



# LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR EN CONTEXTE DE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES AGÉES : EXAMEN DE LA PORTÉE DES CONNAISSANCES

Louise Bélanger, Murielle Rouiller, Denis Bourque, Lucie Lemelin, Monique Benoit et Émilie Robitaille

Volume 37, numéro 1, 2020

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1069984ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1069984ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

## Éditeur(s)

Canadian Association for Social Work Education / Association canadienne pour la formation en travail social (CASWE-ACFTS)

ISSN

2369-5757 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

## Citer cet article

Bélanger, L., Rouiller, M., Bourque, D., Lemelin, L., Benoit, M. & Robitaille, É. (2020). LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR EN CONTEXTE DE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES AGÉES : EXAMEN DE LA PORTÉE DES CONNAISSANCES. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 37(1), 103–120. <https://doi.org/10.7202/1069984ar>

## Résumé de l'article

Le développement du pouvoir d'agir est un moyen d'émancipation des individus. Il se réalise lorsque ceux-ci identifient ce qui est important pour eux, leurs obstacles et leurs ressources, construisent les conditions de soutien et les alliances nécessaires pour atteindre leurs objectifs et s'expriment sur l'expérience de changement. Cette démarche serait utile lors de l'accompagnement des aînés ayant besoin de soutien à domicile. Un examen de la portée des connaissances concernant le développement du pouvoir d'agir en contexte de soutien à domicile a été réalisé afin de comprendre comment cette démarche est conçue et appliquée. Le cadre méthodologique d'Arksey et O'Malley (2005) a été utilisé. Parmi 648 articles retracés dans sept bases de données, neuf études se sont avérées pertinentes. Il ressort de cette démarche que peu de chercheurs s'intéressent explicitement au développement du pouvoir d'agir dans un tel contexte. Toutefois, il apparaît utile de se préoccuper des besoins des aînés, de leurs ressources, des obstacles auxquels ils sont confrontés et de ce qu'ils ont compris de l'expérience de changement. Devant ces constats, des études supplémentaires, réalisées à ce sujet en collaboration avec la population concernée, s'avèrent nécessaires.

# LE DÉVELOPPEMENT DU POUVOIR D'AGIR EN CONTEXTE DE SOUTIEN À DOMICILE DES PERSONNES AGÉES : EXAMEN DE LA PORTÉE DES CONNAISSANCES

*Louise Bélanger*  
*Murielle Rouiller*  
*Denis Bourque*  
*Lucie Lemelin*  
*Monique Benoit*  
*Émilie Robitaille*

**Abrégé :** Le développement du pouvoir d'agir est un moyen d'émancipation des individus. Il se réalise lorsque ceux-ci identifient ce qui est important pour eux, leurs obstacles et leurs ressources, construisent les conditions de soutien et les alliances nécessaires pour atteindre leurs objectifs et s'expriment sur l'expérience de changement. Cette démarche serait utile lors de l'accompagnement des aînés ayant besoin de soutien à domicile. Un examen de la portée des connaissances concernant le développement du pouvoir d'agir en contexte de soutien à domicile a été réalisé afin de comprendre comment cette démarche est conçue et appliquée. Le cadre méthodologique d'Arksey et O'Malley (2005) a été utilisé. Parmi 648 articles retracés dans sept bases de données, neuf études se sont avérées pertinentes. Il ressort de cette démarche que peu de chercheurs s'intéressent explicitement au développement du pouvoir d'agir dans un tel contexte. Toutefois, il apparaît utile de se préoccuper des besoins des aînés, de leurs ressources, des obstacles auxquels ils sont confrontés

---

*Louise Bélanger, Lucie Lemelin et Monique Benoit sont professeures au département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Denis Bourque est professeur au département de travail social à l'Université du Québec en Outaouais. Murielle Rouiller et Émilie Robitaille sont professionnelles de recherche et étudiantes au 2<sup>e</sup> cycle en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Une subvention provenant du Ministère de la famille du Québec a permis la réalisation de cet examen de la portée des connaissances.*

**Canadian Social Work Review, Volume 37, Number 1 (2020) / Revue canadienne de service social, volume 37, numéro 1 (2020)**

et de ce qu'ils ont compris de l'expérience de changement. Devant ces constats, des études supplémentaires, réalisées à ce sujet en collaboration avec la population concernée, s'avèrent nécessaires.

**Mots clés :** pouvoir d'agir, obstacles, ressources, personnes âgées, soutien à domicile, communauté

**Abstract:** Empowerment is a means by which individuals can emancipate. It occurs when individuals identify what is important to them, their challenges and their resources; build the conditions of support and alliances necessary to achieve their goals; and express themselves on their experience of change. This approach would be useful when accompanying seniors who need home support. A scoping review on this topic was conducted. Arksey and O'Malley's (2005) methodological framework was used to understand how this approach is designed and applied in the context of home support. Of 648 articles found in seven databases, nine proved relevant. It emerged from the studies reviewed that few researchers explored empowerment in this context. However, it also emerged that it is important to consider the needs of seniors, their resources, the barriers they face, and their own understanding of their experience of change. The findings suggest that more research is needed to improve the effectiveness of interventions and that such research should be conducted in collaboration with the target population.

**Keywords:** empowerment, challenges, resources, seniors, home support, community

*POUR AVOIR UNE VIE SATISFAISANTE* et être bien dans le domicile de leur choix, les aînés ont des besoins variés et sont confrontés à plusieurs défis. Dans la recension systématique d'études qualitatives de Holm et Severinsson (2013), visant à comprendre la perception des aînés de la santé, de la maladie et des soins communautaires dont ils ont besoin, il ressort que ces personnes croient qu'elles doivent se réconcilier avec leur vie telle qu'elle est devenue et se reconstruire une identité et une valeur en dépit de la diminution de leurs capacités fonctionnelles. De ces résultats, pour soutenir les aînés et augmenter leur bien-être, Holm et Severinsson (2003) encouragent les professionnels de la santé à les considérer comme les experts de leur propre vie, à avoir un dialogue constructif avec eux concernant leur santé, à lutter contre leur isolement et à faire la promotion d'une attitude positive face au vieillissement et ce, auprès des individus, des familles et des communautés.

Par ailleurs, le vieillissement est pluriel (Bourbonnais et Ducharme, 2010) et chaque individu, famille et communauté a des besoins spécifiques et des forces singulières (Gottlieb, 2014). Selon Persily et Hildebrandt

(2008), ainsi que Ninacs (2008), c'est par *l'empowerment* des individus et des communautés que l'on peut augmenter leurs connaissances et leurs capacités décisionnelles. Pour Charpentier et Soulières (2007), une telle démarche est une mobilisation du pouvoir d'agir personnel, interpersonnel, social et politique. La description de cette démarche et comment elle est comprise et appliquée dans un contexte de soins à domicile des aînés est alors nécessaire.

Selon Deverchère (2017), le développement du pouvoir d'agir (DPA) peut être envisagé selon deux perspectives. Il est vu soit comme un moyen de contrôle social des individus ou comme un moyen d'émancipation de ceux-ci. En tant que moyen de contrôle social, il vise l'accroissement des capacités, la responsabilisation et la motivation des individus ayant des difficultés à se prendre en main, à être autonomes (Deverchère, 2017). En regard du soutien à domicile des aînés, le DPA est souvent utilisé de cette façon lorsque les professionnels de la santé, en tant qu'experts, décident d'une intervention et font ce qu'ils croient être le mieux pour ceux-ci. Il existe un grand nombre d'interventions expérimentées dans le cadre d'études réalisées auprès d'aînés vivant dans la communauté ayant comme objectif la santé, l'autonomie ou le bien-être. Par exemple, dans certaines études les chercheurs se servent de l'exercice physique pour améliorer le bien-être psychologique et l'autonomie des aînés et réduire leur fragilité et le risque de chute (de Labra, Guimaraes-Pinheiro, Maseda, Lorenzo et Millán-Calenti, 2015; Hill, Hunter, Batchelor, Cavalheri et Burton 2015; Windle, Hughes, Linck, Russell et Woods, 2010). Dans d'autres études, des interventions éducatives, physiques ou artistiques, utilisant la technologie ou non, réalisées en groupe ou individuellement, sont utilisées pour améliorer la santé sociale, mentale et physique des aînés selon des objectifs qu'ils n'ont pas eux-mêmes déterminés (Cohen-Mansfield et Perach, 2015; Dickens, Richards, Greaves et Campbell, 2011).

Or, quand le pouvoir d'agir est envisagé comme un moyen d'émancipation des individus, c'est sur les ressources de ceux-ci que l'on s'appuie pour les aider à développer leur potentiel, à participer à la vie sociale et à profiter de l'enrichissement collectif. Le professionnel voulant aider les individus à s'émanciper devient alors un facilitateur (Deverchère, 2017). En fait, le DPA se réalise lorsque le professionnel aide les individus ou les groupes à identifier ce qui est important pour eux, les obstacles existants et les ressources qu'ils possèdent; à construire les conditions de soutien et les alliances nécessaires pour atteindre les objectifs qu'ils se sont donnés; et à évaluer l'expérience de changement en mettant des mots sur ce qu'ils ont compris de celle-ci afin d'en prendre conscience (Jouffray et Etienne, 2017; Le Bossé, 2012; Persily et Hildebrandt, 2008). Dans un tel processus, l'intervenant occupe la fonction d'agent de changement en contribuant à la réalisation d'un

projet qui compte pour les individus et les groupes, en recréant un mouvement lorsqu'il y a un blocage et en élargissant le monde des possibles (Vallérie et Le Bossé, 2006).

Afin d'établir l'étendue des connaissances concernant le DPA dans un contexte de soutien à domicile des aînés, une recension des écrits est apparue utile. Plus précisément, un examen de la portée des connaissances (*scoping review*) (Arksey et O'Malley, 2005; Levac, Colquhoun et O'Brien, 2010) a été réalisé. Le but de cet examen est de faire ressortir les résultats des études s'intéressant au DPA des aînés vivant à domicile, en regard des étapes de réalisation de cette démarche, afin de comprendre comment elle est conçue et appliquée. La méthode d'examen de la portée des connaissances utilisée, ainsi que les résultats de la démarche et la discussion de ceux-ci sont présentés dans cet article.

## Méthode

Pour réaliser l'examen de la portée des connaissances, les études pertinentes ont été retracées au cours des mois de juin et juillet 2017. La recherche documentaire a été effectuée dans les bases de données suivantes : CINHAl, Cochrane Library, MEDLINE, ProQuest, PubMed Central Canada, Scopus et SocIndex. Le Tableau 1 présente les mots clés et la démarche de recherche utilisés pour explorer ces bases de données. Les types de documents retenus sont les rapports de recherche, les études expérimentales, les revues systématiques ou méta-analyses et les études qualitatives. Une recherche dans les listes de références des documents retenus a également été effectuée.

**Tableau 1 :** *Mots clés utilisés dans la démarche de recherche*

---

older persons, elderly, senior, aged, 80 and more, senior, personne âgée

AND

home support, homemaker service, community, non-med support services, soutien à domicile, communauté, collectivité, organization, management, daily life, activity, home care, health service for the aged

AND

empowerment, pouvoir d'agir

---

Dans l'ensemble des études retracées, celles qui ont été retenues répondaient à quatre critères de sélection. Elles étaient des études primaires faisant référence, dans le titre, dans les mots-clés ou dans le résumé, au soutien à domicile des personnes âgées et à l'empowerment ou au pouvoir d'agir des personnes qui les soutiennent, parues entre 1996<sup>1</sup> et 2017, écrites en anglais ou en français et de bonne qualité. Les critères de rigueur de l'outil d'évaluation des méthodes mixtes *Mixed Methods Appraisal Tool (MMAT)* (Pace et coll., 2012) ont été utilisés pour évaluer la qualité de ces études (voir Tableau 2). Pour ce qui est des revues systématiques, méta-analyses ou métasynthèses, la démarche de

recherche et la méthode d'évaluation de la qualité des études incluses dans l'échantillon devaient être décrites clairement.

**Tableau 2 :** *Critères d'évaluation de la qualité des articles*  
[TRADUCTION LIBRE MMAT] (PACE ET AL., 2012)

Critères communs à tous les articles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que l'objectif ou la question de recherche est clairement formulé ?</li> <li>• Est-ce que les données recueillies répondent à la question de recherche ou à l'objectif ?</li> </ul> <p>+ critères associés aux différents types d'étude nommés ci-dessous (qualitative, randomisée, non randomisée, quantitative descriptive, mixte)</p>
Étude qualitative	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que les données sont recueillies de manière appropriée ?</li> <li>• Est-ce que la démarche d'analyse des données est cohérente avec la question de recherche ou l'objectif ?</li> <li>• Est-ce que le contexte sur lequel les résultats s'appuient est clairement décrit ?</li> <li>• Est-ce que l'influence du chercheur sur les résultats est considérée de façon appropriée ?</li> </ul>
Étude randomisée contrôlée (RCT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que la méthode de randomisation est décrite clairement ?</li> <li>• Est-ce que la description de l'opacité de la randomisation est claire (ex. : enveloppes scellées) ?</li> <li>• Est-ce que les données recueillies sont complètes à 80 % et plus ?</li> <li>• Est-ce qu'il y eu moins de 20% d'abandon ?</li> </ul>
Étude quantitative non-randomisée	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que les participants sont recrutés de manière à réduire les biais ?</li> <li>• Est-ce que la méthode et les instruments de mesure sont valides ?</li> <li>• Est-ce que la population du groupe contrôle est comparable à la population à l'étude ?</li> <li>• Est-ce que les données recueillies sont complètes à 80 % ou plus, et, quand applicable, le taux de réponse est-il acceptable (60 % et plus), ou un taux acceptable de suivi pour les études de cohorte (dépendant de la durée du suivi) ?</li> </ul>
Étude quantitative descriptive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que la méthode d'échantillonnage est appropriée pour répondre à la question de recherche quantitative ?</li> <li>• Est-ce que l'échantillon est représentatif de la population à l'étude ?</li> <li>• Est-ce que la méthode et les instruments de mesure sont valides ?</li> <li>• Est-ce qu'il y a un taux de réponse acceptable (60 % ou plus) ?</li> </ul>
Étude mixte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Est-ce que la méthode mixte répond à la question de recherche ou à son objectif ?</li> <li>• Est-ce que l'intégration de données qualitatives et quantitatives est pertinente, en relation avec la question ou l'objectif de recherche ?</li> <li>• Est-ce que les limites de l'étude sont considérées et décrites ? Est-ce que des mesures sont prises pour assurer la validité de l'étude ?</li> </ul>

La recherche documentaire a été réalisée par deux personnes soutenues par la chercheuse principale et une bibliothécaire. Elles ont mis en commun leurs résultats et ont échangé sur la sélection des articles à exclure et à inclure. Les documents retenus ont été lus en détail et une fiche de lecture a été remplie pour chacun d'eux afin de synthétiser la démarche de recherche et la qualité de celle-ci, ainsi que les résultats permettant de répondre au but de l'examen de la portée

des connaissances. Par la suite, les fiches de lecture ont fait l'objet d'une analyse de contenu afin d'atteindre le but de cet examen. Finalement, les résultats de l'analyse ont été synthétisés et une consultation des membres de l'équipe de recherche a été réalisée.

## Résultats

Au cours du processus initial de recherche documentaire (voir Tableau 1), 628 documents ont été trouvés. Après une lecture des titres, des résumés et du contenu de certains de ces documents, neuf études répondant aux critères de sélection ont été retenues (voir Figure 1). Aucune revue systématique, méta-analyse ou métasynthèse n'a été répertoriée. Les documents retenus sont des études réalisées entre 2003 et 2015. Deux proviennent du Canada, deux des États-Unis, deux de Finlande, deux de Suède et une du Japon. La taille des échantillons et les méthodes de collecte et d'analyse des données utilisées sont très variées. En fait, cinq de ces études utilisent un devis de recherche qualitatif, trois sont expérimentales et une est un sondage (voir Tableau 3). Les résultats de l'analyse thématique du contenu de ces études (fiches de lecture) sont maintenant présentés.

Figure 1 : Processus de sélection des articles

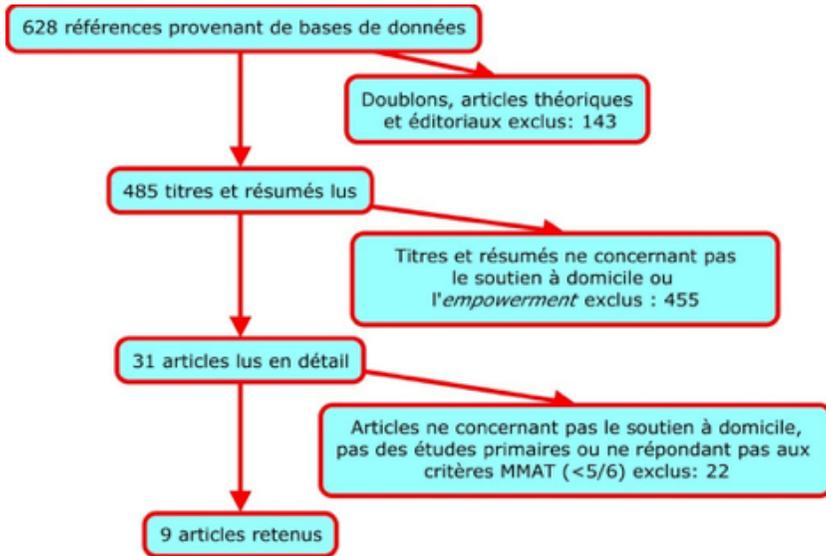


Tableau 3 : Études retenues

Auteurs	But	Méthode (collecte et analyse de données)	Échantillon	Résultats	Qualité (MMAT)
Behm et coll. (2013)	Décrire la variation des expériences des visites à domicile et leurs conséquences sur la santé auprès de la population âgée de 80 ans et plus	Étude qualitative  Entretiens individuels  Méthode d'analyse phénoménologique	17 personnes de 80 ans et plus (Suède)	Principaux thèmes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• PVD me rend visible et met en évidence ma valeur en tant qu'être humain</li> <li>• PVD m'apporte un sentiment de sécurité</li> <li>• PVD m'incite à agir</li> <li>• PVD n'est pas pour moi</li> </ul>	6/6
Depatie et Bigbee (2015)	Identifier les facteurs facilitants et les barrières à l'utilisation de technologies mobiles avec les personnes âgées en milieu rural	Sondage Questionnaire comprenant des questions quantitatives et qualitatives  Analyse qualitative de contenu  Questionnaire comprenant des questions quantitatives et qualitatives  Analyse qualitative de contenu	30 personnes âgées de 60 ans et plus vivant en milieu rural (États-Unis)	Facilitateurs : la facilité d'utilisation, la commodité et l'abordabilité. Obstacles : risque pour la vie privée et la sécurité de leurs informations de santé et un coût élevé.	6/6
Dubuc, Dubois, Raïche, N'Deye et Hébert (2011)	Comprendre les effets d'un modèle de service de soins intégrés (SSI) répondant aux besoins des personnes âgées à domicile	Quasi expérimentale  Instruments de mesure validés  Analyses statistiques	920 personnes âgées de 75 ans et plus vivant dans la communauté (Canada)	À la fin de l'étude, 35% (IC 95%: 31% à 40%) des aînés bénéficiant du SSI avaient au moins un besoin non satisfait, comparativement à 67% (IC de 95%: 62% à 71%) de ceux qui n'étaient pas bénéficiaires de ce service.	5/6

Johansson et coll. (2009)	Explorer le processus de « vieillir sur place », en relation avec des services de modification du domicile et comprendre comment les personnes âgées effectuent ces modifications au cours de leur vie quotidienne.	Étude qualitative  Entretiens semi-structurés  Analyse qualitative du contenu	4 personnes âgées de 60 ans et plus inscrites dans un service de modification du logement (Suède)	La créativité et les efforts des participants étaient orientés vers la création de situations futures avec des possibilités d'action.	6/6
Markle-Reid et coll. (2006)	Évaluer les effets et les coûts d'une intervention infirmière proactive sur la promotion de la santé en plus des soins à domicile habituels, chez les personnes âgées	Étude expérimentale (randomisée contrôlée)  Instruments de mesure validés  Analyses statistiques	242 personnes âgées de 75 ans et plus éligibles à un service de soutien à domicile (Canada)	Amélioration significative de la santé mentale, réduction de la dépression et amélioration de la perception du soutien social	6/6
Nomura et coll. (2009)	Décrire l'implantation et le processus d'évaluation d'un programme d'activité de groupe utilisant la théorie de la réadaptation cognitive dans le but d'amener du pouvoir d'agir aux personnes âgées avec un début de démence et des programmes d'éducation et de conseil visant à donner du pouvoir d'agir aux proches aidants	Recherche-action  Observation  Commentaires écrits des proches aidants  Entretiens téléphoniques avec les proches aidants  Analyse qualitative du contenu.	37 personnes âgées atteintes de démence légère ou modérée et 31 proches aidants (Japon)	Personnes âgées : • ↑ compétences • ↑ confiance Proches aidants : • ↑ connaissances sur la démence • ↑ utilisation des ressources sociales • ↑ capacité d'interpréter les symptômes de la démence • ↑ capacité à réduire les problèmes de comportement des personnes atteintes	6/6

Pitkälä et coll. (2009)	Déterminer les effets de divers groupes de réadaptation psychosociale (art, exercice, discussion) sur la santé subjective, l'utilisation et les coûts des services de santé et la mortalité	Étude expérimentale (randomisée contrôlée) Instruments de mesure validés Analyses statistiques	235 personnes âgées souffrant de solitude (Finlande)	Après deux ans, le taux de survie et la santé subjective des participants du groupe intervention sont plus élevés et le coût des services de santé plus bas en comparaison avec ceux du groupe contrôle.	6/6
Savikko et coll. (2010)	Investiguer quels sont les processus favorables dans divers groupes de réadaptation psychosociale (art, exercice, discussion) et quels sont les facteurs médiateurs dans le soulagement de la solitude	Étude qualitative Journaux des leaders de groupe Observations des chercheurs Questionnaires post-intervention Analyse qualitative de contenu. Triangulation	117 personnes âgées exprimant un sentiment de solitude (Finlande)	Faire des choses ensemble et partager des expériences avec leurs pairs ont : <ul style="list-style-type: none"> <li>• inspiré des discussions animées</li> <li>• créé un sentiment d'appartenance</li> <li>• mené à l'<i>empowerment</i> des participants et à une meilleure estime personnelle</li> <li>• activé socialement les participants</li> <li>• diminué le sentiment de solitude d'appartenance</li> </ul>	6/6
Sixsmith et Boneham (2003)	Explorer les relations entre la participation dans la communauté, la santé et le pouvoir d'agir des hommes âgés	Étude de cas Entretiens individuels et de groupe Analyse qualitative de contenu	18 personnes âgées de 56 ans et plus (UK)	Les hommes âgés: <ul style="list-style-type: none"> <li>• croient que les problèmes de santé sont des affaires privées</li> <li>• ne vont pas toujours chercher de l'aide</li> <li>• se mettent en position d'isolement</li> <li>• se sentent marginalisés et sans pouvoir</li> </ul>	6/6

### *Ce qui est important pour les aînés*

Dans les études retenues, les chercheurs font référence, quelques fois dans leur recension des écrits (*background*) ou dans leurs résultats, aux besoins des aînés exprimés par ceux-ci, ou ce qui est important pour eux. Il ressort, entre autres, de l'étude de Behm, Dahlin-Ivanoff et Ziden (2013), visant à décrire l'expérience vécue de personnes très âgées lors d'une visite préventive à domicile, que les participants apprécient se sentir en sécurité avec les intervenants se présentant à leur lieu de résidence,

ne pas se sentir invisibles, être pris au sérieux et participer aux décisions qui les concernent. Pour ce qui est de la participation aux décisions, les personnes interviewées dans l'étude de Depatie et Bigbee (2015), visant à identifier les facteurs facilitants et les barrières à l'utilisation de technologies mobiles avec les personnes âgées en milieu rural, soulignent vouloir choisir quand et où partager leurs informations de santé. Enfin, Johansson, Josephsson et Lilja (2009), lorsqu'ils ont exploré comment les aînés effectuent les modifications relatives à l'aménagement de leur domicile, ont compris l'importance de tenir compte des préférences, des besoins et des efforts de ces personnes.

#### *Obstacles auxquels les aînés sont confrontés*

Les obstacles auxquels sont confrontés les aînés vivant dans la communauté sont peu abordés dans les études retenues. En fait, les multiples pertes et deuils à l'origine du sentiment de solitude ou associés à un diagnostic récent de démence sont les principaux obstacles décrits (Nomura et coll., 2009; Pitkälä, Routasalo, Kautiainen et Tilvis, 2009; Savikko, Routasalo, Tilvis et Pitkälä, 2010). Dans les deuils qui ressortent de l'étude de Nomura et coll. (2009) réalisée auprès de personnes ayant un début de démence, les changements dans les relations familiales, tels la perte d'intimité avec le conjoint, le besoin de supervision dans les activités quotidiennes et la limitation des activités sont identifiés. Aussi, dans l'étude de Sixsmith et Boneham (2003), on apprend que les hommes âgés participeraient moins à la vie communautaire qu'ils perçoivent comme un monde de femmes et demandant des habiletés de communication particulières. Leur vie sociale se limiterait aux amis proches et à la famille.

#### *Ressources permettant de contourner les obstacles*

Les études retenues permettent d'identifier des ressources utilisées par les aînés pour faire face aux obstacles auxquels ils sont confrontés, dont la capacité d'apprendre et de changer (Nomura et coll., 2009), la recherche de différentes possibilités d'action et la créativité (Johansson et coll., 2009), la contribution à la vie d'un groupe ou d'une communauté (Savikko et coll., 2010; Sixsmith et Boneham, 2003) et l'utilisation de nouvelles technologies (Depatie et Bigbee, 2015). En fait, plusieurs aînés sont en santé, vivent dans leur maison, sont autonomes (Behm et coll. 2013) et peuvent être créatifs et faire des efforts pour retrouver ou préserver des opportunités d'action malgré les difficultés, l'incertitude et la perte de spontanéité (Johansson et coll., 2009). Par exemple, après un événement stressant (décès du conjoint, divorce, retraite forcée), des hommes âgés auraient élargi leur participation communautaire et accepté de participer à un groupe formel (Sixsmith et Boneham, 2003). Dans l'étude de Depatie et Bigbee (2015), on apprend que 43%

des personnes âgées ( $n = 30$ ) seraient modérément ou extrêmement à l'aise de surveiller de façon électronique leurs indicateurs de santé et à partager les données avec un professionnel de la santé. Il est aussi intéressant de constater, dans les résultats de l'étude de Nomura et coll. (2009), qu'une personne présentant un début de démence maintient sa capacité d'apprendre.

### *Stratégies et moyens d'évaluation utilisés*

Les stratégies utilisées pour soutenir le DPA des aînés qui ressortent des études répertoriées sont la réadaptation cognitive (Nomura et coll., 2009) et psychosociale (Pitkälä et coll., 2009 ; Savikko et coll., 2010), les visites préventives à domicile (Behm et coll., 2013) et la promotion de la santé (Markle-Reid et coll., 2006). Les participants dans ces études sont généralement des aînés vivant dans la communauté et recevant du soutien à domicile (ou étant éligible à un tel service) et, plus spécifiquement, vivant un sentiment de solitude ou atteints d'un début de démence.

Dans l'étude japonaise de Nomura et coll. (2009), la réadaptation cognitive étudiée était un programme d'activités de groupe pour des aînés souffrant d'une démence à un stade précoce et ayant un déficit cognitif modéré ( $n = 37$ ), ainsi que l'éducation et le conseil pour les proches aidants de ces personnes ( $n = 31$ ). Le but du programme, qui a duré cinq ans, était le DPA des personnes atteintes et de leurs proches aidants. Il comprenait une activité par mois et se déroulait en trois cycles. Lors du premier cycle (18 mois), le DPA individuel des personnes atteintes était recherché à l'aide de stratégies de compensation des déficits et de l'ajustement de ces stratégies. Pendant le second cycle (24 mois), c'est le DPA de groupe pour améliorer les relations familiales et la camaraderie entre les personnes atteintes qui était ciblé. Enfin, le troisième cycle (18 mois) servait à augmenter le DPA de la communauté dans le cadre de la participation à diverses activités locales. Les moyens d'évaluation de l'intervention étaient : une grille d'observation des attitudes et des comportements des personnes atteintes, du contenu de leurs conversations et de l'atmosphère dans le groupe lors de l'activité; des notes de terrain résumant chaque activité; les commentaires écrits des proches aidants concernant la personne atteinte et les changements observés; et une entrevue téléphonique mensuelle avec les proches aidants. De l'évaluation, il ressort qu'en restaurant des habiletés procédurales perdues des personnes atteintes de démence précoce et en donnant des rétroactions positives à celles-ci, leur confiance personnelle et leur pouvoir d'agir ont augmenté. De plus, l'éducation et les conseils, sous forme de *coaching*, ont aidé les proches aidants à faire face aux symptômes de la démence.

La réadaptation psychosociale étudiée par Pitkälä et coll. (2009) visait la diminution du sentiment de solitude vécu par les aînés. Les participants ( $n = 235$ ) étaient inclus dans l'échantillon d'une étude expérimentale finlandaise. Ils étaient répartis, de façon aléatoire, dans un groupe intervention et un groupe contrôle. L'intervention, élaborée par Savikko en 2008, comportait trois activités de groupe, soit un groupe d'activités artistiques, un groupe d'exercice et un groupe d'écriture thérapeutique. Les participants étaient répartis dans les groupes selon leurs intérêts et leurs préférences. L'intervention comprenait une rencontre hebdomadaire sur une période de trois mois. Il y avait de sept à huit participants dans chaque groupe, ainsi que deux professionnels s'assurant de la sécurité et de la participation égale de tous. Les rencontres duraient entre cinq et six heures. Le transport en minibus, les collations et le dîner étaient offerts. Le programme des rencontres était prédéterminé et visait à ce que les participants fassent des activités intéressantes ensemble et partagent leur expérience, reçoivent du soutien de la part de leurs pairs et en donnent, dépassent leurs propres limites et diminuent leur sentiment de solitude. Les participants pouvaient modifier le programme prévu à leur guise. Les résultats mettent en évidence que les participants du groupe intervention ont, deux ans après l'intervention, une santé subjective et un taux de survie plus élevés que ceux du groupe contrôle. Les coûts des services de santé étaient aussi plus bas pour le groupe intervention (Pitkälä et coll., 2009). De plus, l'intervention a fait l'objet d'une évaluation qualitative à l'aide de journaux de bord des professionnels animant les groupes, des observations des chercheurs et des questionnaires post-intervention remplis par les participants du groupe intervention ( $n = 117$ ) (Savikko et coll., 2010). Les résultats de l'analyse de contenu soulignent que le fait de faire des activités et de partager des expériences avec leurs pairs a provoqué des discussions animées, a créé un sentiment d'appartenance et a mené au DPA des participants et à une meilleure estime personnelle. L'intervention a aussi activé socialement les participants et leur sentiment de solitude a diminué.

Lors des visites préventives à domicile et d'activités de promotion de la santé pour les aînés expérimentées par Behm et coll. (2013) et Markle-Reid et coll. (2006), les chercheurs ont utilisé le DPA auprès des participants pour maintenir ou améliorer leur autonomie et leur santé. Dans l'étude de Behm et coll. (2013), des personnes très âgées ( $> 80$  ans) ont bénéficié d'une visite préventive à domicile au cours de laquelle des professionnels de la santé (ergothérapeute, physiothérapeute, infirmière ou travailleur social) ont pris entre 1h30 et 2h00 pour donner des informations verbales et écrites sur les ressources existantes dans la communauté (ex. : activités de groupe, soutien de bénévoles ou professionnels), faire une évaluation du risque de chute, suggérer des

adaptations pour le domicile et proposer un programme d'exercices physiques de base. Les résultats de l'étude qualitative réalisée auprès des participants ( $n = 17$ ) indiquent que pour plus de la majorité l'intervention leur a donné de la visibilité et leur a offert une preuve de leur dignité humaine (8/17), leur a apporté un sentiment de sécurité (16/17) et les a incités à agir (13/17). De leur côté, Markle-Reid et coll. (2006) ont réalisé une étude expérimentale randomisée contrôlée ( $n = 288$ ) au cours de laquelle les participants dans le groupe intervention bénéficiaient d'un ajout aux soins infirmiers habituels à domicile, soit une évaluation de leur santé combinée à des visites régulières ou des contacts téléphoniques, de l'éducation à la santé concernant la gestion de leur problème de santé, de la coordination des services communautaires, des stratégies de DPA visant à augmenter leur indépendance et la conception avec le participant d'un plan de santé avec des objectifs à court et moyen termes. L'intervention a été évaluée à l'aide de plusieurs questionnaires standardisés. Les résultats indiquent que l'intervention a permis d'améliorer la santé mentale et le fonctionnement physique des participants et d'augmenter leur perception d'un soutien social et ce, sans coût additionnel pour le réseau de la santé. Toutefois, elle n'a pas permis d'améliorer de façon significative les capacités d'adaptation des participants (*coping*).

## Discussion

Ce qui est important pour les aînés, dans les études retenues, est principalement relié au fait que ces personnes veulent participer à la prise de décision les concernant et faire des choix en fonction de leurs préférences. Ce constat est cohérent avec le fait qu'une personne développera son pouvoir d'agir lorsqu'elle poursuit un but ayant de l'importance pour elle (Le Bossé, 2012). Si on considère le processus de vieillissement normal (Dalby, 2006; Hasworth et Cannon, 2015; Lipsky et King, 2015; Wernher et Lipsky, 2015) et les propos de Holm et Severinsson (2013) en particulier, les personnes vieillissantes savent généralement que devant les changements physiques, psychologiques, sociaux et spirituels qu'elles vivent, elles ont à faire un travail de réconciliation avec leur vie et de reconstruction de leur identité. Ce travail est individuel et varie d'une personne à l'autre en fonction de ses ressources et de son environnement. L'intervenant, dans un rôle d'agent de changement tel que décrit par Vallérie et Le Bossé (2006), contribue à cette réconciliation et à cette reconstruction, non pas en décidant pour la personne, mais en l'aidant à identifier ce qui est important pour elle, en soutenant sa réflexion à l'aide de questions et d'information, en explorant avec elle différentes possibilités et en contribuant à la mise en œuvre d'une solution qui lui convient.

Les multiples pertes et deuils à l'origine du sentiment de solitude ou associés à un diagnostic récent de démence ressortent de certaines études

expérimentales retenues comme des obstacles que doivent affronter les aînés et qui orientent les interventions qui leur sont proposées. Par exemple, Nomura et coll. (2009) tiennent compte de la perte cognitive et Savikko et coll. (2010) des pertes et des deuils contribuant à l'isolement social. Toutefois, étant donné la pluralité du vieillissement et ses multiples implications et conséquences, il semble que les obstacles vécus par les aînés sont plus nombreux et variés. On peut, par exemple, penser à la perte d'identité qui accompagne souvent la retraite, le retrait du permis de conduire qui complique les transports ou la peur devant la fin de vie qui approche.

Plusieurs ressources utilisées par les personnes pour faire face aux obstacles associés au vieillissement ont été identifiées dans les études retenues (ex. : capacité d'apprendre et de s'adapter, créativité). Ces résultats encouragent à poursuivre l'exploration des ressources des aînés et surtout à les utiliser dans les interventions pour aider les aînés à en prendre conscience et à s'en servir dans leur vie quotidienne. Ceci permet de faire face à la stigmatisation, voire à l'âgisme. En fait, la stigmatisation prend différentes formes. Elle peut, entre autres, être sociale et provenir de l'entourage de l'aîné (proches, professionnels de la santé) ou internalisée lorsque l'aîné se stigmatise lui-même en se disant, par exemple, trop vieux et sans pouvoir (Livingston et Boyd, 2010). Or, en considérant les ressources des aînés, les chercheurs et les intervenants contribuent à créer un environnement respectueux et stimulant et augmentent l'efficacité de leurs interventions auprès de cette clientèle, comme on peut le constater dans les études de Nomura et coll. (2009) et de Savikko et coll. (2010).

Les résultats des quelques stratégies répertoriées suggèrent que seule l'intervention de Pitkälä et coll. (2009), dans laquelle les participants pouvaient choisir l'activité qui leur convenait et avaient un certain contrôle sur le déroulement de celle-ci, se rapproche du DPA associé à l'émancipation des individus tel que défini par Deverchère (2017). Des résultats de cette étude, on retient que les activités en groupe, sur une période de temps prolongée (trois mois), encourageraient les participants à se mettre en action et à développer leur pouvoir d'agir. En fait, dans de telles activités, les participants ont possiblement plus de temps et de moyens pour construire les conditions de soutien et les alliances nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'ils visent et ce, en tenant compte de leurs ressources et des obstacles auxquels ils doivent faire face. Ceci est illustré par Savikko et coll. (2009) lorsqu'ils décrivent comment l'intervention expérimentée par Pitkälä et coll. (2009) favorisait les interactions entre les participants : « Dans chaque groupe, les participants sont encouragés par les autres participants et par les professionnels à explorer la nouveauté, à aller au-delà des limites qu'ils s'imposent et à se voir différemment » [traduction libre] (p. 22).

En ce qui concerne l'évaluation des résultats, dans deux études qualitatives les chercheurs ont questionné les participants afin que ceux-ci s'expriment sur ce qu'ils retiennent de l'expérience (Behm et coll., 2013) ou identifient les facteurs qui ont influencé les résultats de l'intervention (Savikko et coll., 2010). Cette façon d'évaluer une intervention se rapproche de celle suggérée par Jouffray et Etienne (2017) qui permet aux participants de prendre conscience des changements découlant de cette intervention.

Enfin, on constate que la majorité des interventions retracées dans les écrits ne visent pas spécifiquement le DPA, mais la santé physique, psychologique, cognitive et sociale, ainsi que l'amélioration des habitudes de vie et du soutien social (Behm et coll., 2013; Markle-Reid et coll., 2006; Savikko et coll., 2010). De plus, quoique dans certaines interventions le processus prévoit un ajustement aux besoins des participants, les chercheurs ne se questionnent pas sur l'importance que l'intervention a pour ces personnes et ne tiennent pas compte des obstacles auxquels elles sont confrontées. En fait, les chercheurs qui ont mené ces études ont peu décrit le DPA qui les inspirait, ce qui aurait permis de développer une intervention cohérente avec les composantes de ce processus. Par exemple, dans l'étude de Nomura et coll. (2009), les chercheurs soulignent que *l'empowerment* serait la restauration du pouvoir individuel, alors que dans l'étude de Markle-Reid et coll. (2006) ils indiquent qu'il serait réalisé à l'aide de stratégies encourageant des attitudes positives et l'utilisation de connaissances et d'habiletés favorisant la santé.

Ainsi, devant les résultats de l'examen de la portée des connaissances en regard des interventions retracées, il s'avère nécessaire de faire des études supplémentaires ciblant spécifiquement le DPA en s'inspirant de façon plus précise du processus permettant d'atteindre ce but. Des interventions pourraient être développées et évaluées en partenariat avec les participants, en tenant compte de ce qui est important pour eux, des obstacles qu'ils affrontent et de leurs ressources. Devant ces constats, des recherches non traditionnelles, telles des recherches-actions ou collaboratives, voire s'inspirant de théories critiques, seraient utiles.

## Conclusion

Le présent examen de la portée des connaissances a permis de mettre en évidence que très peu de chercheurs s'intéressent au DPA des personnes âgées en regard du soutien à domicile. On remarque que, de façon générale, dans les études retenues, le pouvoir d'agir n'est pas le but et que, quand c'est le cas, ce concept n'est pas bien défini et les interventions ainsi que les moyens d'évaluation ne sont pas cohérents avec une démarche visant le développement de ce pouvoir. Toutefois, il apparaît que se préoccuper des besoins des personnes âgées et des obstacles

auxquels elles sont confrontées, ainsi que de leurs ressources, présente des bénéfiques. Devant ces constats, des études supplémentaires s'inspirant précisément du DPA sont nécessaires pour améliorer l'efficacité des interventions et ce, en collaboration avec la population ciblée.

### NOTES

1. Azeredo et Payeur (2015) ont écrit qu'au « Québec, la part d'ainés a franchi le seuil de 12 % en 1996 et devrait atteindre 20 % en 2020, soit 24 ans plus tard. Cette évolution de 12 % à 20 % d'ainés sera relativement rapide par rapport aux pays de l'OCDE. Plusieurs pays, surtout européens, devraient aussi atteindre 20 % d'ainés vers 2020, mais il leur aura fallu beaucoup plus de temps que le Québec, souvent entre 40 et 60 ans. Ce phénomène est à mettre en relation avec leur ancienneté dans la transition démographique, mais également avec l'ampleur de leur baby-boom et/ou de leur baby-bust. » (p. 6)

### RÉFÉRENCES

- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Azeredo, A. C. et Payeur, F. F. (juin, 2015). Vieillesse démographique au Québec : comparaison avec les pays de l'OCDE, Institut de la statistique du Québec. *Données sociodémographiques en bref*, 9(3), 1-9. <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/bulletins/sociodemo-vol19-no3.pdf#page=1>
- Behm, L., Dahlin-Ivanoff, S. et Ziden, L. (2013). Preventive home visits and health – experiences among very old people. *BMC Public health*, 13(378), 1-10. doi:10.1186/1471-2458-13-378
- Bourbonnais, A. et Ducharme, F. (2010). Âgisme et profession d'aide : des paradoxes dans une société vieillissante. Dans M. Lagacé (dir.), *L'âgisme. Comprendre et changer le regard social sur le vieillissement* (pp. 155-174). Presses de l'Université Laval.
- Charpentier, M. et Soulières, M. (2007). Pouvoirs et fragilités du grand âge : “j’suis encore pas mal capable pour mon âge” (Mme H., 92 ans). *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 128-143.
- Cohen-Mansfield, J. et Perach, R. (2015). Interventions for alleviating loneliness among older persons: a critical review. *American Journal Of Health Promotion: AJHP*, 29(3), e109-e125. doi: 10.4278/ajhp.130418-LIT-182
- Dalby, P. (2006). Is there a process of spiritual change or development associated with ageing? A critical review of research. *Ageing & Mental Health*, 10(1), 4-12.
- de Labra, C., Guimaraes-Pinheiro, C., Maseda, A., Lorenzo, T. et Millán-Calenti, J. C. (2015). Effects of physical exercise interventions in frail older adults:

- a systematic review of randomized controlled trials. *BMC Geriatrics*, 15, 154-154. doi:10.1186/s12877-015-0155-4
- Depatie, A. et Bigbee, J. L. (2015). Rural older adult readiness to adopt mobile health technology : a descriptive study. *Online Journal of rural nursing and health care*, 15(1), 150-184. doi:10.14574/ojrnhc.v15i1.346
- Deverchère, N. (2017). Innovations et engagement des travailleurs sociaux en faveur du DPA. *Vie sociale*, 3(19), 91-105.
- Dickens, A. P., Richards, S. H., Greaves, C. J. et Campbell, J. L. (2011). Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review. *BMC Public Health*, 11, 647-647. doi:10.1186/1471-2458-11-647
- Dubuc, N., Dubois, M.-F., Raïche, M., N'Deye, R. G. et Hébert, R. (2011). Meeting the home-care needs of disabled older persons living in the community: does integrated services make a difference? *BMC Geriatrics*, 11(67), 1-13.
- Gottlieb, L. (2014). *Les soins infirmiers fondées sur les forces*. ERPI.
- Hasworth, S. B. et Cannon, M. L. (2015). Social theories of aging: A review. *Disease-A-Month: DM*, 61(11), 475-479.
- Hill, K. D., Hunter, S. W., Batchelor, F. A., Cavallheri, V. et Burton, E. (2015). Individualized home-based exercise programs for older people to reduce falls and improve physical performance: A systematic review and meta-analysis. *Maturitas*, 82(1), 72-84. doi: 10.1016/j.maturitas.2015.04.005
- Holm, A. L. et Severinsson, E. (2013). A qualitative systematic review of older persons' perceptions of health, ill health, and their community health care needs. *Nursing Research And Practice*, 2013, 67270 doi:10.1155/2013/672702
- Johansson, K., Josephsson, S. et Lilja, M. (2009). Creating possibilities for action in the presence of environmental barriers in the process of 'ageing in place'. *Ageing & Society*, 29(1), 49-70. doi:10.1017/S0144686X08007538
- Jouffray, C. et Étienne, C. (2017). Vous avez dit participation? Apports de l'approche centrée sur la DPA-OC sur cette question. *Vie sociale*, 3(19), 107-125.
- Le Bossé, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance : invitation à soutenir le DPA des personnes et des collectivités* (Tome 1). Ardis.
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(69), 1-9.
- Livingston, J. D. et Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 71(12), 2150-2161. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.09.030
- Lipsky, M. S. et King, M. (2015). Biological theories of aging. *Disease-A-Month: DM*, 61(11), 460-466.

- Markle-Reid, M., Weir, R., Browne, G., Roberts, J., Gafni, A. et Henderson, S. (2006). Health promotion for frail older home care clients. *Journal of Advanced Nursing*, 54(3), 381-395.
- Ninacs, W. A. (2008). *Empowerment et intervention*. Presses de l'université Laval.
- Nomura, M., Makimoto, K., Kato, M., Shiba, T., Matsuura, C., Shigenobu, K. Ikeda, M. (2009). Empowering older people with early dementia and family caregivers: a participatory action research study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 431-441. doi:10.1016/j.ijnurstu.2007.09.009
- Pace, R., Pluye, P., Bartlett, G., Macauley, A. C., Salsberg, J., Jagosh, J. et Seller, R. (2012). Testing the reliability and efficiency of the pilot mixed methods appraisal tool (MMAT) for systematic mixed studies review. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 47-53.
- Persily, C. A. et Hildebrandt, P. R. (2008). Theory of community empowerment. Dans M. J. Smith et P. Liehr (dir.), *Middle-Range Theories for Nursing* (2 éd.). Springer Publishing Company.
- Pitkälä, K. H., Routasalo, P., Kautiainen, H. et Tilvis, R. S. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services, and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 64A(7), 792-800. doi:10.1093/gerona/glp011
- Savikko, N. (2008). *Loneliness of Older People and Elements of an Intervention for Its Alleviation* [Thèse de doctorat inédite]. University of Turku.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. et Pitkälä, K. (2010). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5(1), 16-24. doi:10.1111/j.1748-3743.2009.00191
- Sixsmith, J. et Boneham, M. (2003). Older men's participation in community life: notions of social capital, health, and empowerment. *Ageing International*, 28(4), 372-388.
- Vallérie, B. et Le Bossé, Y. (2006). Le DPA (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, 3(39), 87-100
- Wernher, I. et Lipsky, M. S. (2015). Psychological theories of aging. *Disease-A-Month: DM*, 61(11), 480-488.
- Windle, G., Hughes, D., Linck, P., Russell, I. et Woods, B. (2010). Is exercise effective in promoting mental well-being in older age? *A systematic review. Aging & Mental Health*, 14(6), 652-669.