

Sandrine BODELLE

Motivation et bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer : étude des effets des activités stimulantes proposées en institution

Notice biographique

Sandrine Bodelle est Psychologue au sein de la maison de retraite Saint-Vincent-de-Paul d'Origny-en-Thiérache, travaillant notamment auprès de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, de leur famille et de l'équipe soignante. Depuis 2008, elle est aussi doctorante en Psychologie à l'Ecole Doctorale SHS Lille-Nord de France et travaille au sein du laboratoire Psitec EA4072 - Université Lille 3 - BP 60149 F-59653 Villeneuve d'Ascq Cedex. La recherche doctorale qu'elle y réalise, sous la direction d'Alain Guerrien, porte sur l'effet des activités « stimulantes » proposées en institution, la motivation et le bien-être des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Résumé en français

Plusieurs types d'activités stimulantes sont proposés en institution aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, qui selon de nombreuses études, auraient des effets positifs sur le bien-être et le fonctionnement cognitif et social des patients. Dans le secteur de la santé, divers travaux ont montré l'importance des facteurs motivationnels dans l'efficacité de la prise en charge des personnes et pour leur bien-être. Dans la perspective de la théorie de l'autodétermination (DECI et RYAN, 2000), il apparaît que la présence d'une motivation autodéterminée pour la prise en charge, ainsi que les perceptions de compétence, d'autodétermination et d'appartenance sociale au cours de celle-ci, participent à sa réussite. En analysant l'effet possible des activités proposées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sur leur bien-être, et le rôle de la motivation lors de celles-ci, l'objectif de notre recherche est d'améliorer la prise en charge et d'enrichir la réflexion sur les aides apportées à ces personnes.

Mots clés: Alzheimer, Motivation, Bien-être, Activités, Institution.

Résumé en anglais

Several types of stimulating activities are offered in nursing home to the persons with Alzheimer's disease. According to numerous studies, these activities would have positive effects on the well-being and the cognitive and social functioning of the patients. In the healthcare field, some studies have shown the importance of motivational factors with respect to the effectiveness of care for the persons and for their well-being. In the perspective of the self-determination theory (DECI et RYAN, 2000), it seems that the presence of self-determined motivation for the activities offered in nursing home, as well as the perceptions of competence, self-determination and relatedness during these activities, contribute to their effectiveness. By analyzing the possible effects of the activities proposed to the persons with Alzheimer's disease on their well-being, and the role of the motivation during these, the objective of our study is to improve care for these people.

Keywords: Alzheimer, Motivation, Well-being, Activities, Nursing home

1. Introduction

Diverses recherches ont montré les effets positifs de la pratique de différents types d'activités stimulantes sur le bien-être et sur le fonctionnement cognitif et social des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (MA). En ce qui concerne les *activités socialement stimulantes* (recevoir ou être reçu par des amis, de la famille, activités de groupe), on remarque qu'elles peuvent amener une préservation de l'estime de soi, un sentiment de plaisir, une possibilité de communiquer et d'être stimulé (SELMES et DEROUESNE, 2006). De plus, la fréquence de leur pratique serait en lien avec une diminution du déclin cognitif (BENNETT, SCHNEIDER, TANG, ARNOLD et WILSON, 2006). Les *activités physiques* auraient quant à elles de nombreux effets positifs : sur le maintien de la confiance en soi, d'une certaine qualité de vie, des capacités cardio-respiratoires, d'une communication sociale (BACQUAERT, 2009), sur l'amélioration des fonctions cognitives (ROUMAGNE, 2010). Elles amélioreraient l'humeur et participeraient à la diminution des troubles du comportement (BEAUCHET, 2011). La pratique d'*activités de la vie quotidienne* (mettre la table, plier le linge, faire le ménage, faire des

courses, etc.) pourrait engendrer une satisfaction, améliorer l'humeur, diminuer l'état dépressif, maintenir l'indépendance et préserver la dignité (KHOSRAVI, 2007). Les *activités stimulantes intellectuellement* (jeux, ateliers mémoire, activités manuelles, lecture, etc.) participent au maintien des compétences grâce à la stimulation des capacités conservées, elles permettraient une diminution du déclin cognitif (AKBARALY et al., 2009). Aussi, ce type d'activité s'associerait à un maintien de l'estime de soi et de l'identité (BUNDY, 2001), ainsi qu'à une diminution de certains troubles comme l'apathie et l'humeur dépressive (ADAM, VAN DER LINDEN, JUILLERAT et SALMON, 2000). Enfin, les *activités passives* (regarder la télé, écouter la radio, écouter de la musique) peuvent avoir un rôle de présence, une fonction de compagnie (CARADEC, 2003). Par le biais de la télévision la personne peut obtenir un « miroir de son vieillissement » et ainsi percevoir des signes du maintien de ses capacités (ou de son déclin). Par exemple, certaines émissions comme « *Questions pour un champion* » ou « *Des chiffres et des lettres* » peuvent être utilisées comme des exercices de « maintien de soi ». Les activités passives peuvent être source de plaisir et pourraient permettre de faire ressurgir des émotions positives du passé (CARADEC, 2009).

La pratique d'activités stimulantes a donc, selon la littérature, de nombreux bénéfices sur le bien-être et l'efficacité cognitive des personnes atteintes de MA. Sur cette base, la prise en compte de la motivation des patients à s'y engager dans le cadre d'une institution nous paraît essentielle pour la prise en charge. Très peu d'études se sont intéressées aux difficultés motivationnelles des personnes atteintes de la MA et on peut remarquer que ce concept est souvent abordé de manière assez vague : beaucoup d'auteurs parlent d'apathie, qui serait le trouble majeur des personnes atteintes par cette maladie (BENOIT et al., 2003 ; ALLAIN, BENTUE-FERRER et LACOMBLEZ, 2004). Pour Marin (1991), l'apathie est un trouble de la motivation, à distinguer de la dépression. Selon Derouesné (2004), l'apathie est une première approche descriptive des troubles de la motivation. Il propose d'introduire une dimension qualitative, manquant aux travaux de MARIN, dans le but de dégager des mécanismes motivationnels des personnes afin de prendre en charge de manière efficace les patients « démotivés ». Enfin, d'une manière très globale, certains auteurs utilisent le terme de « démotivation » (HAZIF-THOMAS et THOMAS, 2007). La question des facteurs motivationnels est à ce jour très peu abordée dans le cadre de la maladie d'Alzheimer, alors que par ailleurs, dans les domaines de la

santé et du vieillissement, de nombreuses recherches étudient la motivation en combinant les dimensions qualitative et quantitative, afin notamment de promouvoir les conditions d'une prise en charge optimale. Ces travaux portent sur l'effet de différents types de motivation sur le bien-être, l'engagement dans les activités et plus globalement dans la prise en charge des personnes, avec pour socle théorique la théorie de l'autodétermination (TAD) de Deci et Ryan (1985 ; 2000). La TAD décrit des conséquences variées associées à différents types de motivation. Selon cette théorie, certaines conditions vont favoriser ou maintenir les formes les plus autodéterminées de motivation (Motivation Intrinsèque, Motivation Extrinsèque par Régulation Identifiée), d'autres seront défavorables à celles-ci. Les formes de motivation les plus autodéterminées seraient associées à des conséquences positives sur le plan affectif (plaisir), comportemental (persistance dans les activités) (VALLERAND et RATELLE, 2002), ainsi que sur le bien-être psychologique (REIS, SHELDON, GABLE, ROSCOE ET RYAN, 2000). Deci et Ryan (1985 ; 2000) décrivent trois besoins fondamentaux : les besoins de se sentir autonome, de se sentir compétent, d'avoir des relations sociales satisfaisantes. Un environnement social qui supporte ces besoins essentiels facilite l'émergence de la motivation autodéterminée et le bien-être de la personne. Une étude de Pelletier (1996) a souligné le lien entre la pratique d'activités de loisirs des personnes âgées régie par les formes de motivation autodéterminées et un meilleur bien-être. Pour Altintas, Majchrzak, Leconte et Guerrien (2010), il existe un lien entre la participation aux activités de loisirs, l'adaptation de la personne âgée à son lieu de vie et sa satisfaction de vie. Selon ces auteurs, une motivation autodéterminée vis-à-vis de ces activités amènerait une meilleure adaptation de la personne à son lieu de résidence. Enfin, pour Reis, Sheldon, Gable, Roscoe et Ryan (2000), les besoins d'affiliation, de compétence et d'autonomie contribuent de façon significative et indépendante au niveau de bien-être.

Avec pour socle théorique la théorie de l'autodétermination (DECI et RYAN, 1985, 2000), la présente étude avait pour but d'étudier chez des personnes atteintes de MA vivant en institution, la relation entre le bien-être et la pratique d'activités. Afin de mieux comprendre cette relation, il s'agissait également d'étudier (1) le profil motivationnel des personnes vis-à-vis de ces activités, et (2) les perceptions d'autonomie, de compétence et d'appartenance à un groupe induites par l'encadrement lors de celles-ci.

2. Méthode

2.1. Participants

La recherche a été menée auprès d'un échantillon de 13 personnes âgées (âge moyen : $85,33 \pm 4,48$) composé de 12 femmes et 1 homme atteints de la MA, recrutés dans trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au préalable, une évaluation du stade de sévérité des troubles cognitifs à l'aide du Mini-Mental State Examination (MMSE, FOLSTEIN, FOLSTEIN et MCHUGH, 1975) a été effectuée (critère d'exclusion $MMSE < 10$ correspondant au stade de démence sévère, critère déjà utilisé par d'autres auteurs comme HAZIF-THOMAS, CHANTOIN-MERET, THOMAS, BONNEAU et BILLON, 2002). Lors de la passation des questionnaires, certaines personnes ayant un stade modéré de démence ont été également exclues de l'étude, car elles ne semblaient pas comprendre les consignes ou les questions. En effet, comme le soulignent Selmès et Derouesné (2007), il n'y a pas de stéréotype des capacités et des ressources restantes des personnes pour toutes les phases de la maladie : il se peut par exemple qu'au stade modéré, certaines personnes présentent plus de fonctions déficitaires que d'autres. Enfin, les personnes présentant une autre démence ou une démence mixte (personnes présentant une démence Alzheimer et des lésions dues à des AVC) ont été exclues de l'étude.

2.2. Mesures

Suite à un consentement libre et éclairé des participants et de leur personne de confiance, les participants ont répondu individuellement à différents questionnaires. Ceux-ci avaient pour but d'étudier la motivation vis-à-vis des activités de loisirs, les perceptions de compétence, d'autodétermination et d'appartenance ressenties lors des activités et le bien-être. Compte-tenu de la population de l'étude, et afin de ne pas trop alourdir le protocole, l'évaluation du bien-être a été limitée aux trois dimensions humeur dépressive, satisfaction de vie et estime de soi, auxquelles nous avons ajouté l'adaptation à la résidence (voir notamment PHILIPPE et VALLERAND, 2008 et ALTINTAS, MAJCHRZAK, LECONTE et GUERRIEN, 2010). De plus, les types d'activités pratiquées et leur fréquence ont

été recueillis à l'aide d'une grille d'activités remplie en interrogeant le résident, l'animatrice et le personnel soignant (infirmières et aides-soignantes).

Les questionnaires utilisés sont les suivants :

- *L'échelle de motivation vis-à-vis des loisirs* (EML, PELLETIER, VALLERAND, GREEN-DEMERS, BLAIS et BRIERE, 1996). Elle se présente sous la forme d'une question globale : « pourquoi pratiquez-vous des loisirs ? », suivie de 28 énoncés. Pour chacun, les participants sont invités à exprimer leur degré d'accord à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (1 : Ne correspond pas du tout ; 7 : Correspond tout à fait). Le questionnaire comprend 7 sous-échelles mesurant trois types de motivation intrinsèque (Motivation Intrinsèque à la connaissance, Motivation Intrinsèque à l'accomplissement et Motivation Intrinsèque à la stimulation), trois types de motivation extrinsèque (Motivation Extrinsèque par Régulation Externe, Motivation Extrinsèque par Régulation Introjectée et Motivation Extrinsèque par Régulation Identifiée), et l'Amotivation. Les différents types de motivation mesurés par cet outil se distinguent par le degré d'autodétermination qui sous-tend le comportement. Enfin, il est également possible de calculer un indice d'autodétermination pour les activités de loisirs, selon la méthodologie de Blais, Sabourin, Boucher et Vallerand (1990), et de Philippe et Vallerand (2008). Celui-ci permet l'évaluation de la motivation autodéterminée des sujets pour les activités pratiquées en institution.

- *L'échelle des Comportements Interpersonnels-perceptions du thérapeute* (ECI, OTIS et PELLETIER, 2000) permet d'évaluer les perceptions de compétence, d'autodétermination et d'appartenance sociale procurées par les personnes encadrant les activités pratiquées dans l'institution. Il s'agit ici d'étudier si les personnes âgées atteintes de MA se sont senties soutenues par les personnes encadrant les activités. Si une personne se sent soutenue dans son autonomie, cela signifie que les encadrants encouragent son initiative et prennent en considération son point de vue (WILLIAMS, DECI et RYAN, 1998). Le sentiment de compétence est induit quant à lui si les personnes encadrant les activités donnent des rétroactions positives sur le comportement des résidents. Enfin, le sentiment d'appartenance au groupe est induit si les encadrants s'investissent dans la relation avec le résident (OTIS et PELLETIER, 2000). Il s'agit d'un questionnaire contenant 35 items et mesurant trois dimensions : le soutien à l'autonomie (SA, exemple : « mes ergothérapeutes m'encouragent à être moi-même »), la provision d'information ou

soutien à la compétence (INFO, exemple : « mes ergothérapeutes me donnent des informations sur la façon dont je progresse ») et l'implication dans les relations ou besoin d'appartenance (CAR, exemple : « mes ergothérapeutes manifestent de l'indifférence à mon égard »). Pour chaque énoncé, le sujet répond à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (1 : Jamais ; 7 : Toujours).

- *L'échelle de dépression gériatrique* (GDS) a été développée par Brink et al. (1982) et validée en français par Yesavage et al. (1983). Cette échelle ne permet pas à elle seule de diagnostiquer une dépression, cependant elle donne des indications sur l'état psycho-affectif du patient. Il en existe 3 versions : longue (30 items), à 15 items et courte (4 items). Nous avons choisi d'utiliser la version à 15 items. Les questions posées sont de type : « Etes-vous heureux la plupart du temps ? », « Avez-vous renoncé à un grand nombre de vos activités ? » ou encore « Pensez-vous que la situation des autres est meilleure que la vôtre ? ». Pour chaque item, le participant est invité à répondre par oui ou par non. Le score normal est de 3 ± 2 , une personne moyennement déprimée a un score de 7 ± 3 , une personne très déprimée a un score de 12 ± 2 .

- *L'échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence* (EAPAR), de Castonguay et Ferron (1999), comporte 17 items regroupés en trois dimensions : personnelle (5 items, exemple : « Mes habitudes de vie s'harmonisent bien avec le fonctionnement de la résidence »), sociale (7 items, exemple : « nous nous entraïdons à la résidence ») et psychologique (5 items, exemple : « je pense souvent à la façon dont je vivais avant mon arrivée à la résidence »). A chaque énoncé le sujet répond par oui ou par non. Le score obtenu à cette échelle permet une évaluation de l'adaptation de la personne questionnée : un score de 16 ou 17 démontre une bonne adaptation générale à la vie au sein de la résidence, un score de 11 ou moins indique de réelles difficultés d'adaptation et un score intermédiaire (entre 12 et 15) peut révéler quelques difficultés d'adaptation.

- *L'échelle de satisfaction de vie* (ESAV) de Diener, Emmons, Larsen et Griffin (1985), traduite et validée en français par Blais, Vallerand, Pelletier et Brière (1989), se compose de 5 énoncés : « En général, ma vie correspond de près à mes idéaux », « Mes conditions de vie sont excellentes », « Je suis satisfait(e) de ma vie », « Jusqu'à maintenant, j'ai obtenu les choses importantes que je voulais de ma vie », « Si je pouvais recommencer ma vie, je n'y changerais presque rien ». Pour chaque énoncé, le sujet exprime son accord à l'aide d'une échelle de Likert en 7 points (1 : Fortement en désaccord ; 7 : Fortement en accord). Le total des scores obtenus pour

chaque énoncé permet une évaluation de la satisfaction de vie du participant.

- *L'échelle d'estime de soi de Rosenberg* (1965, traduction de VALLIERES et VALLERAND, 1990) est composée de 10 énoncés de type : « Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté », « Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi ». Pour chacun, le sujet est invité à donner son degré d'accord à l'aide d'une échelle de Likert en 4 points (1 : Pas du tout d'accord ; 4 : Tout à fait d'accord). Le score aux différents énoncés permet une évaluation de l'estime de soi du résident.

- *Grille d'évaluation des types d'activités effectuées et de leurs fréquences* : De nombreuses activités stimulantes sont proposées dans les EHPAD. Celles-ci peuvent être pratiquées en groupe ou individuellement encadrées par des membres du personnel (aides médico-psychologiques, animatrices, aides-soignantes, infirmières, psychologues). Afin de construire une grille d'activités et de les classer par catégories, nous nous sommes basés sur la classification donnée par Akbaraly et al. (2009). Dans leur étude, ils ont utilisé une grille d'activités composée de quatre catégories : *les activités de loisirs stimulantes intellectuellement*, *les activités de loisirs physiques*, *les activités de loisirs sociales* et *les activités passives*. Pour notre recherche, nous avons recueilli les activités proposées aux résidents atteints de MA dans nos trois lieux d'étude et nous les avons rangées dans les 4 catégories présentées par Akbaraly et al. (2009). A cette classification, nous avons ajouté un type d'activité : « *activités de la vie quotidienne* ». En effet, pour les personnes atteintes de MA, il est important de favoriser au maximum le maintien des capacités de participation aux activités de la vie quotidienne afin de préserver le plus longtemps possible leur autonomie et qu'elles les utilisent spontanément à long terme malgré le caractère dégénératif de la maladie (PROVENCHER, BIER, AUDET et GAGNON, 2009). Le tableau de classification des différentes activités proposées aux résidents atteints de MA ainsi réalisé (tab.1), nous avons recueilli pour chaque activité un score de 1 (pas du tout) à 5 (pratiquée tous les jours), puis calculé une fréquence moyenne par type d'activité et une fréquence totale (pour toutes les activités).

Tableau 1 : Classification des différentes activités proposées aux résidents atteints de MA

Types d'activités	Stimulantes intellectuellement	Physiques	Sociales	Passives	De la vie quotidienne
	Mots croisés	Jardinage	Recevoir des amis, la famille	Regarder la télé	Mettre la table
	Jeux de cartes	Marche à pied		Ecouter la radio	Faire la vaisselle
	Activités manuelles	Gym douce	Etre reçu par des amis, la famille	Ecouter de la musique	Essuyer la vaisselle
	Ateliers mémoire			Ecoute de la lecture	Atelier culinaire
	Scrabble				Faire son lit
	Lecture				Faire le ménage
	Dames, échecs				Faire les courses

3. Résultats

Il s'agissait dans un premier temps d'étudier la relation entre le bien-être des personnes atteintes de MA et la pratique d'activités au sein de leur lieu de vie. Le tableau 2 présente les moyennes et écarts-types obtenus aux différentes échelles de mesure proposées aux personnes, et les corrélations (Rhô de Spearman) entre les scores aux différentes variables (tab.2).

Tableau 2 : Présentation des moyennes (M), écarts-types (EC) et corrélations entre les variables de bien-être et les fréquences de pratique des différentes activités de l'étude

	M	EC	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ind Sat Vie	28,00	3,39	1,00									
2. Ind Est Soi	33,50	6,58	-0,66	1,00								
3. Ind EAPAR	12,50	2,61	0,29	-0,09	1,00							
4. Ind GDS	5,67	3,89	-0,09	-0,11	-0,34	1,00						
5. Ind act tot	38,67	10,26	0,29	-0,23	0,56	-0,61*	1,00					
6. Ind act int	2,81	1,13	0,30	-0,02	0,41	-0,70*	0,78**	1,00				
7. Ind act phys	1,75	0,65	0,69*	-0,46	0,42	-0,16	0,48	0,43	1,00			
8. Ind act so	1,50	1,00	-0,02	0,06	-0,45	-0,37	0,31	0,39	-0,03	1,00		
9. Ind act pass	1,65	0,98	-0,02	0,61*	0,07	-0,02	0,01	-0,29	-0,27	0,02	1,00	
10. Ind act vie quo	1,68	0,76	-0,05	-0,06	0,59*	-0,08	0,62*	0,23	0,09	-0,27	0,28	1,00

Notes. N=13,**p<0.01,*p<0.05

Ind Sat Vie : indice de satisfaction de vie ; Ind Est soi : indice d'estime de soi ; Ind EAPAR : Indice à l'échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence ; Indice GDS : Indice d'humeur dépressive ; Act Tot : Indice de pratique de tous les types d'activités ; Ind act int : Indice de pratique des activités stimulantes intellectuellement ; Ind act phys : Indice de pratique des activités physiques ; Ind act so : Indice de pratique des activités sociales ; Ind act pass : Indice de pratique des activités passives ; Ind act vie quo : Indice de pratique des activités de la vie quotidienne.

L'analyse des résultats fait apparaître une corrélation négative entre la probabilité de dépression et la fréquence à laquelle sont pratiquées les activités stimulantes intellectuellement ($r = -0,70$; $p < 0,05$), et le total de toutes les activités proposées en institution ($r = -0,61$; $p < 0,05$). Ainsi, plus les personnes pratiquent des activités stimulantes intellectuellement : jeux de société, activités manuelles, ateliers mémoire, lecture, et moins elles présentent une humeur dépressive. De même, plus les résidents pratiquent des activités (de manière globale), et moins ils présentent une humeur dépressive. On observe également un lien significatif entre l'adaptation à la

résidence et la fréquence de pratique d'activités de la vie quotidienne ($r = 0,59$; $p < .05$), entre la satisfaction de vie et la fréquence à laquelle sont pratiquées les activités physiques ($r = 0,69$; $p < .05$) et entre l'estime de soi et la fréquence à laquelle sont pratiquées les activités passives ($r = 0,61$; $p < .05$). Ainsi, plus les personnes pratiquent des activités de la vie quotidienne comme mettre la table, plier le linge, faire la vaisselle, faire la cuisine, faire son lit, faire des courses, et plus elles présentent une bonne adaptation à leur lieu de résidence. En outre, plus les personnes atteintes de MA pratiquent des activités physiques comme la gym douce, la marche à pied, plus elles ressentent une satisfaction de vie élevée. Enfin, plus elles pratiquent des activités passives comme regarder la télévision, écouter la radio, de la musique, meilleure est leur estime de soi. Ces résultats montrent que le type d'activité et la fréquence à laquelle elles sont pratiquées sont en lien avec le bien-être (humeur dépressive, adaptation au lieu de vie, satisfaction de vie et estime de soi) des personnes atteintes de MA.

Par ailleurs, nous avons étudié la relation entre la motivation des participants vis-à-vis des activités et leur bien-être (tab.3). Les résultats ne sont pas statistiquement significatifs. Cependant, les résultats (tab.4) font apparaître un lien significatif entre l'adaptation à la résidence et les sentiments d'autonomie ($r = 0,59$; $p < .05$) et d'appartenance sociale ($r = 0,78$; $p < .01$) engendrés par les personnes encadrant les différentes activités de l'institution, et un lien entre la satisfaction de vie et le sentiment d'autonomie ($r = 0,62$; $p < .05$) induit par les encadrants.

Tableau 3 : Présentation des moyennes (M), écarts-types (EC) et corrélations entre les variables de bien-être et les variables soutien de l'autonomie, de la compétence et d'appartenance au groupe

	M	EC	1	2	3	4	5	6	7
1. GDS	5,67	3,89	1,00						
2. EAPAR	12,50	2,61	-0,34	1,00					
3. Ind Est soi	33,50	6,58	-0,11	-0,09	1,00				
4. Ind Sat vie	28,00	3,38	-0,09	0,29	-0,66*	1,00			
5. SA	59,00	15,14	-0,23	0,59*	-0,28	0,62*	1,00		
6. CAR	49,25	11,90	-0,52	0,78**	0,06	0,38	0,73**	1,00	
7. INFO	43,42	14,74	-0,02	0,19	-0,04	0,44	0,72**	0,38	1,00

Notes. N=13; ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Indice GDS : Indice d'humeur dépressive ; Ind EAPAR : Indice à l'échelle d'adaptation de la personne âgée à sa résidence ; Ind Est soi : indice d'estime de soi ; Ind Sat Vie : indice de satisfaction de vie ; SA : soutien à l'autonomie ; CAR : soutien à l'appartenance sociale ; INFO : soutien à la compétence.

4. Discussion

Cette étude visait à étudier les conditions du bien-être des personnes atteintes de MA en institution en se concentrant sur les activités stimulantes proposées au sein de celle-ci, le type de motivation à y participer et la manière dont est perçu leur encadrement. D'après l'analyse des résultats, le choix du type d'activité, la fréquence de pratique de ces activités mais aussi l'encadrement du personnel lors de celles-ci (valorisation de l'autonomie et de l'appartenance au groupe) semblent en lien avec le bien-être (humeur dépressive, adaptation au lieu de résidence, satisfaction de vie, estime de soi) des personnes atteintes de MA. En effet, le premier objectif de l'étude était d'observer la relation entre la pratique d'activités et le bien-être. En accord avec Adam, Van der Linden, Juillerat et Salmon (2000), on retrouve bien un lien entre pratique d'activités et plus faible humeur dépressive. En accord avec KHOSRAVI (2007), nos résultats montrent un lien entre la pratique d'activités de la vie quotidienne et le bien-être (adaptation au lieu de résidence dans notre étude). En accord avec Bacquaert (2009) et Beauchet (2011), nos résultats soulignent le rôle des activités physiques sur le bien-être (satisfaction de vie dans notre étude). Ce lien entre la pratique d'activités et la satisfaction de vie a d'ailleurs déjà été observé chez des personnes âgées (non atteintes de la MA) pour des activités de loisirs dans l'étude de Altintas, Majchrzak, Leconte et Guerrien (2010). Enfin, la relation mise en évidence par nos résultats entre pratique d'activités passives et bien-être (estime de soi dans notre étude), est en accord avec les études de Caradec (2003 ; 2009).

Le deuxième objectif de l'étude était d'étudier la relation d'une part entre la motivation vis-à-vis des activités et le bien-être, et d'autre part entre la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'appartenance sociale induites par les encadrants et le bien-être. Nos résultats n'ont pas permis de démontrer le lien entre la mesure du bien-être et les différents types de motivation. Cependant, nous avons mis en évidence une relation entre les sentiments d'autonomie et d'appartenance sociale engendrés par les personnes encadrant les activités de l'institution et le bien-être. Ce dernier résultat est en accord avec les travaux de Reis, Sheldon, Gable, Roscoe et Ryan (2000), qui relie la satisfaction des besoins fondamentaux et le bien-être.

Les résultats de cette étude nous amènent à considérer l'importance du choix des activités stimulantes proposées en institution (certains types d'activités ayant des liens avec différentes dimensions de bien-être), l'importance de la fréquence de leur pratique et la manière dont elles sont encadrées. Ceci nous donne des pistes intéressantes quant à la prise en charge : sachant l'importance de la pratique des activités, il sera alors primordial de connaître les personnes afin de leur proposer des activités adaptées à leurs goûts. Ceci souligne la nécessité de travailler sur des projets de soins personnalisés. Assurer un certain bien-être passe par un encadrement procurant des sentiments d'autonomie et d'appartenance sociale pendant les activités. Il s'agit ici de valoriser des personnes qui sont souvent mises en échec face à leurs difficultés. Afin de valoriser le sentiment d'autonomie, il serait par exemple utile de la part des encadrants de laisser davantage de choix aux résidents dans les activités proposées, de les encourager à prendre des initiatives, de ne pas « faire à leur place ». Cela passe évidemment par une évaluation de leurs capacités pour ne pas proposer des activités trop difficiles par rapport à leurs troubles cognitifs et qu'ils puissent se sentir valorisés. Il s'agirait peut-être aussi de ne pas vérifier le comportement des participants de manière systématique ou injustifiée, de leur faire davantage confiance. Afin de renforcer le sentiment d'appartenance, les encadrants pourraient enfin veiller au vécu collectif des personnes lors des activités et assurer une cohésion entre les membres du groupe. Il serait sûrement bénéfique de soutenir l'entraide entre les personnes, les renseigner sur l'importance et l'utilité qu'elles ont pour le groupe afin qu'elles se sentent intégrées et indispensables au bon fonctionnement de l'activité proposée.

5. Conclusion

La théorie de l'autodétermination semble constituer une approche pertinente pour la réflexion sur les aides apportées aux personnes atteintes de MA en institution, par le statut qu'elle confère aux sentiments d'autonomie et d'affiliation sociale pour le bien-être de ces personnes. La prise en compte de ces besoins permet de donner au personnel soignant des pistes d'encadrement lors des activités dans le but d'optimiser la satisfaction qu'elles procurent aux personnes et leurs effets sur le bien-être. De futures recherches devront approfondir nos résultats. Il serait utile bien sûr

d'augmenter la population de l'étude afin d'en rendre les résultats plus valides. Par ailleurs, une étude plus détaillée des différentes activités au sein d'une catégorie d'activités serait intéressante. Enfin, l'analyse pourrait être étendue à des personnes en stade plus sévère de la maladie. Ceci implique sans aucun doute une autre manière d'évaluer la motivation et le bien-être (hétéro-évaluations, observations comportementales...). L'enjeu de cette recherche et de celles à venir est de proposer des activités stimulantes aux personnes atteintes de MA quel que soit le stade de la maladie, afin de leur procurer le meilleur bien-être possible en prenant en compte leur motivation pour ces activités.

Bibliographie

- ADAM S., VAN DER LINDEN M., JUILLERAT A.-C. et SALMON E., 2000, « The cognitive management of daily life activities in patients with mild to moderate Alzheimer's disease in a day care center : a case report », *Neuropsychological Rehabilitation*, 10, p. 485-509.
- ALLAIN H., BENTUE-FERRER D. et LACOMBLEZ L., 2004, « Biologie de la motivation, revue thématique : Motivation et sujet âgé », *Psychologie et NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 2, n°3, p. 167-72.
- ALTINTAS E., MAJCHRZAK G., LECONTE C. et GUERRIEN A., 2010, « Adaptation des aînés à la résidence pour personnes âgées : Activité de loisirs et autodétermination », *Canadian Journal on Aging*, 29, n°4, p. 557-565.
- AKBARALY T.-N. PORTET F., FUSTINONI S., DARTIGUES J.-F., ARTERO S., ROUAUD O., TOUCHON J., RITCHIES K. et BERR C., 2009, « Leisure activities and the risk of dementia in the elderly : results from the Three-City Study », *Neurology*, 73, n°11, p. 854-61.
- BACQUAERT P., 2009, « Alzheimer et Activités physiques », *La lettre Sport Santé de l'institut régional de Biologie et de médecine du sport*, dossier thématique : Sportifiez vous !
- BEAUCHET O., 2011, « L'importance de l'exercice physique dans les maladies d'Alzheimer », *La revue du praticien*, 61, n°7, p.932-933.
- BENNETT D.-A., SCHNEIDER J.-A., TANG Y., ARNOLD S.-E. et WILSON R.-S., 2006, « The effect of social networks on the relation between Alzheimer's disease pathology and level of cognitive function in old people : a longitudinal cohort study », *Lancet neurology*, 5, n°5, p. 406-412.
- BENOIT M., STACCINI P., BROCKER P., BENHAMIDA T., BERTOGLIATI C., LECHOWSKI L., TORTRAT D. et ROBERT P.-H., 2003, « Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study », *La revue de médecine interne*, 24 (Suppl 3), p. 319-324.
- BLAIS M.-R., SABOURIN S., BOUCHER C. et VALLERAND R.-J., 1990, « Toward a motivational model of couple happiness », *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, p.1021-1031.

- BLAIS M.-R., VALLERAND R.-J., PELLETIER L.-G. et BRIERE N.-M, 1989, « L'échelle de satisfaction de vie: Validation canadienne-française du "Satisfaction with Life Scale", *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, p. 210-223.
- BRINK T.-L., YESAVAGE J.-A., LUM O., HEERSEMA P., ADEY M, et ROSE T.-L, 1982, « Sreening tests for geriatric depression », *Clinical Gerontologist*, 1, p. 37-44.
- BUNDY A., 2001, « Functional performance in older adults », Bonder B.-R. & Wagner M.-B (éd.), Philadelphia, Davis company, p. 196-214.
- CARADEC V., 2003, « Comportements culturels de la population âgée », *Empan*, 52, p. 54-61.
- CARADEC V., 2009, « Les séniors sont-ils télévores ? », *La Revue-Medias*, n°22.
- CASTONAY G. et FERRON S., 1999, « Elaboration and validation of an instrument to evaluate the degree of adjustment of elderly people to their nursing homes », *Canadian Journal an Aging*, 18, p. 363-37.
- DECI E.-L. et RYAN R.-M., 1985, *Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour*, New York : Plenum Press.
- DECI E.-L. et Ryan E.-L., 2000, « The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior », *Psychological Inquiry*, 11, p. 227-268.
- DEROUESNE C., 2004, « Le concept d'apathie : intérêt et limites. Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement », *Revue thématique : Motivation et sujet âgé*, 2, n°1, p. 19-28.
- DIENER E., EMMONS R.-A., LARSEN R.-J. et GRIFFIN S., 1985, « The Satisfaction With Life Scale », *Journal of Personality Assessment*, 49, p. 71-76.
- FOLSTEIN M.-F., FOLSTEIN S.-E. et MCHUGH P.-R., 1975, « Mini-mental state: a pratical method for grading the cognitive state of patients for the clinician », *Journal of Psychiatric Research*, 12, p. 189-198.
- HAZIF-THOMAS C., CHANTOIN-MERLET S., THOMAS P., BONNEAU V. et BILLON R., 2002, « Démotivation et dysfonctionnements frontaux chez le sujet âgé », *L'Encéphale*, 28, p. 533-41.
- HAZIF-THOMAS C. et THOMAS C., 2007, « La démotivation du sujet âgé », *Gérontologie et Société*, 121, p. 116.
- KHOSRAVI M., 2007, *La communication lors de la maladie d'Alzheimer et des troubles apparentés : parler, comprendre, stimuler, distraire*, 2^e éd. Rueil-Malmaison, France : Doin.
- MARIN R.-S., 1991, « Apathy, a neuropsychiatric syndrome », *The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 3, p. 243-254.
- OTIS N. et PELLETIER L.-G., 2000, « Construction et validation d'une échelle sur les perceptions des comportements interpersonnels associés à la motivation autodéterminée », *Communication présentée au 23ième congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie*, Hull.

- PELLETIER L.-G., VALLERAND R.-J., GREEN-DEMERS I., BLAIS M.-R. et Briere N.-M., 1996, « Vers une conceptualisation motivationnelle multidimensionnelle du loisir : construction et validation de l'échelle de motivation vis-à-vis des loisirs (EML) », *Loisirs et Société*, 19, p. 559-585.
- PHILIPPE F.-L. et VALLERAND R.-J., 2008, « Actual environments do affect motivation psychological adjustment: A test of self-determination in a natural setting », *Motivation and Emotion*, 32, p. 81-89.
- PROVENCHER V., BIER N., AUDET T. et GAGNON L., 2009, « Favoriser les maintiens des apprentissages et la réalisation à long terme d'activités significatives de loisirs dans le contexte d'une démence de type Alzheimer en début d'évolution : étude de cas », *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 7, n°2, p. 131-40.
- REIS H.-T., SHELDON K.-M., GABLE S.-L., ROSCOE J et RYAN R.-M., 2000, « Daily Well-Being : The Role of Autonomy, Competence, and Relatedness », *Personality and Social Psychology Bulletin*, p. 419-435.
- ROUMAGNE N., 2010, « Effets d'un programme d'activités physiques sur les fonctions cognitives et la marche des personnes âgées atteintes d'une démence en institution », Mémoire de master II, *Dementia Geriatric Cognitive Disorder*.
- SELMES J. et DEROUESNE C., 2006, *La maladie d'Alzheimer : Activités et vie sociale*, Guides pratiques de l'aidant, John Libbey Eurotext, p. 7-14.
- SELMES J. et DEROUESNE C., 2007, *La maladie d'Alzheimer : affronter le diagnostic*, Guides pratiques de l'aidant, John Libbey Eurotext, p. 65-69.
- VALLIERES E.-F. et VALLERAND R.-J., 1990, « Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle de l'estime de soi de Rosenberg », *Journal International de Psychologie*, 25, p. 305-316.
- VALLERAND R.-J. et RATELLE C.-F (2002), « Intrinsic and extrinsic motivation : a hierarchical model », In E.-L. DECI et RYAN (Eds), *Handbook of Self-determination Research*, p. 37-63.
- WILLIAMS G.-C., DECI E.-L. et RYAN R.-M., 1998, « Building health-care partnerships by supporting autonomy : Promoting maintained behavior change and positive health outcomes », SUCHMAN A.-L., HINTON-WALKER, P. et BOTHELO R. (Éd.), *Partnerships in healthcare : Transforming relational process*, Rochester, NY : University of Rochester Press, p. 67-87.
- YESAVAGE J.-A., BRINK T.-L., ROSE T.-L., LUM O., HUANG V., ADEY M. et LEIRER V.-O., 1982-1983, « Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report", *Journal of Psychiatric research*, 17, p. 37-49.