Chapitre 7

Prévention et vieillissement

Igier, V., Coniasse Brioude, D., Bru, A.,
Cuervo-Lombard, C. V., Muñoz Sastre, M. T.

EA 7411, Université de Toulouse – France

Introduction

Nos sociétés occidentales connaissent un vieillissement qui va s'accentuer dans les années à venir avec comme conséquence une augmentation des pathologies liées à l'âge, qu'elles soient physiques ou mentales (maladies d'Alzheimer, syndromes anxio-dépressifs, etc.). Ce constat indéniable a amené à développer des actions de prévention pour les personnes âgées afin d'augmenter leurs ressources physiques et psychologiques, de leur permettre de retarder, voire de diminuer les conséquences de ces pathologies, devenues un enjeu majeur pour notre société. L'intérêt des recherches qui vous sont présentées réside dans leur regard croisé, associant des chercheurs en psychologie et en épidémiologie (Projet ACCEPT). C'est par cette approche multidimensionnelle englobant des éléments à la fois fonctionnels, cognitifs, thymiques, psychologiques et sociaux que la prévention de nos aînés prend son sens. Premièrement, il s'agit d'apporter de nouvelles connaissances en identifiant les facteurs favorisant la promotion et l'éducation à la santé pour les personnes âgées et/ou les professionnels du soin. Deuxièmement, il s'agit d'initier un changement conceptuel dans l'approche du grand âge où maladies et déficits ne sont plus au premier plan. Pour conclure, les études présentées tenteront d'apporter un nouvel éclairage sur les mesures de protection juridiques des personnes âgées dépendantes, soulevant des questions éthiques ? Depuis la loi de 2015 (JORF n° 0158, juillet 2015), plus de 800 000 personnes âgées en France bénéficient de mises sous tutelles ou curatelles. Cette loi se veut garante du droit à « l'avis sur le consentement des personnes vulnérables ». Mais ne constitue-t-elle pas un paradoxe ? Dans la réalité de terrain, quelle est la place de la personne âgée dans cette décision ? Quel regard portons-nous dans cette décision ?

1 Motifs d'acceptation et de refus de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer en population âgée fragilisée (D. Coniasse Brioude, V. Igier)

1.1 Introduction

Le développement des démences de type Alzheimer et l'absence de traitement curatif à ce jour, contribuent à favoriser l'intérêt actuel qui peut être porté à la prévention comme moyen de lutter contre cette pathologie. Cependant, même si on reconnaît aujourd'hui l'importance de ce type d'actions, il n'en demeure pas moins que nous assistons à un manque d'adhésion de la population à ce type de recommandation. En effet, beaucoup de personnes âgées restent encore réticentes lorsqu'il est question de participer à ce type de programme.

Lorsque l'on s'intéresse au choix des personnes âgées relatif au fait de participer ou non à un essai de prévention dans le domaine de la maladie d'Alzheimer se pose la question de la motivation. Rares sont les recherches se centrant sur les motifs d'acceptation et de refus de participation à des essais préventifs en population âgée. Cependant, à l'heure actuelle on remarque un intérêt grandissant vis-à-vis cette problématique, avec des auteurs soulevant cette problématique de la participation (Borrayo, Lawsin & Coit, 2005 ; Vellas, Andrieu, Ousset, Ouzid & Mathiex-Fortunet, 2006). Une étude portant sur la prévention des démences (Fitzpatrick *et al.*, 2006) a mis en évidence chez les sujets refusant de participer un manque d'intérêt pour l'essai de prévention (48,4 %), le fait de percevoir sa santé comme étant insuffisante pour participer à l'essai de prévention (16,2 %). Il apparaît aussi que les sujets refusant de participer ne souhaitaient pas arrêter de prendre leur traitement habituel (à base de ginko biloba), ou être assignés au groupe placebo (9 %), ou encore devoir prendre un autre médicament (7 %). On constate avec cette étude que les auteurs s'inscrivent davantage dans une approche descriptive, en listant des motifs de refus de participer, que dans une démarche explicative ou compréhensive.

La présente étude a pour objectif de contribuer à une meilleure compréhension des motifs des personnes âgées s'agissant de leur choix d'accepter ou de refuser de participer à un essai préventif dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. Plus précisément, il est question de mettre à jour les facteurs motivationnels des individus à l'origine des motifs qu'ils invoquent pour expliquer leur choix.

1.2 Méthode

1.2.1 Participants

Les sujets de notre étude sont au nombre de 812 : 527 ayant accepté de participer à un essai clinique destiné à prévenir les syndromes démentiels dégénératifs (319 femmes, 208 hommes), 285 ayant refusé de participer à ce même essai préventif (197 femmes, 88 hommes). La moyenne d'âge des « acceptants » est de 74,85 ans (ET = 3,1), celle des « refusants » est de 76,17 ans (ET = 5).

1.2.2 Matériel

Notre questionnaire se compose de renseignements individuels (âge, genre, statut marital, niveau d'étude). Il comprend également des échelles de motifs d'acceptation (24 *items*) et de refus (30 *items*) de participation à un essai clinique préventif dans le domaine de la maladie d'Alzheimer. Les *items* de ces échelles ont été conçus à partir de la littérature (Boles, Getchell, Feldman, McBride & Hart, 2000 ; Fitzpatrick *et al.*, 2006 ; Lerman *et al.*, 1994 ; Rimer, Schildkraut, Lerman, Lin & Audrain, 1996 ; Sample, Sinicrope, Wargovich & Sinicrope, 2002 ; Tolmie, Mugall, Louden, Lindsay & Gaw, 2004), de huit entretiens semi-directifs et d'un *focus group*. Pour chacun des *items* les sujets devaient exprimer leur degré d'accord sur une échelle de type Lickert en quatre points.

1.2.3 Procédure

Les sujets ont été recrutés dans le cadre de l'étude ACCEPT s'intéressant à la participation de sujets âgés fragilisés à l'essai MAPT (*Multidomain Alzheimer Preventive Trial*) destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer. Les critères d'inclusion et d'exclusion de notre étude sont donc ceux de l'étude MAPT (Gilette-Guyonnet *et al.*, 2009).

1.3 Résultats

1.3.1 Motifs d'acceptation de participer

Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée auprès des 527 personnes ayant accepté de participer à l'essai de prévention. Une solution à trois facteurs a été retenue et soumise à la rotation orthogonale Varimax normalisée. Les trois facteurs expliquent 44 % de la variance totale. Le premier facteur explique 23 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Bénéfices perçus » dans la mesure où les *items* qui saturent sur ce dernier expriment l'idée que la personne accepte de participer parce qu'elle pense que les mesures préventives proposées par l'étude pourraient lui être bénéfiques. Le second facteur explique 11 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Influence sociale », car les *items* qui saturent sur ce dernier expriment l'idée que la personne accepte de participer pour des motivations en lien avec des personnes extérieures telles que les médecins ou encore l'entourage (famille, amis). Enfin, le troisième facteur explique 10 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Orientation sur soi », car les *items* qui saturent sur celui-ci soulignent chez la personne des motifs d'acceptation en lien avec des considérations relatives à sa santé, ou encore à sa disponibilité.

1.3.2 Motifs de refus de participer

Une analyse factorielle exploratoire a été réalisée auprès des 285 personnes ayant refusé de participer à l'essai préventif. Une solution à trois facteurs a été retenue et soumise à la rotation orthogonale Varimax normalisée. La solution à trois facteurs explique 41 % de la variance totale. Le premier facteur explique 17 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Manque d'intérêt », car les *items* qui saturent sur ce dernier expriment l'idée que la personne refuse de participer parce qu'elle pense que les mesures préventives proposées par l'étude sont inefficaces ou

sans intérêt pour elle. Le second facteur explique quant à lui 16 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Raisons médicales », car les *items* qui saturent sur ce facteur mettent en évidence que les motifs conduisant les individus au refus de participer seraient liés au fait que la proposition de participer émane d'un médecin, ou à la crainte d'un diagnostic médical, ou enfin au fait que le traitement à prendre puisse être encore à l'étude. Enfin, le troisième facteur explique 8 % de la variance. Il a été identifié au facteur motivationnel « Contraintes perçues », car les *items* qui saturent sur celui-ci soulignent chez les individus des motifs de refus en lien avec l'investissement supposé par la participation à l'étude aussi bien en termes de durée que de disponibilité.

1.4 Discussion

La présente étude visait la compréhension des motivations des personnes âgées à accepter ou à refuser de participer à un essai destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer. Nous avions fait le choix de nous inscrire dans une démarche dimensionnelle afin de dégager de grandes dimensions ou facteurs permettant une meilleure appréhension du phénomène étudié.

Nous avons mis en évidence l'existence d'une structure des motifs d'acceptation de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer comprenant trois facteurs. Tout d'abord, le facteur I « Bénéfices perçus » renvoie à une acceptation de participer en lien avec le fait de penser que les mesures préventives proposées par l'essai clinique pourraient être bénéfiques pour la personne (par exemple, entretenir sa mémoire, ou prendre un traitement). Ce résultat va dans le sens de certaines études qui se sont intéressées à la participation des individus âgés. En effet, plusieurs auteurs ont observé que les raisons invoquées pour expliquer l'acceptation sous-entendaient que la personne espérait tirer un bénéficie personnel de sa participation (Taylor, Sugarman, Pisetsky & Bathon, 2007 ; Tolmie *et al.*, 2004 ; Welton, Vickers, Cooper, Meade & Marteau, 1999 ; Hepworth, Paine, Miles, Marley & MacLennan, 2002). Le facteur II « Influence sociale » quant à lui souligne une acceptation de participer motivée par l'influence d'autrui qu'il s'agisse de l'entourage familial, d'amis ou encore d'un médecin. Ce résultat va dans le sens d'une étude ayant montré qu'une personne encouragée par sa famille à participer à une étude préventive serait plus encline à accepter de participer (LaVallie, Wolf, Jacobsen & Bunchwald, 2008). Le facteur III « Orientation sur soi » réfère à une motivation d'acceptation en lien avec des considérations centrées sur soi, telles que la santé ou encore la disponibilité. Ce résultat complète une étude qui avait décrit des motifs personnels tels que le fait de vouloir être mieux informé par rapport à une maladie ou encore de vouloir diminuer son risque d'avoir cette pathologie (Sample *et al.*, 2002). Les facteurs motivationnels d'acceptation de participer que nous avons fait émerger complètent les observations effectuées dans le cadre d'études traitant de l'acceptation de participer à des essais préventifs en population âgée (cancer, maladies cardio- vasculaires...). Cependant, il n'en demeure pas moins que nos résultats sont nouveaux s'agissant des motifs d'acceptation de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer, dans la mesure où nous nous situons dans une approche dimensionnelle et non descriptive comme cela fut le cas dans de précédentes recherches.

La structure des motifs de refus de participer à un essai clinique destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer comporte trois facteurs. Le premier facteur, « Manque d'intérêt », est interprété comme un refus de participer parce que la personne pense que les mesures préventives proposées dans l'étude sont inefficaces ou sans intérêt. Ce résultat corrobore des résultats antérieurs, obtenus dans le cadre de la prévention de la maladie d'Alzheimer, ayant mis en évidence des motifs de refus de participer tels que par exemple un manque d'intérêt (48.4 % des participants) (Fitzpatrick *et al.*, 2006). Le facteur II « Raisons médicales » quant à lui souligne des motifs de refus liés au fait que l'étude ait été proposée par un médecin, à la crainte d'un diagnostic ou encore au fait que le traitement à prendre pourrait être encore à l'étude. Dans le cadre d'essais préventifs en population âgée, des auteurs ont listé des raisons de refus de participer en lien avec la prise d'un traitement susceptible d'entraîner d'éventuels effets négatifs (Hepworth *et al.*, 2002 ; Borrayo *et al.*, 2005 ; Welton *et al.*, 1999). Dans le même ordre idée, une autre étude, destinée à prévenir les démences, a mis en évidence que certaines personnes évoquaient comme raison de refus de participer le fait de ne pas vouloir prendre un autre médicament (Fitzpatrick *et al.*, 2006). Le facteur III « Contraintes perçues » réfère à des motifs de refus en lien avec l'investissement supposé de la participation à l'étude, et en particulier le fait de penser que l'étude implique une certaine disponibilité (notamment en termes de durée). On retrouve le manque de disponibilité comme motif invoqué pour expliquer le refus de participer dans une étude de prévention des maladies cardio-vasculaires (Boles *et al.*, 2000).

D'un point de vue général, la présente étude a permis de mettre à jour la structure des motifs d'acceptation et de refus de participer et contribue à une meilleure connaissance des caractéristiques psychologiques des personnes âgées acceptant et refusant de participer à un essai destiné à prévenir la maladie d'Alzheimer. Connaître les caractéristiques des personnes acceptant et refusant de participer à ce type d'étude préventive pourrait permettre d'obtenir des informations utiles à la mise en place d'actions améliorant leur participation et ainsi permettre au plus grand nombre d'en bénéficier.

2 Les facteurs psychoaffectifs, sociaux, cognitifs et physiques liés à l'adaptation du sujet à sa résidence : les résultats d'une analyse en *cluster* (V. Igier, C. V. Cuervo-Lombard)

2.1 Introduction

Entrer en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) n'est pas anodin, elle constitue bien souvent pour la personne âgée une transition brutale, d'autant plus génératrice de stress qu'elle la considère comme la dernière transition majeure de sa vie (Rioux, 2008).

La personne âgée doit alors s'adapter à ce nouvel environnement, qu'elle n'a habituellement pas choisi. Comprendre comment la personne âgée s'adapte à sa résidence, c'est prendre en considération différents facteurs qu'ils soient psychoaffectifs, sociaux, cognitifs et physiques pour permettre d'identifier des profils caractéristiques d'une bonne

adaptation ou d'une adaptation problématique. L'identification de ces facteurs, c'est permettre d'appréhender la personne âgée dans sa globalité, tout en respectant son individualité et donc de privilégier une prise en charge intégrée.

Les recherches portant sur la dimension psychoaffective nous indiquent que l'incapacité de la personne âgée à s'adapter à l'institution peut résulter de nombreux phénomènes, tels qu'une humeur dépressive (Davison *et al.*, 2012), un faible soutien social (Altintas *et al.*, 2012 ; Drageset *et al.*, 2011), une faible estime de soi (Doron *et al.*, 2013) ou un comportement apathique (Gerritsen *et al.*, 2005). L'institutionnalisation s'accompagne souvent de multiples pertes ; de rôle social, d'intimité, de liberté, d'autonomie, d'habitudes de vie et d'autres aspects qui vont favoriser les risques d'installation d'une humeur dépressive. La dépression majeure est estimée entre 14 % et 26 % de la population âgée institutionnalisée (Teresi *et al.*, 2001). Parmi les ressources psychosociales identifiées comme facilitatrices de l'adaptation, le soutien social a été largement souligné dans la littérature. Qualifié de variable « tampon » face aux effets du stress de l'institutionnalisation, le soutien social atténuerait les affects négatifs de la dépression et augmenteraient l'estime de soi. Les évaluations positives de soi constitueraient alors un facteur protecteur de la symptomatologie dépressive (Sowislo & Orth, 2013). En effet, les personnes qui présentent une haute estime d'elles-mêmes utiliseraient des stratégies adaptatives et donc, seraient moins susceptibles de présenter une humeur dépressive (Mruk, 1999). D'autres chercheurs (Krueger *et al.*, 2009) mettent en évidence un lien entre le soutien social et de bonnes capacités cognitives chez le sujet âgé. Si la dépression du sujet âgé institutionnalisé constitue un véritable problème de santé publique, l'apathie est son corollaire. Les résultats des recherches sur les capacités fonctionnelles de la personne âgée institutionnalisée indiquent que plus elle a des difficultés à se mouvoir seule et plus le risque de dépression augmente (Adams *et al.*, 2004). Ainsi, plus le niveau de dépendance est important, plus les niveaux de solitude sociale et émotionnelle s'installent (Drageset, 2004). L'impact de la perte d'autonomie fonctionnelle sur la détresse psychologique est notable (Lefrançois, 2002).

L'objectif de la présente étude est d'identifier différents profils d'adaptation du sujet âgé à sa résidence, caractérisés par des variables psychoaffectives, sociales, cognitives et fonctionnelles.

2.2 Méthode

2.2.1 Participants

Un échantillon de 50 personnes âgées (M = 84,2 ans ; ET = 6,5) composé de 18 hommes (M=84,4 ans ; ET= 6,5) et de 32 femmes (M= 84,0 ans ; ET= 6,5) a été recruté dans cinq EHPAD de la région Midi-Pyrénées, au sud de la France. Ces établissements sont comparables en termes de prestations proposées et de capacité d'accueil. La majorité des participants ont choisi de rentrer en institution (54 %) et sont capables de se mouvoir sans aide humaine ou matérielle (62 %). Ils vivent en institution depuis environ trois ans (de six mois à dix-sept ans). Tous les participants ont signé un consentement éclairé écrit, après avoir reçu une information orale et écrite sur les objectifs et les modalités de l'étude.

2.2.2 Mesures

Les données sociodémographiques recueillies portaient sur l'âge, le sexe, le statut matrimonial, le niveau socioculturel des participants. Des informations complémentaires ont été également recueillies portant sur le choix d'entrée dans l'établissement et la date d'entrée dans la résidence.

L'évaluation des troubles cognitifs a été réalisée à partir de la *Mattis Demence Rating Scale* (DRS ; Mattis, 1976). Le Réseau social a été évalué à partir d'un seul concept opératoire du soutien social. Il correspond au nombre, à la fréquence et à l'intensité des liens qu'une personne établie avec un ou des tiers (Barrera *et al.*, 1986). L'anxiété et l'humeur dépressive ont été évaluées à l'aide de l'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD ; Zigmond & Snaith, 1983) adaptée en français par Untas *et al.* (2009). L'analyse de consistance interne indique pour l'anxiété un alpha de 0,70 et de 0,74 pour l'humeur dépressive. L'estime de soi a été évaluée par la *Self-Esteem Scale* (RES ; Rosenberg, 1965), traduite en français par Vallières et Vallerand en 1990. L'alpha Cronbach est de 0,83. L'apathie a été évaluée à l'aide de la *Starkstein Apathy Scale* (SAS ; Starktein, 1992). Nous utilisons le score global qui présente une bonne consistance interne (alpha de Cronbach = 0,76). L'adaptation du sujet âgé à sa résidence a été mesurée à partir de l'échelle ÈAPÂR (Castonguay & Ferron, 1999). L'alpha de Cronbach est de 0,63. L'autonomie fonctionnelle a été mesurée à partir de la grille nationale française *Autonomie gérontologie groupes iso-ressources* (AGGIR) qui permet d'évaluer le degré de perte d'autonomie d'une personne âgée dans l'accomplissement de ses actes quotidiens. Pour la capacité à se mouvoir, il a été demandé à chaque participant de bien vouloir indiquer s'il se déplaçait seul(e) ou avec aide humaine ou matérielle.

2.3 Résultats

Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel Statistica® 13.0. Des analyses hiérarchiques en *cluster* ont permis de déterminer les différents profils d'adaptation du sujet âgé à sa résidence en fonction de six variables psychologiques (le réseau social, l'estime de soi, l'apathie, l'humeur dépressive, l'autonomie fonctionnelle et les capacités cognitives) et des variables sociodémographiques. Ces analyses sont complétées par la réalisation d'analyses de variances (ANOVA), associées à des tests *post-hoc* de type LSD de Fisher pour vérifier si les profils sont bien distincts sur les dimensions de l'adaptation et des Chi^2. L'analyse hiérarchique en *cluster*, nous a permis de distinguer 3 *clusters*. Les résultats sont présentés dans le tableau 1 et la figure 1.

Le *cluster* 1 [n = 10 (2 H, 8 F) ; âge moyen = 82,6] est caractérisé par une faible adaptation. Le *cluster* 2 [n = 25 (15 F, 10H) ; âge moyen = 84,0] est caractérisé par une adaptation modérée. Enfin, le *cluster* 3 [n = 15 (9 F, 6 H) ; âge moyen = 85,3] présente le plus haut niveau d'adaptation. Une analyse de variance (ANOVA) confirme la composition significativement différente des trois *clusters* (F [2,47] = 8,23 ; $p<0,001$).

Tableau 1 – Statistiques descriptives et comparaisons des variables indépendantes selon les trois profils d'adaptation

	Groupe 1 Adaptation faible			Groupe 2 Adaptation modérée			Groupe 3 Adaptation élevée			*MC*	*F*	*p*	η^2
	M	ET	z	M	ET	z	M	ET	z				
Adaptation	8,30	1,70	-0,74	9,96	2,21	0,83	12,07	2,84	1,07	6,35	8,23	0,001	0,26
Rés. Soc	3,50	5,10	-0,43	4,80	5,31	0,79	10,93	7,74	1,15	5,07	6,13	0,004	0,21
RES	26,50	5,93	-0,96	32,64	4,66	0,86	33,60	4,24	0,78	5,91	7,47	0,002	0,24
Apathie	22,30	5,60	1,45	12,32	3,04	0,54	11,93	3,90	0,70	13,09	26,95	0,001	0,53
Humeur	4,80	1,93	0,95	3,20	1,50	0,78	1,40	1,24	0,65	9,72	15,46	0,001	0,40
Autonomie	3,30	1,34	-0,59	4,80	1,47	0,99	3,73	1,22	0,82	4,56	5,37	0,008	0,19
MDRS	112,30	7,56	-0,97	130,08	3,85	0,36	117,00	10,99	1,04	13,07	26,88	0,001	0,53

Notes : Co : Codage ; Rés. Social : Réseau social ; RES : Rosenberg Self-Esteem; MDRS : Mattis Dementia Rating Scale.

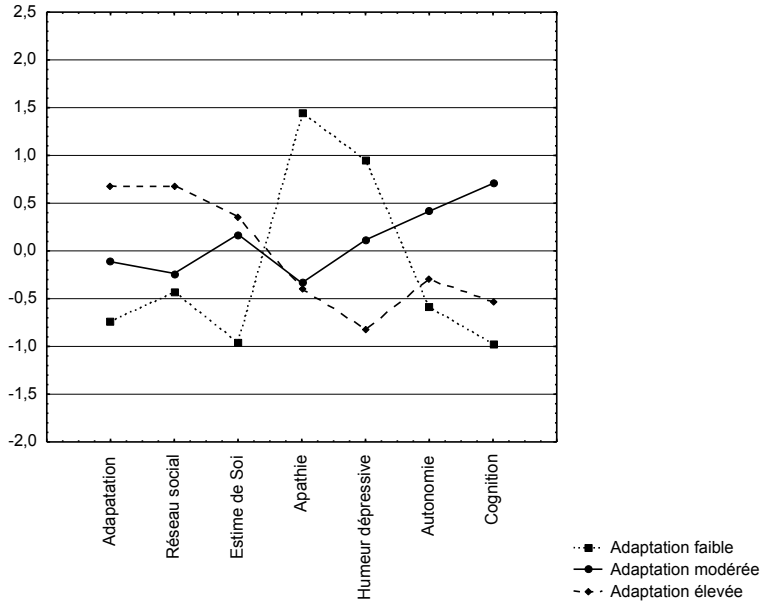


Figure 1 – Résultats de l'analyse en *cluster* (K-moyens) : tracé des scores moyens pour les trois groupes

Le *cluster* le moins adapté présente des scores faibles pour les variables cognition (F [2,47] = 26,88 ; p<0,001), autonomie fonctionnelle et estime de soi (F [2,47] = 7,47 ; p<0,001) et des scores très élevés aux échelles d'humeur dépressive (F [2,47] = 15,46 ; p<0,001) et d'apathie (F [2,47] = 26,95 ; p<0,001), comparé aux *clusters* adaptations « modérée » et « élevée ». Si nous nous intéressons maintenant au *cluster* « adaptation modérée », nous observons que les moyennes des scores sont les plus élevées pour les variables cognition et autonomie fonctionnelle (respectivement, M = 130,08 ; M = 4,80). Enfin, en ce qui concerne le dernier *cluster* « adaptation élevée » nous constatons qu'il se distingue des autres *clusters* pour les variables réseau social et humeur dépressive.

Aucun effet significatif n'a été mis en évidence entre le nombre de mois d'entrée en établissement et les 3 *clusters* (F [2,47] = 0,98 ; p>0,05). Il n'apparaît aucune différence entre les 3 *clusters* et la capacité à se mouvoir sans aide humaine ou matérielle (Chi^2 de Pearson = 3,14 ; dl = 2 ; p < 0,05). Cependant, il apparaît une différence significative entre les 3 *clusters* et le choix d'entrée dans l'établissement (Chi^2 de Pearson = 6,63 ; dl = 2 ; p < 0,05). En effet, 80 % des sujets qui composent le *cluster* 1 (« Faible adaptation ») n'ont pas choisi d'entrer en établissement.

2.4 Discussion

Trois profils ont été identifiés, caractérisés par des niveaux d'adaptation différents ; un niveau d'adaptation faible (*cluster* 1), modéré (*cluster* 2) et un niveau d'adaptation élevé (*cluster* 3). L'âge et le sexe ne les différencient pas. Par contre, ces profils se différencient sur les dimensions psychoaffectives, sociales, cognitives, fonctionnelles et certaines données socio-biographiques telles que le choix d'entrer en établissement.

Le premier *cluster*, « adaptation faible », se caractérise par une très faible estime de soi, un comportement apathique, une humeur dépressive, une capacité d'autonomie fonctionnelle faible, et la présence de troubles cognitifs. Ces résultats constituent un apport empirique supplémentaire à la littérature sur l'existence d'une relation entre l'apathie et l'estime de soi (Esposito *et al.*, 2014), ou encore entre l'apathie et un déclin cognitif (Onnyke *et al.*, 2007). Nos résultats rejoignent aussi les travaux de recherche de Lefrançois (2002), selon lesquels une faible autonomie fonctionnelle augmente la détresse psychologique. Nous avons pu noter également une relation entre le choix d'entrée dans l'institution et la présence de troubles cognitifs. En effet, le *cluster* le moins adapté est celui qui présente le déclin cognitif le plus important et qui à 80 % n'a pas choisi d'entrer en résidence. Ce constat pose la question de savoir si une personne âgée présentant des troubles cognitifs peut choisir une offre de soins (Meinow *et al.*, 2011). Plusieurs analyses ont montré que les personnes âgées souffrant d'un déclin cognitif sont potentiellement incapables de faire des choix efficaces et de choisir un établissement de soins adapté. Cet argument minimise l'importance de la qualité de vie. L'étude de Dixon *et al.* (2010) suggère que les personnes âgées sont plus susceptibles de déterminer la valeur de leur choix en fonction de leur état de santé et de la qualité des services sociaux proposés que les plus jeunes. Ainsi, quelles que soient les capacités cognitives des personnes âgées, la possibilité de choisir une offre de soins semble avoir une valeur intrinsèque beaucoup plus probante chez ces dernières pour s'adapter à sa résidence. En effet, la prise de décision partagée entre le médecin

et le patient prend de plus en plus d'importance dans le monde entier (Elwyn *et al.*, 2010).

Comment mieux prendre en charge des personnes âgées avec des troubles cognitifs ? La comparaison entre le *cluster* « adaptation élevée » et le *cluster* « adaptation modérée » nous permet de mettre en exergue d'autres résultats. Ces *clusters* se distinguent sur plusieurs dimensions, l'humeur dépressive, le réseau social, l'absence ou la présence de difficultés cognitives et l'autonomie fonctionnelle. Les résidents du *cluster* « le mieux adapté » à l'institution sont ceux qui présentent le moins de symptômes dépressifs, un réseau social important, mais qui par contre sont plus dépendants, tant d'un point de vue de la cognition que de l'autonomie fonctionnelle. Les données de la littérature viennent conforter ce résultat. En effet, les résidents qui présentent des altérations cognitives sont plus dépendants et sollicitent davantage le personnel soignant. En conséquence, les résidents qui présentent moins de difficultés cognitives et qui sont plus autonomes ont moins de contacts réguliers avec le personnel soignant. Ils se sentent souvent seuls (Drageset *et al.*, 2011). L'existence de relations personnelles, c'est permettre de se confier à un autre, c'est aussi la forme de soutien la plus fonctionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité. Une relation bien établie entre le résident et un ou quelques membres du personnel soignant est essentielle pour la qualité des échanges et pour la qualité d'une proximité émotionnelle (Bergland & Kirkevold, 2006). Cette relation pourra faciliter l'adaptation du sujet âgé à sa résidence.

Ce travail a permis de montrer l'importance d'une approche plurifactorielle et individualisée dans la compréhension de l'adaptation du sujet âgé à sa résidence, car les résultats permettent d'identifier des groupes cibles susceptibles de bénéficier d'interventions psychologiques et sociales adaptées. Cependant, même si notre volonté a été d'inclure le plus grand nombre de variables pour chaque dimension, qu'elles soient psychoaffectives, sociales, cognitives ou physiques, il est nécessaire de reproduire ces résultats sur un plus grand échantillon et de poursuivre cette étude en incluant d'autres variables psychoaffectives comme la personnalité.

3 Les Mesures de protection juridique des personnes majeures (A. Bru, M. T. Muñoz Sastre)

3.1 Introduction

L'article 425 du code civil (Legifrance, n.d.) stipule que « toute personne dans l'impossibilité de pourvoir seule à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, [...] de nature à empêcher l'expression de sa volonté peut bénéficier d'une mesure de protection juridique [...] la mesure est destinée à la protection tant de la personne que des intérêts patrimoniaux de celle-ci ». La tutelle et la curatelle sont des mesures de protection juridique des personnes majeures régies par les articles 440 à 476 du Code civil. Selon l'Union national des associations familiales (UNAF), dans un rapport annuel sur les populations majeures protégées (2014), plus de 800 000 personnes bénéficient de mesures de protection juridique, parmi elles 39.7 % âgées de plus de 60 ans.

Or, la présence de symptômes dépressifs et de troubles cognitifs chez les personnes âgées augmente la probabilité de se retrouver dans une situation de santé menacée (Ng, Luo & Heng, 2014). La prévalence des troubles cognitifs légers chez les plus de 50 ans est de 31.40 % et augmente avec l'âge (Juncos-Rabadán *et al.*, 2014). Ces troubles cognitifs (même sans démence déclarée) sont des déterminants de la capacité de décision des personnes âgées (Boyle *et al.*, 2013). La prévalence d'épisode dépressif majeur chez les plus de 50 ans est de 10 % avec un pic entre 50 et 64 ans et la présence de troubles cognitifs augmente le risque de développer un épisode dépressif (Regan, Kearney, Savva, Cronin, & Kenny, 2013). La symptomatologie dépressive a été corrélée avec des styles de prise de décision inadaptés, une indécision et des troubles cognitifs (Di Schiena, Luminet, Chang, & Philippot, 2013). De plus, la présence de troubles cognitifs et dépressifs chez une personne âgée change la perception que la population générale se fait de sa capacité à consentir à des soins (Lhermite, 2014).

Enfin, les mesures de protections juridiques telles que la curatelle et la tutelle relèvent d'une limitation des droits de la personne et sont donc des situations complexes d'un point de vue des quatre principes de l'éthique biomédicale (Beauchamp & Childress, 2008). Elles se présentent donc comme des situations sur lesquelles un jugement éthique ne peut être porté qu'en fonction des caractéristiques de chaque situation et se prêtent donc au cadre méthodologique de la théorie fonctionnelle de la cognition (Mullet *et al.*, 2012).

3.2 Méthode

3.2.1 Participants

L'échantillon de participants est composé de 50 personnes issues de la population générale (35 femmes, 15 hommes). L'âge moyen est de 25,54 ans (E.T. = 9,69). 76 % des participants se décrit comme non-croyant, 48 % est d'un niveau d'étude Bac+3 ou Bac+4. 82 % sont étudiants. Sur notre échantillon, 68 % des participants rapportent n'avoir aucune connaissance sur la tutelle et la curatelle, contre 32 % qui rapportent en avoir.

3.2.2 Matériel

Le matériel se compose de 48 scénarios de demande de mise sous protection juridique permettant de recueillir le jugement d'acceptabilité des mesures de protection juridique, dont un exemple est présenté en figure 2. Ils ont été construits en respectant les conditions expérimentales de la théorie fonctionnelle de la cognition (Anderson, 1996, 2008). Ces 48 scénarios sont construits selon le croisement d'un plan orthogonal à cinq facteurs : la personne mandataire, les antécédents psychiatriques, les symptômes dépressifs, les troubles cognitifs entraînant une perte d'autonomie, les mesures de protection juridique. Un formulaire de données sociodémographiques permet de recueillir des informations sur l'âge, le sexe, la situation professionnelle, la croyance en une religion, les connaissances sur la tutelle et la curatelle et le niveau d'étude.

Madame Boyer a 85 ans. Elle vit en maison de retraite depuis trois ans.
Depuis quelques temps, elle peine à reconnaître ses enfants. Au niveau de la vie quotidienne,
elle a perdu beaucoup d'autonomie. Elle a même des difficultés à maintenir son hygiène corporelle.

Les personnes qui l'entourent ont également noté qu'elle était souvent triste. Elle a semble-t-il perdu
tout intérêt pour les relations avec ses amies. Le médecin lui a prescrit des antidépresseurs.

Par le passé, Madame Boyer a été soignée pour des troubles psychiatriques, notamment pour des bouffées délirantes.

Certains membres de la famille, qui s'inquiètent, ont demandé au juge des tutelles de placer Madame Boyer
en curatelle renforcée. Son fils aîné serait nommé curateur : cela signifie que pour tout acte important
(ex. vente de biens, rédaction de testament), elle devra être accompagnée de son fils aîné.
De plus, son fils aîné percevra les ressources de Madame Boyer
sur un compte séparé et devra régler ses dépenses.

Dans quelle mesure pensez-vous que cette demande de la famille est appropriée ?

Pas du tout o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o-----o Tout à fait

Figure 2 – Exemple de scénario

3.2.3 Procédure

Les participants sont recrutés sur leur lieu de travail ou d'étude. La passation se fait de manière individuelle et dure entre 40 minutes et 1 heure.

3.3 Résultats

Les analyses statistiques pour les 50 protocoles ont été traitées à l'aide du logiciel STATISTICA. Nous avons procédé à une analyse de variance (ANOVA) afin d'observer les niveaux d'acceptabilité des mesures de protection juridique des personnes âgées ainsi que l'effet des facteurs présents dans les scénarios sur ce jugement.

Tous nos facteurs ne sont pas pris en compte pour ce qui est de juger de l'acceptabilité des mesures de protection juridique. Les participants considèrent les mesures de protection juridique plus acceptables quand la personne présente des troubles cognitifs ($F[1] = 91{,}78$; $p<0{,}001$), la taille de cet effet est importante ($\eta 2$ partiel $= 0{,}65$). De même, les mesures de protection juridique sont jugées plus acceptables lorsque la personne présente des symptômes dépressifs ($F[1] = 43{,}63$; $p<0{,}001$), la taille de cet effet est élevée ($\eta 2$ partiel $= 0{,}47$). La présence d'antécédents psychiatriques rend ces mesures plus acceptables ($F[1] = 37{,}51$; $p<0{,}001$), la taille de cet effet est aussi importante ($\eta 2$ partiel $= 0{,}43$). Enfin, le facteur type de mesures de protection juridique influence le jugement d'acceptabilité ($F[1] = 10{,}74$; $p<0{,}001$), la taille de cet effet est grande ($\eta 2$ partiel $= 0{,}18$). La curatelle simple est jugée plus acceptable (Moy $=$ 4,30) que la curatelle renforcée (Moy $= 4{,}00$), elle-même plus acceptable que la tutelle (Moy $= 3{,}39$).

En revanche, le facteur personne mandataire n'a pas été significativement pris en compte par les participants dans l'exercice de jugement ($F[1] = 0{,}50$; $p = 0{,}48$). La taille de cet effet reste peu élevée ($\eta 2$ partiel $= 0{,}01$), nos participants ne trouvant pas significativement que les mesures de protection juridique soient plus acceptables quand c'est un membre de la famille ou un professionnel qui est nommé mandataire.

Nous observons, de plus, une interaction significative entre les facteurs symptômes dépressifs, troubles cognitifs et type de mesures de protection juridique ($F[1] = 11{,}23$; $p<0{,}001$), la taille de cet effet est significative ($\eta 2$ partiel = 0,19) (figure 3).

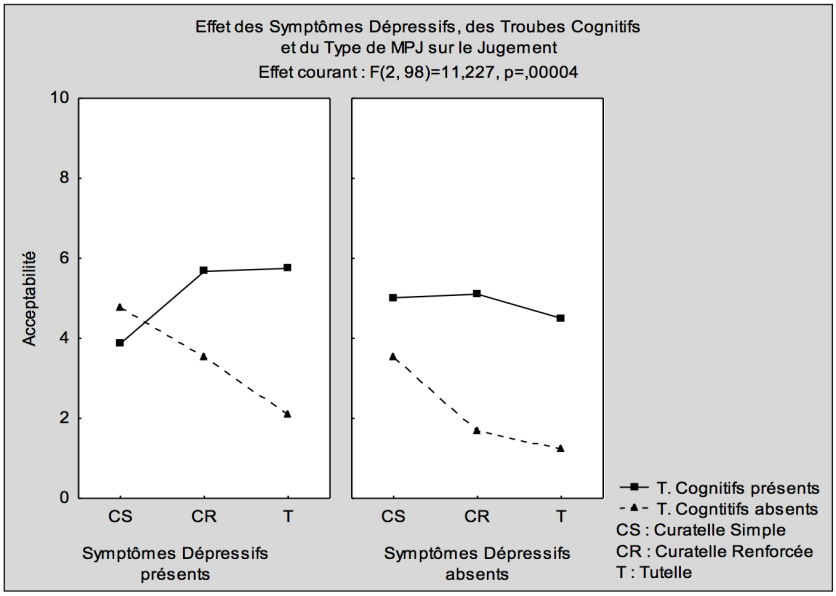


Figure 3 – Effets d'interaction entre les symptômes dépressifs, les troubles cognitifs et les mesures de protection juridique

La condition la plus acceptable pour notre échantillon est la demande de tutelle dans le cas où la personne présente des troubles cognitifs et des symptômes dépressifs et/ou sa famille demande une tutelle (Moy = 5,75). La situation la moins acceptable, en revanche, est la demande de tutelle en l'absence de tous troubles et symptômes chez la personne (Moy = 1,23).

Les facteurs concernant les données socio-professionnelles n'influent pas sur la manière de juger de l'acceptabilité des mesures de protection juridique. Cela étant dit, nous observons que le facteur catégorie socio-professionnelle a un effet qui, même s'il n'est pas significatif, est de taille moyenne ($\eta 2$ partiel = 0,09).

3.4 Discussion

La présente étude avait pour objectif d'étudier, dans la population générale, les conditions rendant acceptables les demandes de mesures de protection juridique pour des personnes âgées. Nos résultats nous permettent de classer les facteurs ayant un effet sur le jugement d'acceptabilité des mesures de protection juridique, ce qui nous permet de dire que tous les facteurs présentés au sujet n'ont pas le même poids dans l'activité de jugement.

Tout comme dans l'étude de Lhermite (2014), le facteur le plus pris en compte pour juger de la capacité de décision des personnes âgées est le facteur « Type de trouble »,

la présence de troubles cognitifs et/ou de symptômes dépressifs augmentant l'acceptabilité des mesures de protection juridique.

Nous avons aussi mis en évidence que les participants ne tiennent pas compte de tous les facteurs présents dans les scénarios pour rendre leur jugement. Ainsi, les participants ne tiennent pas compte du facteur « Personne mandataire » et la petite taille de cet effet tend à nous faire penser que ce résultat n'est pas dû à un biais de sélection. Nos participants ne trouvent pas de différence entre les situations où le fils est nommé mandataire et celles où c'est un professionnel. Selon Mullet *et al.* (2012), dans les études utilisant la « théorie fonctionnelle de la cognition » pour traiter d'éthique, les facteurs liés au principe de justice (les personnes doivent être traitées également sans discrimination) sont peu pris en compte. Prendre en compte le facteur « Personne mandataire » dans le jugement d'acceptabilité des mesures de protection juridique n'est pas pertinent si l'on considère que le fils comme le professionnel doivent appliquer la loi de la même façon. Par contre, si le facteur « Niveau d'étude » n'a pas d'effet significatif sur le jugement, nous pouvons aussi voir qu'il a une grande taille d'effet. Il serait donc intéressant de répliquer ce protocole sur un plus grand échantillon, en réduisant les biais de sélection, afin de déterminer si cette variable aurait un effet significatif avec une plus grande puissance statistique.

Nous avons aussi pu voir des effets d'interactions entre les facteurs des scénarios, notamment entre les symptômes dépressifs, les troubles cognitifs et le type de mesures de protection juridique.

Notre étude présente certaines limites du point de vue de la sélection des participants. L'échantillon n'est pas paritaire d'un point de vue du sexe, du niveau d'étude et de la répartition des classes socio-professionnelles. De plus, l'échantillon de population est de taille plutôt réduite. Une reproduction de cette étude avec un échantillon plus grand nous permettrait probablement de vérifier ces résultats avec plus de significativité et une plus grande puissance statistique.

En conclusion, la présente étude nous a permis de mettre à jour le jugement des Français sur l'acceptabilité des demandes de mesures de protection juridique pour les personnes âgées dépendantes et, de confirmer l'idée que les troubles cognitifs et les symptômes dépressifs augmentent l'acceptabilité de ces mesures. Et même si certains résultats sont à considérer avec une certaine prudence, ils ouvrent la voie à de nouvelles recherches sur les jugements et postures éthiques des personnes face aux mesures de protection juridiques. Il serait ainsi intéressant de poursuivre des recherches sur les mesures de protection juridique en général, en intégrant d'autres mesures comme la sauvegarde de justice, mais aussi en étudiant l'effet d'autres facteurs sur le jugement d'acceptabilité. Cela permettrait d'affiner les connaissances apportées par nos résultats, mais aussi, de les critiquer au regard de résultats plus valides obtenus sur un échantillon plus nombreux et plus représentatif.

Références

Adams, K.B., Sanders, S., & Auth, E.A. (2004). Loneliness and depression in independent living retirement communities : risk and resilience factors. *Aging and Mental Health, 8*, 475-485.

Altintas, E., Gallouj, K., & Guerrien, A. (2012). Soutien social, dépression et estime de soi chez les personnes âgées : les résultats d'une analyse en *cluster*. *Annales Médico-Psychologiques, 170*, 256-262.

Anderson, N. H. (1996). *A Functional Theory of Cognition*. (S.l.) : Psychology Press.

Anderson, N. H. (2008). *Unified Social Cognition*. (S.l.) : Psychology Press.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (6th edition). New York : Oxford University Press.

Bergland, A. & Kirkevold, M. (2006). Thriving in nursing homes in Norway contributing aspects described by residents. *International Journal of Nursing Studies, 43 (6)*, 681-691.

Boles, M., Getchell, W. S., Feldman, G., McBride, R. & Hart, R. G. (2000). Primary prevention studies and the health elderly : evaluating barriers to recruitment. *Journal of Community Health, 25*(4), 279-292.

Borrayo, E. A., Lawsin, C. & Coit, C. (2005). Latina's appraisal of participation in breast cancer prevention clinical trials. *Cancer Control, 12*, 107-110.

Boyle, P. A., Yu, L., Wilson, R. S., Segawa, E., Buchman, A. S., & Bennett, D. A. (2013). Cognitive decline impairs financial and health literacy among community-based older persons without dementia. *Psychology And Aging*, *28*(3), 614-624.

Castonguay,G., & Ferron, S. (1999). Élaboration et validation d'un instrument évaluant le degré d'adaptation de la personne âgée à sa résidence. *Revue Canadienne du Vieillissement, 18 (3),* 379-393.

Davison, T.E., McCabe, M.P., Knight, T. & Mellor, D. (2012). Biopsychosocial factors related to depression in aged care residents. *Journal of Affective Disorders, 142*, 290-296.

Di Schiena, R., Luminet, O., Chang, B., & Philippot, P. (2013). Why are Depressive Individuals Indecisive ? Different Modes of Rumination Account for Indecision in Non-clinical Depression. *Cognitive Therapy & Research*, *37*(4), 713-724.

Dixon,A., Robertson, R., Appleby,J., Burge, P., Devlin,, N. & Magee, H. (2010). *Patient choice, how patients choose and how providers respond*. London : The king's fund.

Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H. & Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression : A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences, 55*, 515-520.

Drageset, J., Kirkevold, M. & Espehaug, B. (2011). Loneliness and social support among nursing home residents without cognitive impairment : A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies, 48*, 611-619.

Elwin, G., Laitner, S., Coulter, A., Waker, E., Watson, P., & Thompson, R. (2010). Implementing share decision-making in the NHS. *British Medical Journal, 341*, c5146.

Esposito, F., Rochat, L., Juillerat Van der Linden, A.C., Lekeu, F., Charnallet, A., Van der Linden, M. (2014). Apathy in aging : Are Lack of interest and lack of dissociable ? *Archives of Gerontology and Geriatrics, 58*, 43-50.

Fitzpatrick, A. L., Fried, L. P., Williamson, J., Crowley, P., Posey, D., Kwong, L., Bonk, J., Moyer, R., Chabot, J., Kidoguchi, L., Furberg, C. D. & DeKosky, S. T. (2006). Recruitment of the elderly into a pharmacologic prevention trial : The Ginko Evaluation of Memory study experience. *Contemporary Clinical Trials, 27*(6), 541-553.

Gerritsen, D.L., Jongenelis, K., Steverink, N., Ooms, M.E. & Ribbe, M.W. (2005). Down and drowsy ? Do apathetic nursing home residents experience low quality of life ? *Aging Mental Health, 9(2)*, 135-41.

Gilette- Guyonnet, S., Andrieu, S., Dantoine, T., Dartigues, J. F., Touchon, J. & Vellas, B. (2009). Commentary on «A roadmap for the prevention of dementia II. Leon Thal Symposium 2008» The Multidomain Alzheimer Preventive Trial (MAPT) : A new approach to the prevention of Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia, 5*, 114-121.

Hepworth, J., Paine, B., Miles, H., Marley, J. & MacLennan, A. (2002). The willingness of women to participate in a long-term trial of hormone replacement therapy : a qualitative study using focus groups. *Psychology, Health & Medicine,* 7(4), 469-476.

Juncos-Rabadán, O., Pereiro, A. X., Facal, D., Lojo, C., Caamaño, J. A., Sueiro, J., Eiroa, P. (2014). Prevalence and correlates of mild cognitive impairment in adults aged over 50 years with subjective cognitive complaints in primary care centers. *Geriatrics & Gerontology International*, *14*(3), 667-673.

Krueger, K.R., Wilson, R.S., Kamenestsky, J.M., Barmes, L.L., Bienias, J.L., & Benett, D.A. (2009). Social engagement and cognitive function in old age. *Experimental Aging Research, 35,* 45-60.

Lefrançois, R. (2002). Portrait de l'itinéraire de vieillissement des octogénaires. *Vie et vieillissement, 1*, 33-38.

Legifrance. (n.d.). Code civil. Repéré à https ://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do ?idSectionTA=LEGISCTA000006150531&cidTexte=LEGITEXT000006070721.

LaVallie, D. L, Wolf, F. M., Jacobsen, C. & Buchwald, D. (2008). Barriers to cancer clinical trial participation among native elders. *Ethnicity & Disease, 18*(2), 210-217.

Lerman, C., Rimer, B. K., Daly, M., Lustbader, E., Sands, C., Balshem, A., Masny, A. & Engstrom, P. (1994). Recruiting high risk women into a breast cancer health promotion trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 3*, 271-276.

Lhermite, A. (2014). *Ethique des soins aux personnes âgées : la capacité à consentir et traitement involontaire.* Phd thesis. Université Toulouse le Mirail – Toulouse II. Repéré à https ://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01124345/document.

Mattis, S. (1976). *Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patients. In : Bellak L, Karasu T (eds). Geriatric Psychiatry : a Handbook for Psychiatrists and Primary Care Physicians.* New York : Grune & Stratton, 77-121.

Meinow, B., Parker, M.C., & Thorslund, M. (2011). Consumers of eldercare in Sweden : The semblance of choice. *Social Science and Medicine, 73(9),* 1285-1289.

Mullet, E., Sorum, P. C., Teysseire, N., Nann, S., Martinez, G. E. M., Ahmed, R., Muñoz Sastre, M. T. (2012). Functional measurement in the field of empirical bioethics. *Psicológica*, *33*(1), 665-681.

Ng, C., Luo, N., & Heng, B. (2014). Health status profiles in community-dwelling elderly using self-reported health indicators : a latent class analysis. *Quality of Life Research*, *23*(10), 2889-2898.

Onyike, C.U., Sheppard, J.M., Tschanz, J.T., Norton, M.C., Green, R.C., Steinberg,M., *et al.* (2007). Epidemiology of apathy in older adults : The Cache County Study. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 15*, 365-375.

Regan, C. O., Kearney, P. M., Savva, G.M., Cronin, H., & Kenny, R.A. (2013). Age and sex differences in prevalence and clinical correlates of depression : first results from the Irish Longitudinal Study on Ageing (English). *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(12), 1280-1287.

Rimer, B. K., Schildkraut, J. M., Lerman, C., Lin, T. H. & Audrain, J. (1996). Participation in a women's breast cancer risk couseling trial. *Cancer, 77*(11), 2348-2355.

Rioux, L. (2008). L'entrée en maison de retraite : étude de l'adaptation spatioterritoriale des résidents. *Pratiques Psychologiques, 14*, 89-99.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent self-image.* Princeton, N.J. : Princeton University Press.

Roy, C., & Andrews, H.A. (2009). *The Roy adaptation model* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ : Prentice Hall Health.

Sample, D. A., Sinicrope, P. S., Wargovich, M. J. & Sinicrope, F.A. (2002). Post-Study Aspirin Intake and Factors Motivating Participation in a Colorectal Cancer Chemoprevention Trial. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention, 11*, 281-285.

Sarason, I.G., Levine, H.M., Basham, R.B., *et al.* (1983). Assessing social support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44,*127-139.

Sowislo, J. F., & Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety ? A meta analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 139*, 213-240.

Taylor, H. A., Sugarman, J., Pisetsky, D. S. & Bathon, J. (2007). Formative research in clinical trial development : attitudes of patients with arthritis in enhancing prevention trials. *Annals of the Rheumatic Diseases, 66*(4), 542-544.

Tolmie, E. P., Mugall, M. M. B., Louden, G., Lindsay, G. M., & Gaw, A. (2004). Understanding why older people participate in clinical trials : the experience of the Scottish PROSPER participants. *Age and Ageing, 33*, 374-378.

UNAF. (2014). Rapport annuel 2014 de l'Observatoire National des Populations Majeures Protégées dans les UDAF. Repéré à http ://www.unaf.fr/spip.php ?article18308.

Vellas, B., Andrieu, S., Ousset, P. J., Ouzid, M., & Mathiex- Fortunet, H. (2006). The GuidAge study : methodological issues. A 5-year double-blind randomized trial of the efficacy of EGb 761 for prevention of Alzheimer disease in patients over 70 with a memory complaint. *Neurology, 67*(3), 6-11.

Welton, A. J., Vickers, M. R., Cooper, J. A., Meade, T. W. & Marteau, T.M. (1999). Is recruitment more difficult with a placebo arm in randomised controlled trials ? A quasi randomised, interview based study. *British Medical Journal, 318* (7191), 1114-1117.

Starkstein, S.E., Mayberg, H.S., Preziosi, T.J, Andrezejewski, P., Leiguarda, R., Robinson, R.G. (1992). Reliability, validity, and clinical correlates of apathy in Parkinson's disease. *Journal of Neuropsychiatry Clinical Neuroscience, 4(2),* 134-9.

Teresi, J., Abrams, R., Holmes, D., Ramirez, M. & Emicke, J. (2001). Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 36*, 613-620.

Untas, A., Aguirrezabal, M., Chauveau, P., Leguen, E., Combe, C. & Rascle, N. (2009). Anxiété et dépression en hémodialyse : validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale. *Néphrologie & Thérapeutique*, 5, 193-200.

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

Zigmond, AS & Snaith, RP (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *67 (6)*, 361-370.