

Solitude des personnes âgées: une étude de cas en deux contextes distincts

Mémoire réalisé par

Ana Margarida Lapa Marques da Costa

Promoteur(s)

M. William D'Hoore

Mme Marie de Saint Hubert

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée



Solitude des personnes âgées: une étude de cas en deux contextes distincts

Mémoire réalisé par

Ana Margarida Lapa Marques da Costa

Promoteur(s)

M. William D'Hoore

Mme Marie de Saint Hubert

Année académique 2017-2018

Master en sciences de la santé publique

Finalité spécialisée



Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier grandement Monsieur William D'Hoore et Madame Marie de Saint Hubert, pour leur grande disponibilité et leurs encouragements tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je souhaite adresser mes plus sincères remerciements à tout le service de Gériatrie de la Clinique du Parc Léopold ainsi qu'aux patients ayant participé à mon étude. Merci beaucoup pour toute cette collaboration.

Je tiens à dire merci également à la MRS Jardins D'Ariane, et notamment Monsieur Khaled Hajjar, pour son aide précieuse ainsi que les résidents ayant participé à mon étude. Merci beaucoup pour toute cette collaboration.

Je voudrais remercier aussi toutes les personnes qui ont pris part de près ou de loin à mes recherches et à l'élaboration de ce mémoire, notamment Lucinda Martinho.

Enfin, j'adresse mes remerciements à ma famille et mes amis pour tout le soutien et tous les encouragements.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

NOM ET PRENOM: Lapa Marques da Costa, Ana Margarida

TITRE DU MÉMOIRE: Solitude des personnes âgées: une étude de cas en deux contextes distincts

PROMOTEUR(S): M. William D’Hoore & Mme Marie de Saint Hubert

RESUME

INTRODUCTION : en gériatrie, la fragilité est un concept très récurrent, et suite à cette fragilité les personnes âgées constituent le groupe de la population le plus vulnérable à la solitude et à l’isolement social (Fabrício & Rodrigues, 2008 ; Dury, 2014).

OBJECTIF DE RECHERCHE : l’objectif général de l’étude est d’analyser l’expérience de solitude auprès des personnes âgées habitant à leur domicile et en maison de repos et soins, en identifiant quelles sont les caractéristiques des individus qui ressentent ce sentiment et dans quelles mesures le contexte influence leur solitude.

MÉTHODES : cette étude de cas suit une méthodologie mixte par design explicatif. Un questionnaire sur les données sociodémographiques a été proposé aux participants ainsi que deux échelles quantitatives : l’Index de Barthel et l’Échelle de solitude UCLA. L’échantillon est constitué de 60 individus : 30 du contexte domicile et 30 du contexte MRS.

RÉSULTATS : selon le coefficient de Pearson ($r = 0.008$), les personnes âgées résidant en MRS ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont un Index de Barthel de score inférieur à 91 points et habitent à domicile. Le coefficient de Pearson montre une corrélation modérée et négative ($r = -0.660$) entre le niveau de dépendance et l’expérience de solitude. Nous vérifions une faible corrélation de Pearson ($r = 0.136$) entre l’âge et le score UCLA, avec une signifiante statistique aussi faible ($p = 0.301$), montrant une liaison positive, mais faible entre les deux variables.

DISCUSSION : Les personnes âgées résidant en MRS ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui présentent un niveau de dépendance et habitent à domicile. Cependant, celles qui sont moins dépendantes ont tendance à souffrir moins de solitude. Nous ne pouvons pas conclure que la solitude augmente avec l’âge même si nous observons une légère augmentation au niveau de la moyenne entre chaque groupe d’âge.

MOTS CLÉS : Solitude ; Isolement Social ; Personnes Âgées ; Domicile ; Maison de Repos et Soins ; Étude de Cas

Table des matières

CHAPITRE I : Introduction	6
1.1. Présentation de la Thématique	6
1.2. Objectifs de l'Étude.....	6
1.3. Cadre Théorique	7
1.3.1. Le Développement humain et le Vieillissement	7
1.3.2. Transition du Domicile à la Maison de Repos	8
1.3.3. La Solitude et l'Isolement Social	9
1.3.4. Principaux déterminants de la Solitude.....	10
1.3.5. État de Santé Physique et la Solitude	15
1.3.6. État de Santé Psychologique et la Solitude	16
1.3.7. Lutter contre la Solitude	18
1.4. Hypothèses d'Investigation	19
CHAPITRE II : Contextualisation et Méthodes.....	20
2.1. Cadre de l'Étude	20
2.2. Méthodologie de Recherche	21
2.3. Population de Référence et Échantillon.....	22
2.4. Instruments de Collecte de Données	23
2.5. Procédure de Collecte et Analyse de Données	25
2.6. Considérations Éthiques et Administratives.....	27
CHAPITRE III : Résultats.....	28
3.1. Description générale de la population de l'étude	28
3.2. Présentation de données.....	34
CHAPITRE IV : Discussion	47
4.1. Analyse générale.....	47
4.2. Hypothèse de recherche I	54
4.3. Hypothèse de recherche II	57

4.4. Hypothèse de recherche III.....	60
CHAPITRE V : Conclusion et Perspectives	65
5.1. Conclusion.....	65
5.2. Perspectives	66
Références Bibliographiques.....	68
Annexes.....	73
Annexe A : Tableau récapitulatif des activités proposées par Cohen-Mansfield & Perach (2015) ayant un potentiel d'efficacité dans le combat contre la solitude.	74
Annexe B : Calcul de la taille de l'échantillonnage idéale	78
Annexe C : Questionnaire données sociodémographiques	79
Annexe D : Index de Barthel.....	84
Annexe E : Validation canadienne-française du UCLA <i>Loneliness Scale</i> (De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993, cité par Thibodeau, Dussault & Royeront, 2007)	86
Annexe F: Feuille d'information au patient	87
Annexe G: Formulaire de consentement informé	89
Annexe H: Accord de la Commission d'Éthique de l'Hôpital.....	91
Annexe I : Représentation de la moyenne d'âge selon le contexte.....	92
Annexe J : Répartition du numéro de frères et/sœurs encore en vie	93
Annexe L : Répartition du numéro d'enfants encore en vie.	94
Annexe M : Récapitulatif des fréquences de chaque réponse de l'échelle UCLA selon l'énoncé et le contexte de vie	95
Annexe N : Présentation de la corrélation item-test – sig. bilatérale	99
Annexe O : Tableau représentatif des données qualitatives – transcriptions organisées par énoncée de l'UCLA <i>Loneliness Scale</i> et par contexte.	102

CHAPITRE I : Introduction

1.1. Présentation de la Thématique

Le choix du sujet du mémoire reste un processus vraiment complexe et long. En tant qu'étudiante passionnée par les personnes âgées, le fait de connaître depuis le début quel serait le groupe cible a facilité un peu la tâche.

En gériatrie, la **fragilité physique et mentale** de la personne âgée est un critère non négligeable à prendre en considération. Cet élément, s'il n'est pas pris en compte, entraînera indéniablement l'invalidité, le placement et l'hospitalisation (Fabrício & Rodrigues, 2008). De ce fait, les individus âgés constituent un **groupe de personnes vulnérables** face à la solitude et à l'isolement social (Dury, 2014). Dury (2014) affirme également que ce groupe présente un grand risque de développer des problèmes de santé.

La qualité de vie des personnes âgées dépendra de l'environnement social qui les entoure ainsi que des liens sociaux qu'ils réussiront à créer (Sintonen & Pehkonen, 2014). En effet, plus leur **entourage** est constitué d'un **réseau social soudé**, plus facilement ils adopteront des stratégies de coping afin de faire face à leurs limitations cognitives et fonctionnelles (Sintonen & Pehkonen, 2014).

Ce mémoire est composé de cinq chapitres, de références bibliographiques et d'annexes. Le premier chapitre consiste en une brève introduction à la thématique. Nous parlerons des objectifs du travail ainsi que du cadre théorique qui ont servi à construire les hypothèses de recherches et des résultats attendus. Dans le deuxième chapitre, nous aborderons la méthodologie de recherche en caractérisant l'échantillon ainsi que les outils et les procédures de collecte de données. Les troisième et quatrième chapitres concernent la présentation et la comparaison des résultats obtenus. Le dernier chapitre est consacré aux considérations finales et aux présentations des perspectives futures.

1.2. Objectifs de l'Étude

L'objectif général du travail est **d'étudier l'expérience (sentiments) de solitude auprès des personnes âgées habitant à leur domicile et en maison de repos et soins**. Les objectifs

spécifiques sont :

- identifier quelles sont les principales caractéristiques des personnes âgées qui ressentent ce sentiment de solitude ;
- comprendre en quelles mesures le contexte où elles sont insérées influence leur solitude.

1.3. Cadre Théorique

1.3.1. Le Développement humain et le Vieillissement

De nos jours, la population a tendance à vivre plus (OMS, 2015). « Aujourd’hui, pour la première fois dans l’histoire, la plupart des personnes ont une **espérance de vie supérieure à 60 ans**. D’ici à 2050, on s’attend à ce que la population mondiale âgée de 60 ans et plus atteigne 2 milliards de personnes, contre 900 millions en 2015 » (OMS, 2015, para 2).

Le **vieillissement** est un processus biologique qui provoque diverses altérations au niveau moléculaire et cellulaire, ce qui amène à une **dégradation progressive des capacités cognitives et physiques** (OMS, 2015). Il existe donc une grande inquiétude autour de la nécessité de construire des programmes de développement et de valorisation des capacités pour les personnes âgées de façon à promouvoir et maintenir leur autonomie et indépendance pendant le vieillissement (Fabrício & Rodrigues, 2008).

Tout le processus de vieillissement est dynamique et unique, entraînant une fragilité particulière à chaque personne (OMS, 2015). Différentes comorbidités peuvent être présentes pendant cette phase de la vie, mais « les syndromes gériatriques sont de meilleurs indicateurs prédictifs de la mortalité que la présence de certaines maladies ou leur nombre » (OMS, 2015, para 13).

De plus en plus, les professionnels de la santé sont appelés à faire attention aux patients qui sont seuls (Duffin & Trigg, 2014). Une étude réalisée au Royaume-Uni (Duffin & Trigg, 2014) a montré que **1 personne âgée sur 10** (avec plus de 65 ans) a signalé être fréquemment ou même **toujours seule** en 2014, pourcentage qui a augmenté par rapport à l’année précédente (7%).

1.3.2. Transition du Domicile à la Maison de Repos

« Au-delà des changements biologiques, le vieillissement est aussi associé à d'autres **transitions de vie** comme le départ en retraite, la réinstallation dans un logement plus adapté et le décès des amis ou du partenaire » (OMS, 2015, para 11).

Les personnes âgées sont un groupe de la population avec une **vulnérabilité accrue** qui peut influencer leur bien-être, notamment quand les plus âgés sont soumis à des changements brusques dans leur vie quotidienne (Sintonen & Pehkonen, 2014). Faire appel aux services de santé primaires peut être essentiel devant une situation de crise afin d'éviter les institutionnalisations précoces (Sintonen & Pehkonen, 2014). La présence d'un réseau social fort et cohérent en plus de ces soins primaires pourrait donc être suffisante pour éviter une institutionnalisation (Sintonen & Pehkonen, 2014). Les auteurs ajoutent encore que plus il existera cette cohérence dans le réseau social, moins les personnes âgées auront besoin de soins de santé aigus.

Cependant, le changement peut être vu comme une **transition positive** dans leur vie. Les maisons de repos sont souvent des environnements qui ouvrent des portes aux interactions sociales et aux nouvelles expériences dans la vie des personnes âgées et peuvent influencer et donner une connotation différente à leur quotidien (Smith & Caddick, 2015). Ce n'est pas parce qu'elle reste à son domicile que la personne âgée se sent **moins seule**. Comme l'indique l'étude de Kvaal, Halding & Kvigne (2014), 75% des personnes ayant participé à l'étude ont affirmé qu'elles se sentaient seules, et parmi elles 54% habitaient seules.

« Dans la grande majorité des cas, les personnes âgées souhaitent vivre le **plus longtemps possible chez elles**, dans un domicile qu'elles occupent souvent depuis des décennies, au sein d'un quartier où elles ont tissé de nombreux liens sociaux » (Durme et al., 2015, p. 71).

Le placement dans une MRS n'est pas toujours planifié en avance, selon Vandenbroucke et al. (2013) **4 personnes âgées sur 10** n'ont pas vu leur déménagement être planifié. Dans les cas où ce placement est organisé, 50% s'effectuent suite à une discussion avec un professionnel de la santé : avec le médecin de la famille pour 33% des cas et avec un autre prestataire des soins pour 16% des cas (Vandenbroucke et al. 2013).

En ce qui concerne les **réseaux sociaux et leur diversification**, souvent le simple fait de n'avoir personne à qui parler entraîne un sentiment d'abandon et un manque du **sentiment**

d'appartenance (Dury, 2014). À partir des changements au niveau du réseau social émerge donc cette **sensation d'abandon**. (Kvaal, Halding & Kvigne, 2014)

La **transition** entre le domicile et la maison de repos implique **divers états de solitude** : envers le patient et envers le conjoint (Høgnesa et al., 2014). Le fait qu'il devient impossible de communiquer verbalement et physiquement avec la personne démente rend la relation difficile et conséquemment ramène à une institutionnalisation (Høgnesa et al., 2014). Après le moment d'institutionnalisation, des **sentiments de culpabilité** mais aussi de liberté ont été décrits par les soignants et familiaux, vivant aussi des moments de solitude (Høgnesa et al., 2014).

1.3.3. La Solitude et l'Isolement Social

Aujourd'hui, la solitude est considérée comme l'un des principaux problèmes de la société (Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2016). La solitude et l'isolement social sont deux concepts souvent mal interprétés quand ils sont pris comme synonymes. Pourtant, ces deux notions peuvent être clairement distinguées.

L'**isolement social** concerne l'individu qui a un manque du sentiment d'appartenance ou d'engagement social, sans relations de qualité instituée (Dury, 2014 ; Smith & Caddick, 2015). Il est déterminé de manière **objective** sur base de la **fréquence des rencontres, nombre de contacts** avec d'autres personnes (Patrick et al., 2009, Vandenbroucke et al. 2013). « Désigne ainsi la condition des individus qui n'ont que **peu ou pas de contacts** avec autrui et qui, par conséquent, se sentent seuls » (Patrick et al., 2009, p. 2). Cette notion d'isolement social se réfère à la **taille du réseau social** (Patrick et al., 2009 ; Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2016).

La **solitude**, par contre, est un concept très **subjectif** qui est souvent confondu avec le fait d'être seul ou isolé (Azeredo & Afonso, 2016). Selon Azeredo & Afonso (2016), c'est un **sentiment pénible** qui peut devenir douloureux ; même quand la personne est bien entourée, elle finit par se sentir seule. Ceci est essentiellement dû au **manque de soutien émotionnel**. Smith & Caddick (2015) voient la solitude comme une nécessité ontologique qui implique un **sentiment de perte de la camaraderie**.

Vandenbroucke et al. (2013) sont d'accord de qualifier cette notion comme une expérience subjective, un sentiment qui peut être influencé par la personnalité de chacun. Mais dans sa

définition de solitude, Vandenbroucke et al. (2013) essayent d'aller encore plus loin en répartissant le concept en deux sous-concepts proposés par la première fois par Weiss en 1973 : **solitude émotionnelle** et **solitude sociale**.

La **première** découle de l'**absence de relations intimes ou durables**, nous avons l'exemple d'une personne veuve qui même si elle a un bon réseau social, ressent fortement l'absence de son conjoint.

La **seconde** se rapproche plus de l'isolement social, mais ici nous parlons surtout des personnes qui ont un **réseau limité** et qu'en plus de cela le **contact** avec celui-ci devient **difficile**. Cela concerne par exemple des personnes qui auraient déménagé vers une maison de repos loin de leur lieu de résidence antérieur, les isolant de leurs proches et diminuant leurs visites.

Ainsi, d'après ces auteurs, nous avons réalisé un tableau récapitulatif avec les principales différences entre ces deux concepts : **Isolement social vs Solitude**.

Tableau I: Tableau récapitulatif des concepts : isolement social vs solitude.

Isolement social	Solitude	
▸ Objectif ▸ Quantitatif ▸ Fréquence des rencontres ▸ Nombre de contacts ▸ Taille du réseau social	▸ Subjective ▸ Qualitative ▸ Sentiment ▸ Influençable par la personnalité ▸ Perte de la camaraderie ▸ Manque de soutien émotionnel	
	Solitude émotionnelle	Solitude sociale
	Manque de relations significatives et intimes	Réseau social limité manque de relations anciennes

1.3.4. Principaux déterminants de la Solitude

La fondation Roi Baudouin (Vandenbroucke et al., 2013) a réalisé une enquête en Belgique au sujet des personnes âgées de plus de 65 ans. Elle a montré que 45% des répondants sont bien armés socialement, ils ont un bon réseau social sur lequel ils peuvent compter leur permettant de ne pas se sentir seuls. Par contre, il ressort de cela que 25% des plus âgés sont considérés comme étant socialement isolés.

Comme nous l'avons vu auparavant, la variance des scores de solitude entre les personnes dépend de **différents facteurs**, pouvant être plus faible ou plus accentuée.

En accord avec Utz et al. (2014), la solitude tend à s'accroître au cours du temps, de même que la taille du réseau social des personnes (amis et familles) diminue. Pour les répondants qui ont encore un réseau d'amis, une **diminution du nombre de visites** familiales a été signalée en comparaison avec les visites des amis. Les personnes ont même signalé que le **soutien familial** devient de **moins en moins satisfaisant** (Utz et al., 2014).

Dans cette étude, Utz et al. (2014) ont vérifié que les personnes qui ressentaient moins de solitude avaient au moins une **personne de confiance** sur laquelle elles peuvent compter. Celles qui développaient de nouvelles amitiés grâce à des **groupes de soutien** présentaient également un niveau de solitude plus bas.

Dans l'étude réalisée par Utz et al. (2014), une variante de **30%** sur les scores de solitude a été évaluée en comparaison avec l'influence du **soutien social des amis**. Celle du **soutien social de la famille** présente une variante légèrement plus basse de 19%, mais a été aussi signalée comme importante dans les scores de solitude dus au grand nombre des plus âgées qui ne peuvent pas compter sur ce support. Les moments d'expression et de communication ont montré avoir aussi un gros impact sur la solitude, influençant 27% de sa variante. La présence d'une nouvelle amitié avec qui on peut partager nos pensées peut expliquer jusqu'à 5% de la variante dans les scores.

Si on évalue l'importance de ces deux supports dans l'ensemble : **soutien social des amis** et **soutien social familial**, nous pouvons dire que ce dernier augmente de 6% la variante du score de solitude, et donc nous avons une influence de 36% dans les scores de solitude quand nous mesurons la présence de ces deux facteurs ensemble (Utz et al., 2014).

Divers auteurs mettent en évidence d'autres déterminants, à part l'isolement social, qui peuvent influencer la solitude, en plus de l'isolement social, notamment : **l'âge et le genre ; l'état civil ; le niveau d'éducation ; le contexte ; le revenu ; les réseaux sociaux et leur diversification ; l'état de santé physique et psychologique**.

Le premier facteur de risque qui est toujours évalué quand nous parlons de solitude est l'âge. Azeredo & Afonso (2016) affirment que la solitude est fort présente durant l'adolescence, mais qu'elle est aussi présente chez les personnes âgées, étant comme **groupe de risque** celles entre **75 et 84 ans**. Quand Vandenbroucke et al. (2013) parlent de l'âge comme facteur de risque, ils

évoquent toujours les personnes à partir de 65 ans, mais ils font aussi référence à Dykstra et al. (2005) qui déclarent qu'il y a un plus grand risque à partir de l'âge de 75 ans.

Concernant le genre, dans l'étude de Jong Gierveld et al. (2009), les auteurs font la différenciation entre les scores de solitude émotionnelle et de solitude sociale, où la différence entre la prévalence des sentiments de solitude émotionnelle n'est pas aussi remarquable que ça. Nous pouvons identifier **18% chez les femmes et 16% chez les hommes**. Par contre, en ce qui concerne la solitude sociale, nous identifions que les hommes présentent une prépondérance légèrement supérieure de **26% contre 18% pour les femmes**. Nous pouvons donc affirmer que les hommes courent significativement plus de risques de solitude sociale que les femmes (Jong Gierveld et al., 2009).

Toutefois, si nous parlons de solitude en général, divers auteurs affirment que les femmes sont le groupe confronté au plus de risques. "Les **femmes** sont plus **souvent isolées socialement** que les hommes et elles se sentent beaucoup plus souvent seules même si elles gardent un réseau social assez large" (Vandenbroucke et al., 2013, p. 6). Azeredo & Afonso (2016) et Gan et al. (2015) sont aussi d'accord en affirmant que les femmes sont le groupe ayant le plus grand risque. Une étude menée auprès de 18 pays a révélé que les femmes adultes avaient des niveaux plus élevés d'anxiété ou de peur face à différentes situations sociales en comparaison avec les hommes, celles-ci présentent des compétences sociales légèrement plus faibles que les hommes (Caballo et al., 2014).

Par rapport à l'état civil, une personne **veuve, divorcée ou vivante seule** aura plus tendance à ressentir le sentiment de solitude suite à un manque de relations sociales dans son entourage, ce qui peut augmenter le risque de dépression (Azeredo & Afonso, 2016 ; Gan et al., 2015 ; Nikmat et al., 2015 ; Zammit & Fiorini, 2015).

Dans leur quotidien, **7 veufs sur 10** signalent que la solitude est leur grand défi (Utz et al., 2014).

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, les risques de solitude diffèrent considérablement entre **les célibataires et les personnes mariées**. Jong Gierveld et al. (2009) sont aussi d'accord avec Vandenbroucke et al. (2013) quand ils disent que les individus vivant seuls courent un **risque plus élevé d'être solitaires** que ceux qui sont mariés, indépendamment de l'âge de l'adulte.

D'autres indicateurs de la qualité conjugale s'avèrent être associés à la solitude émotionnelle. Cette dernière est plus élevée si les personnes mariées signalent un niveau plus élevé de **désaccords** concernant les affaires financières, tâches ménagères, etc. (Jong Gierveld et al., 2009).

Jong Gierveld et al. (2009) parlent encore d'un autre facteur de risque : **les enfants**. Les aînés qui ont des enfants, mais qui ne les voient pas au minimum une fois par semaine, ont un niveau beaucoup plus élevé de solitude émotionnelle.

En général, les analyses montrent que la **solitude émotionnelle** ainsi que la **solitude sociale** sont significativement associées au fonctionnement et à la qualité du mariage (Jong Gierveld et al., 2009). En ce qui concerne la solitude émotionnelle, c'est par rapport au **lien intime** avec le conjoint (Jong Gierveld et al., 2009). La solitude sociale est liée au fonctionnement du **réseau social en général** (Jong Gierveld et al., 2009).

Le fait de se remarier peut aussi influencer les scores de solitude autant pour les femmes que pour les hommes. Mais nous pouvons quand même affirmer que la solitude est plus faible chez les hommes récemment remariés que pour les femmes (Jong Gierveld et al., 2009).

Un autre facteur de risque qui est associé aux sentiments de solitude en général est le niveau de scolarité (Vandenbroucke et al., 2013). À noter que les individus sans aucun diplôme de l'enseignement supérieur sont davantage exposés **au risque d'isolement** (Vandenbroucke et al., 2013).

Les auteurs font quand même la différenciation entre les différents contextes, notamment entre domicile et maison de repos et soins (MRS) ou maison de repos pour les personnes âgées (MRPA) en disant que l'isolement social atteint un pourcentage légèrement plus élevé dans les institutions mentionnées (36%) qu'au domicile (22%). « Si l'on effectue la comparaison avec un groupe de **personnes âgées qui dépendent de soins et habitent encore chez elles, cette différence n'apparaît plus**. Les personnes âgées en maison de repos ne sont ni plus ni moins seules que celles qui habitent chez elles et qui ont besoin de soins » (Vandenbroucke et al., 2013, p. 153).

Le revenu est aussi vu comme un facteur de risque, mais peu nombreuses sont les études récentes qui démontrent ce point de vue. Dans leur enquête, Vandenbroucke et al. (2013) ont conclu qu'un **faible niveau de revenus** est souvent associé à des **scores de solitude plus élevés**.

Les personnes à revenus moindres ont donc tendance à avoir un groupe plus restreint d'amis, famille ou voisins.

Jusqu'à présent, il est clair que les personnes âgées sont plus fréquemment confrontées à une plus grande solitude émotionnelle que les jeunes. Mais Jong Gierveld et al. (2009) ajoutent que les individus ayant des limitations plus fonctionnelles sont caractérisés par des scores de solitude plus élevés.

L'état de santé peut aussi être considéré comme un grand facteur de risque de la solitude (Vandenbroucke et al., 2013). Vandenbroucke et al. (2013, p. 104) affirment que "la **solitude** touche beaucoup plus les personnes âgées dont **l'état de santé est moyen ou mauvais** que les personnes âgées qui se disent être en bonne santé".

Les **pathologies physiques chroniques** peuvent conduire à une dépendance du patient, une diminution de la fonction physiologique et aussi une diminution de la fonction motrice (Kvaal, Halding & Kvigne, 2014). Ce type de pathologie est souvent associé à des périodes de maladies aiguës qui impliquent parfois des hospitalisations répétitives, ce qui peut aussi influencer les contacts sociaux (Kvaal, Halding & Kvigne, 2014).

En tenant compte de l'article de Vandenbroucke et al. (2013), un tableau récapitulatif a été réalisé où nous montrons la **prévalence** de chaque facteur de risque dans chaque contexte :

Domicile et Maison de Repos et Soins – Tableau II.

Tableau II: Prévalence de chaque facteur de risque par contexte selon Vandenbroucke et al. (2013).

	Facteur de risque	Contexte	
		Domicile	MRS
Entra-Individuelles	Âge > 75 ans	47% +++	80% +++++
	Genre féminin	57% +++	72% ++++
	Faible formation	Données pas disponibles	
	Faible revenu	31% ++	30% ++
	Absence de conjoint	53% +++	88% +++++
Interindividuelles	Personnes âgées isolées	22% ++	36% ++
	Seniors veufs	39% ++	66% ++++

Facteurs sociaux	Sentiments dépressifs	43% +++	38% ++
	Mauvaise santé	11% +	15% +
	Séniors dépendants	16% +	15% +
	Participation sociale – activités	Données pas disponibles	
	Pauvre en contacts	9% +	15% +
	Solitaires	23% ++	20% ++
+ (prévalence entre 0-19%)			
++ (prévalence entre 20-39%)			
+++ (prévalence entre 40-59%)			
++++ (prévalence entre 60-79%)			
+++++ (prévalence entre 80-100%)			

1.3.5. État de Santé Physique et la Solitude

Toutes ces conditions physiques provoquent une augmentation du stress et peuvent être à l'origine du sentiment de solitude (Kvaal, Halding & Kvigne, 2014). On peut donc affirmer que la solitude est courante chez les personnes âgées avec pathologies physiques chroniques (Kvaal, Halding & Kvigne, 2014).

Kvaal, Halding & Kvigne (2014) et Zammit & Fiorini (2015) associent alors les multiples **comorbidités** des personnes âgées à un facteur de risque de la solitude. Toutes les altérations possibles dans le style de vie ainsi que la poly-médication peuvent influencer l'humeur des plus âgées suite aux potentiels effets secondaires (Zammit & Fiorini, 2015).

“La **situation de handicap** qu'un individu est susceptible de vivre et qui s'associe temporairement ou de façon permanente à un **déclin de l'autonomie et/ou d'indépendance**, représente également un risque non négligeable d'isolement social” (Vandenbroucke et al., 2013, p. 6).

Dans un groupe d'individus plus âgé, Shah, Ghimire & Pendharkar (2015) ont confirmé l'existence d'une association entre la **solitude** et la **fragilité** ressentie par ces derniers. En ajoutant que divers processus pathologiques, comme l'inflammation chronique et la déréglementation immunitaire et endocrinienne peuvent être à l'origine de cette fragilité.

L'état de santé physique peut être un facteur de risque pour la solitude, mais peut aussi être vu comme une conséquence de ce sentiment (Daniel, 2013).

Daniel (2013) montre la relation entre la solitude et les différents états de santé physique. Cela peut être un facteur de risque pour la solitude de même que l'**obésité**, le **vieillessement physiologique**, le **cancer**, une **mauvaise audition** et un **mauvais état de santé en général**.

La solitude peut être associée à de hauts niveaux de résistance périphérique totale. Celle-ci est le principal déterminant de la pression artérielle systolique, ce qui suggère que les élévations de la résistance périphérique totale liées à la solitude peuvent conduire à une élévation de la pression artérielle – hypertension (Daniel, 2013).

Le stress chronique lié à la solitude peut également causer une inflammation périphérique de grade peu élevé. Cette dernière, à son tour, a été liée à une maladie cardiovasculaire comme l'athérosclérose (Daniel, 2013).

1.3.6. État de Santé Psychologique et la Solitude

Kvaal, Halding & Kvigne (2014) ont fait une étude où ils ont comparé deux groupes différents, un groupe qui affirme ne se sentir jamais seul et un autre qui a déjà exprimé des sentiments de solitude. Les auteurs ont essayé d'approfondir le concept de solitude en identifiant les changements et les sentiments prédominants. Kvaal, Halding & Kvigne (2014) ont conclu que l'expérience de solitude chez les plus âgés est fréquemment accompagnée de **sentiments négatifs** et de **néant**.

Zammit & Fiorini (2015) signalent aussi la **douleur chronique ou aiguë** comme un symptôme qui peut influencer négativement la qualité de vie, tant au **niveau psychologique** que **physiologique**. La douleur joue beaucoup sur l'humeur du patient, ce qui peut conduire au développement de **troubles cognitivo- dépressifs** (Zammit & Fiorini, 2015). Nikmat et al. (2015) sont d'accord avec Zammit & Fiorini (2015) et soulignent l'existence d'un **haut niveau de solitude** et d'**isolement social** chez les personnes âgées avec, notamment, la présence de troubles cognitifs chez les individus qui habitent les maisons de repos.

Zammit & Fiorini (2015) ont également montré une forte corrélation entre la **douleur chronique** et la **dépendance** ainsi que le **développement d'une dépression**. Des scores bas dans l'index de Barthel signifient qu'il y a une dépendance ou une limitation chez le patient,

physique ou cognitive, ce qui indique que le nombre d'activités que celui-ci peut faire est limité, augmentant ainsi le risque de développer une dépression et/ou un état de solitude émotionnel (Zammit & Fiorini, 2015).

Vandenbroucke et al. (2013), pendant l'analyse des résultats, sont arrivés à la conclusion que les **sentiments dépressifs** sont présents chez **54%** des personnes âgées de plus de 65 ans qui souffrent de solitude.

Utz et al. (2014), quant à eux, ont souligné l'importance de la corrélation positive entre dépression et solitude en affirmant qu'un niveau de dépression plus élevé est associé à une plus grande solitude. Dans les conclusions de leur étude, ils affirment même que la dépression peut influencer jusqu'à 26% la variante dans les scores de solitude.

La présence de sentiments de solitude augmente les sentiments dépressifs, la timidité, l'anxiété et la peur de l'évaluation négative, et diminue l'estime, les compétences sociales et l'humeur en général (Terrence, Cacioppo & Boomsma, 2014).

La vulnérabilité à la dépression peut être due au fait qu'une personne sans sécurité a tendance à développer une faible estime de soi, une difficulté ou une incapacité à développer et entretenir des relations avec d'autres personnes, de faibles aptitudes à résoudre des problèmes et un concept instable de soi (Daniel, 2014).

D'autres études longitudinales analysées par Terrence, Cacioppo & Boomsma (2014) ont montré que la solitude prédit une **augmentation** de la **symptomatologie de la dépression** (Terrence, Cacioppo & Boomsma, 2014). Cela nous pose donc la question de savoir si la dépression est un **facteur de risque** pour la solitude ou une **cause** de la solitude. Ce postulat est toujours fort discuté par les auteurs. Vandenbroucke et al. (2013), par exemple, finissent par conclure qu'elle peut être **autant une cause qu'un facteur de risque**.

La **démence**, de même que la dépression, est une pathologie qui émerge souvent accompagnée d'un état de solitude général (Høgsnesa et al., 2014). Toutefois, ce ne sont pas seulement les patients déments ou dépressifs qui souffrent de solitude.

En effet, Iden, Ruths & Hjørleifsson (2015) ont décrit, après une collecte de données via des entretiens, que les personnes qui vivent en maison de repos et partagent leur chambre avec des personnes atteintes de démence souffrent aussi de solitude suite au contact limité avec leur voisin de chambre, leurs amis, et même à cause d'un manque de visite de leur famille.

1.3.7. Lutter contre la Solitude

La solitude est un état qui ne dépend pas seulement de la quantité des relations sociales qui existent autour de la personne mais aussi de la qualité de ces relations (Vandenbroucke et al., 2013). L'étendue est importante puisqu'elle peut avoir un impact sur la personne (Vandenbroucke et al., 2013). Ainsi, la validation canadienne-française du UCLA Loneliness Scale (De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993, citées en Thibodeau, Dussault & Royeront, 2007) montre qu'il est important de comprendre que les individus qui entourent la personne âgée sont des personnes avec qui elle se sent proche et sur qui elle peut compter ou recourir en cas de besoin. « La solitude est la **différence entre la quantité et la qualité des relations sociales existantes et les relations sociales souhaitées** » (Vandenbroucke et al., 2013, p. 14).

Différentes activités peuvent être mises en pratique afin de **combattre la solitude** chez les plus âgés, mais Azeredo & Afonso (2016) citent la **communication** comme une activité clef avant toutes les autres. En effet, les professionnels qui travaillent avec ces patients âgés doivent être attentifs au **langage verbal** et **non verbal**. Selon Azeredo & Afonso (2016), ils ont une façon très particulière d'exprimer les sentiments de solitude : agressivité, dépression, douleurs psychosomatiques, tentatives de suicide, etc.

Dans les maisons de repos, les soignants doivent **encourager** le patient à tous les types d'initiatives susceptibles de devenir des bonnes **ressources de coping** en incluant la **communication** avec les patients et parmi ceux-ci (Iden, Ruths & Hjørleifsson, 2015).

Souvent, pour les veufs, une **nouvelle amitié**, notamment avec quelqu'un qui a aussi perdu récemment son conjoint, peut constituer une importante **source de soutien** (Utz et al., 2014). Les auteurs font aussi référence aux programmes de pairs, constitués par des groupes de soutien, par exemple des veufs qui peuvent aider dans le partage et l'expression de sentiments. Ces groupes sont souvent un soutien mutuel pour avoir une réassurance des pairs, ce qui permet de combattre la solitude après le veuvage (Utz et al., 2014).

Les patients avec démence vivant en maison de repos ont un haut niveau d'isolement social, c'est pourquoi Nikmat & Almashoor (2015) identifient un ensemble d'activités destinées à combattre cet isolement, qui doivent être intégrées dans leur système de soins, dans les services médicaux et les activités sociales. Ces auteurs (2015) encouragent les personnes âgées à

interagir les unes avec les autres pour échanger des idées en améliorant l'interaction sociale et leur **sentiment d'appartenance** de façon à réduire le risque de solitude.

Duffin & Trigg (2014) font aussi référence aux tentatives de suicide dans le cas d'isolement social et de solitude en faisant une nuance concernant l'importance des traitements de première ligne. Les mêmes auteurs disent que ce qui est fait le plus souvent dans ces cas-là, c'est traiter ces patients avec des anti-dépresseurs, mais les aides-soignants ne se rendent pas compte des répercussions que ceux-ci ont sur la vie sociale des patients et sur leur interaction avec les autres.

Cohen-Mansfield & Perach (2015) ont réalisé une étude longitudinale où ils ont mis en pratique différents types d'activités qui peuvent combattre la solitude : activités en groupe et en face à face. À la fin de chacune d'elles, Cohen-Mansfield & Perach (2015) ont évalué les activités comme inefficaces, efficaces ou fort efficaces dans le combat à la solitude.

Dans l'**Annexe A** figure un tableau représentatif de quelques **activités** proposées pour lutter contre la solitude (Cohen-Mansfield & Perach, 2015). Les auteurs ont proposé différents types d'activités, mais celles qui figurent en annexe sont celles qui ont été prouvées comme étant les plus efficaces dans le combat contre la solitude.

1.4. Hypothèses d'Investigation

Au cours de cette étude, nous investiguerons le domaine de la solitude en faisant le lien avec : **le sexe, le genre, l'état civil, les comorbidités physiques, le contexte et les niveaux de scolarité** ; nous nous concentrerons sur trois hypothèses de recherche relevées pendant la mise en place du cadre théorique :

Hypothèse I : les personnes âgées en maison de repos ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont besoin de soins à domicile (Vandenbroucke et al., 2013).

Hypothèse II : la situation de handicap, associée de façon temporaire ou permanente à un déclin de l'indépendance, représente un risque non négligeable d'isolement social (Vandenbroucke et al., 2013).

Hypothèse III : il y a une prévalence élevée de la solitude chez les personnes âgées de 75 à 84 ans (Azeredo & Afonso, 2016).

CHAPITRE II : Contextualisation et Méthodes

2.1. Cadre de l'Étude

L'étude se déroule dans la ville de Bruxelles, plus précisément dans les communes d'Etterbeek et de Woluwe-Saint-Lambert. Ce choix de la localisation géographique se justifie par une question de confort et de convenance pour le chercheur.

Cette étude a été réalisée en prenant en compte deux contextes distincts : le domicile et la maison de repos et soins. La collecte de données pour cette étude a été menée du 8 août 2017 au 13 septembre 2017, entre les deux contextes identifiés : Hôpital et MRS :

1. pour le **contexte du domicile**. Les patients ont été sélectionnés au moment de leur hospitalisation (**jour 1 ou 2**) dans le **service de Gériatrie** d'un hôpital de la commune d'Etterbeek, dans lequel travaille la mémorante.

Ce service a une capacité de 32 lits. Il était en effet difficile de pouvoir rencontrer un nombre suffisant de personnes à leur domicile. Le choix du délai court pour l'interview (1 à 2 jours) a été réalisé pour éviter des biais secondaires à l'hospitalisation et pour refléter le plus possible la situation du domicile ;

2. pour le **contexte de maison de repos**, les entretiens ont eu lieu dans une **MRS** à la commune de Woluwe-Saint-Lambert.

Il s'agit d'une MR/MRS privée avec une capacité actuelle de 147 résidents. La maison offre des prestations hôtelières avec un service adapté à chaque résident. Elle dispose d'un bar et d'un restaurant ainsi que de divers services et activités pour les personnes âgées. L'infrastructure propose des chambres doubles ou simples, disposant d'une salle de bain privative et d'un lit médicalisé. Les patients disposent également d'une télévision, d'un téléphone fixe et aussi d'un accès à l'Internet. Chaque chambre peut être décorée par le patient de façon à créer une ambiance plus familière.

Toutes les semaines, les résidents reçoivent l'agenda de la semaine, les menus et le programme pour les activités journalières. Tous les jours, pendant la matinée et l'après-midi, il y a des activités adaptées aux divers résidents, de façon à promouvoir leur intégration et leur occupation journalière.

L'identification précise de chaque contexte ne peut pas être diffusée pour des raisons éthiques. Le choix de la localisation de l'hôpital a été fait essentiellement de façon à faciliter les déplacements du chercheur.

2.2. Méthodologie de Recherche

Face aux objectifs de cette étude, ce mémoire de recherche suit une méthodologie **d'étude de cas**, avec une **méthodologie mixte** par **design explicatif**. Dans celle-ci, la méthodologie quantitative et la qualitative sont utilisées de manière concurrente (Cecchini & Hainard, 2012). Cette façon de procéder prend en compte la temporalité dans l'intégration de la méthode quantitative suivie par la méthode qualitative pour la collecte des données, ce qui facilite l'interprétation des résultats (Cecchini & Hainard, 2012).

L'étude de cas est une méthode de recherche qualitative qui "permet une compréhension profonde des phénomènes, des processus les composant et des personnes y prenant part" dans un contexte déterminé (Gagnon, 2011, p. 2). Cette méthode permet aussi d'assurer une validité interne, car tous les phénomènes étudiés découlent de la réalité, ils en sont donc des représentations véritables (Gagnon, 2011).

En accord avec Cohen et al. (2012) pour réussir une étude de cas, les chercheurs doivent compter sur une bonne collecte de données quantitatives, ce qui implique de prévoir un temps suffisant pour leur analyse, une grande période de recherche. En effet, « l'analyse des données quantitatives dépendra de la qualité et de la portée des informations rassemblées. D'habitude, cette méthode est utilisée à des fins descriptives ; ainsi, une analyse simple des fréquences et des tableaux croisés suffiront » (Cohen et al., 2012, p. 7).

L'étude de cas a été choisie comme méthodologie de recherche pour ce mémoire étant donné que cette méthode est considérée comme la plus "appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs" (Gagnon, 2011, p. 3). Le cas étudié est l'expérience (sentiments) de solitude auprès des personnes âgées habitant à leur domicile et dans la MRS (à Woluwe-Saint-Lambert).

Cela étant, ce mémoire suivra les différentes étapes de l'étude de cas proposée par Gagnon (2011), en partant de l'établissement de la pertinence afin d'assurer le choix de la méthode de

recherche comme approprié, tout en veillant à la véracité des résultats à partir de la création d'hypothèses de résultats attendus selon les études d'autres chercheurs. En ce qui concerne la préparation de l'étude, un cadre théorique de recherche est nécessaire.

De façon à garantir une collecte de données riches et crédibles, il est nécessaire de prévoir un échantillon de taille suffisante. Enfin, il restera à traiter, interpréter et diffuser les résultats obtenus.

2.3. Population de Référence et Échantillon

La collecte de données a été effectuée auprès de 62 individus : 32 personnes dans le contexte “domicile” et 30 issues de “maison de repos et soins”. Cependant, l'échantillon de cette étude est constitué de **60 individus : 30** dans le contexte **domicile** et **30** dans le contexte de **la maison de repos et soins**.

Deux participants ont décliné leur participation ou ont répondu de façon incomplète, ce qui a nécessité d'inclure 2 personnes supplémentaires. Dans **l'Annexe B** figure le calcul de la taille d'échantillon idéale. Les conditions de ce mémoire ne permettaient cependant pas un recrutement de cette ampleur. C'est pourquoi nous avons décidé de sélectionner un échantillon de 60 participants.

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être âgé de 65 ans ou plus ;
- occuper le lieu de résidence actuel depuis au moins un mois (30 jours).

Les personnes présentant des limitations cognitives ou langagières importantes ont été exclues (score inférieur ou égal à 23 points, évalué par l'échelle Mini Mental State, MMSE - Creavin et al., 2016).

Cette échelle a été validée par Creavin et al. (2016) lors du diagnostic de démence chez les aînés de 65 ans et plus, où les auteurs ont identifié la contribution du MMSE dans le diagnostic de démence mais ont aussi signalé qu'être tout seul ne peut pas confirmer ou exclure la maladie. Ce test mesure cinq domaines différents de la fonction cognitive du patient : orientation dans le temps et dans l'espace, apprentissage, attention-calcul, langage, rappel (Creavin et al., 2016).

À mentionner que le MMSE pour chaque bénéficiaire avait été rempli par les soignants préalablement à l'entretien. Le chercheur s'est limité à consulter les dossiers de chacun d'eux.

2.4. Instruments de Collecte de Données

Pendant cette étude, plusieurs méthodes de collecte de données seront utilisées, de façon à croiser différents types d'informations selon les hypothèses définies antérieurement. De ce fait, les trois méthodes d'évaluation quantitatives utilisées seront : le **questionnaire** simple sur les données personnelles, **Index de Barthel** (Mahoney & Barthel, 1965) et la validation canadienne-française du **UCLA Loneliness Scale** (De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993, cités par Thibodeau, Dussault & Royeront, 2007).

Le **questionnaire sur les données personnelles (Annexe C)** présente des questions sur les aspects sociodémographiques (date de naissance, scolarité, lieu de naissance, nombre d'enfants, nombre de visites/appels téléphoniques) et aspects liés à l'état de santé (antécédents de santé/vulnérabilités actuelles). Le questionnaire a été adapté de **l'enquête SHARE 2012-2014**, disponible online.

L'Index de Barthel (Annexe D - Mahoney & Barthel, 1965) est un instrument qui permet d'évaluer le niveau d'indépendance du patient, en tenant compte de dix catégories d'activités de son quotidien : alimentation ; contrôle sphinctérien ; anorectal ; WC ; soins personnels ; bain ; habillage ; transfert du lit au fauteuil ; déplacement ; escalier.

Chaque activité présente entre deux et quatre niveaux de dépendance, où 0 correspond au niveau de dépendance totale. L'indépendance peut être évaluée avec 5, 10 ou 15 points, selon les différents niveaux de dépendance possibles dans chaque catégorie. À la fin, le résultat de l'application de cette échelle peut varier entre 0 à 100 points, selon le degré de dépendance du patient (Mahoney & Barthel, 1965).

Selon Mahoney & Barthel (1965), une ponctuation entre 0-20 points correspond à une personne avec dépendance totale ; entre 21-60 points, nous sommes devant un patient avec une grave dépendance ; entre 61-90, le bénéficiaire présente une dépendance modérée et de 91-100 le patient est considéré indépendant.

L'Index de Barthel est un instrument de mesure quantitative, qui a été validé plusieurs fois dans

diverses études. En 1999, Nyein, McMichael & Turner ont aussi validé cette échelle en précisant un haut degré de corrélation entre les scores du Functional Independence Measure et l'Index de Barthel, avec un coefficient de corrélation de rang de spearman de 0.99 (très significatif) et sans aucune différence significative entre les scores (test signé de rangs de Wilcoxon $p < 0.001$). Nyein, McMichael & Turner (1999) ont encore signalé un test-retest Kappa avec des valeurs entre 0.53 et 1.

Minosso et al. (2010) ont réussi à trouver un Coefficient alpha de Cronbach de 0.90 pour la totalité de l'Index de Barthel. Plus récemment, Verheyden et al. (2013) ont participé à une étude européenne multicentrique où ils ont validé deux échelles : l'Index de Barthel et le Nottingham Extended Activities of Daily Living. L'Index de Barthel a montré avoir une spécificité de 0.89 et une sensibilité au changement de 0.81.

Pour la solitude, nous avons choisi d'utiliser la validation canadienne-française du **UCLA Loneliness Scale (Annexe E)**.

L'échelle de solitude UCLA (Russel, Peplau & Cultrona, 1980) est un instrument d'évaluation des sentiments subjectifs de la solitude et de l'isolement social. Elle est constituée de vingt énoncés auto-descriptifs, chacun avec quatre réponses possibles : jamais, rarement, quelquefois, souvent. La version originale de cette échelle a été réalisée par Russel, Peplau & Ferguson en 1978. Cet instrument a été construit en tenant compte de quelques phrases dites par des patients solitaires (Russel, Peplau & Cultrona, 1980).

Pendant le remplissage de l'échelle, chaque item est reparti sur une échelle du type Likert en quatre points dépendant de la fréquence avec laquelle les répondants s'identifient au sentiment décrit : jamais (1 point), rarement (2 points), quelquefois (3 points), souvent (4 points) Pour les questions 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 et 20, les cotes sont inversées : une fois que le patient répond 1, 2, 3 ou 4, cela correspond respectivement à 4, 3, 2, 1 points. Le score total de cette échelle varie donc entre 20 à 80 points, plus grand sera le score, plus le patient souffrira de solitude (Russel, Peplau & Cultrona, 1980).

Russel (1996), auteur de la version américaine de l'UCLA Loneliness Scale, parle de la fiabilité de cette échelle en énumérant un test-retest de corrélation de 0.73 chez une population plus âgée, avec un Coefficient alpha de Cronbach entre 0,89 et 0,94.

Thibodeau, Dussault & Royeront (2007) ont mentionné la version canadienne-française du

UCLA Loneliness Scale (validation De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993) comme ayant une consistance interne élevée avec un Coefficient alpha de Cronbach de 0,93. Aussi, Schmit et al (2011) ont révélé la bonne consistance interne de cette traduction, avec un Coefficient alpha de Cronbach de 0,91.

2.5. Procédure de Collecte et Analyse de Données

Les instruments de collecte de données quantitatives mentionnés auparavant ont été utilisés sous forme d'interview et suivis d'une collecte de données qualitatives (via enregistrement audio et aussi sous forme d'interview) où chaque patient a dû répondre aux questions : « Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez ajouter concernant votre environnement social que vous pensez ne pas être clair dans les questions posées par les échelles ? Comment est-ce que vous vous sentez en parlant de cette thématique ? ». Ces enregistrements ont été transcrits pour permettre l'analyse qualitative. Seuls les noms des personnes, des lieux ou toute information permettant de les identifier ont été codés.

La durée de la collecte des données était estimée à 1h30 (maximum) par participant, en un seul entretien, mais en ce qui concerne le contexte de MRS, elle a pris environ 2h par personne. Tous les enregistrements seront effacés après la présentation du mémoire.

Après la collecte de données qualitatives, une carte conceptuelle a été réalisée en tenant compte du concept de solitude proposé par Vandenbroucke et al. (2013) - **Figure 1**. Cette représentation visuelle a été faite de façon à schématiser et faciliter l'analyse postérieure des données. Pour chaque rubrique (signalée en gras), nous pouvons identifier les différents énoncés de l'échelle UCLA Loneliness Scale (De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993, cités par Thibodeau, Dussault & Royeront, 2007) qui y correspondent. En bas de chaque rubrique, différentes catégories thématiques (identifiées par méthode inductive pendant la retranscription des entretiens) sont présentées pour permettre de cerner ce qui sera abordé dans chacune d'elles en tenant compte d'une analyse thématique.

Des tableaux de synthèse ont été réalisés selon les catégories thématiques définies auparavant, où nous avons pu identifier les transcriptions les plus pertinentes – voir prochain chapitre.

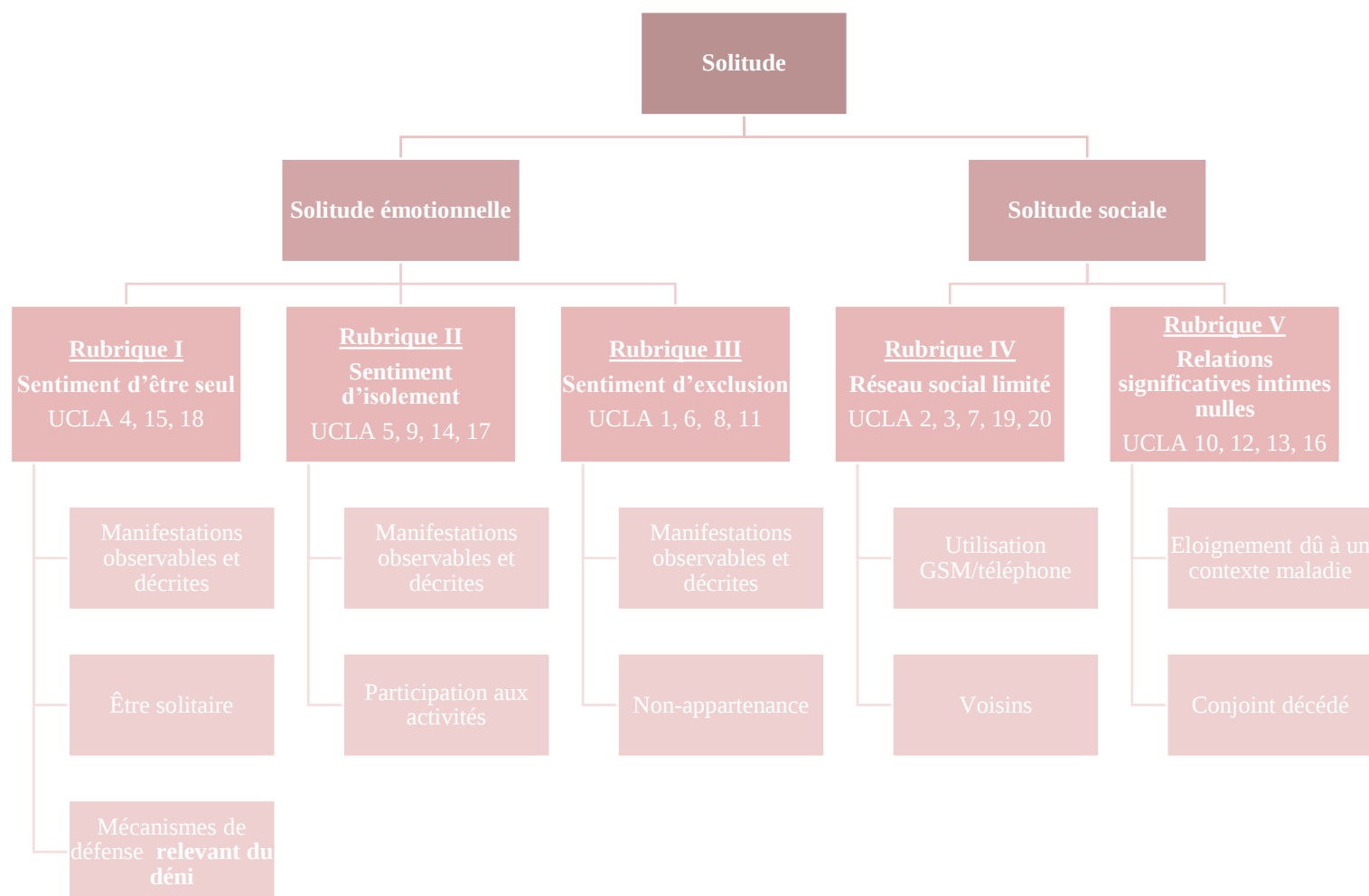


Figure 1: Carte conceptuelle – point de départ pour l’analyse qualitative.

Après la collecte de données, les données quantitatives ont été étudiées avec le software de statistique IBM-SPSS Statistics 22.

Dans une première étape, chaque variable du questionnaire sociodémographique a été résumée dans un tableau moyenne/écart-type. Comme ils dépendent de la variable, il est pertinent de signaler aussi le minimum, maximum ; et pour d’autres les fréquences relatives et absolues. En ce qui concerne l’Échelle UCLA, un tableau résumé a été réalisé avec la moyenne/écart-type des réponses pour chaque énoncé.

Ensuite, nous avons testé la normalité de chaque variable pour déterminer le type de test à utiliser – paramétriques ou non paramétriques (le genre, la scolarité, l’état civil, les antécédents médicaux, l’Indice de Barthel) d’accord avec l’UCLA Loneliness Scale. Les variables suivant une loi normale selon de test Kolmogorov-Smirnov ($p > 0,05$), le test paramétrique t-Student ont été utilisées.

Enfin, nous avons également étudié les corrélations entre le contexte, l'âge, l'Index de Barthel et l'UCLA Loneliness Scale (coefficient de corrélation de Pearson). Tous les tests ont été faits avec un intervalle de confiance (IC) à 95%.

2.6. Considérations Éthiques et Administratives

La participation à l'étude est volontaire, et l'anonymat a été garanti par l'utilisation d'un code chiffré dont seuls les investigateurs détenaient la clé. Tous les participants ont été informés sur le but et le déroulement de l'étude – Feuille d'information (Annexe F). Ils ont signé un formulaire de consentement dont une copie leur a été remise (Annexe G).

Chaque personne pourra remplir le questionnaire, complètement ou non, abandonner sa participation à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier sa décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour elle.

Les participants qui le désirent pourront toujours contacter le responsable de l'étude (par e-mail à préciser en entier) afin d'avoir les résultats de l'étude.

Préalablement à la collecte de données, pour les deux établissements, nous avons l'accord de la Commission d'Éthique. En ce qui concerne la Commission d'Éthique de l'hôpital, un consentement oral est intervenu plus tôt, à la date du 4 août 2017 (l'accord par écrit a été donné plus tard le 13 septembre 2017) et en ce qui concerne la MRS, le directeur a assumé la responsabilité et a donné sa permission à la date du 7 août 2017 (Annexe H).

CHAPITRE III : Résultats

3.1. Description générale de la population de l'étude

Ici, nous irons présenter les résultats obtenus pendant notre étude. Après avoir encodé les réponses de tous nos participants et retranscrit tous les enregistrements audios, des analyses statistiques ont été réalisées de façon à détailler le plus possible les informations recueillies et de façon à mettre au clair toutes les données dont nous disposons.

Afin de faciliter la présentation des résultats, ceux-ci sont présentés sous forme de tableaux construits avec l'aide du logiciel IBM-SPSS Statistiques 22.

Un total de 62 personnes a été interrogé pendant notre collecte de données, mais comme nous l'avons expliqué auparavant dans le point 2.3 de ce mémoire, l'échantillon qui a été pris en considération pour ce travail est composé de 60 individus.

En ce qui concerne les **données sociodémographiques**, le **Tableau III** représente le profil sociodémographique de notre échantillon et souligne les différences existantes dans le profil de chaque contexte : Domicile vs MRS.

Tableau III: Profil sociodémographique des participants de l'étude.

		Échantillon (N=60)	Domicile (N=30)	MRS (N=30)
Âge	65 -74 ans	1 (1.7%)	1 (3.3%)	0
	75 -84 ans	24 (40%)	16 (53.3%)	8 (26.7%)
	> 84 ans	35 (58.3)	13 (43.3%)	22 (73.3%)
Genre	Masculin	20 (33.3%)	13 (43.3%)	7 (23.3%)
	Féminin	40 (66.7%)	17 (56.7%)	23 (76.7%)
	Belge	47 (78.3%)	24 (80%)	23 (76.7%)
Nationalité	Française	3 (5%)	0	3 (10%)
	Italienne	4 (6.7%)	3 (10%)	1 (3.3%)
	Marocaine	1 (1.7%)	1 (3.3%)	0
	Autre nationalité africaine	1 (1.7%)	1 (3.3%)	0

Niveau d'enseignement	Autre nationalité européenne	4 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)
	Primaire ou sans diplôme	14 (23.3%)	7 (23.3%)	7 (23.3%)
	Secondaire inférieur général	9 (15.0%)	6 (20%)	3 (10%)
	Secondaire supérieur général	17 (28.3%)	7 (23.3%)	10 (33.3%)
	Secondaire supérieur technique ou artistique	2 (3.3%)	2 (6.7%)	0
	Secondaire supérieur professionnel	1 (1.7%)	0	1 (3.3%)
	Candidature, bachelier, graduat	4 (6.7%)	3 (10%)	1 (3.3%)
	Licence, master, post-graduat, enseignement non universitaire de type long	13 (21.7%)	5 (16.7%)	8 (26.7%)
État civil	Marié(e) et vivant avec son conjoint	13 (21.7%)	13 (43.3%)	0
	Marié(e), mais séparé(e) de son conjoint	3 (5.0%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
	Jamais marié(e)	5 (8.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)
	Divorcé(e)	4 (6.7%)	0	4 (13.3%)
	Veuf(ve)	35 (58.3%)	13 (43.3%)	22 (73.3)

Parmi l'ensemble de cet échantillon, nous pouvons compter 33.3% d'hommes et 66.7% de femmes, dont la tranche d'âge varie entre 74 ans et 97 ans, avec une moyenne de 85.93 ans (**Tableau IV**).

Tableau IV: Représentation de l'âge de l'échantillon.

Âge	Moyenne ± écart-type	Minimum	Maximum
	85.93 ± 5.781	74	97

Plus de 50% de la population de l'étude est du genre **féminin** et nous identifions aussi une tendance pour une tranche **d'âge supérieure à 84 ans**. D'accord avec le profil sociodémographique représenté dans le **Tableau III**, nous vérifions que plus de 50% sont **veufs**.

Nous pouvons identifier une **répartition du genre** dans le contexte **domicile** plus ou moins équitable (43.3% vs 56.70%), tandis que dans le contexte **MRS** nous vérifions un pourcentage **plus élevé de femmes** qui ont été interrogées (23.30% vs 76.70%).

En ce qui concerne la tranche d'âge, le contexte domicile représente une moyenne d'âge légèrement plus basse que la MRS avec une différence de 3.1 ans (**Annexe I**). Dans le contexte **domicile**, le participant **le plus jeune** a 74 ans, tandis que dans la **MRS** le **plus âgé** a 97 ans.

Du côté de la nationalité des participants, il y en a eu plusieurs dans l'étude, mais **plus de la moitié** était **belge** (78.3%). Nous retrouvons les mêmes données dans les contextes individuels.

Si nous regardons l'ensemble de l'échantillon, nous pouvons identifier une majorité considérable (28.3%) avec le diplôme du secondaire supérieur général, suivi par 21.7% qui ont une licence/master/post-graduat/enseignement non universitaire de type long, et ensuite 15% des personnes ont le diplôme du secondaire inférieur général. **Seulement 23.3%** de notre échantillon n'ont suivi que l'enseignement **primaire ou** ne présentent même **pas un diplôme**.

Ainsi, la **majorité des répondants** (76.7%) ont un **diplôme secondaire ou supérieur**, si nous comparons les deux contextes de notre étude, ce pourcentage reste exactement le même avec un pourcentage de 23.3% pour les personnes sans diplôme ou avec le diplôme du primaire. À part ces 23.3%, la répartition des personnes âgées entre chaque niveau d'enseignement, selon le contexte, reste **très diverse**.

Nous pouvons aussi caractériser notre échantillon selon son **contexte de vie**. Le **Tableau V** représente le profil social des personnes âgées de notre échantillon, en tenant compte aussi de leur contexte de vie.

Tableau V: Profil du contexte de vie des participants de l'étude.

		Échantillon (N=60)	Domicile (N=30)	MRS (N=30)
A eu des frères et sœurs	Oui	44 (73.3%)	22 (73.3%)	22 (73.3%)
	Non	16 (26.7%)	8 (26.7%)	8 (26.7%)
A eu des enfants	Oui	48 (80%)	21 (70%)	27 (90%)
	Non	12 (20%)	9 (30%)	3 (10%)
Seul en chambre/à domicile	Oui	44 (73.3%)	15 (50%)	29 (96.7%)
	Non	16 (26.7%)	15 (50%)	1 (3.3%)
	1 mois ≤ entre < 3 mois	2 (3.3%)	0	2 (6.7%)
	3 mois ≤ entre < 6 mois	0	0	0

Depuis combien de temps dans la MRS/le domicile ?	6 mois $\leq$ entre < 12 mois	1 (1.7%)	0	1 (3.3%)
	≥ 12 mois	57 (95%)	30 (100%)	27 (90%)
	Tous les jours	22 (36.7%)	11 (36.7%)	11 (36.7%)
Fréquence de contacts téléphone/GSM/e-mail	Plusieurs fois par semaine	20 (33.3%)	12 (40%)	8 (26.7%)
	Une fois par semaine	7 (11.7%)	3 (10%)	4 (13.3%)
	Une fois tous les quinze jours	6 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
	Une fois par mois	1 (1.7%)	0	1 (3.3%)
	Moins d'une fois par mois	4 (6.7%)	0	4 (13.3%)
	Tous les jours	9 (15%)	6 (20%)	3 (10%)
	Plusieurs fois par semaine	19 (31.7%)	6 (20%)	13 (43.3%)
Fréquence de contacts directs (visites)	Une fois par semaine	15 (25%)	9(30%)	6 (20%)
	Une fois tous les quinze jours	8 (13.3%)	3 (10%)	5 (16.7%)
	Une fois par mois	6 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
	Moins d'une fois par mois	2 (3.3%)	2 (6.7%)	0
	Jamais	1 (1.7%)	0	1 (3.3%)

En ce qui concerne l'entourage de notre échantillon, nous pouvons vérifier dans le tableau précédent que **plus de 50%** des participants de notre étude **ont eu des frères et sœurs** ainsi que **des enfants**, et cela autant dans le contexte domicile que dans celui de MRS. Nous observons quand même une différence entre la fréquence de contacts téléphone/GSM/e-mail et les visites en face à face, où nous avons quantifié que **plus de 50%**, à **domicile** et aussi dans la **MRS, ont des contacts téléphone/GSM/e-mail** plusieurs fois par semaine ou même tous les jours. Par rapport aux **contacts directs**, cette **fréquence diminue** un peu dans le cas des personnes âgées à domicile où seulement 40% ont ce type de contact plusieurs fois la semaine.

Nous vérifions encore dans le **Tableau V** que la plupart des personnes qui sont seules en chambre (dans le contexte MRS) ou qui vivent seules à domicile le sont depuis plus de 12 mois.

Afin d'étudier les contacts de chaque personne âgée de notre étude, il a été pertinent d'étudier l'existence ou non de frères. Nous avons dès lors pu identifier que 73.3% avaient eu des frères et/ou sœurs, sachant que parmi ces 73.3%, **seulement 77.3% ont au moins un frère ou une sœur encore en vie** – **Tableau VI**.

Tableau VI: Représentation de la détention de frères et/ou sœurs de l'échantillon.

Frères et/ou sœurs	Fréquence (%)		
Oui	44 (73.3)		Fréquence (%)
		Aîné(e)	20 (45.5)
		Benjamin(e)	14 (31.8)
		A une place intermédiaire	10 (22.7)
		Total	44 (100)
Non	16 (26.7)		
Total	60 (100)		

Nous pouvons encore vérifier que la moyenne des frères encore en vie, si nous tenons compte de la partie de l'échantillon qui a signalé avoir eu de frères et/ou sœurs (N= 44), est de **1.48**. Si nous analysons les contextes séparément, nous observons donc une **légère augmentation** de la moyenne dans le contexte **domicile** avec **1.77** frère ou sœur encore en vie, et au contraire une **légère diminution** dans le contexte **MRS** avec **1.18** frère ou sœur encore en vie. Il est important de souligner que l'écart-type dans le contexte domicile est plus élevé parce que nous avons un intervalle plus grand de frères et sœurs encore en vie – **Annexe J**.

Seulement, pour bien conclure la question de l'entourage des frères et sœurs, si nous regardons la moyenne concernant la totalité de l'échantillon (N=60), nous observons une descente de celle-ci à 1.08 (avec un écart-type de 1.357), ce qui nous montre que 36 participants n'ont aucun frère ou sœur.

Nous constatons également que seulement **97.9%** des personnes âgées ayant signalé **avoir des enfants** en ont encore **en vie**. L'**Annexe L** permet de vérifier que cela est le cas pour au moins 47 personnes de la totalité de l'échantillon, donc plus de 50%.

Toutefois, si nous observons le tableau suivant – **Tableau VII**, en ce qui concerne le pays où les enfants habitent, nous constatons que **4.3%** des personnes âgées qui ont encore des enfants en vie n'en ont **aucun** qui **habite en Belgique**.

Tableau VII: Distribution des enfants vivant en Belgique.

Enfants en Belgique	Fréquence (%)	Domicile (N=20)	MRS (N=27)
Oui	45 (95.7%)	20 (100%)	25 (92.6%)
Non	2 (4.3%)	0	2 (7.4%)
Total	47 (100%)	20 (100%)	27 (100%)

Nous pouvons encore caractériser notre échantillon selon **l'état de santé physique et psychologique** – **Tableau VIII.**

Tableau VIII : Profil de l'échantillon selon l'état de santé physique et psychologique.

		Échantillon (N=60)	Domicile (N=30)	MRS (N=30)
Perception de l'état de santé	Excellente	3 (5%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)
	Très bonne	7 (11.7%)	3 (10%)	4 (13.3%)
	Bonne	20 (33.3%)	11 (36.7%)	9 (30%)
	Acceptable	20 (33.3%)	12 (40%)	8 (26.7%)
	Médiocre	10 (16.7%)	2 (6.7%)	8 (26.7%)
Comorbidités physiques chroniques	Aucune pathologie physique chronique	6 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
	Une pathologie physique chronique	25 (41.7%)	16 (53.3%)	9 (30%)
	Deux ou trois pathologies physiques chroniques	20 (33.3%)	9 (30%)	11 (36.7%)
	Plus de 4 pathologies physiques chroniques	9 (15%)	1 (3.3%)	8 (26.7%)
Dépendance de l'aide – Index de Barthel	Dépendance totale (≤ 20 points)	1 (1.7%)	0	1 (3.3%)
	Grave dépendance (21-60 points)	25 (41.7%)	10 (33.3%)	15 (50%)
	Dépendance modérée (61-90 points)	19 (31.7%)	9 (30%)	10 (33.3%)

	Indépendant (≥ 91 points)	15 (25%)	11 (36.7%)	1 (3.3%)
--	---------------------------------	----------	---------------	----------

Il a été pertinent de réaliser une analyse quantitative de l'état de santé physique et psychologique de nos participants, à travers laquelle nous avons pu identifier la présence ou non de comorbidités physiques ainsi que le niveau de dépendance de notre échantillon. **Plus de 50%** de notre échantillon présente **au moins une comorbidité chronique** ainsi qu'une **dépendance** dans les soins – **Tableau VIII**.

3.2. Présentation de données

Avec la méthodologie choisie - mixte par design explicatif- il est plus cohérent de commencer par présenter les données quantitatives de notre recherche et ensuite les données qualitatives.

Premièrement, nous irons présenter un tableau résumé avec la **Moyenne $\pm$ écart-type** des réponses obtenues avec l'échelle UCLA pour chaque énoncé. Dans ce même tableau, nous pouvons observer la moyenne des réponses en accord avec l'échantillon total ($N=60$) et le contexte ($N_1=30$ et $N_2=30$) – **Tableau IX**. Dans **l'Annexe M**, vous pouvez trouver un tableau récapitulatif des fréquences de chaque réponse selon l'énoncé et le contexte de vie, ce qui permettra de comprendre la signification de l'écart-type une fois que nous pourrons vérifier la dispersion des réponses existantes.

Il faut rappeler que, comme cela a été décrit auparavant, pendant le remplissage de l'échelle, chaque item est reparti sur une échelle du type Likert en quatre points dépendant de la fréquence avec laquelle la personne s'identifie au sentiment décrit : jamais (1 point), rarement (2 points), quelquefois (3 points), souvent (4 points). Pour les questions 4, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 et 20, les cotes sont inversées : une fois que le patient répond 1, 2, 3 ou 4, cela correspond respectivement à 4, 3, 2, 1 points. Le score total de cette échelle varie donc entre 20 à 80 points. Plus grand sera le score, plus le patient souffrira de solitude (Russel, Peplau & Cultrona, 1980).

Tableau IX: Représentation des moyennes des réponses obtenues avec l'UCLA Loneliness Scale.

Énoncés UCLA	Échantillon (N=60)	Domicile (N=30)	MRS (N=30)	P-valeur selon contexte
1. Je me sens sur la même longueur d'onde que les personnes autour de moi	2.95 ± 0.999	3.37 ± 0.718	2.53 ± 1.074	<u>0.001</u>
2. Je n'ai pas assez d'amis	2.35 ± 1.273	2.33 ± 1.213	2.37 ± 1.351	0.920
3. Il n'y a personne vers qui je peux aller	1.63 ± 1.073	1.53 ± 1.008	1.73 ± 1.143	0.475
4. Je ne me sens pas seul(e)	2.95 ± 1.111	3.00 ± 1.114	2.90 ± 1.125	0.731
5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis	2.33 ± 1.271	2.30 ± 1.317	2.37 ± 1.245	0.841
6. J'ai beaucoup de choses en commun avec les personnes qui m'entourent	2.62 ± 1.106	3.03 ± 1.098	2.20 ± 0.961	<u>0.003</u>
7. Je ne me sens plus proche de personne	1.85 ± 1.055	1.90 ± 1.125	1.80 ± 0.997	0.717
8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent	2.47 ± 0.947	2.37 ± 0.964	2.57 ± 0.935	0.418
9. Je suis une personne sociable	3.47 ± 0.853	3.53 ± 0.937	3.40 ± 0.770	0.549
10. Il y a des personnes dont je me sens proche	3.28 ± 0.993	3.37 ± 1.033	3.20 ± 0.961	0.520
11. Je me sens exclu(e)	1.35 ± 0.732	1.27 ± 0.583	1.43 ± 0.858	0.383
12. Mes relations sociales sont superficielles	2.27 ± 1.191	1.97 ± 1.189	2.57 ± 1.135	<u>0.05</u>
13. Personne ne me connaît vraiment bien	2.50 ± 1.127	2.40 ± 1.003	2.60 ± 1.248	0.497
14. Je me sens isolé(e) des autres	1.62 ± 1.01	1.67 ± 1.028	1.57 ± 1.006	0.705
15. Je peux m'entourer de personnes quand je le veux	3.12 ± 1.01	2.97 ± 1.098	3.27 ± 0.907	0.253
16. Il y a des personnes qui me comprennent vraiment	3.33 ± 0.752	3.43 ± 0.728	3.23 ± 0.774	0.307
17. Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré(e)	1.62 ± 0.993	1.73 ± 1.048	1.50 ± 0.938	0.367

18. Les personnes sont autour de moi et non avec moi	2.85 ± 1.071	2.57 ± 1.104	3.13 ± 0.973	<u>0.039</u>
19. Il y a des personnes à qui je peux parler	3.38 ± 0.846	3.63 ± 0.615	3.13 ± 0.973	<u>0.021</u>
20. Il y a des personnes vers qui je peux aller	3.33 ± 0.896	3.57 ± 0.774	3.10 ± .960	<u>0.043</u>

À mentionner que l'écart-type dans ce tableau désigne la dispersion qu'il existe entre les réponses de tout l'échantillon par rapport à la moyenne, et pour être statistiquement plus détaillé l'écart-type est représenté en millièmes de points. Si nous observons le tableau précédent, nous constatons que les **énoncés 11 et 16** sont ceux qui présentent le **moins de dispersions** dans les réponses, avec un **écart-type d'environ 0.7 point**. Cependant, même si nous pouvons dire qu'il s'agit d'énoncés avec une uniformité dans les réponses plus visibles, il ne faut pas oublier que nous parlons d'une échelle de seulement 4 items, donc 4 points, cela indique un écart de presque 1 point, ce qui est quand même déjà significatif.

En tenant compte de ce tableau, nous pouvons déjà observer, avec **5% de chance de se tromper**, qu'il y a quand même des **différences** entre les deux **contextes**, notamment pour les **énoncés 1, 6, 12, 18, 19 et 20**. Dans les six énoncés mentionnés, nous constatons qu'il y a des descriptifs plus quantitatifs et objectifs (liés à l'isolement social) et d'autres, plutôt qualitatifs et subjectifs (liés à la solitude). Ce sont ces énoncés qui ont le plus grand impact sur le score de la solitude selon chaque contexte de vie et il est important de tenir compte de ceux-ci pour notre première hypothèse de recherche. La question de l'appartenance et des véritables relations émerge de ces six descriptifs.

Nous observons que grosso modo une grande partie de notre échelle est équilibrée en chaque situation de vie, et notamment nous constatons cela dans le **Tableau X**.

En ce qui concerne les scores obtenus avec l'échelle UCLA, nous pouvons vérifier dans le **Tableau X** qu'avec le **contexte MRS**, les **scores de solitude** sont légèrement **plus élevés** (42 vs 38.87). Cela signifie que pour notre échantillon, les **sentiments de solitude** sont **plus communs** que dans le contexte domicile. Nous pouvons encore observer que le **score le plus élevé de solitude** a été vérifié dans le contexte **MRS**, par contre celui le plus bas a été vérifié dans le contexte domicile.

Tableau X: Présentation des scores de l'échelle UCLA.

	Moyenne $\pm$ écart-type	Minimum	Maximum	P-valeur selon contexte
Échantillon (N=60)	40.43 $\pm$ 9.575	21	66	<u>0.208</u>
Domicile (N=30)	38.87 $\pm$ 9.194	21	56	----
MRS (N=30)	42 $\pm$ 9.844	26	66	----

Ici, nous observons qu'il existe un écart-type entre 9 et 10 points pour les deux contextes, ce qui montre aussi une grande variabilité dans le score final. Cela veut dire que dans un intervalle de 60 points (car le score minimal est de 20 et le maximal est de 80 points), nous avons quand même un **écart significatif** par rapport à la moyenne de 9 à 10 points.

Si nous tenons compte du score de l'échelle UCLA, selon chaque contexte, au seuil de 5%, nous **ne pouvons pas affirmer** qu'il existe une différence entre les scores UCLA dans les deux contextes : domicile et MRS (**p-valeur** > 0.05).

Avant de continuer la présentation des résultats, il a été pertinent d'étudier la corrélation interne de notre échelle sur SPSS selon les scores obtenus à chaque énoncé. Cela nous a montré un **Alpha de Cronbach de 0.815** (> 0.05) quand nous avons étudié la fiabilité entre les 20 énoncés. Notre échelle présente donc un **niveau de corrélation interne significatif**.

De façon à rendre notre étude la plus pertinente possible, nous avons étudié la corrélation item-test de l'échelle UCLA de notre étude (**Annexe N**) ainsi que la corrélation de Pearson entre le score de chaque énoncé et le score final – **Tableau XI**.

Tableau XI: Présentation de la corrélation item-test – corrélation de Pearson.

Corrélation de Pearson dans le score par énoncé	Énoncés de l'échelle UCLA									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	-0.065	0.556	0.489	0.525	0.619	0.391	0.580	0.469	0.363	0.569
Corrélation de Pearson dans le	Énoncés de l'échelle UCLA									
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	0.341	0.646	0.344	0.647	0.424	0.480	0.305	0.387	0.620	0.592

score par énoncé										
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

L'**énoncé 1** présente une **faible corrélation** entre les différents items (avec une p-valeur presque toujours supérieure à 0.05) de même que le score final obtenu (avec un coefficient de Pearson = -0.065 qui indique une corrélation pratiquement inexistante). Cet énoncé n'est donc **pas pertinent** dans cette étude à partir du moment où il n'influence pas le score final de solitude.

En ce qui concerne les énoncés suivants, selon le coefficient de Pearson, les **énoncés 2, 4, 5, 7, 10, 12, 14, 19 et 20** présentent une **corrélation** selon le coefficient de Pearson **modérée** en comparaison avec le score final ($0.5 < \text{coefficient de Pearson} < 0.7$). Les énoncés **3, 6, 8, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18** ont une **corrélation** selon le coefficient de Pearson **faible** en comparaison avec le score final ($0.3 < \text{coefficient de Pearson} < 0.5$).

Dès qu'il y avait un seul item qui présentait une corrélation inexistante par rapport au score final et que nous obtenions tout de même un bon **Alpha de Cronbach** entre les différents énoncés, nous avons décidé de ne pas créer une sous-échelle (où nous irions exclure cet item).

Au dernier moment, et de façon à donner réponse aux hypothèses d'investigation, cette étude a montré un intérêt à calculer la corrélation existante entre le contexte, l'âge, l'Index de Barthel et l'*UCLA Loneliness Scale* (coefficient de corrélation de Pearson – **Tableau XII, XIII, XIV**).

Tableau XII: Corrélation existant entre le contexte et le score UCLA.

Hypothèse I : Les personnes âgées en maison de repos ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont besoin de soins à domicile (Vandenbroucke et al., 2013).			
Variable		Moyenne score UCLA	Influence du contexte dans le score UCLA
Contexte	MRS	42 ± 9.844	Coefficient de corrélation de Pearson = 0.008 p = 0.955
	Domicile et Index de Barthel < 91	42.16 ± 8.827	

Dans le **Tableau XII**, nous pouvons vérifier un coefficient de **corrélation** de Pearson **faible**,

ce qui indique une quasi **inexistante corrélation** entre la différence de contexte (MRS vs personne âgée à domicile mais nécessitant des soins) et le score final de l'UCLA ainsi qu'une pertinence statistique peu relevante ($p\text{-valeur} > 0.05$).

Tableau XIII: Corrélation existant entre l'Index de Barthel et le score UCLA.

Hypothèse II : la situation de handicap, associée de façon temporaire ou permanente à un déclin de l'indépendance, représente un risque non négligeable d'isolement social (Vandenbroucke et al., 2013).			
Variable		Moyenne score UCLA	Influence de l'Index de Barthel dans le score UCLA
Index de Barthel	Dépendance totale (≤ 20 points)	46 ± 0	Coefficient de corrélation de Pearson = -0.660 $p < 0.001$
	Grave dépendance (21-60 points)	47.96 ± 8.167	
	Dépendance modérée (61-90 points)	35.84 ± 5.852	
	Indépendant (≥ 91 points)	33.33 ± 6.477	

Le **Tableau XIII** montre une **corrélation modérée** entre le score UCLA et l'Index de Barthel, avec une signifiante statistique significative ($p\text{-valeur} < 0.001$). Nous pouvons encore observer que le coefficient de Pearson est négatif, ce qui conclut à une **relation inversement proportionnelle à l'Index de Barthel** : quand le score de l'Index de Barthel augmente (niveau de dépendance diminue), le score UCLA a tendance à diminuer et vice-versa.

Tableau XIV: Corrélation existant entre le contexte et le score UCLA.

Hypothèse III : il y a une prévalence élevée de la solitude chez les personnes âgées entre 75 et 84 ans (Azeredo & Afonso, 2016).			
Variable		Moyenne score UCLA	Influence de l'âge dans le score UCLA
Âge	65 -74 ans	37 ± 0	Coefficient de corrélation

	75 -84 ans	39.38 ± 8.702	de Pearson = 0.136 p = 0.301
	> 84 ans	41.26 ± 10.297	

Selon le **Tableau XIV**, notre échantillon présente une corrélation très faible entre l'âge et le score UCLA, avec un Pearson de 0.136 et un p-valeur **statistiquement non significatif** de 0.301, bien supérieur à 0.05. Nous avons aussi testé la corrélation en tenant compte de l'âge comme une variable continue, ce qui a montré la même corrélation.

Concernant les **données qualitatives**, il est intéressant de commencer par signaler que mis à part deux répondants (dont un a été exclu de notre échantillon), toutes les personnes interrogées ont affirmé que cela ne les gênait pas de parler de l'environnement social, de la famille, de leur entourage. Ils ont même fait remarquer qu'ils n'avaient rien à cacher concernant cette thématique. À part les deux patients exclus, le seul qui a montré une gêne dans les entretiens était le participant 9. À titre d'exemple, ce dernier (domicile) a mentionné *Je ne me sens pas à l'aise avec ces questions*.

Pendant les différents entretiens, les histoires qui étaient racontées par les répondants étaient variées, notamment des idées récurrentes non seulement au sein de chaque contexte mais aussi dans la généralité des personnes.

Nous pouvons identifier quelques sentiments qui sont parfois communs entre les deux contextes, à savoir la sensation d'aimer la solitude et d'être solitaire sans nécessairement se sentir seul - **Rubrique I, Catégorie thématique « Être solitaire » (Tableau XV)**.

Malgré cela, fort est de constater que pendant les entretiens, certaines personnes, comme le participant n° 28 (MRS), insistaient beaucoup sur le fait de ne pas se sentir seules ou d'apprécier la solitude, mais elles finissaient par démontrer un sentiment d'insatisfaction en disant *Je rêve de retourner à mon appartement*, ce qui a conduit l'intervieweur à se questionner sur la véracité de ce sentiment.

Ce qui a aussi été signalé, c'est que souvent nous nous trouvons face à une nouvelle situation et nous finissons simplement pour nous adapter et trouver des mécanismes qui nous aident à combattre la solitude en évitant de se sentir seuls – **Rubrique I, Catégorie thématique « Mécanismes de défense et relevant du déni » (Tableau XV)**.

Au cours de la collecte de données, nous avons remarqué qu'il est possible pour les résidents de la MRS de contacter des tiers (dame de compagnie, infirmier particulier, etc.), ce qui les aide aussi à combattre la solitude. Il y a au moins deux résidents de la MRS qui reçoivent souvent l'aide de personnes extérieures à l'institution – **Rubrique I, Catégorie thématique « Manifestations observables et décrites » (Tableau XV).**

Tableau XV: Présentation de données qualitatives – Rubrique I.

Rubrique I : Sentiment d'être seule				
Contexte	Manifestations observables et décrites	Être solitaire	Mécanismes de défense	Points de discussion
Domicile		<i>J'aime bien être toute seule à la maison. (Participant n° 10, domicile)</i> <i>J'aime aussi être seul, quand je fais la pêche en Grèce c'est que moi et la mer. (Participant n° 57, domicile)</i>	<i>Je suis toute seule ici. Ma famille est en Italie. Mais quand je sens que j'ai besoin de parler avec quelqu'un, je vais à l'église. (Participant n° 18, domicile)</i>	C'est quoi être solitaire ? On peut être seul sans se sentir seul.
	<i>Mon fils vient me voir, mais toujours en vitesse, à part ma femme de ménage qui se consacre à moi tous les mercredis. J'ai quand même la chance parce qu'il y a beaucoup de résidents qui ne sortent jamais... Qui n'ont personne... (Participant n° 29, MRS)</i> <i>J'ai une infirmière qui vient m'habiller tous les jours après le petit-déjeuner. Elle me soigne depuis des années et a aussi soigné ma femme. Je n'attends pas les</i>	<i>La solitude ne me pèse jamais. (Participant n° 28, MRS)</i> <i>Je suis plutôt une solitaire. (Participant n° 45, MRS)</i> <i>Je suis très solitaire. Je ne descends jamais pour manger, sauf quand mes enfants viennent. (Participant n° 50, MRS)</i>	<i>Je suis heureuse, mais ... Simplement je sais vivre avec mes souvenirs. (Participant n° 26, MRS)</i> <i>La solitude ne me dérange jamais. Je peux rester toute une journée sans voir personne que ça ne me dérange pas. Je lis énormément et je fais de la dentelle. (Participant n° 28, MRS)</i> <i>Je suis souvent positive. (Participant n° 50, MRS)</i>	Importance de l'entourage Comment combattre la solitude ? Voir transcriptions pour les énoncés 4, 6, 15, 18 – Annexe O

	<i>infirmières d'ici.</i> (Participant n° 30, MRS)			
--	---	--	--	--

Une autre partie des répondants n'affirme pas être solitaire, mais n'aime pas chercher des personnes à qui parler ou à qui demander de l'aide. Ils finissent par s'isoler eux-mêmes - **Rubrique II, Catégorie thématique « Manifestations observables et décrites » (Tableau XVI).**

Au cours des entretiens, dans le contexte MRS, il y a une chose qui ressort : la question de la participation ou non aux activités ludiques proposées par l'institution et même en dehors de celle-ci – **Rubrique II, Catégorie thématique « Participation en activités » (Tableau XVI).**

Tableau XVI: Présentation de données qualitatives – Rubrique II.

Rubrique II : Sentiment d'isolement			
Contexte	Manifestations observables et décrites	Participation aux activités	Points de discussion
Domicile	<i>Je n'aime pas aller chez les autres. Ma femme, parfois, elle va, mais moi je n'aime pas.</i> (Participant n° 20, domicile)		Importance de la participation aux activités
	<i>Ma fille m'oblige à aller voir des personnes pour aller parler avec elles, mais moi je n'aime pas.</i> (Participant n° 60, domicile)		Jusqu'à quel point les personnes âgées sont-elles sociables ?
MRS	<i>Je n'ai jamais eu beaucoup d'amis... Je ne cherche pas beaucoup les personnes.</i> (Participant n° 41, MRS)	<i>J'essaie toujours d'aller aux activités.</i> (Participant n° 27, MRS)	Importance des amitiés chez les plus âgés
	<i>Je n'ai besoin de personne.</i> (Participant n° 52, MRS)	<i>J'ai encore beaucoup d'activités dehors et beaucoup d'amis.</i> (Participant n° 30, MRS) <i>Je donne même des conférences pour les autres résidents. Je suis très actif ici. C'est même moi qui m'occupe du jardin en bas... Je fais partie de la chorale.</i> (Participant n° 38, MRS)	Évaluation de la sensation de se sentir retiré Voir transcriptions pour les énoncés 5, 9, 14, 17 – Annexe O

		<i>Je ne participe pas souvent aux activités, mais je sors souvent de la chambre. De temps en temps, je sors au jardin. Et la semaine dernière, j'étais au shopping. (Participant n° 49, MRS)</i> <i>Je sors tellement plus de ma chambre que je ne savais même pas que ma voisine en face était partie. (Participant n° 51, MRS)</i>	
--	--	---	--

Toutefois, la plupart de ceux qui participent activement aux activités organisées par l'institution ont signalé que les activités ne sont pas adaptées aux besoins et aux capacités de chaque résident, ce qui empêche parfois l'amusement quand le niveau de difficulté est trop bas. Selon les répondants, les activités ne sont pas adaptées aux différents niveaux de scolarité, états physiques ou niveaux cognitifs divers.

Par ailleurs, il y en a aussi quelques-uns qui ont déclaré percevoir la MRS comme un refuge, dans le bon sens, en disant que même si la transition domicile vers MRS était difficile, ils se sont trouvés et identifiés grâce à celle-ci. Le participant n° 46 (MRS) a affirmé : *quand je suis arrivé, je ne sortais pas de ma chambre. Je ne me sentais pas bien... Maintenant, j'ai ma chambre, je suis tranquille, mais je descends beaucoup. C'était très, très dur la transition. J'ai eu un choc, je n'étais pas bien.*

Comme toujours, la question d'être placé ou non dans une maison de repos reste toujours ambiguë et parfois même tabou. Les personnes à domicile ont tendance à avoir des préjugés. Quelques personnes habitant à domicile ont avoué avoir peur d'être placées ou même ont avoué leur mécontentement quant au fait de ne pas pouvoir choisir d'être placées ou non – **Rubrique III, Catégorie thématique « Non-appartenance » (Tableau XVII).**

Tableau XVII: Présentation de données qualitatives – Rubrique III.

Rubrique III : Sentiment d'exclusion

Contexte	Manifestations observables et décrites	Non-appartenance	Points de discussion
Domicile		<i>Je veux me placer mais j'ai peur. (Participant n° 11, domicile) ;</i> <i>J'ai une de mes sœurs qui a été placée dans une maison de repos et elle a arrêté de manger et de boire. Elle se laisse aller. (Participant n° 55, domicile)</i>	Pourquoi les personnes se sentent-elles exclues ?
MRS		<i>C'est ma fille qui m'a fait une tutelle judiciaire et je lui ne pardonne pas... Je compte les jours pour pouvoir aller dans une autre institution. (Participant n° 25, MRS)</i> <i>Je suis venu ici pour 15 jours et maintenant ça fait 2 ans que je suis ici. (Participant n° 31, MRS)</i> <i>Ils m'ont ramené ici, mais ce n'est pas par choix personnel... Et maintenant, j'essaie de quitter. (Participant n° 36, MRS) ;</i> <i>Je sens que je me dégrade depuis que je suis ici. (Participant n° 42, MRS)</i> <i>Je ne me voyais pas ici. (Participant n° 44, MRS)</i>	Importance du partage d'intérêts + respect de l'autonomie Voir transcriptions pour les énoncés 1, 6, 8, 11 – Annexe O

Tableau XVIII: Présentation de données qualitatives – Rubrique IV.

Rubrique IV : Réseau social limité			
Contexte	Utilisation du GSM/téléphone	Voisins	Points de discussion
Domicile	<i>GSM pas tellement... Je fais partie d'un club de bridge alors donc quand je téléphone c'est pour me mettre d'accord avec ma partenaire ou pour discuter sur le jeu que nous avons eue. (Participant n° 7, domicile)</i> <i>Je n'aime tout ce qui est téléphone, GSM et tablette. Ce</i>	<i>Mes voisins sont toujours là... (Participant n° 4, domicile)</i> <i>J'habite dans un appartement avec des voisins... On se dit bonjour, oui, mais je ne crois pas qu'on aura de l'aide... Il ne faut rien compter. (Participant n° 10, domicile)</i> <i>Je n'aime pas être seule, mais je suis très bien entourée, tous mes voisins</i>	Importance de la figure des voisins Questionner la taille du réseau social Importance de la proximité des personnes

MRS	<i>que j'aime bien c'est comme à l'ancienne, les lettres à la main.</i> (Participant n° 21, domicile)	<i>m'appellent mamie... je suis mamie de tout le monde et tout le monde vient voir comment je vais, si je n'ai besoin de rien, etc.</i> (Participant n° 59, domicile)	Contacts téléphone/GSM existants entre les aînés ? Voir transcriptions pour les énoncés 2, 3, 7, 19, 20 – Annexe O
	<i>J'ai beaucoup de difficultés en utilisant mon GSM.</i> (Participant n° 51, MRS)	<i>La maison de repos, c'est bien mais ce n'est pas la même chose. Si au moins j'avais une voisine douce...</i> (Participant n° 3, MRS)	

L'entourage est aussi important que les activités. Autant au domicile que dans la MRS, les voisins représentent une figure importante et peuvent avoir une influence positive mais aussi négative, selon les enquêteurs – **Rubrique IV, Catégorie thématique « Voisins » (Tableau XVIII)**. Dans ce même tableau, nous faisons encore référence à une autre catégorie thématique : les GSM/téléphones. Ces derniers sont un icône qui est indispensable pour les personnes âgées. Cependant, pendant la collecte de données, nous avons trouvé diverses controverses autour de cet objet. Très vite, nous avons été confrontées à des personnes qui affirmaient ne pas parler souvent au téléphone, mais qui finissaient par dire qu'elles n'utilisent celui-ci « que » 2/3 fois la journée ; de la même façon, nous avons des participants qui utilisent rarement ces instruments - **Rubrique IV, Catégorie thématique « Utilisation du GSM/téléphone » (Tableau XVIII)**.

Malgré que la MRS dispose de beaucoup d'activités journalières et de bonnes infrastructures physiques, quelques résidents sont mécontents de la vie qu'ils mènent et mentionnent qu'ils voudraient partir comme leur conjoint ou qu'ils ne voudraient pas être un poids pour leur famille. À signaler qu'au cours des entretiens, les répondants qui ont démontré ce sentiment ont été placés suite au décès de leur conjoint ou avec celui-ci, suite à son état avancé de maladie. Trois répondants ont soulevé cette idée – **Rubrique V, Catégorie thématique « Décès du conjoint » (Tableau XIX)**.

Pendant notre formulation du cadre conceptuel, nous avons aussi introduit dans cette Rubrique l'expérience vécue par les personnes qui ont fini par se distancier de ceux qui leur étaient proches suite à leur état de maladie - **Rubrique V, Catégorie thématique « Eloignement dû au contexte maladie » (Tableau XIX)**.

Tableau XIX: Présentation de données qualitatives – Rubrique V.

Rubrique V : Relations significatives intimes nulle			
Contexte	Catégorie Thématique		Points de discussion
	Eloignement dû au contexte maladie	Décès du conjoint	
Domicile	<i>Il y a beaucoup de personnes que j'ai abandonnées à cause de ma maladie. Maintenant, je n'ai pas d'amis... Rien que mon frère qui vient chez moi... C'est surtout la famille.</i> (Participant n° 20, domicile)		Importance de se sentir écouté/compris Importance de la proximité des personnes
MRS		<i>Je voudrais autant partir comme mon mari, je suis un souci pour ma fille. À la longue, c'est pénible... C'est lourd pour elle, pour ma fille qui n'habite pas à Bruxelles.</i> (Participant n° 3, MRS) <i>C'est un peu long de rester ici... Je suis entré à cause de ma femme qui avait l'Alzheimer. Ça fait 6 ans que je suis ici et je ne comprends pas très bien à quoi je sers encore...</i> (Participant n° 43, MRS) <i>Je me sens seule. C'est pour ça que je suis venue pour rester avec mon mari, mais maintenant il est parti... et maintenant je n'ai nulle part où aller...</i> <i>Nous avons liquidé notre maison.</i> (Participant n° 49, MRS)	Relations sociales superficielles vs relations intimes Les personnes ont-elles tendance à avoir plus de relations superficielles qu'intimes au fil du temps ? Contexte maladie => relations superficielles Voir transcriptions pour les énoncés 10, 12, 13, 16 – Annexe I

CHAPITRE IV : Discussion

4.1. Analyse générale

Les données quantitatives ont montré que le support social ainsi que la perception de ce support sont cruciaux dans l'expérience de la solitude. Les différents énoncés de l'échelle UCLA ont permis non seulement d'avoir une vision plus générale de l'expérience de solitude des participants mais aussi de détailler un peu plus cette expérience, permettant d'identifier les dimensions qui paraissent avoir plus d'impact, indépendamment au contexte de vie du participant.

Les données qualitatives ont permis de comprendre les perceptions des participants par rapport aux sentiments de solitude et à l'expérience vécue, permettant d'identifier quelques stratégies de coping identifiées et adaptées. Ces données ont permis de faire connaître quelques **sentiments vécus** par les participants pendant l'expérience de solitude, notamment **la peur** et **la douleur émotionnelle** causée par la solitude. Kvaal, Halting & Kvigne (2013) font beaucoup référence à une étude de Hauge & Kirkevold (2010) où les participants qui ont signalé ne pas souffrir de solitude ont décrit celle-ci comme étant **douloureuse suite aux comportements négatifs** qu'elle apporte aux gens qui sont isolés socialement. Dans la même étude, les participants qui ont été identifiés comme souffrant de solitude ont aussi confirmé l'idée de douleur autour de la solitude, mais ils ont été plus loin en détaillant et en affirmant qu'elle permet une **déconnexion sociale**. Ici, les auteurs ont conclu que **les personnes qui souffrent de solitude** sont **plus réservées et modérées** quand elles parlent de la thématique.

Les résultats des données quantitatives et qualitatives ont été rassemblés de façon à réaliser une analyse profonde et détaillée. Comme nous l'avons vu auparavant dans le cadre théorique, chaque personne âgée est insérée dans un contexte, et en parallèle avec les données sociodémographiques, son état physique et son état psychologique, il existe un rapport concernant l'expérience de la solitude. Nous avons constaté que la solitude est bien une dimension de la vie des personnes âgées, qui est bien d'actualité et qui est fort présente dans leur vie. Souvent, les participants ont donné l'idée de vouloir **cacher leurs sentiments** montrant qu'ils **aiment bien s'isoler**.

Le **sentiment d'être seul** a donné le titre à notre première rubrique de l'analyse qualitative, mais ceci est **très vague, flou et imprécis**. Chaque individu a son interprétation de ce sentiment

et sa façon de le vivre et de le décrire. C'est pour cela que dans cette rubrique nous avons différentes catégories de sorte à pouvoir insérer différents points de vue dans notre analyse et différentes manifestations qui ont été observées et décrites.

Pendant la collecte de données, nous avons observé que pour une partie des participants, **être seul ne signifie pas nécessairement se sentir seul**. Beaucoup d'entre eux ont affirmé se sentir bien quand ils sont seuls, sans avoir besoin de compagnie. Nous avons pu constater qu'une bonne partie des personnes âgées qui ont participé à cette étude, autant en contexte domicile qu'en contexte de la MRS, apprécient avoir du temps pour elles sans se sentir isolées ; certains ont souligné aimer avoir ce temps de réflexion. Nous avons aussi une partie qui a clairement exprimé aimer s'isoler des autres, soit dans leur chambre (contexte MRS), soit en restant seule à leur domicile ; et nous en avons d'autres qui avouer aimer aussi être avec les autres et s'en approcher.

Nous observons alors que **nous pouvons être seuls sans nous sentir seuls**, mais que nous avons **besoin d'un espace personnel, d'un temps de réflexion, d'un temps pour nous-mêmes** ou simplement parce que **nous aimons être plus réservés et nous éloigner des groupes de personnes**. Nous pensons que le besoin des personnes âgées de s'éloigner émerge souvent du fait de ne pas se sentir sur la même longueur d'onde que les gens qui les entourent, ce qui nous permet d'affirmer que la solitude présente une relation entre l'état de santé de l'individu et celui de ceux qui sont autour de lui. Si nous observons le deuxième énoncé de l'échelle UCLA, nous avons comme exemple de réaction à cette question le participant n° 37 : « C'est une drôle de question ici... ». Les résultats de l'étude de Drageset et al. (2015) prouvent qu'il peut y avoir une **influence de l'état de santé** du participant **sur l'expérience de solitude**.

Toutefois, **l'entourage** émerge comme étant **important pour tous les participants**, parfois plus pour les uns que pour les autres, mais tous les participants de l'étude ont fini par, d'une manière ou d'une autre, faire référence à cela. Même les participants qui ont affirmé aimer bien s'isoler des autres ont fini par introduire la question de la **famille** ou des **amis** pendant le remplissage de l'échelle UCLA, essayant parfois de se justifier par rapport aux réponses choisies. Diverses études ont déjà prouvé l'impact positif que l'aide des personnes proches peut avoir sur l'expérience de solitude des personnes âgées (Sintonen & Pehkonen, 2013), ce qui nous permet d'affirmer que l'entourage finit toujours par influencer cette expérience et qu'il est important de parler de cela quand les gens se trouvent devant des énoncés comme ceux présents dans l'échelle utilisée.

Comme nous le disions au début de ce chapitre, cette expérience de solitude émerge toujours d'une douleur émotionnelle, et nous avons pu observer ce sentiment douloureux qui est presque comme de la tristesse d'après le regard et les transcriptions effectuées par quelques participants qui **ont montré être plus seuls et ressentant un sentiment d'abandon**. Il est clair que nous avons quelques participants qui ne sont pas belges (21.7% de notre échantillon), et parfois ceci implique un **éloignement de la famille** : soit ils sont déjà retournés dans leur pays d'origine, soit ils ont émigré à nouveau. Ainsi, parfois les personnes âgées, notamment celles qui sont veuves, divorcées ou célibataires, se retrouvent dans un pays qui n'est pas le leur et où elles n'ont aucune famille. Cependant, certains participants qui se trouvent dans ces conditions ont construit et retrouvé des **mécanismes de défense** pour combattre cet isolement et ainsi éviter la solitude : la **participation en activités de groupe** comme le bridge, la promenade dominicale vers l'église ; l'identification d'un autre résident comme **personne de référence** (même s'ils ont tendance à ne pas l'identifier comme vraiment un ami (nous reviendrons sur cette question par la suite) ; l'attachement aux **souvenirs** ; la **dentelle** ; le **positivisme** ; la **lecture** ; la **radio** et/ou la **télévision**, etc. Aussi, dans l'étude d'Azeredo & Afonso (2013), quand les participants âgés ont été questionnés sur l'amélioration de leur expérience de solitude, divers types d'activités ont été énumérées : plus de promenades et moments de regroupement ; activités de chant et de travaux manuels ; danse et gymnastique ; famille plus présente ; etc.

Kvaal, Halting & Kvigne (2013) mentionnent divers auteurs qui affirment précisément que les personnes âgées présentent parfois la capacité de confronter leurs sentiments de solitude. Dans notre étude, cela se remarque par les mécanismes de défense adoptés par presque tous les participants. Sans s'en rendre compte, ils ont trouvé des voies et des activités qui évitent de se sentir seuls, même quand c'est le cas, ce qui nous conforte dans l'idée **qu'avec le temps**, la personne âgée a **tendance à s'habituer à la situation de solitude** une fois qu'elle a réussi à ne pas se sentir isolée.

En ce qui concerne le **réseau social**, la **taille** de celui-ci **ne présente pas d'importance** chez les participants, sachant que plusieurs ont identifié un réseau social petit/limité, mais suffisant et important. Dans celui-ci, pour les personnes qui sont à domicile, les voisins en font partie dans la plupart des cas, car ils sont les personnes de contact physiques les plus proches de chez eux. Cependant, nous avons aussi identifié des participants qui affirment qu'ils ne peuvent pas compter sur leurs **voisins**. C'est quand même curieux qu'alors qu'ils n'ont pas été questionnés par rapport aux voisins, tous les participants en font référence indépendamment et précisent

s'ils peuvent compter sur eux ou pas. **Cette figure semble avoir un grand poids dans la vie des personnes âgées.**

Nous remarquons l'importance que quelques participants donnent à la personne de contact, même si nous n'avons pas été trop focalisés sur cet auteur, il y a quand même des participants qui en parlent beaucoup, spécialement quand ils ont une famille absente et que la personne avec laquelle ils ont plus de contact est une personne externe. L'existence d'un **support physique et réel** est nécessaire pour les personnes âgées, notamment pour celles qui présentent des limitations physiques (Sintonen & Pehkonen, 2013). Les figures comme la **famille**, les **amis** et les **voisins** font souvent partie du réseau social de la personne âgée, et c'est leur **disponibilité réelle** qui assure le support social et conséquemment aussi émotionnel de ce groupe cible (Sintonen & Pehkonen, 2013). Cependant, des contacts hors du milieu familial peuvent aussi faire partie du réseau social de la personne âgée, ce qui promeut la sensation d'appartenance sociale et contribue à une meilleure santé mentale et physique (Sintonen & Pehkonen, 2013). Comme exemple, il y a le participant n° 29 qui démontre avoir un attachement spécial à son ancienne femme de ménage en disant qu'elle lui tient plus compagnie que sa propre famille et que c'est grâce à elle qu'il sort encore de la MRS. **La compagnie devient très importante pour les personnes âgées, indépendamment du contexte de vie** ; le contact physique s'est montré crucial dans ce groupe d'âge. La personne âgée ressent quand les gens font une visite par obligation ou quand elles téléphonent par obligation, et cela finit par jouer beaucoup avec leur état émotionnel. Plusieurs ont été les participants qui ont fait référence à des visites d'occasion.

Pendant la construction des tableaux d'analyse qualitative, un des points de discussion proposé a été la question « C'est quoi être solitaire ? », car quelques participants en ont fait référence. « Je suis plutôt une solitaire » (Participant n°45, MRS), c'est une des transcriptions qui a été mise en évidence pendant la présentation des résultats. **Être solitaire** implique souvent une **relation intime** et **fermée** avec soi-même, et comme Marques & Lopes (2015) l'affirmaient, le comportement solitaire est fortement associé aux signes de dépression. L'individu est fait pour être en relation, alors si la personne affirme que cela ne la dérange pas d'être solitaire ou que la solitude ne lui pèse pas, cela donne l'idée qu'elle veut qu'on la laisse « tranquille », ce qui va diminuer encore plus le contact qu'elle a avec l'extérieur. Il devient **important d'essayer de comprendre cette solitude**, même quand elle est désirée, de façon à **prévenir le risque d'évolution d'une dépression**. Pour les participants n° 28 et n° 45, leur façon de voir la solitude

devient un peu plus compréhensible une fois qu'ils sont entourés de personnes fort démentes à leur étage de la MRS, et donc c'est un mécanisme de défense de s'isoler des résidents qui sont beaucoup plus confus et avec qui ils ne s'entendent pas et ne s'identifient pas.

Le **sentiment d'isolement** est le sentiment central dans la question de la solitude, mais comme nous l'avons vu auparavant, celui-ci peut être volontaire ou non. Selon l'étude réalisée, il semblerait que **les personnes âgées aiment bien s'isoler**, néanmoins, leur entourage reconnaît souvent l'importance de se relier avec les autres et de les stimuler à voir d'autres personnes. Ne pouvant pas élargir leur réseau à une grande échelle, il semble que les personnes âgées, autant à domicile qu'en contexte MRS, finissent par être les premières à **s'isoler elles-mêmes**, en illustrant encore une fois l'idée qu'avec l'âge les individus finissent par s'habituer au sentiment d'isolement, même ceux qui ont encore un conjoint. Malgré cela, nous avons aussi des participants qui cherchent à participer aux activités sociales et qui cherchent à rester actifs à domicile et en MRS, comme nous l'avons déjà dit auparavant. Aussi, dans l'étude de Drageset et al. (2015), au-delà des ressources humaines, diverses activités sociales (et qui impliquent des interactions) ont été énumérées par les résidents en maison de repos dans le combat contre la solitude : contacts téléphoniques, activités de lecture, télévision, etc.

Par rapport aux participants en contexte MRS, pendant le questionnaire de collecte de données sociodémographiques, nous avons pu vérifier que **les GSM** sont dans la plupart des cas **difficiles d'utilisation**. Toutefois, tous les participants peuvent téléphoner de la chambre de la résidence, ce qui facilite aussi le contact avec les gens qui sont à l'extérieur et permet de maintenir le réseau social actif. **L'usage des technologies de communication** (Chen & Schulz, 2016) par les personnes âgées **diminue leur isolement social**, car cela rend possible la connexion au monde extérieur. Ils maintiennent le contact avec les familles, les amis, les nouvelles connaissances avec qui les personnes âgées partagent les mêmes intérêts et favorisent la confiance en soi, mais ils leur permettent aussi de se tenir informées et se sentir jeunes. En effet, la personne sent qu'elle fait partie de la nouvelle génération. Les **connexions facilitent l'inclusion sociale** ainsi que le **support social** et donnent accès à une vie sociale active (Chen & Schulz, 2016). Comme nous l'avons vu avant, il y a des participants du contexte MRS qui ne sont pas de nationalité belge, alors pour eux le téléphone est très important – « J'ai des amis qui me téléphonent dès 5h du matin jusqu'à 1h du matin de différents continents. (Participant n° 41, MRS). Cependant, le **téléphone ne semble pas être un élément fondamental** dans le quotidien de la plupart des participants.

Bien que l'étude n'ait pas démontré un résultat quantitatif conclusif par rapport à la relation existante entre les activités et le niveau de solitude des participants, nous pouvons dire que la participation aux activités et aux relations sociales a un fort impact sur le sentiment d'isolement. Au début de l'étude, pendant la construction des tableaux de l'analyse qualitative, nous nous sommes demandé à quel point les personnes âgées sont sociables. En effet, nous avons vu au cours des entretiens qu'il y avait de nombreux participants qui se sont qualifiés de personnes solitaires, mais cela nous paraît être le contraire. Derrière chaque participant se cache une **personne sociable** qui cherche à **partager ses centres intérêt** même si elle ne cherche pas vraiment une nouvelle amitié. A la suite à l'étude, nous concluons en disant que la personne âgée cherche toujours à **socialiser**, à **partager ses expériences** et cherche surtout quelqu'un qui saura **écouter activement**, avec qui elle peut beaucoup parler. Il y a eu très peu participants qui ont cherché à avoir quelque chose en retour (« de nouveaux apprentissages », comme le mentionne deux d'entre eux) ; dans nos entretiens/conversations, ils cherchent surtout à s'exprimer et à socialiser.

L'importance que les personnes âgées donnent aux amitiés est très variable. Grâce à l'étude, nous avons compris que les gens qui ont des amitiés anciennes et de longue date les valorisent beaucoup et essaient de les garder, mais ils **n'en cherchent pas de nouvelles**, simplement des connaissances - « Amis c'est beaucoup dire, je sens que je suis en communauté. » (Participant n° 31, MRS). Aussi, dans le livre de Pitaud (2013), l'auteur est arrivé à la même conclusion : il y a un moment dans la vie d'une personne où elle ne cherche plus à faire de nouvelles amitiés ; la personne âgée n'a plus l'envie de créer des liaisons fortes avec des gens nouveaux.

Dans ce mémoire, nous avons fait référence à deux contextes de vie tout à fait opposés, il semble impératif d'aborder la question de la transition du domicile vers la maison de repos. Il a été observé que les personnes âgées présentent une grande **peur d'être placées**, de devoir sortir de leur domicile. Cette peur est surtout présente avant le placement (quand les gens savent déjà qu'ils seront placés), mais elle est aussi présente chez les personnes âgées qui ne sont pas « en risque » d'être placées et chez celles qui sont déjà en MRS. Pendant cette étude, **la notion de placement** dans une résidence nous a familiarisée à la notion de **non-appartenance**. La peur qui apparaît est due au fait que les personnes âgées ne se sentent pas capables **de s'adapter au changement** et d'appartenir au nouveau contexte.

Le concept d'**appartenance** nous amène à la notion d'**identité** et à l'importance pour l'individu de **s'identifier à l'environnement** ; il nous renvoie à l'idée que la personne âgée ne trouve plus

sa place (Caradec, 2009). Chez les personnes âgées, et surtout quand nous parlons de solitude, le sentiment d'appartenance est donc crucial. Le **sentiment d'appartenance** et la **participation sociale** sont importants pour maintenir la santé et prévenir l'isolement social (Caradec, 2009). Caradec (2009, para 19) énumère quelques facteurs qui peuvent influencer cette notion de non-appartenance : « la disparition des contemporains qui ont traversé les mêmes époques que soi, avec lesquels il existait une connivence (...); l'éloignement des petits-enfants engagés dans leur vie d'adulte ; les transformations de l'environnement (...); l'abandon d'activités (...) qui donnaient le sentiment de rester en prise sur le monde ; la diffusion par les médias des programmes avec lesquels les plus âgés se sentent en décalage et qui leur donnent le sentiment d'appartenir à une autre époque ».

Quelques participants du contexte MRS ont signalé **ne pas s'adapter à la résidence**, ce qui au fur et à mesure de l'entretien, nous a fait comprendre la raison de ce sentiment et essentiellement pourquoi celui-ci renvoie au **sentiment d'être exclu**. La possibilité de choisir, le fait de demander l'opinion des personnes âgées par rapport à la résidence où elles vont vivre, paraît avoir une forte influence sur la façon dont le résident s'adapte à son nouvel environnement.

Nous avons observé que les participants qui ont pu choisir ou donner leur opinion par rapport à la résidence se sont montrés, pendant les entretiens, plus motivés par ce contexte de vie. Il semble que pour ceux-ci, « être écouté » et pouvoir donner leur avis est très important. De la même façon, le **respect par l'autonomie** a été fréquemment évoqué. Dans la MRS, la personne âgée a **tendance à perdre son autonomie**. Cependant, c'est un fait qu'il n'a pas été possible de vérifier, mais nous pourrions l'associer au sentiment de non-appartenance expliqué antérieurement. La **difficulté à adhérer à un nouveau contexte** peut entraîner une phase de négation, et conséquemment une révolte. D'après Lambert & Tasiaux (2017), quand le changement du lieu de vie est imposé à la personne âgée, il peut entraîner du stress et de l'angoisse, sachant que quand il s'agit d'un placement dans une institution, cela implique une certaine réorganisation personnelle jouant avec l'intimité et l'identité de la personne. Le changement vers une institution peut générer des bouleversements dans sa vie, qui peuvent être compliqués à surmonter (Lambert & Tasiaux, 2017). Le libre choix d'un déménagement vers une institution apporte un bien-être à la personne âgée et garantit sa dignité, son intimité et son autonomie (Lambert & Tasiaux, 2017).

L'étude réalisée a montré une certaine **fermeture** chez les personnes âgées envers d'autres personnes ; même en ayant bien participé aux entretiens, elles ont beaucoup fait référence au

fait de ne pas trop aimer partager leur vie avec les autres, surtout par manque de confiance – « Je ne fais pas confiance... » (Participant n° 36, MRS). Il semble qu'elles aiment bien garder leur vie privée et leur intimité et elles n'ont pas de raison de les partager avec de nouvelles personnes qui viennent d'arriver dans leur vie.

Au cours des prochains sous-chapitres, nous irons analyser plus en détail chacune de nos hypothèses de recherche, toujours en tenant compte de ce qui a déjà été développé précédemment dans l'analyse générale.

4.2. Hypothèse de recherche I

Les personnes âgées en maison de repos ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont besoin de soins à domicile (Vandenbroucke et al., 2013).

Selon les résultats obtenus, nous observons qu'indépendamment du contexte, plus de la moitié des participants ne sont pas indépendants, ont besoin de soins et souffrent de solitude. « Les personnes âgées qui sont dépendantes de soins se sentent beaucoup plus souvent seules que les seniors qui ne le sont pas : seulement 44% de personnes âgées dépendantes de soins ne se sentent pas seules, alors que cette proportion est de 64% pour celles qui ne dépendent pas de soins » (Vandenbroucke et al., 2013, p. 91).

Dans notre étude, nous avons constaté que dans le **contexte domicile**, il y a **plus** de participants qui sont **autonomes** (d'après l'Index de Barthel) en comparaison avec les participants du contexte MRS – 36.7% sont autonomes en contexte domicile et seulement 3.3% le sont en contexte MRS. Selon les données de Vandenbroucke et al. (2013), il est normal d'observer, en **contexte de résidence**, un **niveau de dépendance** chez les personnes âgées plus **élevé** qu'en contexte domicile. Cela confirme la pertinence de notre première hypothèse de recherche lors de laquelle nous essayions d'étudier l'expérience de solitude des personnes âgées en contexte différent. Il faut préciser que nous nous occupons surtout de « comparer » les gens qui présentent une dépendance des tiers (ressource humaine ou matérielle), de façon à vérifier la différence réelle dans l'expérience de solitude entre les deux contextes.

Si nous observons nos données quantitatives, nous constatons qu'il y a seulement six énoncés où la question du contexte finit par influencer la moyenne du score final obtenu : le 1, le 6, le

12, le 18, le 19 et le 20 ; sachant que le premier, comme nous le verrons par la suite et comme il a été déjà mentionné, n'est pas statistiquement pertinent pour notre analyse.

Le **sentiment de solitude** est un sentiment qui est apparu souvent chez une grande partie des répondants, soit dans leur quotidien, soit lors un moment spécifique de la journée. D'un côté, nous avons pu distinguer des moments où les personnes sont entourées, mais lors desquels elles se sentent quand même seules. D'un autre côté, nous avons observé dans les commentaires que certains répondants ne sont pas dérangés d'être seuls. « **J'ai beaucoup de choses en commun avec les personnes qui m'entourent** » correspondant au descriptif 6 de notre échelle a renforcé l'idée qu'il y a beaucoup de personnes âgées qui sont plutôt solitaires et qui ne se mêlent pas aux autres, ce qui justifie, en partie, l'**impact moins visible** de cet énoncé **sur le score final** de notre échelle. Ici, nous constatons que le contexte influence significativement les réponses données pendant le remplissage de l'échelle et nous observons que dans le contexte MRS les gens ont moins tendance à s'identifier à leur entourage.

Pendant la collecte de données, il y a eu un commentaire d'un résident de la MRS très intéressant par rapport à la question « **Mes relations sociales sont superficielles** » : *du fait que nous sommes isolés ici, c'est normal qu'elles soient un peu superficielles. Mercredi, quand je suis allé à la campagne avec ma femme de ménage pour visiter ma maison, j'ai rencontré une dame que je connais depuis des années. Je lui ai dit « Tu viens me voir dans ma résidence, je te fais visiter et tu verras » ; elle dit « oui, on passera un de ces jours et on te verra »... Mais je dirais que les personnes ont un peu peur.* (Participant n° 29, MRS). Cependant, il y a aussi des gens qui affirment avoir des relations sociales profondes. Ceci est aussi l'un des énoncés de l'échelle qui a montré le plus d'impact selon le contexte. L'importance est plus évidente dans le contexte MRS, ce qui, selon la donnée obtenue, semble logique. En effet, les résidents ont tendance à avoir la sensation d'être entourés par beaucoup de monde, mais sans réussir à créer des liens forts dans ces relations, et finissent par en avoir plusieurs **superficielles** mais **aucune** ou presque qui soit **profonde**. Aussi, le fait d'être éloigné des autres contribue à se sentir moins proche de ceux qui sont « restés à l'extérieur de la MRS », comme l'a noté le participant n° 29.

Sintonen & Pehkonen (2013) ont introduit la notion de support social quand ils ont commencé à étudier le lien existant entre « **tomber malade** » et les « **changements dans la vie** » ; ils ont trouvé un lien entre le support social et la confrontation à des situations compliquées dans la vie quotidienne, affirmant qu'un réseau social ne garantit pas un support social. Pendant notre étude, et notamment pour la question « **Les personnes sont autour de moi et non avec moi** »

(descriptif 18) où il y a eu beaucoup de divergences, il semble qu'il y ait beaucoup de participants qui sentent ne pas avoir beaucoup de support social, indépendamment de leur réseau social. Nous avons eu des participants qui ont fait référence au fait que « la vie nous épargne aussi... » (Participant n° 56, domicile). D'autres ont simplement affirmé qu'ils sont toujours bien entourés en étant dans une résidence où il y a toujours des soignants et d'autres résidents, mais qu'ils ne sont pas nécessairement présents avec eux. Nous observons alors, **entre les deux contextes**, qu'il y a une **différence dans l'impact** de ce descriptif ; notamment au niveau de la MRS, il y a tendance à avoir une prévalence plus forte dans le score de la solitude.

Encore dans l'étude d'Azeredo & Afonso (2013), les auteurs ont essayé d'identifier le lien relationnel que chaque participant a avec sa **personne de contact** et ils sont arrivés à la conclusion que la plupart d'entre eux, même ceux qui ont encore leur conjoint en vie, ont signalé la famille directe (enfants ou petits-enfants) comme la personne de contact, plus fréquemment du sexe féminin. Notre étude n'avait pas comme objectif d'identifier ni d'analyser les personnes de contact, mais c'est intéressant d'y faire référence, car pendant les entretiens, quatre participants ont signalé le mariage comme un **rôle qu'ils jouent** et que leur conjoint ne les connaît pas nécessairement mieux qu'une autre personne proche. Cependant, Azeredo & Afonso (2013), dans leur analyse, réfléchissent sur l'hypothèse selon laquelle les personnes âgées, même si elles ont vécu une grande partie de leur vie avec leur conjoint, finissent toujours par nommer la famille de sang comme la personne de contact. Dans notre échantillon, **nous ne pouvons pas conclure** par rapport à cette thématique, principalement parce que nous avons une part considérable de personnes qui sont veuves, mais nous avons constaté une forte présence du conjoint chez les personnes qui sont encore mariées, ce qui nous renvoie aux deux derniers énoncés de notre échelle : « Il y a des gens à qui je peux parler » et « Il y a des gens vers qui je peux aller ».

Comme nous l'avons vu jusqu'à présent, ces deux énoncés semblent être très importants dans la vie de la personne âgée, car ils font le lien direct avec le fait que la personne âgée peut compter sur son entourage. Nous observons qu'autant l'un comme l'autre a un **impact qui varie selon le contexte**, et d'après les données quantitatives les deux énoncés semblent montrer que les participants en contexte domicile ont une perception beaucoup plus positive de leur entourage, ayant des gens vers qui ils peuvent aller et à qui ils peuvent parler. Dans la MRS, nous constatons quand même que les participants ont toujours des soignants présents dans les couloirs ainsi que d'autres résidents, mais apparemment ils font bien la différence entre les gens

qui sont autour d'eux et non avec eux, comme nous l'avons dit par rapport à **l'énoncé 18**. Cependant, en contexte domicile cette question n'apparaît pas autant distinctement.

Dans cette analyse, nous avons étudié l'impact que la solitude a sur le contexte et quelles sont les dimensions de l'échelle UCLA qui montrent une différence plus significative selon le contexte ; cependant, si nous ajoutons une deuxième variable – la dépendance – nous observons que ces **différences contextuelles** deviennent **minimales**. Cette étude a conclu que dans l'échantillon étudié, **les personnes âgées résidant en maison de repos ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont un Index de Barthel de score inférieur à 91 points et habitent à domicile**, selon le coefficient de corrélation de Pearson. Mais l'étude de Vandenbroucke et al. (2013) est allée plus loin en affirmant que les personnes âgées qui dépendent d'aide ont, en règle générale, un cercle d'amis deux fois plus petit que celles qui sont indépendantes, ce qui nous conduit à notre deuxième hypothèse de recherche.

4.3. Hypothèse de recherche II

La situation de handicap, associée de façon temporaire ou permanente à un déclin de l'indépendance, représente un risque non négligeable d'isolement social (Vandenbroucke et al., 2013).

La question de l'**indépendance** et de l'**autonomie** dans une résidence où il y a deux étages spécifiquement destinés aux résidents atteints d'Alzheimer ou avec des perturbations musculaires majeures nous renvoie à l'énoncé « **Je me sens sur la même longueur d'onde que les personnes autour de moi** » (premier énoncé de l'échelle UCLA), il y a essentiellement **trois positions** qui ont été formulées, notamment l'idée qu'il y a des gens qui s'isolent beaucoup et qui ne connaissent pas les personnes qui les entourent parce qu'ils ne rencontrent personne ; le postulat étant que dans la MRS, nous pouvons trouver des états physiques, cognitifs et psychologiques tout à fait différents qui compliquent la réponse à la question ; et que les personnes à domicile s'identifient plus facilement à leur entourage.

Si nous observons les données quantitatives, nous voyons que cet énoncé a une **très faible corrélation** avec le score final et avec les autres items de l'échelle, montrant que statistiquement il n'est pas pertinent pour notre étude, comme nous l'avons dit pendant la présentation des résultats. Cependant, en réalité, pendant l'application de l'échelle, l'un des

énoncés a suscité plus de commentaires de la part des participants. Nous avons observé une tendance des personnes âgées qui sont plus autonomes et qui sont en maison de repos à **s'isoler plus dans les chambres**, à l'exception de deux ou trois participants. Il semble que cet isolement soit utilisé comme mécanisme de défense, de façon à ne pas se « mélanger » aux personnes avec qui les individus âgés ne s'identifient pas, mais il serait intéressant d'évaluer plus en détail le risque que les personnes autonomes en maison de repos courent par rapport à l'isolement social.

Une des données qu'il a été intéressant d'interpréter est la **perception** que chaque participant a de **son état de santé**. Dans la MRS, presque la moitié d'entre eux (46.6%) auto-évaluent leur état de santé comme étant « bon », « très bon » ou « excellent », par rapport à 50% dans le contexte domicile. Cela nous questionne sur la façon dont la personne âgée évalue son état de santé. À souligner qu'au début de ce mémoire, cette question a été posée surtout par curiosité, mais maintenant il paraît intéressant, principalement dans le cas du contexte MRS, de se demander si cette perception n'est pas acquise en tenant compte de ce que les participants observent des autres résidents, donnant lieu à une surévaluation de leur état de santé. Selon nous, cela pourra arriver dans les cas où les participants sont entourés de résidents plus confus, par exemple, et avec qui ils ne s'identifient pas. En plus, si nous vérifions les données fournies par le dossier médical, dans le contexte MRS plus de 50% des participants ont au moins deux pathologies physiques chroniques, ce qui pose question par rapport à **l'auto perception de l'état de santé**.

Pourtant, nous avons aussi observé, à travers des données qualitatives, que parfois les gens qui présentent un **meilleur état général** peuvent aussi être en **risque d'isolement social** : *par exemple, j'ai des amis à l'extérieur qui aimeraient venir me voir, mais qui ne vont pas se déplacer pour venir jusqu'ici.* (Participant n° 29, MRS). Ce participant a bien signalé qu'avoir été placé dans une résidence lui a supprimé un peu ses relations sociales, ce qui nous montre aussi que, même ayant encore un bon niveau d'indépendance, sans aucune situation de handicap, ce résident sent quand même une diminution de son groupe social à cause de son nouveau contexte de vie. Utz et al. (2013) signalent que **la solitude dépend** aussi de cette **perception** que les personnes ont **des relations et du support reçu** ainsi que de la satisfaction acquise par ces relations, indépendamment de leur état physique. En plus de la propre perception, Azeredo & Afonso (2013) et Zammit & Fiorini (2015) voient le placement des personnes âgées dans les institutions comme un facteur de risque pour la solitude chez ceux-ci.

Le **placement** est souvent associé à l'**inactivité** et au **sédentarisme**, à la **diminution des compétences fonctionnelles**, à la **perte d'autonomie** et à la confrontation inévitable à la situation de **mort** (Zammit & Fiorini, 2015).

Si nous prenons l'exemple de ce participant, le fait qu'il ait été placé empêche déjà la continuation de ses jeux de bridge avec son groupe d'amis, ce qui conduit à un risque d'inactivité. On suppose que le fait d'être éloignée de ses routines et de ses amis aura un impact sur sa vie sociale et conséquemment pourra mettre en risque la personne qui jusqu'à présent était active socialement et physiquement. Elle a cependant été placée pour ne pas rester seule suite à une situation de handicap - risque de chute.

En analysant les données quantitatives, 95,7% des participants ont des enfants vivant en Belgique, mais quand nous avons demandé leurs contacts directs (les visites à domicile et à la MRS), nous observons que seulement 46,7% des participants ont des visites plusieurs fois par semaine, indépendamment d'avoir des enfants ou pas. Il est clair que la plupart des enfants de ces participants ont aussi une vie familiale et parfois encore du travail, ce qui rend les journées très chargées, mais pour la personne âgée cela ne paraît pas toujours compréhensible. Nous avons eu beaucoup de participants qui ont fait référence à la **vie chargée de leurs enfants**, mais ce n'est pas pour ça qu'ils se sont montrés moins déçus ou moins tristes de ne pas avoir plus de visites. Il est curieux que la plupart de ces participants soient en MRS. Par contre, en ce qui concerne les **contacts téléphoniques**, les participants en contexte domicile montrent avoir plus ce type de contacts, plus fréquemment. Nous avons noté que parfois les familles ne sont pas indiquées par les personnes âgées comme des gens vers qui elles peuvent aller. Soit parce qu'elles n'ont pas envie de « déranger », soit elles ne leur font pas confiance. Cependant, quelques participants savent qu'ils peuvent compter sur de vieux amis et qu'ils peuvent aller vers eux, ou même vers les connaissances plus récentes faites dans la MRS (dans le cas des résidents de celle-ci).

Vandenbroucke et al. (2013) ont conclu que les personnes âgées qui présentent des **problèmes de santé** ont souvent un **entourage familial plus petit**, notamment en ce qui concerne les frères et sœurs, moins de voisins avec des relations significatives et moins d'amis. Ils affirment même que la détérioration de l'état de santé diminue **la taille de l'entourage d'amis**. Ceci est en accord avec ce qui a été observé pendant notre collecte de données où nous avons eu quelques participants qui se considèrent comme un fardeau pour les familles : « c'est lourd pour elle, pour ma fille qui n'habite pas à Bruxelles » (Participant n° 3, MRS) ; « Je ne comprends pas

très bien à quoi je sers encore » (Participant n° 43, MRS). Nous observons une certaine dévalorisation en tant que personne, ou de l'état de santé ; dans ce cas particulier, le fait que le participant ait vécu les dernières années à s'occuper de sa femme atteinte d'Alzheimer et décédée maintenant lui enlève du sens à la vie.

Si nous nous penchons sur les résultats obtenus dans la corrélation entre l'Index de Barthel et le score UCLA, le coefficient de corrélation de Pearson montre une **corrélation modérée et négative** entre le **niveau de dépendance** et **l'expérience de solitude**. Les personnes âgées moins dépendantes ont tendance, selon le coefficient de Pearson, à avoir des scores UCLA plus bas, et donc à souffrir moins de solitude. Cependant, les participants avec une dépendance grave ou totale ont tendance à présenter un score UCLA plus élevé ayant ainsi plus de sentiments de solitude. **Ces résultats corroborent ceux obtenus dans notre collecte de données qualitatives ainsi que dans notre revue de littérature.**

4.4. Hypothèse de recherche III

Il y a une prévalence élevée de la solitude chez les personnes âgées entre 75 et 84 ans (Azeredo & Afonso, 2016).

De plus en plus, l'isolement social et la solitude sont perçus comme une des conséquences majeures du vieillissement de la population ; plusieurs campagnes de prévention ont été organisées, en encourageant les gens à surveiller leurs voisins et amis plus âgés (Duffin, 2014). Toutefois, même à la suite de l'organisation de ce type de campagnes, une étude de Duffin (2014) avec 2000 personnes d'âge supérieur à 65 ans a montré que parmi 10 personnes, 4 ont affirmé que leurs réelles compagnies sont soit la télévision, soit leur animal de compagnie, fait qui a inquiété le Royaume-Uni. Il devient important de mesurer et de comprendre le pourquoi de cette solitude et quel est le groupe de personnes âgées le plus à risque d'en souffrir, de façon à pouvoir combattre la solitude chez elles.

Si nous observons les données quantitatives associées au **profil sociodémographique** de notre échantillon, nous remarquons que presque tous les participants ont un âge supérieur à 74 ans (98.3%), sachant qu'il n'y a qu'un participant d'âge inférieur à 75 ans. Cela étant, il devient **difficile de comparer la prévalence** de la solitude chez les personnes âgées entre 75 et 84 ans avec les personnes âgées entre 65 et 74. Toutefois, nous avons décidé de répartir la tranche

d'âge en trois intervalles différents comme il est démontré dans le **Tableau XIV** : entre 64 et 74 ans ; entre 75 et 84 ans ; à partir de 84 ans.

Nous avons décidé de faire la répartition d'âges selon ces **tranches**, certains auteurs font référence à **l'âge 65, 75 et 85 ans**, comme étant des moments cruciaux dans l'étude de la solitude (Duffin, 2014 ; Azeredo & Afonso, 2013).

Azeredo & Afonso (2013) renvoient à divers auteurs qui corroborent le fait que la solitude a tendance à diminuer avec l'âge, mais ils ont admis une exception en disant qu'il existe un pic entre les **75 et les 84 ans** où les personnes âgées se **sentent plus seules**— ils finissent par se demander si les sentiments de solitude augmentent avec l'âge, mais **diminuent** seulement **à partir de l'âge 85 ans**. Si nous analysons la moyenne des scores UCLA pour chacune des tranches d'âge, nous observons une moyenne de 39,38 points qui est légèrement supérieure au score obtenu chez le participant d'âge inférieur à 75 ans (sachant qu'un participant n'est pas représentatif). Les auteurs (Azeredo & Afonso, 2013) disent que le pic de solitude est surtout entre l'âge de 75 et 84 ans, mais dans notre étude nous identifions apparemment un pic plus grand chez les participants plus âgés - plus de 84 ans - avec une moyenne de 41,26 points, ce qui met en cause la question de la diminution des sentiments de solitude chez les personnes à partir de l'âge 85 ans, même si elle **n'est pas significative**.

Si nous analysons l'influence que les énoncés de l'échelle UCLA ont sur le score final de la solitude chez les participants, nous observons que les **énoncés 2, 4, 5, 7, 10, 12, 14, 19 et 20** ont eu un **impact plus élevé** sur la **prévalence de la solitude** obtenue dans le groupe de participants. Donc, il devient pertinent de réaliser une brève analyse de chacun de ces énoncés pour comprendre la prévalence de la solitude chez les participants de notre étude —les énoncés 12, 19 et 20 ont déjà été analysés dans le point 4.2 suite à l'influence qu'ils ont, pas seulement selon le score final, mais aussi selon le contexte de vie du participant.

Si nous parlons de tout notre échantillon, indépendamment de l'état de santé de la personne, nous constatons, en ce qui concerne l'énoncé « **Je n'ai pas assez d'amis** » (énoncé 2), qu'une grande partie des répondants a évoqué l'âge comme une excuse pour répondre à la question. Nous n'avons pas choisi la meilleure tranche d'âge pour cette question, car la plupart des gens ont déjà perdu leurs amis. D'autres ont allégué l'importance d'avoir de **bons amis** même s'ils ne sont **pas beaucoup**. Et nous avons encore quelques participants qui ont cité la famille comme seul groupe d'amis actuels. Aussi, par rapport à cet élément, nous pouvons identifier quelques

personnes âgées qui ont démontré avec beaucoup d'orgueil avoir un grand groupe d'amis. Dans notre étude, nous ne pouvons pas affirmer que nous avons observé un standard pour chaque contexte, mais en ce qui concerne cet énoncé en particulier, la question du **contexte** n'a **pas trop d'influence** sur la réponse obtenue. Vandenbroucke et al. (2013), en revanche, ont constaté que le soutien social existant en maison de repos est plus visible qu'en contexte domicile, cependant il n'y est pas négatif.

Utz et al. (2013) affirment que la **sensation de perte** présente un **lien direct** avec l'expérience de solitude chez la personne âgée – l'idée d'un « nid vide », la retraite, le décès des amis ou de la famille, le sentiment d'impotence ou de maladie – a un impact dans la capacité des gens de construire de nouvelles relations ou de maintenir les anciennes. Le décès du conjoint en particulier, qui est souvent vu comme une figure de support, conduit à un grand **manque de support social**, augmentant le **risque de se sentir seul** (Utz et al., 2013). La question de l'**état civil** est aussi une donnée qui émerge de notre analyse de données comme étant cruciale chez les personnes âgées, 78.3% d'entre eux sont soit veufs, soit divorcés, soit ils ne se sont jamais mariés ou ils n'habitent plus avec ; cela veut dire que plus de 50% de notre échantillon est en situation de risque de solitude. Pendant la collecte de données sur l'expérience de solitude, nous avons abordé la question de l'isolement social, par exemple le quatrième postulat de notre échelle « **Je ne me sens pas seul(e)** ». Nous avons observé qu'il est aussi difficile pour le résident de la MRS que celui à domicile d'identifier qu'il ne se sent jamais seul : *je ne me sens pas seule mais jamais c'est un grand mot.* (Participant n° 12, domicile). Cela nous renvoie aux données quantitatives qui montrent qu'il n'y a pas une grande différence entre les deux contextes en ce qui concerne le sentiment de se sentir seul quand nous analysons chaque partie de l'échantillon (N=30). Nous remarquons une moyenne de réponse de 3 (équivalant à « quelquefois »), ce qui indique que plus de la moitié des participants ne se sentent pas souvent seuls. À souligner que pour cet énoncé, le **contexte** n'a **pas d'influence** sur les résultats obtenus, mais par contre il a un fort impact sur le **score final de la solitude**.

La sensation d'être seul nous renvoie à l'énoncé 5 qui se présente aussi comme important dans le score final de notre échelle. Si nous tenons compte de l'énoncé « **Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis** », indépendamment du contexte (nous avons observé dans les résultats qu'il n'influence pas significativement les réponses reçues), nous constatons que **rarement les participants sentent en faire partie**. Nous avons observé que pour ces personnes, indépendamment de l'existence de quelqu'un de confiance/contact, il est **difficile d'identifier**

s'ils font partie d'un groupe d'amis, notamment suite à la question de l'âge, la plupart des participants affirment ne pas avoir l'âge de créer de nouvelles amitiés.

Concernant les descriptifs de l'échelle UCLA « **Je ne me sens plus près de personne** » et « **Il y a des gens dont je me sens près** » (7 et 10 respectivement), nous voyons que pour ces deux énoncés le contexte n'a pas un impact significatif sur la réponse obtenue. Ici, la plupart des participants de notre étude signalent qu'ils se sentent proches d'au moins une personne dans leur vie, ce qui est déjà positif par rapport aux données de la littérature. Pendant l'application de l'échelle, nous avons pu observer et entendre que même s'ils n'ont pas beaucoup de visites, les participants ont toujours une personne de contact. Mais à quel point celle-ci est-elle suffisante pour construire un réseau social fort et aider à combattre la solitude ?

Il y a des participants qui se sentent bien entourés, mais il y a d'autres qui, même s'ils ont un bon entourage, ne peuvent pas toujours compter dessus : *ils ne sont jamais là. Quand j'ai besoin de quelque chose, ils ne sont pas là, mais quand eux ils ont besoin je suis là. Même la famille.* (Participant n° 20, domicile). Souvent, pendant la collecte de données, la question de « ne pas pouvoir compter sur... » a été mise en évidence comme étant émotionnellement très sensible, autant pour les résidents de la maison de repos que pour les gens à domicile. Les personnes âgées sont fortement **vulnérables à l'isolement social** et, par conséquent, à l'expérience de solitude, ce qui est devenu de plus en plus un **risque pour la santé des individus** (Dury, 2014). Différentes études énumérées par Dury (2014) ont montré que les activités de focus social (comme les groupes d'intérêt qui encouragent les personnes âgées à augmenter leur participation aux activités et qui permettent qu'elles-mêmes les choisissent) se sont révélées être très positives, notamment en ce qui concerne l'utilisation de supports technologiques comme les téléphones ou GSM. **L'interaction sociale** en face à face avec l'autre est reconnue comme la clé du bien-être chez la personne âgée (Dury, 2014). Cela étant, il est important que les personnes âgées se maintiennent en interaction avec les autres et qu'elles ne s'isolent pas, ce qui n'a pas vraiment été observé pendant notre collecte de données. Si nous regardons de plus près l'énoncé 15 de l'échelle utilisée (« **Je me sens isolé(e) des autres** »), nous constatons, au niveau des données quantitatives, une moyenne de réponses de 1,62 dans l'échantillon (ne pas oublier que pour cet énoncé le contexte n'a pas beaucoup d'influence selon le p-valeur), ce qui signifie qu'une grande partie de l'échantillon a répondu entre 1 et 2, alors que la plupart ont répondu se sentir rarement ou jamais seuls. Comme nous l'avons déjà vu, cela peut être expliqué par le fait que beaucoup ont signalé aimer être seuls. Ainsi, nous pouvons

affirmer que même quand les participants ne se sentent pas trop isolés, dans la réalité, beaucoup le sont.

Comme nous l'avons déjà abordé, le score total de cette échelle varie donc entre 20 à 80 points ; plus grand il sera, plus le patient souffrira de solitude (Russel, Peplau & Cultrona, 1980). Nous observons alors que le niveau de solitude de notre échantillon, dont la moyenne est de 40.43 points (indépendamment du contexte), représente quand même 50% du total du score possible, relevant un **risque moyen de solitude** chez nos participants.

Dans notre étude, les données quantitatives **ne permettent pas** de se demander si les sentiments de solitude diminuent avec l'âge. Nous remarquons que les individus âgés finissent tous par faire face à la solitude et donnent l'idée de s'habituer au fait d'être plus seuls avec l'âge. Approximativement, **la solitude augmente avec le temps et avec l'âge**, mais cela a **tendance à se stabiliser à un certain moment**. En effet, parfois la solitude commence à être moins ressentie et moins visible (Utz et al., 2013). Divers auteurs ont émis l'hypothèse que les personnes âgées se sentent peut-être moins seules au cours du temps, simplement parce qu'elles **s'habituent** à vivre seules et à faire des choses seules, au lieu d'en faire en couple – ils parlent d'une réadaptation avec succès de leurs attentes par rapport aux interactions sociales et aux réseaux sociaux (Utz et al., 2013). Pour cette hypothèse de recherche, notre étude n'a pas montré être tout à fait d'accord avec les auteurs, mais nous devons signaler que nous avons utilisé un échantillon de 60 individus, ce qui ne nous permet pas de généraliser cela à toute la population.

Les résultats quantitatifs concernant cette hypothèse ont montré une faible corrélation de Pearson entre l'âge et le score UCLA, avec une signification statistique aussi faible, montrant une **liaison positive mais faible entre les deux variables**. **Nous ne pouvons donc pas conclure statistiquement que la solitude augmente avec l'âge** même si nous observons une légère augmentation au niveau de la moyenne entre chaque groupe d'âge, comme cela a été décrit initialement dans ce sous-chapitre.

CHAPITRE V : Conclusion et Perspectives

5.1. Conclusion

Le cadre théorique présenté au cours de ce mémoire s'est montré très pertinent dans l'étude de l'expérience de solitude chez la personne âgée. Nous avons vu tout au long de ce travail que le vieillissement est une étape de la vie qui est souvent accompagnée d'une fragilité et d'une vulnérabilité très importantes, qui justifient la nécessité d'un **regard multidimensionnel (cognitif, émotionnel et affectif)**.

L'**expérience de solitude** est caractérisée par une forte **subjectivité** et une analyse difficile. Selon Utz et al. (2013), deux personnes avec ressources sociales identiques peuvent avoir des expériences de solitude différentes : par exemple, une personne peut ne pas avoir beaucoup de participation sociale ou un petit réseau social, mais peut tout de même être satisfaite de la fréquence de ses interactions et de leur qualité, et donc ne pas ressentir beaucoup de solitude; par contre une personne peut avoir un large réseau social et participer plus aux activités sociales tout en ayant des relations plus faibles et/ou insignifiantes avec les autres, et conséquemment avoir une expérience de solitude plus marquée par la négative.

De plus, la **variable contexte** qui a été mise en évidence tout au long de notre étude est aussi **fort pertinente**. Sintonen & Pehkonen (2013) ont signalé dans leur travail de recherche que la situation de placement dans des institutions ainsi que la mortalité sont deux facteurs de risque de solitude et d'isolement social pouvant aussi influencer les résultats lors d'un projet de réhabilitation de la personne âgée. Il devient alors extrêmement important d'agir sur ce groupe et sur la question de la solitude chez des personnes âgées autant en maison de repos qu'à domicile.

Trois hypothèses de recherche ont été identifiées depuis le début de notre étude, et maintenant que nous sommes arrivée à la fin de ce travail, nous pouvons conclure :

- concernant la première hypothèse, cette étude a confirmé que dans l'échantillon étudié, **les personnes âgées résidant en maison de repos ne souffrent ni plus ni moins de solitude que celles qui ont un Index de Barthel de score inférieur à 91 points et qui habitent à domicile ;**
- en ce qui concerne la deuxième hypothèse, nous avons conclu que **les personnes âgées**

moins dépendantes ont tendance, selon le coefficient de Pearson, à avoir **des scores UCLA plus bas**, et donc **souffrir moins de solitude**, ce qui est en accord avec une partie de notre hypothèse de recherche ;

- pour finir, la troisième hypothèse de recherche s'est montrée plus difficile à évaluer à cause des âges de nos participants ; malgré ce qu'il nous a été possible d'analyser, nous n'avons pas réussi à confirmer celle-ci suite à une **corrélation faible entre les deux variables : âge et score final UCLA**.

Contrairement à ce qu'il était attendu, les participants ne se sont pas montrés réticents à parler de leur environnement social. Peut-être, le fait que nous n'ayons pas utilisé directement le mot solitude ou le concept d'isolement social a facilité le premier contact avec chacune des personnes âgées. Aussi, le fait de ne pas avoir commencé directement avec l'échelle UCLA a permis de construire une première relation de base, de confiance, avec chaque participant, ce qui, comme nous l'avons décrit jusqu'à présent, devient de plus en plus important avec l'âge.

Cette étude a été très intéressante et émotionnelle à réaliser, nous avons eu l'opportunité de créer des relations d'empathie avec beaucoup de gens et elle nous a fait connaître beaucoup d'expériences de vie, notamment auprès des participants qui se sont montrés plus seuls et ayant un besoin de parler beaucoup plus visible. Les personnes âgées sont un groupe vulnérable avec une fragilité très particulière comme nous l'avons vu pendant la partie théorique.

5.2. Perspectives

Ce type d'étude est fort pertinent et nous a permis d'arriver à diverses conclusions, cependant il présente quand même quelques limites qui doivent être signalées pour des recherches futures.

Dans un premier temps, le fait qu'il s'agisse d'un mémoire dans le cadre d'un master a limité notre étude au niveau du temps et des pages, ce qui a conduit à un échantillon limité à 60 participants ; ceci ne permet pas d'amener ces conclusions à la population belge en général. Idéalement, pour une recherche future, il serait intéressant d'augmenter la taille de l'échantillon en tenant compte des calculs de l'échantillon idéal représenté en annexe.

Il n'y a pas beaucoup de recherches sur l'expérience de solitude de la personne âgée, ce qui montre la pertinence de cette étude. Nous avons trouvé une étude très élaborée réalisée en Belgique par Vandenbroucke et al. (2013), mais surtout orientée vers l'isolement social plutôt

quantitatif. Cependant, il serait intéressant d'enrichir cette étude avec ce côté plus subjectif concernant la solitude et d'en insérer une autre variable : le contexte de vie (domicile vs résidence), comme nous l'avons fait pendant cette recherche.

La réalisation de recherches plus approfondies autour de cette thématique permettra aux professionnels de la santé d'être plus attentifs à cette population qui risque d'être atteinte de solitude, et conséquemment pourra créer des stratégies de combat contre la solitude.

En tant qu'infirmière dans un service de médecine gériatrique, ce sujet est en soi une des grandes problématiques à laquelle nous sommes souvent confrontés dans le service d'hospitalisation. C'est pour cela qu'il est si important et judicieux dans mon métier. De plus, en tant qu'étudiante de master en sciences de la santé publique dans l'option gestion des institutions de soins, cette étude m'a permis de comprendre un peu l'impact que l'institution de soins peut avoir dans l'expérience de solitude de la personne âgée et avoir déjà de petites notions des moyens qui peuvent être mis en pratique pour l'aider à combattre la solitude.

Références bibliographiques

- Amaranta C. & François H. (2012). *Quelles méthodes pour analyser le développement durable de l'environnement construit? Analyse des méthodes des sciences humaines et sociales dans les projets de recherche du PNR 54*. Fonds national suisse FNS – au service de la recherche scientifique. 1-39.
- Ayena A., Agassounon M., Assogbadjo A., Adoukonou H., Mensag G., Agbangla C. & Ahanhanzo C. (2016). Usages et vulnérabilité de *Pterocarpus Santalinoides* l'her. ex de (Papilionoidae), une plante utilisée dans le traitement des gastro-entérites dans le Sd Du Benin. *European Scientific Journal*, 12(6), 218-231.
- Azeredo Z. & Afonso M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. brasileira geriatria e gerontologia*, 19(2), 313-324.
- Bossali F. et al. (2015). Le protocole de recherche : étape indispensable du processus de recherche garantissant la validité des résultats. *Hegel*, 5(1), 23-28.
- Caballo V., Salazar I., Irurtia M., Arias B., & Hoffmann S. (2014). Differences in social anxiety between men and women across 18 countries. *Pers Individ Dif.*, 64 (1), 35–40.
- Cacioppo J., Cacioppo S. & Boomsma D. (2014). Free University Amsterdam Evolutionary Mechanisms for Loneliness. *Cogn Emot*, 28(1), 1-22.
- Caradec V. (2009). *L'expérience sociale du vieillissement*. Éditeur : Réseau Canopé, 157, 38-45. Disponible à l'adresse: <https://www.cairn.info/revue-idees-economiques-et-sociales-2009-3-page-38.htm>, consulté le 24 février 2018.
- Chen Y. & Schulz P. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *J. Med. Internet Res*, 18(1), 1-15.
- Cohen A., Eaton J., Radtke B., Menil V., Chatterjee S., Silva M. & Pate V. (2012). *Méthodologie de conduite d'une étude de cas pour Suivre et Évaluer les Programmes de Santé Mentale Communautaire dans les pays à faible revenu*. Projet d'études de cas : London school of hygiene & tropical médecine. Disponible à l'adresse: https://www.cbm.org/article/downloads/54741/Methodologie_de_conduite_d_une_etu

[de de cas pour Suivre et Evaluer les Programmes de Sante Mentale Communautaire dans les pays a faible revenu CBM-LSHTM .pdf](#), consulté le 26 avril 2017.

- Cohen-Mansfield J. & Perach R. (2015). Interventions for Alleviating Loneliness Among Older Persons: A Critical Review. *American Journal of Health Promotion*, 29(3), 109-125.
- Courtin E. & Knapp M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812.
- Creavin et al. (2016). *Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations*. Cochrane Database of Systematic Reviews. Disponible à l'adresse: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD011145.pub2/pdf/abstract>, consulté le 26 mars 2017.
- Daniel K. (2013). Loneliness and Depression among University Students in Kenya ? *Global Journal of Human Social Science*, 4(1), 2249-2460.
- Drageset J., Eide G., Dysvik E., Furnes B & Hauge S. (2015). Loneliness, loss, and social support among cognitively intact older people with cancer, living in nursing homes – a mixed-methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1529-1536
- Duffin C. & Trigg N. (2014). Health hazards from loneliness put pressure on NHS and local services. *Nursing older people*, 26(5), 9.
- Durme T., Schmitz O., Cèset S. & Macq J. (2015). Maintien à domicile : initiatives soutenues par l'INAMI. *Santé conjugée*, 1(72), 71-76.
- Dury R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *British Journal of Community Nursing*, 19(3), 125-128.
- Fabício S. & Rodrigues R. (2008). Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. *Rev. RENE. Fortaleza*, 9(2), 113-119.
- Gagnon Y. (2011). *L'étude de cas comme méthode de recherche*, 2ème éd. Québec, Presses de l'université du Québec. 142 pp. Disponible à l'adresse: <http://www.puq.ca/catalogue/livres/etude-cas-comme-methode-recherche-edition-2271.html>, consulté le 26 mars 2017.

- Gan P., Xie Y., Duan W., Deng Q. & Yu X. (2015). Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among chinese elderly in nursing homes. *PLOS ONE*, 1(1), 1-10.
- Gierveld J., Tilburg t. & Dykstra P. (2016). *Chapitre 26 : Loneliness and Social Isolation*. In Vangelisti A. & Perlman D.. *The Cambridge Handbook of Personal Relationships*. 2ème Édition. Cambridge : University Press, 2016. 485-500 pp. Disponible à l'adresse: <http://repub.eur.nl/pub/93235/deJong-Gierveld-et-al-CHPR-author-version.pdf>, consulté le 26 mars 2017.
- Gierveld, J., Groenou M., Hoogendoorn A. & Smit J. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64(4), 497–506.
- Høgsnesa L., Melin-Johanssona C., Norberghb K. & Danielsona E. (2014). The existential life situations of spouses of persons with dementia before and after relocating to a nursing home. *Aging & Mental Health*, 18(2), 52–160.
- Iden K., Ruths S. & Hjørleifsson S. (2015). Residents' perceptions of their own sadness – a qualitative study in Norwegian nursing homes. *Iden et al. BMC Geriatrics*, 15(21), 1-7.
- Kvaal K., Halting A. & Kvigne K. (2014). Social provision and loneliness among older people suffering from chronic physical illness. A mixed-methods approach, *Nordic College of Caring Science*, 28(1), 104–111.
- Lambert & Tasiaux (2017). *Chapitre 10 : Une autonomie juridique entre autonomie et protection*. In Guyot J. & Marquet J.. *Le bien vieillir en Wallonie: enjeux et prospective*. Presses Universitaires de Namur, 2017. 315-339 pp. Disponible à l'adresse: https://books.google.be/books?hl=pt-PT&lr=&id=gbQ6DwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA315&dq=maison+de+repos+acceptation&ots=GEJA_xx2xk&sig=FwUxHegSo2kI4eOKIghzvEycfq4&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false, consulté le 24 février 2018.
- Mahoney F. & Barthel D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index.” *Maryland State Medical Journal*, 14(1), 56-61.

- Mahoney F. & Barthel D. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J.*, 14(1), 61–65.
- Marques M. & Lopes M. (2015). O cuidador familiar no olhar da pessoa com depressão. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 2, 51-56.
- Minosso J., Amendola F., Alvarenga M. & Oliveira M. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paul Enfer*, 23(2), 218-23.
- Nikmat A., Hashim N., Omar S. & Razali S. (2015). Depression and loneliness/social isolation among patients with cognitive impairment in nursing home. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 16(2), 222-231.
- Nyein K., McMichael L. & Turner L. (1999). Can a Barthel score be derived from the FIM? *Clin Rehabil*, 13(1), 56-63.
- Organisation Mondiale de la Santé. Vieillesse et santé. 2015. Disponible à l'adresse : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/fr/> , consulté le 23 janvier 2017.
- Pitaud P. (2013). *Solitude et isolement des personnes âgées*, 1^{er} éd.. Editions érès. 272 pp. Disponible à l'adresse: https://books.google.be/books?hl=pt-PT&lr=&id=thSWDAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=amities+personnes+agees&ots=mYndQgyRUi&sig=vLG1RwQwFv3N-toYk-ONFPEvqgs&redir_esc=y#v=onepage&q=amities%20personnes%20agees&f=false consulté le 24 février 2018.
- Russel D. (1996). UCLA Loneliness Scale (version 3): reliability, validity and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Russell D., Peplau L., & Cutrona C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- Schmit S., Chauchard E., Chabrol H. & Sejourne N. (2011). Évaluation des caractéristiques sociales, des stratégies de coping, de l'estime de soi et de la symptomatologie dépressive en relation avec la dépendance aux jeux vidéo en ligne chez les adolescents et les jeunes adultes. *L'Encéphale*, 37(1), 217-223.

- Shah B., Ghimire K. & Pendharkar D. (2015). Loneliness is associated with frailty in community-dwelling elderly adults. *JAGS*, 63(3), 607-609.
- SHARE. Enquête SHARE. 2012. Disponible à l'adresse : disponible online http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_5/BE_french_5_4_10.pdf, consulté le 15 juillet 2017.
- Sintonen S. & Pehkonen A. (2014). Effect of social networks and well-being on acute care needs. *Health and Social Care in the Community*, 22(1), 87–95.
- Smith B. & Caddick N. (2015). The impact of living in a care home on the health and wellbeing of spinal cord injured people. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12(1), 4185-4202.
- Thibodeau S., Dussault M. & Royer N. (2007). Croyances d'efficacité sociale et solitude professionnelle. *Revue internationale sur le travail et la société*, 5(3), 20-33.
- Utz R., Swenson K., Caserta M., Lund D., & DeVries B. (2014). Feeling lonely versus being alone: loneliness and social support among recently bereaved persons. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(1), 85–94.
- Vandenbroucke S., Lebrun J., Vermeulen B., Declercq A. Maggi P., Delye S., & Gosset C. (2013). *Prévalence et déterminants de l'isolement social chez les personnes de 65 ans et plus en Belgique*. 8 p. Disponible à l'adresse : <http://orbi.ulg.ac.be/handle/2268/151608> , consulté le 23 janvier 2017.
- Verheyden G. et al. (2013). Prédire le score du Barthel Index et Nottingham Extended Activities of Daily Living six mois après un accident vasculaire cérébral : nouveaux résultats de l'étude européenne multicentrique CERISE. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 56(1), 176.
- Zammit P. & Fiorini A. (2015). Depressive illness in institutionalised older people in Malta. *Malta Medical Journal*, 27(3), 22-25.

Annexes

Annexe A : Tableau récapitulatif des activités proposées par Cohen-Mansfield & Perach (2015) ayant un potentiel d'efficacité dans le combat contre la solitude.

Intervention	Setting	Échelle de Mesure	Conclusions
<i>Telephone crisis program y compris une évaluation multidimensionnelle, rangement du service adapté et soutien thérapeutique incluant le développement de compétences de communication</i> Les participants à l'intervention ont eu une légère perte auditive modérée. Ils ont reçu des appareils auditifs et ont tenu un <i>hearing diary</i>. Participation à une activité de chorale, y compris plusieurs performances en public Guidés par la théorie de l'autogestion du bien-être, les participants ont assisté à des réunions axées sur l'autogestion et liées au bien-être. Groupes	Maison de repos, St. Louis, États-Unis	OARS	L'analyse ne compare que les groupes après 4 mois plutôt que la pré-intervention vs post-intervention. À 4 mois, la quantité de relations interpersonnelles a considérablement augmenté entre les participants de l'intervention par rapport au groupe contrôle. Aucun changement significatif n'a été trouvé dans la quantité de contacts téléphoniques, satisfaction avec la socialisation ou en ce qui concerne la solitude.
	Berlin, Germany	UCLA-LS	Le groupe d'intervention a montré une diminution non significative de la solitude lorsque l'on compare le niveau de base au suivi de 6 mois.
	Washington, DC area, États-Unis	UCLA-LS	Au départ, des niveaux plus élevés de la solitude ont été signalés pour le groupe témoin. Après un an de suivi, les deux groupes ont montré une légère diminution de la solitude. La baisse a été plus grande pour le groupe d'intervention.
	Pays bas	Questionnaire de Jong-Gierveld and Kaphui's	Au départ, les deux groupes ont eu des scores élevés pour la solitude. Après 6 mois, la solitude était significativement réduite dans les deux. Un résultat similaire a été trouvé pour la

étaient de 8-12 participants. <i>Friendship enrichment program</i> se compose de leçons axées sur différents sujets : - ;''estime de soi comme base pour une amitié ; - améliorer les amitiés existantes ; - fixer des objectifs d'amitié et ses limites. Les leçons comprennent la théorie, la pratique des compétences amicales et le jeu de rôle. Les activités du groupe comprenaient des activités physiques, des discussions de groupe et des conférences sur des sujets tels que la situation de vie des personnes âgées et ses problèmes, promotion de soi-même, et services sociaux. Les participants ont été conseillés individuellement et certains ont reçu une thérapie physique <i>Foster Grandparent Program</i> est un programme qui amène les plus âgés à participer activement dans la vie quotidienne des autres participants. Chacun est			solitude émotionnelle. Cependant, la solitude sociale a diminué significativement chez les femmes du groupe d'intervention à 6 mois de suivi, mais pas chez les femmes du groupe témoin.
	Pays bas	Questionnaire de Jong-Gierveld and Kaphui's	La solitude a diminué parmi les participants à l'intervention et parmi le groupe de contrôle.
	Centres de réhabilitation, Finlande	Questionnaire « <i>Do you feel yourself lonely?</i> »	Après 12 mois de suivi, les participants à l'intervention ont montré une diminution non significative des sentiments de solitude, alors que le groupe contrôle a montré une augmentation non significative de la solitude.
	États-Unis	UCLA-LS	La participation au programme a augmenté le nombre de nouveaux liens entre les pairs formés, mais les participants n'ont pas vécu des changements significatifs dans le bien-être émotionnel (c'est-à-dire

responsable pour aider l'autre à prendre soin d'un handicapé en développement Participation à l'un des trois programmes psychosociaux : activités d'art et inspiration, exercices de groupe et discussions, écriture thérapeutique en groupe) Groupe de soutien téléphonique (4 groupes, 3-6 membres chacun). Chaque groupe avait un professionnel et un groupe pair. Sessions de groupe de soutien incluant discussion, conférences d'invités et jeux de rôle assistés par un facilitateur professionnel Vidéoconférence entre le participant et un membre de la famille Un programme d'amélioration cognitive conçu pour en apprendre plus aux participants sur le cerveau et la mémoire et améliorer les réseaux sociaux			la solitude, l'estime de soi et la dépression).
	Centres et communautés Finlande	UCLA-LS	Après 12 mois, les participants dans le groupe d'intervention ont montré être plus socialement actifs et avoir un meilleur bien-être psychologique comparativement au groupe contrôle. Il n'y avait aucune différence significative dans les scores de solitude entre les groupes de 3 et 6 mois de suivi.
	Nova Scotia, Canada	Analyse qualitative des contacts téléphoniques avec des rapports quotidiens	Les participants ont signalé l'acquisition de nouveaux amis, et par conséquent ils se sont sentis plus soutenus et 37% ont déclaré être moins solitaires et isolés.
	Centres pour les personnes âgées, Canada	<i>Emotional/Social Loneliness Inventory</i>	Aucune différence significative dans les changements au niveau de la solitude émotionnelle ou de la solitude sociale. Une réduction non significative de ces mesures a été trouvée entre l'avant de l'intervention et après 3 mois.
	Taiwan	UCLA-LS	Les participants à l'intervention ont montré un score de solitude inférieur à 3 mois d'intervention, comparativement au groupe contrôle.
	États-Unis	UCLA-LS	À la fin de l'activité, les participants du groupe témoin ont montré une tendance à l'augmentation de la solitude et moins de support social. Par contre, le groupe de participants n'a montré aucun changement.

Formation informatique en groupes de 6 participants	Retraite communautés, Nord Carolina, États-Unis	UCLA-LS	Après 2 semaines, la solitude a diminué de façon significative parmi les participants. Une diminution non significative des scores de solitude a été trouvée lors de la comparaison après 5 mois entre le groupe de contrôle et le groupe d'intervention.
	Le logement collectif, établissements de soins infirmiers, Caroline du Nord, États-Unis	UCLA-LS	La solitude a diminué dans les deux groupes, et plus encore dans le groupe d'intervention.

Annexe B : Calcul de la taille de l'échantillonnage idéale

Pour déterminer la taille de l'échantillon idéale pour chaque contexte, la formule de Dagnelie a été utilisée (1998, évoquée par Ayena et al., 2016): $N = [U_{1-\alpha/2}^2 * p(1-p)] / d^2$; où N correspond à la taille de l'échantillon requise; $U_{1-\alpha/2}$ correspond au niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite. Dans cette étude, nous avons considéré $\alpha = 0.05$, donc un niveau de confiance de 95%, alors $U=1,96$; p représente la proportion estimée d'individus qui souffrent de solitude dans chaque contexte. Cette proportion a été fondé sur les données statistiques disponibles après une étude de la Fondation Roi Baudouin (Maggi et al., 2013); d correspond à la marge d'erreur à 5% (valeur type de 0.05).

Selon l'étude réalisée par la Fondation Roi Baudouin (Vandenbroucke et al., 2013), 46% des plus âgés à domicile souffrent de solitude, par contre dans les institutions (MRS et Maison de Repos pour les Personnes Âgées), cette prévalence est de 30%.

Dans ces conditions, la taille de l'échantillon idéale dans le contexte domicile (N1) est de $N = [1,96^2 * 0,46(1-0,46)] / 0,05^2 = 381,8 = 382$ individus, et dans le contexte de la maison de repos et soins (N2) est de $N = [1,96^2 * 0,3(1-0,3)] / 0,05^2 = 22,7 = 23$ individus.

Annexe C : Questionnaire données sociodémographiques

Questionnaire sociodémographique n° _____

(Adaptée de l'enquête SHARE 2012-2014, disponible online http://www.share-project.org/fileadmin/pdf_questionnaire_wave_5/BE_french_5_4_10.pdf)

Je vous rappelle que cet entretien est volontaire et confidentiel. Vos réponses seront utilisées à des fins de recherche uniquement. Si nous vous posons une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, faites-le-nous savoir et nous passerons à la question suivante. Nous aimerions commencer en vous posant quelques questions simples vous concernant.

Observation :

1. Genre? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Masculin
- (2) Féminin

2. Juste pour confirmation, vous êtes bien né(e) en 19____? *(Une seule réponse possible)*

3. Quelle est votre nationalité ? *(Plusieurs réponses possibles)*

- (1) Belge
- (2) Allemande
- (3) Britannique
- (4) Espagnole
- (5) Française
- (6) Italienne
- (7) Marocaine
- (8) Portugaise
- (9) Turque
- (10) Autre nationalité Africaine
- (11) Autre nationalité Asiatique
- (12) Autre nationalité européenne
- (13) Autre nationalité

4. Quel est le plus haut niveau d'enseignement que vous avez achevé avec succès, en cours du jour ou en cours du soir ? *(Une seule réponse possible)* Si le répondant mentionne des diplômes étrangers, veuillez lui demander de trouver une équivalence dans les catégories données. Si cela n'est pas possible, utilisez l'option "Autre" et décrivez le diplôme.

- (1) Primaire ou sans diplôme
- (2) Secondaire inférieur général (3 premières années achevées)
- (3) Secondaire inférieur technique, artistique ou professionnel (3 premières années achevées)
- (4) Secondaire supérieur général (3 dernières années achevées)
- (5) Secondaire supérieur technique ou artistique (3 dernières années achevées)
- (6) Secondaire supérieur professionnel (3 dernières années achevées)
- (7) Candidature, bachelier (professionnalisant ou académique), graduat
- (8) Licence, master, post-graduat, enseignement non universitaire de type long
- (9) Licence avec diplôme complémentaire, master complémentaire
- (10) Doctorat avec thèse
- (11) Autre _____

5. Quelle est votre situation matrimoniale ? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Marié(e) et vivant avec son conjoint
- (2) En cohabitation légale
- (3) Marié(e), mais séparé(e) de son conjoint
- (4) Jamais marié(e)
- (5) Divorcé(e)
- (6) Veuf(ve)

6. Avez-vous ou avez-vous eu des frères et sœurs ? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Oui
- (2) Non

6.1. Étiez-vous l'aîné(e), le(la) benjamin(e) ou à une place intermédiaire ? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Aîné(e)
- (2) Benjamin(e)
- (3) A une place intermédiaire

6.2. Combien de frères et soeurs avez-vous qui sont toujours en vie ? ____ *(Une seule réponse possible)*

7. Nous allons maintenant vous poser quelques questions concernant vos enfants. Avez-vous des enfants? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Oui
- (2) Non

7.1. Combien avez-vous d'enfants qui soient encore en vie ? ____ *Prenez en compte tous vos enfants naturels, accueillis dans votre famille, adoptés ainsi que ceux de votre conjoint ou partenaire.*

7.2. L'un d'entre eux vit-il en Belgique? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Oui
- (2) Non

8. Où habitez-vous? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Maison de repos et soins ou Maison de repos pour les personnes âgées
- (2) Domicile
- (3) Autre

8.1. Vous sentez-vous seul dans la chambre ou dans la maison/domicile? *(Une seule réponse possible)*

- (1) Oui
- (2) Non

8.2. Depuis combien de temps habitez-vous là-bas? *(Une seule réponse possible)*

- (1) 1 mois $\leq$ entre < 3 mois
- (2) 3 mois $\leq$ entre < 6 mois
- (3) 6 mois $\leq$ entre < 12 mois
- (4) ≥ 12 mois

9. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un contact avec votre famille ou des amis, par téléphone, GSM, courrier, e-mail, ou tout autre moyen électronique ?

- (1) Tous les jours
- (2) Plusieurs fois par semaine
- (3) Une fois par semaine environ
- (4) Une fois tous les quinze jours environ
- (5) Une fois par mois environ
- (6) Moins d'une fois par mois
- (7) Jamais

10. Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence avez-vous eu un contact avec votre famille ou des amis, directement (des visites)?

- (1) Tous les jours
- (2) Plusieurs fois par semaine
- (3) Une fois par semaine environ
- (4) Une fois tous les quinze jours environ
- (5) Une fois par mois environ
- (6) Moins d'une fois par mois
- (7) Jamais

11. Comment qualifieriez-vous votre santé? Diriez-vous qu'elle est :

- (1) Excellente
- (2) Très bonne
- (3) Bonne
- (4) Acceptable
- (5) Médiocre

→ À compléter par le médecin du service :

12. Identifiez si le patient présente des pathologies physiques chroniques : (*Une seule réponse possible*)

- (1) Aucune pathologie physique chronique (>6 mois et nécessitant un traitement actif)
- (2) Une pathologie physique chronique

(3) Deux ou trois pathologies physiques chroniques

(4) Plus de 4

Annexe D : Index de Barthel

Index de Barthel

Cet index est fiable, sensible et reproductible, ce qui en fait un outil de référence.

Cet indice comporte 10 items (relatant, appareil par appareil, les activités de la vie quotidienne), chacun étant coté de 0, 5, 10 ou 15 (pour seulement deux d'entre eux). Le score final correspond à la somme des nombres obtenus par chaque item. Le chiffre 100 équivaut à un score d'indépendance complète.

Coter 0 si l'activité est impossible.

Alimentation

10	Indépendant. Capable de se servir des instruments nécessaires. Prend ses repas en un temps raisonnable.	☐
5	À besoin d'aide par exemple pour couper.	☐
0	Dépendance.	☐

Contrôle sphinctérien

10	Continence.	☐
5	Fuites occasionnelles.	☐
0	Incontinence ou prise en charge personnelle si sonde vésicale à demeure.	☐

Anorectal

10	Continence. Capable de s'administrer un lavement ou un suppositoire.	☐
5	Accidents occasionnels. À besoin d'aide pour un lavement ou un suppositoire si nécessaire.	☐
0	Incontinence	☐

W.C.

10	Indépendance.	☐
5	Intervention d'une tierce personne.	☐
0	Dépendance.	☐

Soins personnels

5	Possible sans aide.	☐
0	Dépendance complète.	☐

Bain

- 5 Possible sans aide. ☐
- 0 Dépendance complète. ☐

Habillage

- 10 Indépendance (pour boutonner un bouton, fermer une fermeture éclair, lacer ses lacets, mettre des bretelles). ☐
- 5 A besoin d'aide, mais fait la moitié de la tâche en un temps correct. ☐
- 0 Dépendance complète. ☐

Transfert du lit au fauteuil

- 15 Indépendant, y compris pour faire fonctionner un fauteuil roulant. ☐
- 10 Peut s'asseoir mais doit être installé. ☐
- 5 Capable de s'asseoir, mais nécessite une aide maximale pour le transfert. ☐
- 0 Incapacité totale. ☐

Déplacements

- 15 Marche avec soutien ou pas, pour faire plus de 50 mètres. ☐
- 10 Marche avec aide pour faire 50 mètres. ☐
- 5 Indépendant pour faire 50 mètres en fauteuil roulant. ☐
- 0 Dépendance complète. ☐

Escaliers

- 10 Indépendant, peut se servir de cannes. ☐
- 5 A besoin d'aide ou de surveillance. ☐
- 0 Incapacité totale. ☐

Score total

Annexe E : Validation canadienne-française du UCLA *Loneliness*

Scale (De Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993, cités par

Thibodeau, Dussault & Royeront, 2007)

ECHELLE DE U.C.L.A.: FORMULE REVISEE

Consignes: Indiquez la fréquence avec laquelle chacun des énoncés décrit bien ce que vous ressentez.

Encerchez un chiffre pour chaque énoncé.

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent
1. Je me sens sur la même longueur d'ondes que les gens autour de moi.....	1	2	3	4
2. Je n'ai pas assez d'amis.....	1	2	3	4
3. Il n'y a personne vers qui je peux aller.....	1	2	3	4
4. Je ne me sens pas seul(e).....	1	2	3	4
5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis.....	1	2	3	4
6. J'ai beaucoup de chose en commun avec les gens qui m'entourent.....	1	2	3	4
7. Je ne me sens plus près de personne.....	1	2	3	4
8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent.....	1	2	3	4
9. Je suis une personne sociable.....	1	2	3	4
10. Il y a des gens dont je me sens près.....	1	2	3	4
11. Je me sens exclu(e).....	1	2	3	4
12. Mes relations sociales sont superficielles...	1	2	3	4
13. Personne ne me connaît vraiment bien.....	1	2	3	4
14. Je me sens isolé(e) des autres.....	1	2	3	4
15. Je peux m'entourer de gens quand je le veux.....	1	2	3	4

Annexe F: Feuille d'information au patient

Feuille d'information

Titre de l'étude : Recherche sur le contexte relationnel et social des personnes âgées

Lapa Marques da Costa, Ana Margarida

Promoteur: M. William D'Hoore

Co-promoteur: Mme Marie de Saint-Hubert

Madame, Monsieur,

Cette lettre d'information vous détaille cette étude et en quoi elle consiste. Vous pourrez prendre le temps de lire et comprendre ces informations, de réfléchir à votre participation et de demander à la responsable de l'étude de vous expliquer ce que vous n'auriez pas compris.

OBJECTIF :

L'objectif général du travail est d'étudier l'environnement social de personnes de votre âge habitant chez elles et en maison de repos et soins. Cela pour comprendre dans quelle mesure ce contexte influence votre style de vie.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE :

Pour évaluer votre environnement social, plusieurs questionnaires vous seront proposés, regroupant des questions sur des informations sociodémographiques et fonctionnelles. Nous aimerions aussi consacrer un temps à vous poser des questions ouvertes et enregistrer votre témoignage pour permettre une transcription écrite de celui-ci.

Cette collecte de données se déroulera entre août 2017 et décembre 2017 et vous prendra 1h30 (pour le témoignage).

CONFIDENTIALITÉ:

Seuls les responsables de l'étude pourront avoir accès à ces données qui traiteront des informations dans le plus strict respect du secret médical, votre anonymat sera préservé. Chaque participant se verra attribuer un code d'anonymat et seuls les investigateurs en détiendront la clé. Les enregistrements audio sont destinés uniquement à la transcription écrite des témoignages et ne seront jamais diffusés. Toute référence à des noms de personnes, ou de lieux, ou permettant une identification seront transcrites de façon codée. La publication des résultats

de l'étude ne comportera aucun résultat individuel et toutes les données ainsi que les enregistrements seront détruits après la présentation des résultats de la recherche.

Le projet a reçu un avis favorable de la Commission d'Éthique, daté du 04/08/2017.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Cela n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués. Vous pouvez également décider en cours d'étude d'arrêter votre participation sans avoir à vous justifier et sans influencer votre suivi.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information. Si vous êtes d'accord pour participer à cette recherche, nous vous invitons à signer le formulaire de consentement ci-joint.

Annexe G: Formulaire de consentement informé

Formulaire de consentement

Titre de l'étude : Recherche sur le contexte relationnel et social des personnes âgées

Lapa Marques da Costa, Ana Margarida

Promoteur: M. William D'Hoore

Co-promoteur: Mme Marie de Saint-Hubert

Résumé de l'objectif de la recherche : L'objectif de la recherche est d'identifier quelles sont les principales caractéristiques de l'environnement social des personnes de votre âge et comprendre en quelle mesure les contextes où vous êtes insérés (domicile ou maison de repos et soins) influencent celui-ci. Pour évaluer votre environnement social, plusieurs questionnaires vous seront proposés, regroupant des questions sur des informations sociodémographiques et fonctionnelles. Nous aimerions aussi vous poser des questions ouvertes et enregistrer votre témoignage pour permettre une transcription écrite de celui-ci.

1. Je soussigné,
déclare avoir lu le document d'information et accepte de participer à l'étude de Lapa Marques da Costa, Ana.
2. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'étude et j'ai été informé de ce qu'on attend de ma part. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé, signé et daté, précédé d'un résumé de l'objectif de la recherche.
3. Je suis libre de participer ou non, de remplir le questionnaire, complètement ou non, d'abandonner ma participation à l'étude à tout moment sans qu'il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage pour moi.
4. Les catégories de données qui seront utilisées dans le cadre de cette étude sont :
 - les réponses aux questionnaires de l'enquête ;
 - les résultats des différentes échelles pratiquées ;
 - la transcription écrite de mon témoignage (réponses aux questions ouvertes).
5. J'accepte que ces données fassent l'objet de traitements ultérieurs à des fins scientifiques, en relation directe avec les objectifs de la recherche ci-dessus mentionnés, dans le respect de la loi belge du 8 septembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Mon nom, les réponses aux questionnaires et mes informations personnelles seront gardés confidentiels. Les responsables scientifiques de cette étude et les personnes qui traiteront les données s'engagent à respecter cette

confidentialité de données.

6. Je peux à tout moment demander la consultation des données à caractère personnel collectées ou leur rectification sans frais. Ces données seront conservées durant le temps nécessaire à leur analyse, jusqu'au moment de la présentation du mémoire. Le responsable du traitement de ces données (Lapa Marques da Costa, Ana Margarida) peut être contacté à l'adresse suivante : ana.lapa@student.uclouvain.be.

7. Je consens de mon plein gré à participer à cette étude.

Nous vous remercions d'apposer la mention « lu et approuvé ».

Signature du sujet/patient
(jour/mois/année)

Date

Je confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'étude à la personne mentionnée ci-dessus.

Le sujet confirme son accord de participation par sa signature personnelle datée.

Signature de la personne qui procure l'information (étudiant/mémorant)
(jour/mois/année)

Date

Nom en lettres capitales de la personne qui procure l'information

Annexe H: Accord de la Commission d'Éthique de l'Hôpital



www.chirec.be

Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell

Rue Edith Cavellstraat, 32 1180 Bruxelles - Brussel

Bruxelles, le 13 septembre 2017

**COMITE
D'ETHIQUE**
N°d'agrément EC 332
(OM 157)

Président:
Docteur Michel PEETERS

Vice-Président:
Docteur Patrick LOVENIS

Membres Médecins:
Docteur Assaf HARB
Docteur André KABANDA
Docteur Philippe LINGLET
Docteur Eric LAURENT
Docteur Bernard LEIBUNE
Docteur Stanislas NAGORSKI

Membres Médecins
extérieurs:
Docteur Patrick LOVENIS

Membres non-médecins:
Pharmacien:
Madame Estelle TALBOT

Juriste
Maitre Eric THIRY

Infirmière
Madame Caroline van den ABDELLE

Secrétaire:
Madame Isabelle WYNEN
02 4748440, 80

A Madame Ana Lapa
Infirmière 3ème étage
CHIREC
Site Clinique du Parc Léopold

Concerne : « Expérience de solitude auprès des personnes âgées » Master en Sciences de la Santé Publique à finalité option de Gestion des institutions de soins

Chère Madame,

Le Docteur Michel Peeters, Président du Comité d'Éthique CHIREC – OM 157, a pris connaissance de l'étude susmentionnée et conformément au Chapitre 8, art 11 § 4 de la loi du 7 mai 2004, déclare que les points 4, 6 et 7 sont bien rencontrés dans l'étude; à savoir, la compétence de l'investigateur et de ses collaborateurs, la qualité des installations, l'adéquation et l'exhaustivité des informations écrites à fournir ainsi que la procédure à fournir pour obtenir le consentement éclairé et la justification de la recherche.

Nous vous prions d'agréer, Chère Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Docteur Michel PEETERS
Président

Clinique de la Basilique
Basiliek Ziekenhuis

rue Pangaertstraat, 37-47
1083 Bruxelles Brussel

Clinique Edith Cavell
Edith Cavell Ziekenhuis

rue Edith Cavellstraat, 32
1180 Bruxelles Brussel

Clinique du Parc Léopold
Park Leopold Ziekenhuis

rue Froissartstraat, 38
1040 Bruxelles Brussel

Hôpital de Braine l'Alleud-
Waterloo

rue Wavez, 35
1420 Braine l'Alleud

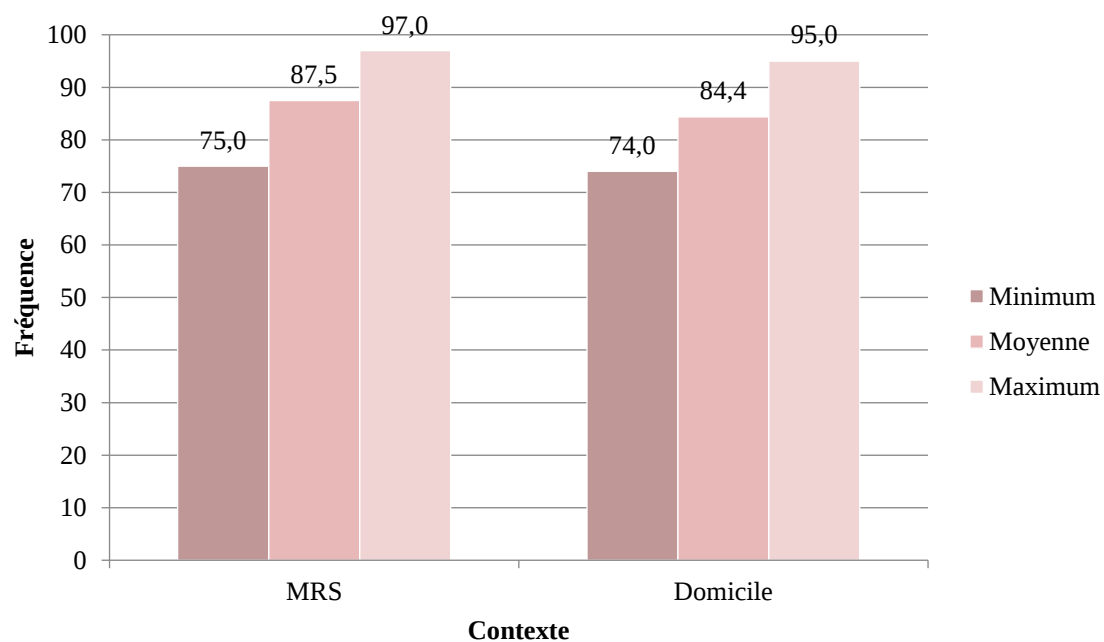
Centre médical
Europe-Lambermont
Redisch Centrum

rue des Perrièresstraat, 1-5
1030 Bruxelles Brussel

Clinique Ste Anne St Remi
Kliniek

Bld Jules Grondardstraat, 66
1070 Bruxelles Brussel

Annexe I : Représentation de la moyenne d'âge selon le contexte



Annexe J : Répartition du numéro de frères et/sœurs encore en vie

Frères et/ou sœurs encore en vie	Fréquence (%)	Domicile (N=22)	MRS (N=22)
0	10 (22.7)	4 (18.2%)	6 (27.3%)
1	21 (47.7)	10 (45.5%)	11 (50%)
2	2 (4.5)	1 (4.5%)	1 (4.5%)
3	5 (11.4)	2 (9.1%)	3 (13.6%)
4	5 (11.4)	4 (18.2%)	1 (4.5%)
5	1 (2.3)	1 (4.5%)	0
Total	44 (100)	22 (100%)	22 (100%)
Moyenne $\pm$ écart-type	1.48 $\pm$ 1.389	1.77 $\pm$ 1.572	1.18 $\pm$ 1.140

Annexe L : Répartition du numéro d'enfants encore en vie.

Enfants	Fréquence (%)		
Oui	48 (80%)		Fréquence (%)
		0	1 (2.1%)
		1	13 (27.1%)
		2	24 (50%)
		3	2 (4.2%)
		4	1 (2.1%)
		5	3 (6.3%)
		6	3 (6.3%)
		7	1 (2.1%)
		Total	48 (100)
Non	12 (20%)		
Total	60 (100)		

Annexe M : Récapitulatif des fréquences de chaque réponse de l'échelle UCLA selon l'énoncé et le contexte de vie

Énoncés UCLA		Échantillon (N=60)	Domicile (N=30)	MRS (N=30)
1. Je me sens sur la même longueur d'onde que les personnes autour de moi	Jamais (1)	7 (11.7%)	0	7 (23.3%)
	Rarement (2)	10 (16.7%)	4 (13.3%)	6 (20%)
	Quelquefois (3)	22 (36.7%)	11 (36.7%)	11 (36.7%)
	Souvent (4)	21 (35%)	15 (50%)	6 (20%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	2.95 $\pm$ 0.999	3.37 $\pm$ 0.718	2.53 $\pm$ 1.074
2. Je n'ai pas assez d'amis	Jamais (1)	24 (40%)	11 (36.7%)	13 (43.3%)
	Rarement (2)	8 (13.3%)	5 (16.7%)	3 (10%)
	Quelquefois (3)	11 (18.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)
	Souvent (4)	17 (28.3%)	7 (23.3%)	10 (33.3%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	2.35 $\pm$ 1.273	2.33 $\pm$ 1.213	2.37 $\pm$ 1.351
3. Il n'y a personne vers qui je peux aller	Jamais (1)	42 (70%)	22 (73.3%)	20 (66.7%)
	Rarement (2)	5 (8.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)
	Quelquefois (3)	6 (10%)	2 (6.7%)	4 (13.3%)
	Souvent (4)	7 (11.7%)	3 (10%)	4 (13.3%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	1.63 $\pm$ 1.073	1.53 $\pm$ 1.008	1.54 $\pm$ 1.143
4. Je ne me sens pas seul(e)	Jamais (1)	8 (13.3%)	4 (13.3%)	4 (13.3%)
	Rarement (2)	14 (23.3%)	6 (20%)	8 (26.7%)
	Quelquefois (3)	11 (18.3%)	6 (20%)	5 (16.7%)
	Souvent (4)	27 (45%)	14 (46.7%)	13 (43.3%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	2.95 $\pm$ 1.111	3.00 $\pm$ 1.114	2.90 $\pm$ 1.125
5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis	Jamais (1)	25 (41.7%)	13 (43.3%)	12 (40%)
	Rarement (2)	6 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
	Quelquefois (3)	13 (21.7%)	4 (13.3%)	9 (30%)
	Souvent (4)	16 (26.7%)	9 (30%)	7 (23.3%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	2.33 $\pm$ 1.271	2.30 $\pm$ 1.317	2.37 $\pm$ 1.245
6. J'ai beaucoup de choses en commun	Jamais (1)	12 (20%)	4 (13.3%)	8 (26.7%)
	Rarement (2)	16 (26.7%)	5 (16.7%)	11 (36.7%)

avec les personnes qui m'entourent	Quelquefois (3)	15 (25%)	7 (23.3%)	8 (26.7%)
	Souvent (4)	17 (28.3%)	14 (46.7%)	3 (10%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	2.62 $\pm$ 1.106	3.03 $\pm$ 1.098	2.20 $\pm$ 0.961
	Jamais (1)	31 (51.7%)	16 (53.3%)	15 (50%)
	Rarement (2)	14 (23.3%)	5 (16.7%)	9 (30%)
7. Je ne me sens proche de personne	Quelquefois (3)	8 (13.3%)	5 (16.7%)	3 (10%)
	Souvent (4)	7 (11.7%)	4 (13.3%)	3 (10%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	1.85 $\pm$ 1.055	1.90 $\pm$ 1.125	1.80 $\pm$ 0.997
	Jamais (1)	11 (18.3%)	7 (23.3%)	4 (13.3%)
	Rarement (2)	18 (30%)	8 (26.7%)	10 (33.3%)
8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent	Quelquefois (3)	23 (38.3%)	12 (40%)	11 (36.7%)
	Souvent (4)	8 (13.3%)	3 (10%)	5 (16.7%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	2.47 $\pm$ 0.947	2.37 $\pm$ 0.964	2.57 $\pm$ 0.935
	Jamais (1)	3 (5%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)
	Rarement (2)	5 (8.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)
9. Je suis une personne sociable	Quelquefois (3)	13 (21.7%)	2 (6.7%)	11 (36.7%)
	Souvent (4)	39 (65%)	23 (76.7%)	16 (53.3%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	3.47 $\pm$ 0.853	3.53 $\pm$ 0.937	3.40 $\pm$ 0.770
	Jamais (1)	6 (10%)	3 (10%)	3 (10%)
	Rarement (2)	5 (25%)	3 (10%)	2 (6.7%)
10. Il y a des personnes dont je me sens proche	Quelquefois (3)	15 (25%)	4 (13.3%)	11 (36.7%)
	Souvent (4)	34 (56.7%)	20 (66.7%)	14 (46.7%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	3.28 $\pm$ 0.993	3.37 $\pm$ 1.033	3.20 $\pm$ 0.961
	Jamais (1)	46 (76.7%)	24 (80%)	22 (73.3%)
	Rarement (2)	9 (15%)	4 (13.3%)	5 (16.7%)
11. Je me sens exclu(e)	Quelquefois (3)	3 (5%)	2 (6.7%)	1 (3.3%)
	Souvent (4)	2 (3.3%)	0	2 (6.7%)
	Moyenne $\pm$ écart- type	1.35 $\pm$ 0.732	1.27 $\pm$ 0.583	1.43 $\pm$ 0.858
	Jamais (1)	23 (38.3%)	16 (53.3%)	7 (23.3%)
	Rarement (2)	11 (18.3%)	4 (13.3%)	7 (23.3%)
12. Mes relations sociales sont superficielles	Quelquefois (3)	13 (21.7%)	5 (16.7%)	8 (26.7%)
	Souvent (4)	13 (21.7%)	5 (16.7%)	8 (26.7%)

13. Personne ne me connaît vraiment bien	Moyenne $\pm$ écart-type	2.27 $\pm$ 1.191	1.97 $\pm$ 1.189	2.57 $\pm$ 1.135
	Jamais (1)	16 (26.7%)	8 (26.7%)	8 (26.7%)
	Rarement (2)	12 (20%)	5 (16.7%)	7 (23.3%)
	Quelquefois (3)	18 (30%)	14 (46.7%)	4 (13.3%)
	Souvent (4)	14 (23.3%)	3 (10%)	11 (36.7%)
14. Je me sens isolé(e) des autres	Moyenne $\pm$ écart-type	2.50 $\pm$ 1.127	2.40 $\pm$ 1.003	2.60 $\pm$ 1.248
	Jamais (1)	41 (68.3%)	19 (63.3%)	22 (73.3%)
	Rarement (2)	6 (10%)	5 (16.7%)	1 (3.3%)
	Quelquefois (3)	8 (13.3%)	3 (10%)	5 (16.7%)
	Souvent (4)	5 (8.3%)	3 (10%)	2 (6.7%)
15. Je peux m'entourer de personnes quand je le veux	Moyenne $\pm$ écart-type	1.62 $\pm$ 1.01	1.67 $\pm$ 1.028	1.57 $\pm$ 1.006
	Jamais (1)	6 (10%)	4 (13.3%)	2 (6.7%)
	Rarement (2)	9 (15%)	6 (20%)	3 (10%)
	Quelquefois (3)	17 (28.3%)	7 (23.3%)	10 (33.3%)
	Souvent (4)	28 (46.7%)	13 (43.3%)	15 (50%)
16. Il y a des personnes qui me comprennent vraiment	Moyenne $\pm$ écart-type	3.12 $\pm$ 1.01	2.97 $\pm$ 1.098	3.27 $\pm$ 0.907
	Jamais (1)	2 (3.3%)	1 (3.3%)	1 (3.3%)
	Rarement (2)	4 (6.7%)	1 (3.3%)	3 (10%)
	Quelquefois (3)	26 (43.3%)	12 (40%)	14 (46.7%)
	Souvent (4)	28 (46.7%)	16 (53.3%)	12 (40%)
17. Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré(e)	Moyenne $\pm$ écart-type	3.33 $\pm$ 0.752	3.43 $\pm$ 0.728	3.23 $\pm$ 0.774
	Jamais (1)	41 (68.3%)	19 (63.3%)	22 (73.3%)
	Rarement (2)	5 (8.3%)	2 (6.7%)	3 (10%)
	Quelquefois (3)	10 (16.7%)	7 (23.3%)	3 (10%)
	Souvent (4)	4 (6.7%)	2 (6.7%)	2 (6.7%)
18. Les personnes sont autour de moi et non avec moi	Moyenne $\pm$ écart-type	1.62 $\pm$ 0.993	1.73 $\pm$ 1.048	1.50 $\pm$ 0.938
	Jamais (1)	9 (15%)	7 (23.3%)	2 (6.7%)
	Rarement (2)	12 (20%)	6 (20%)	6 (20%)
	Quelquefois (3)	18 (30%)	10 (33.3%)	8 (26.7%)
	Souvent (4)	21 (35%)	7 (23.3%)	14 (46.7%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	2.85 $\pm$ 1.071	2.57 $\pm$ 1.104	3.13 $\pm$ 0.973

19. Il y a des personnes à qui je peux parler	Jamais (1)	2 (3.3%)	0	2 (6.7%)
	Rarement (2)	8 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)
	Quelquefois (3)	15 (25%)	7 (23.3%)	8 (26.7%)
	Souvent (4)	35 (58.3%)	21 (70%)	14 (46.7%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	3.38 $\pm$ 0.846	3.63 $\pm$ 0.615	3.13 $\pm$ 0.973
20. Il y a des personnes vers qui je peux aller	Jamais (1)	3 (5%)	1 (3.3%)	2 (6.7%)
	Rarement (2)	8 (13.3%)	2 (6.7%)	6 (20%)
	Quelquefois (3)	15 (25%)	6 (20%)	9 (30%)
	Souvent (4)	34 (56.7%)	21 (70%)	13 (43.3%)
	Moyenne $\pm$ écart-type	3.33 $\pm$ 0.896	3.57 $\pm$ 0.774	3.10 $\pm$.960

Annexe N : Présentation de la corrélation item-test – sig. bilatérale

	Score total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Score total	----	0.621	≤0.001	≤0.001	≤0.001	≤0.001	0.002	≤0.001	≤0.001	0.004	≤0.001	0.008	≤0.001	0.007	≤0.001	≤0.001	≤0.001	0.008	0.002	≤0.001	≤0.001
	0.621	----	0.844	0.540	0.406	0.685	0.003	0.362	0.146	0.153	0.529	0.112	0.318	0.775	0.127	0.669	0.083	0.810	0.947	0.861	0.886
	≤0.001	0.844	----	0.007	0.053	0.002	0.009	0.097	0.325	0.831	0.022	0.435	0.004	0.560	0.084	0.455	0.009	0.218	0.695	0.184	0.257
	≤0.001	0.540	0.007	----	0.079	0.038	0.071	0.030	0.191	0.217	0.071	0.349	0.068	0.832	0.167	0.213	0.164	0.056	0.452	0.222	0.244
	≤0.001	0.406	0.053	0.079	----	0.009	0.212	0.029	0.660	0.463	0.013	0.270	0.012	0.572	0.004	0.941	0.878	≤0.001	0.555	0.049	0.067
	≤0.001	0.685	0.002	0.038	0.009	----	0.027	0.008	0.046	0.024	0.003	0.679	0.002	0.175	0.098	0.020	0.161	0.092	0.570	0.063	0.102
	0.002	0.003	0.009	0.071	0.212	0.027	----	0.704	0.076	0.290	0.110	0.880	≤0.001	0.570	0.834	0.441	0.680	0.248	0.554	0.699	0.729

7	≤0.0	0.3	0.09	0.03	0.02	0.00	0.70	----	0.04	0.40	0.12	0.17	0.00	0.3	≤0.0	0.00	0.02	0.57	0.3	0.00	0.01
	01	62	7	0	9	8	4		7	6	3	2	4	57	01	9	0	6	82	6	2
8	≤0.0	0.1	0.32	0.19	0.66	0.04	0.07	0.04	----	0.01	0.07	0.82	0.05	0.0	0.03	0.56	0.18	0.02	0.1	0.05	0.11
	01	46	5	1	0	6	6	7		4	3	4	6	04	1	6	2	8	93	6	4
9	0.00	0.1	0.83	0.21	0.46	0.02	0.29	0.40	0.01	----	≤0.0	0.23	0.01	0.7	0.73	0.05	0.25	0.67	0.2	0.00	0.00
	4	53	1	7	3	4	0	6	4		01	0	1	89	5	4	3	8	13	5	4
10	≤0.0	0.5	0.02	0.07	0.01	0.00	0.11	0.12	0.07	≤0.0	----	0.11	0.11	0.7	0.02	0.00	0.10	0.21	0.0	0.00	0.00
	01	29	2	1	3	3	0	3	3	01		0	0	74	2	2	4	3	08	3	1
11	0.00	0.1	0.43	0.34	0.27	0.67	0.88	0.17	0.82	0.23	0.11	----	0.16	0.8	≤0.0	≤0.0	0.05	0.15	0.1	0.01	0.00
	8	12	5	9	0	9	0	2	4	0	0		3	15	01	01	8	6	78	9	2
12	≤0.0	0.3	0.00	0.06	0.01	0.00	≤0.0	0.00	0.05	0.01	0.11	0.16	----	0.1	0.00	0.29	0.02	0.81	0.2	0.03	0.06
	01	18	4	8	2	2	01	4	6	1	0	3		00	3	0	4	7	48	6	1
13	0.00	0.7	0.56	0.83	0.57	0.17	0.57	0.35	0.00	0.78	0.77	0.81	0.10	----	0.05	0.53	0.28	0.52	0.0	0.03	0.07
	7	75	0	2	2	5	0	7	4	9	4	5	0		9	4	6	7	75	3	1
14	≤0.0	0.1	0.08	0.16	0.00	0.09	0.83	≤0.0	0.03	0.73	0.02	≤0.0	0.00	0.0	----	0.00	0.00	0.14	0.0	0.00	0.00
	01	27	4	7	4	8	4	01	1	5	2	01	3	59		8	7	8	80	2	2
15	≤0.0	0.6	0.45	0.21	0.94	0.02	0.44	0.00	0.56	0.05	0.00	≤0.0	0.29	0.5	0.00	----	0.02	0.39	0.1	0.00	≤0.0
	01	69	5	3	1	0	1	9	6	4	2	01	0	34	8		9	0	20	7	01
16	≤0.0	0.0	0.00	0.16	0.87	0.16	0.68	0.02	0.18	0.25	0.10	0.05	0.02	0.2	0.00	0.02	----	0.77	0.2	≤0.0	≤0.0
	01	83	9	4	8	1	0	0	2	3	4	8	4	86	7	9		4	61	01	01
17	0.01	0.8	0.21	0.05	0.00	0.09	0.24	0.57	0.02	0.67	0.21	0.15	0.81	0.5	0.14	0.39	0.77	----	0.3	0.90	0.81
	8	10	8	6	1	2	8	6	8	8	3	6	7	27	8	0	4		60	1	0
18	0.00	0.9	0.69	0.45	0.55	0.57	0.55	0.38	0.19	0.21	0.00	0.17	0.24	0.0	0.08	0.12	0.26	0.36	----	0.09	0.05
	2	47	5	2	5	0	4	2	3	3	8	8	8	75	0	0	1	0		7	7

19	≤0.0 01	0.8 61	0.18 4	0.22 2	0.04 9	0.06 3	0.69 9	0.00 6	0.05 6	0.00 5	0.00 3	0.01 9	0.03 6	0.0 33	0.00 2	0.00 7	≤0.0 01	0.90 1	0.0 97	----	≤0.0 01
	≤0.0 01	0.8 86	0.25 7	0.24 4	0.06 7	0.10 2	0.72 9	0.01 2	0.11 4	0.00 4	≤0.0 01	0.00 2	0.06 1	0.0 71	0.00 2	≤0.0 01	≤0.0 01	0.81 0	0.0 57	≤0.0 01	----

Si p-valeur > 0.05 => la corrélation observée entre les deux variables est due au hasard.

Si p-valeur < 0.05 => la corrélation observée entre les deux variables est forte.

Annexe O : Tableau représentatif des données qualitatives – transcriptions organisées par énoncé de l’UCLA *Loneliness Scale* et par contexte.

	Contexte	
	Domicile	MRS
2 Je me sens sur la même longueur d’onde que les personnes autour de moi	Rien à signaler	<i>Je n’ai pas de contact véritable avec les personnes.</i> (Participant n° 25, MRS) <i>Difficile à dire, je ne vois personne. Je reste tout le temps dans ma chambre.</i> (Participant n° 35, MRS) <i>C’est une drôle de question ici...</i> (Participant n° 37, MRS)
	<i>J’ai des amis très intimes. Il vaut mieux avoir quelques bons amis qu’une masse qui après ne nous aide pas.</i> (Participant n° 5, domicile) <i>Je préfère quelques-uns de vrais que l’inverse.</i> (Participant n° 6, domicile) <i>Non, pas beaucoup... En ajoutant le fait qu’ils sont tous morts.</i> (Participant n° 55, domicile) <i>Avant j’avais beaucoup d’amis... certains sont décédés, d’autres se sont séparés... la vie nous épargne aussi... Avant ont était beaucoup mais maintenant nous sommes moins.</i> (Participant n° 56, domicile)	<i>Je n’ai plus beaucoup, mais ça ne me manque pas.</i> (Participant n° 28, MRS) <i>J’ai beaucoup d’amis, j’ai même été la présidente d’un club de scrabble.</i> (Participant n° 30, MRS) <i>J’ai des amis qui me téléphonent depuis 5h du matin jusqu’à 1h du matin, avec des appels qui viennent de différents continents.</i> (Participant n° 32, MRS) <i>Des copains et des copines à l’extérieur, je n’en ai pas, ils sont tous morts... Mais j’ai une copine ici.</i> (Participant n° 41, MRS)
2. Je n’ai pas assez d’amis		

3. Il n'y a personne vers qui je peux aller		<i>Les personnes avec qui je m'identifie le plus ici sont déjà décédées. (Participant n° 48, MRS)</i> <i>Ils sont morts. (Participant n° 49, MRS)</i> <i>Je n'en ai pas beaucoup, mais ceux que j'ai sont fidèles. (Participant n° 44, MRS)</i> <i>J'ai encore une amie et une cousine. C'est tout ce qui me reste. (Participant n° 51, MRS)</i>
	<i>Je n'ai pas de visites. J'ai que mon fils qui vient à la maison, mais c'est trop de travail. (Participant n° 7, domicile)</i> <i>J'ai beaucoup d'amis mais parfois je n'ai pas envie d'aller vers eux. (Participant n° 14, domicile)</i> <i>J'ai de vieux amis vers qui je peux aller. (Participant n° 17, domicile)</i>	<i>On s'entend très bien M. L. et moi (Participant n° 29, MRS)</i> <i>Je n'en ai pas du tout... Ça veut dire que je ne fais pas confiance. (Participant n° 36, MRS)</i> <i>Ce n'est pas vrai, j'ai Mme XX. (Participant n° 47, MRS)</i>
	<i>Pas le dimanche matin quand on m'apporte du pain. (Participant n° 10, domicile)</i> <i>J'ai peur de me sentir trop seule parce que mon compagnon maintenant est à la maison de repos. Je suis contente quand il y a quelqu'un pour parler... Je suis dans une société de la mutuelle, donc j'ai beaucoup de personnes qui viennent chez moi, mais le matin par exemple je n'ai personne... La nuit parfois je me sens trop seule. (Participant n° 14, domicile)</i> <i>J'ai perdu mon mari et je n'ai jamais eu le sentiment d'être seule... Il est toujours là, quand il y a quelque chose je l'appelle. (Participant n° 17, domicile)</i>	<i>Être seule, c'est mon plus grand plaisir. Ça me plaît d'être seule. Je suis contente et heureuse. (Participant n° 26, MRS)</i> <i>Je suis seule, mais je ne me sens pas seule. Je me sens très bien seule. (Participant n° 28, MRS)</i> <i>Non, je ne me sens vraiment pas seule. (Participant n° 29, MRS)</i> <i>Ça dépend des jours. (Participant n° 34, MRS)</i> <i>Oui, il y a des jours où je me sens seule. (Participant n° 45, MRS)</i>
4. Je ne me sens pas seul(e)		

5. Je sens que je fais partie d'un groupe d'amis	<i>Pas vraiment oui, un groupe des bonnes connaissances.</i> (Participant n° 6, domicile) <i>Je supporte très bien une ou deux... J'ai celle qui vient nettoyer qui dit toujours qu'elle est une bonne amie pour moi, mais moi je ne la considère pas comme une amie.</i> (Participant n° 10, domicile) <i>J'étais, mais maintenant, je suis en couple.</i> (Participant n° 22, domicile)	<i>Amis c'est beaucoup dire, je sens que je suis en communauté.</i> (Participant n° 31, MRS) <i>C'est très difficile à dire. Parce que les amis ne sont pas pareils ici avec ceux qui sont à l'extérieur. Moi et mon mari, nous avons perdu les contacts avec nos amis depuis que nous sommes tombés malades.</i> (Participant n° 34, MRS) <i>Amis c'est un grand mot...</i> (Participant n° 41, MRS) <i>Je sens que je fais partie d'un groupe mais pas d'amis.</i> (Participant n° 53, MRS)
6. J'ai beaucoup de choses en commun avec les personnes qui m'entourent 8. Mes intérêts et idées ne sont pas partagés par ceux qui m'entourent	<i>Je suis plutôt solitaire. Je sais rester un jour ou deux tout seul sans m'ennuyer.</i> (Participant n° 22, domicile)	<i>Bon... avec les personnes qui ont toute leur tête parce que les autres...</i> (Participant n° 29, MRS) <i>Non, non... pas du tout.</i> (Participant n° 39, MRS) <i>Je suis trop enfermé.</i> (Participant n° 45, MRS) <i>Je n'ai pas beaucoup de contacts avec eux, donc je ne sais pas.</i> (Participant n° 47, MRS)
7. Je ne me sens plus proche de	<i>J'ai mon mari, j'ai une amie... et c'est déjà bien je trouve. Et j'ai d'autres contacts bien sûr.</i> (Participant n° 23, domicile)	<i>À part ma famille... personne.</i> (Participant n° 35, MRS) <i>Pas proche mais plus attirée que d'autres.</i> (Participant n° 39, MRS)

personne	<i>À part mes enfants et moi, je n'ai personne.</i> (Participant n° 57, domicile)	
10. Il y a des personnes dont je me sens proche	<i>J'ai tous les jours une infirmière qui vient m'aider avec ma douche, j'ai trois fois par semaine un kinésiste qui vient me masser. J'ai ma fille qui habite en haut et je vais tous les midis en haut manger avec elle et quand j'ai fini de manger, je descends</i> (Participant n° 59, domicile) <i>J'ai mon fils qui habite avec moi.</i> (Participant n° 60, domicile)	
9. Je suis une personne sociable	Rien à signaler	
11. Je me sens exclu(e)	<i>J'ai toujours l'impression de me sentir exclue quand il y a quatre personnes. J'aime bien parler avec une seule personne... Mais j'ai toujours eu ce problème après le remariage de ma maman.</i> (Participant n° 13, domicile) <i>Disons que je ne m'approche pas, c'est tout.</i> (Participant n° 19, domicile)	<i>Comme je ne m'accroche pas, je ne me sens pas exclue bien entendu.</i> (Participant n° 28, MRS)
12. Mes relations sociales sont superficielles	<i>Elles sont profondes.</i> (Participant n° 5, domicile) <i>Non, plutôt intenses.</i> (Participant n° 59, domicile)	Rien à signaler
13. Personne ne me connaît vraiment bien	<i>On joue un rôle quand nous sommes mariés.</i> (Participant n° 22, domicile) <i>Quand nous sommes mariés, on joue un rôle.</i> (Participant n° 56, domicile)	Rien à signaler
14. Je me sens isolé(e) des autres	<i>Je ne reste pas isolé, j'ai la kiné plusieurs fois par semaine, je me promène, j'ai ma femme, ma fille...</i> (Participant n° 15, domicile)	<i>Moi, je m'isole. J'ai ma table à midi où je suis seule. »</i> (Participant n° 43, MRS) – à mentionner que d'office il y a 3 ou 4 personnes par table <i>Non. Je m'isole moi-même.</i> (Participant n° 53, MRS)

15. Je peux m'entourer de personnes quand je le veux 18. Les personnes sont autour de moi et non avec moi 16. Il y a des personnes qui me comprennent vraiment 17. Je me sens malheureux (se) d'être aussi retiré(e) 19. Il y a des personnes à qui je peux parler	Rien à signaler	Rien à signaler
	<i>Au moins 3 ou 4 couples. (Participant n° 5, domicile)</i> <i>Ça, c'est une drôle de question... C'est bête. (Participant n° 24, domicile)</i>	<i>Je ne pense pas. (Participant n° 34, MRS)</i> <i>Peut-être mais ça n'est pas le sentiment. (Participant n° 36, MRS)</i>
	<i>Je ne suis pas retirée ! (Participant n° 8, domicile)</i> <i>Je ne peux pas être retiré, je suis trop sociable. (Participant n° 16, domicile)</i> <i>Ah non, je ne suis pas retirée. (Participant n° 17, domicile)</i> <i>Je ne me sens pas du tout retiré. (Participant n° 54, domicile)</i>	<i>Je ne suis pas retirée ! (Participant n° 30, MRS)</i> <i>Je ne me sens pas retirée. (Participant n° 32, MRS)</i> <i>Mais je ne suis pas retirée ! Je ne reste pas toute seule... (Participant n° 39, MRS)</i>
	Rien à signaler	

20. Il y a des personnes vers qui je peux aller	Rien à signaler
---	-----------------

