-échelles : la santé (cinq items), le respect de soi (sept items), le moral (six items), l'optimisme (sept items) et les contacts (cinq items).</p>	<p>Corrélations modérées à faibles, mais significatives entre les scores de bien-être général et la condition physique (r = 0,28), la performance fonctionnelle (r = 0,37) ainsi que les concentrations sanguines de pyridoxine (r = 0,20), de folate (r = 0,25) et de vitamine D (r = 0,23) (toutes les valeurs p <0,02), aucune corrélation avec les niveaux d'activité physique ni les concentrations sanguines des autres vitamines.</p> <p>Le score de bien-être général et la santé auto-évaluée</p>	<p>Le bien-être psychologique des personnes âgées fragiles n'a pas répondu à 17 semaines d'intervention par l'exercice et/ou des aliments enrichis en micronutriments. Les corrélations modérées, mais significatives entre le bien-être et la condition physique et plusieurs concentrations sanguines de vitamines au départ suggèrent que des améliorations du bien-être pourraient survenir après des interventions à plus long terme.</p>

					n'ont pas montré de réponse.	
Sia 2018	<p>Intervention unimodale horticulture</p> <p>L'intervention en horticulture thérapeutique (HT) a été conçue par un membre du personnel de la division de jardinage communautaire du National Parks Board.</p> <p>Chaque séance commençait par cinq minutes d'exercices d'étirement pour encourager une activité physique légère, suivies de l'activité principale, puis se terminait par cinq minutes supplémentaires d'étirements. Les 15 activités principales du programme comprenaient des tâches de jardinage (ex. : plantation de légumes, fabrication de compost), des activités artisanales liées à la nature (ex. : fabrication de fleurs pressées) et des</p>	<p>Chaque séance durait une heure et était menée chaque semaine.</p> <p>Le programme comprenait un total de 15 séances.</p> <p>Dès le début du programme, les participants ont été répartis en sous-groupes de sept.</p>	<p>59 personnes âgées, âgées de 60 à 85 ans, ont été recrutées dans une communauté du district occidental du pays.</p> <p>L'âge moyen = 67,1 ans, ÉT = 4,31.</p> <p>Score minimum de 22 à l'Évaluation cognitive de Montréal (MoCA).</p> <p>Groupe intervention : n=29.</p> <p>Groupe contrôle : n=30.</p>	<p>Les mesures psychologiques de tous les participants (groupes expérimental et témoin) ont été effectuées avant l'intervention et après que le groupe expérimental a terminé le programme, en utilisant les échelles de bien-être psychologique de Ryff (SPWB) comme mesure principale des résultats.</p>	<p>Amélioration du score moyen global du SPWB de 2,72 entre la mesure de départ et celle effectuée après 6 mois.</p> <p>Diminution de 1,73 dans le groupe témoin. La différence moyenne entre les deux groupes était de 4,45 mais pas significative.</p> <p>Amélioration significative du score moyen de la sous-échelle « relations positives avec les autres » de 2,14 entre la mesure de départ et celle effectuée après six mois.</p> <p>Diminution de 0,70 dans le groupe témoin. La différence moyenne entre les deux groupes était</p>	<p>L'amélioration significative de la sous-échelle « relations positives avec les autres » est extrêmement encourageante et suggère que l'horticulture thérapeutique pourrait contribuer à améliorer le bien-être psychologique des personnes âgées à Singapour.</p> <p>Le programme d'HT a offert une opportunité de loisirs saine. Les activités régulières de soin des plantes ont permis aux personnes âgées de s'engager activement, leur procurant un sentiment de responsabilité et d'accomplissement. La participation à de tels programmes en lien avec la nature pourrait aider les personnes âgées à développer un sentiment positif de connexion sociale.</p>

	promenades guidées dans la nature.				de 2,84 , et elle était statistiquement significative .	
Heller 1991	<p>Intervention unimodale appel téléphonique</p> <p>intervention préventive consistant à former des dyades téléphoniques entre pairs pour des femmes âgées à faible revenu, vivant en communauté et ayant une faible perception du soutien social.</p> <p>Après une évaluation initiale, les répondants ont été répartis dans un groupe témoin uniquement pour l'évaluation ou ont reçu des contacts téléphoniques avec un personnel amical. Après une deuxième évaluation, les participants ayant reçu le contact du personnel ont été répartis pour continuer ce contact, ou ont été regroupés en dyades pour poursuivre</p>	Pendant dix semaines.	<p>265 femmes ont été incluses.</p> <p>L'âge médian de cet échantillon final était de 74 ans, leur revenu médian se situait dans la catégorie des 7 000 à 9 000 \$, et leur niveau d'éducation médian était de 11e année.</p>	Les variables dépendantes étaient des mesures du soutien social perçu, du moral, de la dépression et de la solitude.	Tous les groupes, en particulier le groupe de contact du personnel, ont montré une amélioration des scores de santé mentale au fil du temps, mais il n'y a eu aucune différence significative entre les groupes d'intervention ni entre les groupes d'interventions et les groupes témoins d'évaluation uniquement.	Les résultats suggèrent que la participation à l'étude et aux entretiens d'évaluation personnels à domicile ont probablement amélioré le moral, et que le contact téléphonique supplémentaire n'a pas ajouté de manière significative à cet effet. Des preuves indiquent également que, dans cet échantillon, un faible soutien perçu de la famille était significativement lié à une mauvaise santé mentale, il est donc possible qu'un programme conçu pour augmenter le soutien des amis ait été une mauvaise intervention.

	le contact téléphonique entre eux.					
Mountain 2014	<p>Intervention unimodale d'appels téléphoniques</p> <p>Le compagnonnage individuel consistait en des appels passés par le bénévole au participant assigné. Ils avaient pour objectif de familiariser le participant avec le bénévole, de mener des conversations quotidiennes et de préparer les participants aux groupes d'amitié téléphonique. Les groupes d'amitié suivants consistaient en des téléconférences animées par le même bénévole qui avait effectué le compagnonnage individuel. Les groupes d'amitié avaient pour objectif de réduire l'isolement social en offrant un environnement sécurisé pour établir des relations, partager des expériences, de la</p>	6 semaines d'appels téléphoniques individuels de 10 à 20 minutes (1 fois par semaine), suivis de 12 semaines d'appels téléphoniques de groupe d'une heure (1 fois par semaine) avec jusqu'à six participants.	<p>Les critères d'éligibilité comprenaient le fait d'être âgé de ≥ 75 ans, de vivre de manière indépendante et ayant des capacités cognitives raisonnables (obtenant un score < 8 aux six items du test cognitif</p> <p>Test de dépréciation (6CIT)).</p> <p>Au total 56 personnes ont contribué aux données sur les résultats principaux</p> <p>Groupe d'intervention : n = 26.</p> <p>Groupe témoin : n = 30.</p>	Le principal critère clinique était le niveau de bien-être mental, 6 mois après la randomisation, mesuré à l'aide de la dimension santé mentale (MH) de l'instrument de santé Short Form (36)	<p>Les scores moyens de santé mentale SF-36 à 6 mois étaient de 78 (ÉT 18) et de 71 (ÉT 21) pour les groupes d'intervention et témoin, respectivement (différence moyenne, 7 ; IC à 95%, -3 à 16).</p> <p>Il n'y a eu aucun changement de la dimension santé mentale SF-36 dans groupe d'intervention alors que le groupe témoin a connu un déclin ou une détérioration de la dimension santé mentale SF-36 au cours de la période de suivi de 6 mois.</p>	L'échec de la mise en œuvre de l'intervention à grande échelle a conduit à l'arrêt prématuré de l'essai. Les études futures devraient se concentrer sur des interventions basées sur des théories, manuelles, dispensées par des prestataires de services ayant un bon historique dans le recrutement rapide et la gestion de grands nombres de bénévoles. Les financeurs des services dirigés par des bénévoles doivent être conscients que, même lorsqu'il existe des coordinateurs de bénévoles à temps partiel rémunérés, le recrutement et la rétention des bénévoles représentent un défi de gestion significatif, et ces services ne peuvent pas toujours être étendus rapidement.

	<p>compagnie et du soutien, permettant ainsi de maintenir le sentiment de confiance et de bien-être mental des participants.</p> <p>Le groupe témoin ne recevait aucun traitement.</p>					
<p>Mountain, 2017</p>	<p>Approche occupationnelle</p> <p>Basée sur une approche occupationnelle du vieillissement en bonne santé, l'intervention manuelle Lifestyle Matters a été conçue pour aider les participants à améliorer leur bien-être et à éviter le déclin associé à l'isolement social et à une mauvaise santé mentale (SM). Les sujets des sessions étaient choisis soit parmi le programme manuel, soit avec les participants. Les animateurs exploraient le sujet sélectionné à travers des discussions, des activités et des mises en scène</p>	<p>Séances de groupe de 12 personnes chaque semaine pendant 4 mois plus des sessions individuelles mensuelles avec un animateur.</p>	<p>288 adultes vivant de manière indépendante, âgés de 65 ans ou plus et ayant des fonctions cognitives normales, ont été recrutés dans deux pays du Royaume-Uni.</p> <p>Groupe d'intervention : n= 136 ;</p> <p>Groupe soins habituels : n= 126.</p>	<p>Le critère de jugement principal était le bien-être mental à 6 mois (dimension santé mentale (MH) du (SF-36). Les critères de jugement secondaires comprenaient les dimensions de santé physique du SF-36, l'étendue de la dépression (PHQ-9), la qualité de vie. (EQ-5D) et solitude (de Jong Gierveld Loneliness Scale), évaluées à 6 et 24 mois.</p>	<p>Les scores moyens de la dimension santé mentale du SF-36 à 6 mois différaient de 2,3 points (IC 95 : -1,3 à 5,9 ; P = 0,209) après ajustements.</p>	<p>L'analyse montre peu de preuves d'efficacité clinique ou économique dans la population recrutée, l'analyse du critère principal révélant que les participants à l'étude étaient mentalement en bonne santé au départ. Les résultats soulèvent des questions concernant la manière dont les interventions préventives visant à promouvoir le bien-être des personnes âgées peuvent être ciblées efficacement en l'absence de mécanismes proactifs pour identifier ceux qui sont à risque de déclin.</p>

	<p>communautaires. L'accent était mis sur l'identification des objectifs des participants, l'autonomisation par le partage des forces et des compétences, et le soutien pour leur permettre de pratiquer de manière autonome de nouvelles activités ou des activités négligées.</p>					
--	---	--	--	--	--	--

7. Références

1. OMS 2022. Santé mentale : renforcer notre action <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Kozma, Albert, M. J. Stones et J. K. McNeil. *Psychological Well-Being in Later Life*. Toronto, Butterworths, 1990, 160 pages.
3. Cattan, M., & Tilford, S. (2006). *Mental health promotion*. McGraw-Hill Education (UK).
4. Allen J., Balfour R., Bell R., Marmot M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry* 2014 ;26 :392-407
5. Routasalo, P. E., Tilvis, R. S., Kautiainen, H., & Pitkala, K. H. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing* ;200965 :297-305.
6. McNeil, J. K. Effects of nonprofessional home visit programs for subclinically unhappy and unhealthy older adults. *Journal of Applied Gerontology* 2005 ;14:333-342.
7. Saito, T., Kai, I., & Takizawa, A. Effects of a program to prevent social isolation on loneliness, depression, and subjective well-being of older adults: a randomized trial among older migrants in Japan. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012;55:539-547.
8. Clark, F., Azen, S. P., Zemke, R., Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., ... & Lipson, L. (1997). Occupational therapy for independent-living older adults: A randomized controlled trial. *JAMA* 1997 ; 278 :1321-1326.
9. Clark, F., Jackson, J., Carlson, M., Chou, C. P., Cherry, B. J., Jordan-Marsh, M. et al. Effectiveness of a lifestyle intervention in promoting the well-being of independently living older people: results of the Well-Elderly 2 Randomised Controlled Trial. *J Epidemiol Community Health*, 2012;66:782-790.
10. Seino, S., Nishi, M., Murayama, H., Narita, M., Yokoyama, Y., Nofuji, Y. et al. Effects of a multifactorial intervention comprising resistance exercise, nutritional and psychosocial programs on frailty and functional health in community-dwelling older adults: a randomized, controlled, cross-over trial. *Geriatrics & gerontology international* 2017 ;17:2034-2045.
11. Lökk, J. Emotional and social effects of a controlled intervention study in a day-care unit for elderly patients. *Scandinavian journal of primary health care* 1990;8:165-172.
12. Welford, P., Östh, J., Hoy, S., Diwan, V., & Hallgren, M. Effects of yoga and aerobic exercise on wellbeing in physically inactive older adults: Randomized controlled trial (FitForAge). *Complementary Therapies in Medicine*, 2022 ;66 :102815.
13. Tew, G. A., Howsam, J., Hardy, M., & Bissell, L. Adapted yoga to improve physical function and health-related quality of life in physically-inactive older adults: a randomised controlled pilot trial. *BMC Geriatrics* 2017 ;17:1-10.
14. Galinha, I. C., García-Martín, M. A., & Lima, M. L. Sing4Health: Randomised controlled trial of the effects of a singing group program on the subjective and social well-being of older adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being* 2022 ;14:176-195.

15. Mura, G., Sancassiani, F., Migliaccio, G. M., Collu, G., & Carta, M. G The association between different kinds of exercise and quality of life in the long term. Results of a randomized controlled trial on the elderly. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 2014;10:36.
16. Coulton, S., Clift, S., Skingley, A., & Rodriguez, J. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of community singing on mental health-related quality of life of older people: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 207(3), 250-255.
17. Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 135 p. disponibles à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>
18. Elmståhl, S., Sanmartin Berglund, J., Fagerström, C., & Ekström, H. (2020). The Life Satisfaction Index-A (LSI-A): Normative Data for a General Swedish Population Aged 60 to 93 Years. *Clinical Interventions in Aging* 2020 ;15:2031–2039.
19. Bourdieu Pierre. Le capital social. In: *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 31, janvier 1980. Le capital social. pp. 2-3.
20. Lenoir, R. (2016) . Capital social et habitus mondain Formes et états du capital social dans l'œuvre de Pierre Bourdieu. *Sociologie*, Vol. 7(3), 281-300. <https://doi.org/10.3917/socio.073.0281>.
21. Allard M., Robine J.M. : Les Centenaires français. Étude de la fondation IPSEN 1990-2000, éditions Serdi, 2000.
22. Ladoucette O, 2011 Bien-être et santé mentale : des atouts indispensables pour bien vieillir https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Bien-etre_et_sante_mentale_des_atouts_indispensables_pour_bien_vieillir.pdf
23. Ladoucette O. : Rester jeune c'est dans la tête, p. 22, Odile Jacob, Paris 2005

Rédacteur en chef

Pr Gilles BERRUT, responsable scientifique et président-fondateur du Gérontopôle des Pays-de-la-Loire. CHU de Nantes et Université de Nantes.

Auteurs

Dr Hamza IBA, docteur en psychologie sociale, responsable Living Lab au Gérontopôle de Normandie.

Mme Edwige PROMPT, journaliste indépendante.

Experts scientifiques

Dr Samuel BULTEAU, praticien hospitalier en psychiatrie, psychiatrie de la personne âgée, CHU de Nantes.

Pr Christian HESLON, directeur de l'École de psychologues praticiens, chercheur permanent au Centre de recherches sur le travail et le développement.

Pr Pierre VANDEL, médecin-chef au Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du Centre hospitalier universitaire vaudois (Lausanne, Suisse).

Au nom du conseil scientifique de l'UGF

Dr Pauline GOUTTEFARDE, docteure en santé publique et psychologue sociale, Gérontopôle Auvergne Rhône-Alpes.

Expertise commission de financeurs de la prévention de la perte d'autonomie

Mme Marion DELAUNE, chef de projet prévention – Conseil départemental de Maine-et-Loire.

M. Eric PETTAROS, chargé de mission commission des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie – Conseil départemental de Seine-et-Marne.

M. Louis LADOUCE, chargé de projets actions de prévention – Conseil départemental de Seine-Saint-Denis.

Secrétariat de rédaction

Mme Alexia HENON, chef de projet département recherche, Gérontopôle des Pays-de-la-Loire

Coordinatrices

Mme Isabelle DUFOUR, directrice du Gérontopôle d'Ile-de-France.
Mme Valérie BERNAT, directrice du Gérontopôle des Pays-de-la-Loire.