

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À  
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR  
FRÉDÉRIC PETTIGREW

LES PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE: L'EFFET D'UN GROUPE DE  
SUPPORT SUR LA RÉSIGNATION, L'ESTIME DE SOI ET LE DÉSIR DE CONTRÔLE

MAI 1999

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans le règlement des études avancées (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication d'une revue reconnue et approuvée par le comité d'études avancées en psychologie. Le nom du directeur pourrait donc apparaître comme co-auteur de l'article soumis pour publication.

## Table des matières

Remerciements .....	i
Résumé.....	2
Méthode .....	11
<u>Participants et déroulement</u> .....	11
<u>Instruments de mesure</u> .....	13
Résultats .....	14
Discussion .....	15
Références .....	20

## Remerciements

Je veux remercier mon épouse car cet article n'aurait pu voir le jour sans son support constant. Je tiens aussi à remercier mon directeur de recherche, Michel Alain, Ph.D., son assistance et sa grande patience m'ont permis de porter ce projet à terme. Un merci tout particulier à Lyne Piché, Ph.D., car elle est d'une amitié et d'une aide très précieuse.

Titre court: EFFET D'UN GROUPE DE SUPPORT

Les personnes âgées en perte d'autonomie: Effet d'un groupe de support sur la résignation,  
l'estime de soi et le désir de contrôle

Frédéric Pettigrew,

Michel Alain,

Université du Québec à Trois-Rivières

### Résumé

La présente étude tente de mesurer l'impact d'un groupe de support sur la personne âgée. Trois variables ont été ciblées. Il s'agit de la résignation, de l'estime de soi et du désir de contrôle. L'échantillon est composé de 42 personnes âgées québécoises en perte d'autonomie qui ont complété l'inventaire de résignation (L.H.I.) de Thornton (1982), une mesure de l'estime de soi de Rosenberg (1965) et l'instrument de Burger et Cooper (1979) mesurant le désir de contrôle. Un plan de recherche expérimental de type 2 (avant - après) X 2 (expérimental - contrôle) a été utilisé. Dans le groupe expérimental, 22 personnes âgées, sélectionnées aléatoirement, ont participé à un groupe de support échelonné sur huit rencontres. Les 20 autres personnes du groupe contrôle n'ont reçu aucun traitement pendant le déroulement de l'expérimentation. Cependant, ils ont eu la possibilité de recevoir le traitement expérimental une fois la recherche terminée. Les résultats se sont avérés significatifs. Le groupe de support a eu l'effet attendu sur les trois variables, soit la diminution de la résignation, l'augmentation de l'estime de soi et l'augmentation du désir de contrôle comparativement au groupe de contrôle qui n'a pas changé.

Au Québec, pour bénéficier des services offerts par un Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ou d'un Centre de jour (CJ), une personne âgée doit souffrir d'une perte d'autonomie. Il est donc possible que la population recevant ces services, étant donné ses pertes d'autonomie, soit plus à risque d'avoir un faible niveau de bien-être psychologique. Elle pourrait alors être susceptible de souffrir de résignation, d'une faible estime de soi et d'avoir un désir de contrôle réduit. Le groupe de support est l'un des moyens que le domaine clinique utilise pour venir en aide aux personnes âgées. Cette recherche tente d'analyser de façon scientifique l'effet qu'un groupe de support peut avoir sur la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle de personnes âgées en perte d'autonomie.

L'approche de groupe présente différents avantages pour améliorer le bien-être psychologique des personnes âgées. L'économie de temps que permet cette technique, son coût moindre qu'une thérapie individuelle et aussi l'aide mutuelle que peuvent s'apporter les participants sont des atouts à considérer.

Selon Toseland (1995), les groupes de support aident leurs membres à faire face aux événements stressants de la vie et leur permettent de croître et de se développer tout en passant au travers de périodes de transition difficiles. Ils aident à revitaliser et à augmenter les stratégies d'adaptation face aux situations problématiques. La participation à un groupe permet aussi aux personnes âgées de créer un sentiment d'appartenance, de partager leurs expériences de vie, de ventiler leurs émotions, de se sentir utiles, d'améliorer leurs habiletés sociales, d'acquérir de l'information et aussi de résoudre leurs problèmes avec l'aide des autres membres du groupe. Selon cet auteur, les personnes âgées, lorsqu'elles sont en groupe, sont portées à discuter de thèmes communs. L'utilisation de ces thèmes peut faciliter les échanges entre les personnes âgées. Toseland (1995) indique que la plupart des évaluations de recherche sur les



groupes de support pour personnes âgées montrent les effets positifs de la participation à ces groupes. Malheureusement, la plupart de ces rapports restent subjectifs car les bénéfices n'ont pas été vérifiés expérimentalement.

Lund, Redburn, Jurelich et Caserta (1989) vont dans le même sens que Toseland (1995) et soulignent que, malgré l'engouement pour les groupes de support, une étude systématique de l'efficacité des groupes de support serait nécessaire pour prouver les bienfaits réels d'une telle approche. Comme Toseland (1995), Lund et al. (1989) remarquent que la plupart des études tentant de prouver l'efficacité du groupe de support étaient anecdotiques et descriptives et que peu de recherches font mention de démarches scientifiques pour argumenter l'efficacité du groupe de support. Ces mêmes doléances sont aussi rapportées par Glajchen et Magen (1995).

Lazarus (1976) semble penser que le groupe peut rétablir les sentiments d'utilité et d'estime de soi, mais il n'indique que des résultats subjectifs. Yalom (1970), quant à lui, explique que l'opportunité d'aider les autres membres du groupe permet à la personne âgée d'augmenter son estime de soi en lui donnant le sentiment de servir à quelque chose. Waters, White, Dates, Reiter et Weaver (1979) ont observé, dans un groupe de support par les pairs, une augmentation significative de l'estime de soi. Encore une fois, il s'agit ici d'impressions cliniques.

Dans le même ordre d'idée, Leszcz, Feigenbaum, Sadavoy, et Robinson (1985) supposent que le groupe, par l'augmentation des contacts avec d'autres personnes, faciliterait les interactions sociales et que le désengagement serait contré par les pressions du groupe. Selon eux, le groupe offrirait l'opportunité d'entrer en relation de façon nouvelle et d'expérimenter de nouveaux comportements visant à améliorer les relations interpersonnelles et à réduire l'isolement. La prise de conscience de l'universalité des problèmes, la cohésion dans le groupe, les interactions et l'opportunité

de pouvoir aider quelqu'un d'autre devraient créer des sentiments d'utilité et d'appartenance qui apporteraient un meilleur moral et une plus grande estime de soi.

Le même manque de rigueur méthodologique survient aussi dans des recherches plus récentes. L'étude de Zgola (1992), une "rencontre autour d'une tasse de thé" semble produire des effets intéressants sur les personnes âgées. Il s'agit d'un groupe de personnes âgées qui se regroupent pour le thé et pour discuter. Un intervenant était utilisé comme facilitateur auprès des aînés et du personnel participant au groupe de support. Après huit semaines, l'expérimentateur constate l'émergence de l'humour, de la compassion, de l'initiative et de la cohésion dans le groupe. Mais il s'agit toujours de rapports subjectifs. Le manque de rigueur survient également dans l'étude de Brennan, Downes et Nadler (1996). Clark, Jones, Quinn, Goldney et Cooling (1993) ne fournissent eux aussi que des impressions cliniques. Tedeschi et Calhoun (1993) suggèrent que le groupe de support peut être efficace pour les endeuillés mais n'utilise pas de démarche scientifique pour appuyer leurs dires.

Certaines études utilisèrent une méthode de recherche plus rigoureuse. C'est le cas de Videka-Sherman (1982) qui trouve que le groupe de support a un impact sur l'ajustement psychologique des parents en deuil d'un enfant. Lieberman et Videka-Sherman (1986) démontrent que le groupe de support influence positivement l'estime de soi et le bien-être des personnes veuves. Les personnes fréquentant le groupe de support pour personnes en deuil se sont différenciées significativement des membres du groupe contrôle. Bien qu'ils n'utilisent pas de groupe contrôle, Glajchen et Magen (1995) effectuent un traitement statistique de leurs données. Ils trouvent une diminution significative de la détresse psychologique suite à un groupe de support pour des personnes aux prises avec le cancer.

Il semble donc qu'un groupe de support pourrait être un moyen efficace d'augmenter le bien-être psychologique et par la même occasion d'influer positivement sur des variables importantes liées au bien-être, comme la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle. Nous croyons que l'intervention d'un thérapeute peut s'avérer efficace dans ce genre de groupe. Il permet entre autre de gérer les interventions des membres qui auront eux aussi une part active dans l'évolution du groupe. L'utilisation de thèmes faciliterait les interactions entre les membres du groupe et l'échange de solutions aux divers problèmes encourus dans ce milieu (Toseland, 1995). Des thèmes ayant un lien avec le contrôle et l'estime de soi seraient donc tout indiqués pour permettre aux personnes âgées d'échanger sur de nouveaux moyens d'adaptation aux pertes liées au vieillissement et celles attribuables au milieu de vie.

L'un des concepts qui a suscité beaucoup d'intérêt ces dernières années tant dans le domaine clinique et appliqué que social est la résignation. Comme l'explique Seligman (1975), la résignation survient lorsqu'un individu ne perçoit plus la contingence entre ses actes et les renforcements provenant de l'environnement. Plus concrètement, l'individu apprend à croire que les efforts qu'il fait pour manipuler son environnement ne donnent rien. Donc, bien que ses perceptions peuvent être parfois fausses, la personne se comportera comme si elle était toujours incapable de contrôler son environnement et ce, même si elle le peut. Toujours selon Seligman (1975), la résignation peut entraîner trois types de déficits: soit un déficit motivationnel, un déficit cognitif et un déficit émotionnel. Le désir de contrôle et l'incapacité d'exercer ce contrôle amène un comportement apathique, un abandon de contrôle et finalement une dépression liée à la résignation. Il n'est pas rare de rencontrer en centre d'accueil des bénéficiaires aux prises avec ces caractéristiques. Garant et Alain (1995) observent auprès d'une clientèle étudiante un lien entre la résignation et la détresse psychologique.

Selon plusieurs auteurs, il semble que l'institutionnalisation ait des effets négatifs. Elle augmenterait la dépendance, la résignation et une perte de contrôle chez la population âgée (Avorn & Langer, 1982; Barton, Baltes, & Orzech, 1980; Gubrium, 1975; Solomon, 1982; Vladek, 1980). Burger (1992) observe dans la documentation sur la résignation que les sujets qui montrent une diminution du contrôle présentent une augmentation de symptômes dépressifs.

Selon Stensrud et Stensrud (1981), il serait normal d'observer la résignation chez des personnes institutionnalisées. Ces auteurs estiment que cette résignation pourrait être due au faible contrôle de ces personnes sur leur environnement. La personne âgée vivant en institution se retrouve prise en charge par un milieu très encadrant et très rigide. Pour Arling, Harkins et Capitman (1986), la personne a peu de chances de décider et ce, dans plusieurs sphères de sa vie (par exemple: repas, hygiène, heure du coucher/lever, argent et activités récréatives).

Kahana, Kahana et Riley (1989) affirment que l'organisation physique des ressources d'hébergement, les politiques institutionnelles et l'attitude du personnel sont des facteurs influant sur le contrôle et sur la résignation des personnes âgées en institution. De nombreuses études viennent appuyer cette thèse (Barton, 1978; Brody, 1977; Fish, 1986; White & Janson, 1986). Pour Kahana, Kahana et Young (1985), l'entrée même en institution réfère à une perte de contrôle, étant donné que cette décision est souvent prise par d'autres personnes que l'agé lui-même ou par d'autres en consultation avec l'agé. Langer et Rodin (1976) imputent une partie de la condition débilante des personnes âgées en institution au peu de décisions que ces dernières peuvent prendre dans ce milieu très encadrant et au peu de contrôle ressenti. Elles démontrent que l'augmentation de la perception de contrôle par une directive a eu un

impact sur l'humeur, l'implication et le niveau de vigilance mentale des personnes âgées en institution. De plus, cette technique s'est avérée efficace à long terme.

Schulz (1976), pour sa part, attribue en partie les sentiments de dépression, d'impuissance et de déclin physique accéléré rencontrés chez les gens âgés institutionnalisés à une perte de contrôle. Dans sa recherche où il donna le contrôle aux personnes âgées sur des visites qu'elles recevaient, Schulz (1976) trouva un lien entre le niveau de contrôle et le bien-être psychologique des personnes âgées en institution. À l'instar de Langer et Rodin (1976) et de Schulz (1976), Haemmerlie et Montgomery (1987) vérifièrent à quel point le contrôle pouvait influencer le bien-être des personnes âgées en institution. Ils trouvèrent une amélioration significative du goût de vivre, un ralentissement significatif du déclin et une augmentation significative du taux de satisfaction à la vie des personnes âgées en centre d'accueil qui suivaient leur programme d'augmentation du contrôle sur les visites. Les résultats démontrent que le groupe dont le contrôle sur les visites était évident continuait à réduire son déclin 12 mois après le traitement.

Il semble que les réponses de l'environnement (le personnel entre autres) soient souvent inadéquates et ne permettent pas à la personne âgée de développer son plein potentiel (Baltes, Burgess, & Stewart, 1980; Barton, 1978; Barton et al., 1980; Lester & Baltes, 1978; Mikulic, 1971; Rodin & Langer, 1980). Ces auteurs font ressortir le peu d'encouragement que donne le personnel aux personnes âgées montrant une forme d'indépendance alors que les comportements de dépendance sont encouragés. Solomon (1982) souligne que le manque de réponses adéquates du personnel peut provenir des stéréotypes négatifs du personnel sur la personne âgée. Fish (1986) et White et Janson (1986) mentionnent l'impatience des employés lors de la supervision des activités de la

vie quotidienne, que l'âgé exécute plus lentement qu'eux, comme une autre cause de ce manque de réponses adéquates.

Pinder (1983) et Solomon (1982) laissent entendre que le contrôle n'étant pas favorisé dans les institutions, il serait possible que la personne âgée bénéficiant de soins qui relèvent des services de santé soit à risque de développer la résignation.

Hussian et Lawrence (1981) donnent de l'espoir en ce qui a trait au traitement des symptômes dépressifs pouvant être liés à la résignation. Ils tentèrent de comparer l'efficacité de différentes techniques pour le traitement de la dépression de personnes âgées en centre d'accueil selon une approche combinant l'intervention de groupe et individuelle. Il s'agit d'une approche de renforcement social, d'une approche d'enseignement de la résolution de problème et d'une autre incluant les deux premières approches. Pour ce faire, ils divisèrent leur échantillon en cinq groupes. Un groupe recevait uniquement du renforcement social, un autre seulement de la résolution de problème et deux autres recevaient les deux traitements dans un ordre différent et le dernier était un groupe contrôle. Les groupes qui reçurent simultanément les deux formes de traitement diminuèrent significativement leur niveau de dépression.

Nous avons vu précédemment certaines stratégies de groupe pouvant améliorer l'estime de soi. Les spécialistes en santé mentale sont en général d'accord sur le fait qu'une personne en bonne santé psychologique a une perception positive de sa valeur. Branden (1969) et Battle (1982, 1991) décrivent l'estime de soi comme étant un besoin fondamental des êtres humains et comme un des plus importants facteurs de santé mentale et de l'ajustement des individus au cours de leur développement. Battle (1991) croit que l'estime de soi influence la réussite des individus, leurs interactions avec les autres, leur santé psychologique et leur bien-être. Taft (1985) suggère un modèle théorique selon lequel les problèmes associés au vieillissement comme la stigmatisation,

la diminution des interactions sociales et la perte de contrôle sur l'environnement tendent à créer une diminution de l'estime de soi. Dans leur relevé de littérature, Rodin et Langer (1980) supposent que les étiquettes négatives attribuées aux personnes âgées peuvent contribuer à la diminution de l'estime de soi. Selon Kahana et al. (1989), l'estime de soi des personnes âgées en institution peut être diminuée par l'organisation institutionnelle. Chowdhary (1990) a étudié l'influence de la possibilité de décider sur l'estime de soi. Il appert que le processus de décision influence positivement l'estime de soi. Dans une autre étude, Berkowitz, Waxman et Yaffe (1988) démontrèrent que les personnes âgées résidant dans un centre où elles étaient responsables d'elles-mêmes manifestaient un plus haut niveau d'estime de soi que celles vivant dans un centre d'accueil conventionnel. Strax et Lebedur (1979) pour leur part ont réussi à améliorer l'estime de soi et la motivation de patients âgés en réhabilitation en leur offrant le choix entre différentes méthodes de thérapie et en établissant des groupes de support.

Les études précédemment mentionnées laissent entendre que les institutions d'accueil pour personnes âgées permettent difficilement à ces dernières de contrôler leur environnement. Serait-il possible que la diminution du contrôle affecte le désir de contrôle? Selon White (1959), le désir de prendre des décisions et d'exercer un contrôle sur l'environnement serait un aspect important du comportement humain. Pour de Charms (1968), l'une des motivations primordiales de l'être humain est de pouvoir influencer son environnement afin d'y amener des changements.

Burger (1992) remarque que les personnes ayant un niveau de désir de contrôle élevé disent mieux se porter psychologiquement que celles avec un faible désir de contrôle. Conway, Vickers et French (1992), pour leur part, affirment que le bien-être psychologique est en relation avec l'équilibre ou le déséquilibre entre le contrôle perçu et le contrôle désiré. Evans, Shapiro et Lewis (1993) concluent dans le même sens. Garant

et Alain (1995) eux aussi trouvent une relation entre le déséquilibre au niveau de la perception et du désir de contrôle et la santé psychologique.

Tout comme la résignation et l'estime de soi, le désir de contrôle pourrait être influencé négativement par la vie en centre d'accueil. Étant donné l'importance de ces variables, non seulement auprès des âgées, mais également auprès de la population en général, il semble pertinent de pouvoir intervenir sur celles-ci pour améliorer le bien-être des personnes. Le groupe de support apparaît donc comme une approche intéressante d'intervention auprès des personnes âgées.

Cette étude vise à mesurer l'effet d'un groupe de support sur la résignation, le désir de contrôle et l'estime de soi. Les effets attendus sont qu'un groupe de support serait efficace pour réduire la résignation, augmenter le désir de contrôle et augmenter l'estime de soi. Pour vérifier ces hypothèses, il faudra appliquer un plan expérimental qui comprendrait un groupe contrôle. Les CHSLD et les CJ ont semblé être l'endroit idéal pour recruter des personnes en perte d'autonomie qui pourraient bénéficier d'un groupe de support.

## Méthode

### Participants et déroulement

L'échantillon est composé de 42 personnes âgées québécoises en perte d'autonomie. Le tirage au sort a réparti 22 participants au groupe expérimental et 20 au groupe de contrôle. Les personnes âgées utilisent toutes une ressource gouvernementale qui subvient à leurs besoins de base (centre d'hébergement,  $n = 28$ ) ou qui contribue à leur maintien à domicile (centre de jour,  $n = 14$ ). La consultation du dossier médical a permis d'exclure les participants souffrant de problèmes cognitifs (entre autres les démences) et de troubles psychiatriques. La moyenne d'âge de l'échantillon est de 76



ans avec un écart-type de 9.9 ans et l'analyse des données descriptives démontre que la majorité des personnes était de sexe féminin (n = 32) et veuve (n = 23).

La participation s'est faite sur une base volontaire. Le choix du groupe (expérimental ou contrôle) a été déterminé de façon aléatoire. Un plan expérimental 2 (pré-test - post-test) X 2 (contrôle - expérimental) a donc été appliqué.

L'expérimentation s'est déroulée en trois parties. Premièrement, les participants ont été mesurés au pré-test. L'expérimentateur rencontrait individuellement les participants. Il lisait les questions et cochait les réponses pour eux. Cette méthode a été choisie, compte tenu du fait que plusieurs personnes avaient des problèmes de vision ou encore de la difficulté à écrire. La deuxième étape de l'expérimentation fut le traitement. Le groupe expérimental était divisé en quatre sous-groupes allant de quatre à huit participants. Le traitement s'est échelonné sur huit rencontres d'environ une heure chacune. Ce traitement a été présenté sous la forme d'un groupe de support. Ce dernier est une adaptation du groupe de support élaboré par Dubé, Bouffard, Lapierre et Bastin (1993). Ce groupe avait pour objectif d'améliorer le bien-être psychologique chez la personne âgée. Il y avait une session par semaine et chacune d'elle évoluait autour d'un thème. Huit thèmes étaient au programme: les petits bonheurs, mon autonomie: me débrouiller seul et ma santé, les pertes cognitives et physiques, la solitude, qui suis-je, mon image, la perte d'un proche et la synthèse des rencontres.

Une session type commençait par la présentation du thème et de la théorie s'y rattachant. Une mise en situation était ensuite réalisée. Par la suite, une période d'échange et de discussion permettait aux participants de verbaliser sur le thème et ainsi d'échanger leurs solutions personnelles. La rencontre se terminait avec un retour sur la session. Durant cette période, chacun pouvait s'exprimer et demander des clarifications sur les différents points abordés.

À la troisième étape de l'expérimentation, suite à la dernière rencontre de groupe, les questionnaires étaient remplis de nouveau par les participants.

Pour ce qui est du groupe contrôle, les personnes âgées fréquentaient les mêmes ressources que le groupe expérimental. Lors de l'entrevue de départ, l'expérimentateur remplissait les questionnaires avec les personnes âgées et les avisait qu'elles seraient sur une liste d'attente pour recevoir le traitement. À la fin des sessions du groupe expérimental, les mesures étaient effectuées une deuxième fois aux membres du groupe contrôle. Tel qu'entendu, le groupe contrôle a reçu le même traitement à la fin de l'expérimentation. L'expérimentation s'est échelonnée sur une période d'environ trois mois.

#### Instruments de mesure

La résignation. L'état de résignation a été évalué avec la version française du Learned Helplessness Inventory (L.H.I.) de Thornton (1982), traduite et adaptée par Alain (1989a). Ce questionnaire, une fois traduit et modifié, obtient un indice de cohérence interne satisfaisant (alpha de Cronbach de .72). Il comprend 20 énoncés comme par exemple: «J'ai de la difficulté à commencer à faire les choses.» La personne âgée répond aux énoncés en choisissant entre vrai ou faux. Un score élevé révèle un haut niveau de résignation.

L'estime de soi. Cette variable fut mesurée par le questionnaire de Rosenberg (1965) qui comprend 10 items comme: «Je pense que j'ai un certain nombre de bonnes qualités». Ce questionnaire a été traduit et validé par Alain (1985). L'indice de cohérence interne est de .76 (alpha de Cronbach). La personne répond en utilisant une échelle de réponse de type Likert en 7 points, allant de 1 (entièrement d'accord) à 7 (pas du tout d'accord). Un score élevé révèle une haute estime de soi.

Le désir de contrôle. Cette dernière variable a été mesurée en se servant de l'instrument de Burger et Cooper (1979) traduit par Alain (1989b). Les participants ont répondu aux 20 items (ex.: «J'aime être capable d'influencer les actions des autres.») à l'aide d'une échelle de type Likert en sept points, allant de 1 (pas du tout) à 7 (toujours). Les indices de cohérence interne de la version française sont semblables aux indices de la version originale anglaise (alpha de Cronbach de .70). Un score élevé indique un grand désir de contrôle.

### Résultats

Des analyses de variance de types 2 (contrôle - expérimental) X 2 (pré-test -post-test) à mesures répétées sur le deuxième facteur ont été utilisées pour comparer les résultats du groupe expérimental et contrôle. Comme les participants provenaient de milieux différents et souffraient de pertes d'autonomie plus ou moins grandes selon le milieu, des tests  $t$  ont été effectués. Il s'est avéré que les participants provenant de CJ et de CHSLD ne se différenciaient, ni au pré-test, ni au post test, en ce qui a trait aux variables de cette étude, soit la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle. Les deux groupes ont donc été fusionnés.

#### Résignation

Comme l'illustre la figure 1, l'analyse de variance révèle l'interaction attendue entre l'appartenance à l'un des groupes et les temps de mesure ( $F(1, 40) = 31.23, p < .001$ ). Les sujets du groupe contrôle n'ont pratiquement pas changé entre le pré-test ( $M = .42$ ) et le post-test ( $M = .44$ ) ( $F(1, 40) = 0.25, n.s.$ ). Les sujets du groupe expérimental, par contre, sont devenus significativement moins résignés après le traitement ( $M = .23$  vs  $M = .44$ ) ( $F(1, 40) = 53.67, p < .001$ ). Les deux groupes ne différaient pas entre eux au pré-test ( $F(1, 40) = 0.25, n.s.$ ) mais différaient au post-test ( $F(1, 40) = 22.50, p < .001$ ).

Estime de soi

La figure 2 présente les résultats pour l'estime de soi. L'interaction groupe X temps est significative ( $F(1, 40) = 14.76, p < .001$ ). Les sujets avaient une estime de soi équivalente au pré-test ( $M = 5.11$  pour le groupe expérimental et  $M = 5.04$  pour le groupe contrôle) ( $F(1, 40) = 0.05, n.s.$ ). L'analyse des effets simples révèle que l'estime de soi des sujets du groupe expérimental s'est améliorée ( $M = 5.77$ ) ( $F(1, 40) = 20.92, p < .001$ ), alors que celle du groupe contrôle ( $M = 4.89$ ) s'est détériorée mais de façon non significative ( $F(1, 40) = 0.90, n.s.$ ).

Désir de contrôle

La figure 3 illustre l'interaction significative entre les groupes et le temps pour le désir de contrôle ( $F(1, 40) = 11.43, p < .002$ ). Au pré-test, les sujets du groupe expérimental ( $M = 4.78$ ) ne diffèrent pas des sujets du groupe contrôle ( $M = 4.45$ ) ( $F(1, 40) = 1.51, n. s.$ ), mais diffèrent au post-test ( $F(1, 40) = 16.79, p < .001$ ). À la deuxième session d'évaluation, les sujets du groupe expérimental se sont nettement améliorés ( $M = 5.39$ ) ( $F(1, 40) = 20.83, p < .001$ ), alors que les sujets du groupe contrôle n'ont pas évolué ( $M = 4.40$ ) ( $F(1, 40) = 0.10, n.s.$ ).

## Discussion

Cette recherche avait pour objectif d'analyser de façon empirique l'effet d'un groupe de support sur la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle de personnes âgées en perte d'autonomie.

Nous avons démontré que le groupe de support avait un impact positif sur la résignation, le désir de contrôle et l'estime de soi. Plus précisément, nos participants ont démontré une diminution significative de la résignation suite à la participation au groupe. De plus, l'estime de soi a augmenté de façon significative suite à la participation

à ce même groupe. Finalement, le désir de contrôle s'est avéré lui aussi significativement amélioré après les huit rencontres du groupe.

Nous avons été capables de démontrer que le groupe de support pouvait être un outil efficace pour effectuer un changement chez une clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie. Ceci confirme nos hypothèses ainsi que plusieurs études descriptives présentées précédemment. En effet, notre étude appuie le travail de Yalom (1970), Strax et Lebedur (1979), Lazarus (1976), Waters et al. (1979) et Leszcz et al. (1985) qui affirmaient que l'estime de soi pouvait être améliorée à l'aide d'un groupe de support.

Le point fort de cette étude est qu'elle est expérimentale, contrairement à plusieurs études dans ce domaine. De plus, cette étude renforce la documentation empirique dans ce domaine. En effet, nos résultats vont dans le même sens que Videka-Sherman (1982), Lieberman et Videka-Sherman (1986) et Glajchen et Magen (1995) et démontrent l'efficacité du groupe de support.

Ce travail est d'autant plus important car il semble que les personnes âgées en perte d'autonomie seraient plus à risque de souffrir d'une diminution de leur bien-être psychologique. Breslau et Haug (1983) et Leszcz (1987) expliquent que la personne âgée qui voit ses pertes augmenter et son autonomie décliner peut voir son estime d'elle-même atteinte. Souvent, la dépression la guette et elle aura de la difficulté à vivre une vieillesse agréable. Ceci peut entraîner des problèmes de santé mentale plus importants.

Les résultats furent positifs en ce qui a trait à la résignation. Il s'est avéré qu'après leur participation au groupe de support les personnes âgées du groupe expérimental obtenaient des résultats significativement moins élevés à l'échelle de résignation que celles n'ayant reçu aucun traitement. Ces résultats laissent donc entrevoir une façon intéressante d'intervenir auprès des âgés pour diminuer l'état de résignation.

Les résultats sont aussi concluants pour l'estime de soi. Les participants du groupe expérimental présentent une estime de soi plus élevée lors de la deuxième évaluation que ceux du groupe contrôle. Les données sont semblables à celles de Strax et Lebedur (1979) qui remarquaient un impact de la participation à un groupe sur l'estime de soi.

Pour ce qui est du désir de contrôle, les personnes âgées du groupe expérimental développent un désir de contrôle supérieur suite à l'intervention. Ces résultats appuient les liens entre le désir de contrôle et le bien-être psychologique énoncés par Burger (1992), Conway et al. (1992), Evans et al. (1993) et Garant et Alain (1995).

Différentes hypothèses peuvent expliquer l'amélioration des variables dépendantes. Premièrement, les résultats positifs peuvent être expliqués simplement par la participation au groupe de support. Mais en regardant de plus près, certains facteurs n'ont pas été contrôlés. Par exemple, il se peut que ce soient les thèmes sélectionnés et l'information donnée sur ces thèmes qui aient eu un impact sur le sentiment de compétence et par le fait même sur l'estime de soi et le désir de contrôle. Il se peut aussi que ce soit l'augmentation du réseau social (le nouveau groupe d'ami(e)s) qui influence les variables à l'étude ou l'attention reçue par les autres participants et par l'expérimentateur.

Le degré d'implication des membres du groupe peut aussi expliquer une partie des résultats de notre étude. En effet, l'étude de Lieberman et de Videka-Sherman (1986) confirme que le niveau de participation au sein des groupes de support contribuait à une augmentation du bien-être psychologique et de l'estime de soi. Bref, le groupe de support peut être responsable des effets observés. Toutefois, une étude plus approfondie des mécanismes par lesquels opère le groupe de support serait souhaitable si on désire connaître exactement la cause de son influence.

La présente recherche comporte quelques limites. L'une d'entre elles est qu'elle ne vérifie pas si les changements observés ont pu être causés par l'information fournie au début des rencontres (c.-à-d. la théorie présentée avant les discussions). Une recherche ultérieure pourrait contrôler cette variable en ne donnant que de l'information individuelle à un groupe contrôle.

Bien qu'il ne semble pas y avoir eu contamination d'un groupe par l'autre, il est possible que les membres des deux groupes (contrôle et expérimental) puissent avoir été en contact et ainsi s'être influencés. Le fait que le groupe contrôle ne se soit pas amélioré sur aucune dimension écarte en partie cette possibilité.

Notre intérêt dans cette étude était d'examiner l'effet d'un groupe de support sur la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle. Toutefois, plusieurs autres variables auraient pu être étudiées lors de cette recherche. La dépression, le niveau de satisfaction à la vie, l'anxiété sont toutes des variables qui auraient pu être examinées. Elles auraient peut-être donné encore plus de validité externe aux résultats obtenus et permis d'encourager cette forme d'intervention en CHSLD.

Une autre limite de cette recherche concerne le CJ. La clientèle de ce type de centre bénéficie plus souvent d'aide ou de soutien thérapeutique et est plus familière avec l'approche de groupe. Bien que les sujets provenant des CJ ne se différencient pas de ceux provenant des CHSLD pour les variables à l'étude, il serait intéressant de vérifier si ce groupe pourrait avoir une meilleure prédisposition au changement.

Après la fin des rencontres, il serait intéressant de voir si les membres d'un même groupe tentent de se réunir et de recréer le contexte thérapeutique. De telles rencontres pourraient mener à certains bénéfices supplémentaires ou à une consolidation des acquis, ce qui pourrait alors être évalué.

Un élément à reconsidérer serait le thème rattaché à chaque session. Certains thèmes plaisaient plus à certaines personnes qu'à d'autres. Dans une perspective de développement du désir de contrôle, il serait souhaitable d'offrir un choix de thèmes aux personnes âgées. Une autre possibilité serait de n'imposer aucun thème et de laisser les participants commencer une conversation et de tenter de la structurer. Cette dernière suggestion aurait pour avantage de saisir les difficultés des personnes âgées sur le vif et d'avoir ainsi un suivi plus personnalisé.

Les conclusions de cette expérience pourraient avoir plusieurs retombées dans le milieu des CHSLD et des CJ. Étant donné les faibles coûts d'une intervention de groupe, la réduction du temps d'intervention et le support apporté par les autres membres du groupe, il serait réalisable, même en tenant compte des restrictions budgétaires dans le domaine de la santé, de penser mettre sur pied un programme de ce genre. De plus, la perte d'autonomie nécessitant un placement dans un CHSLD ou l'aide d'un CJ est un point commun entre ces personnes âgées. Cette ressemblance favorise l'approche de groupe. Bien que l'intervention de groupe soit déjà utilisée en centre de jour, nos résultats ne font qu'encourager les CJ à continuer en ce sens et donnent possiblement de nouvelles avenues d'interventions.

Malgré ses limites, le groupe de support est un outil efficace pour améliorer la résignation, l'estime de soi et le désir de contrôle des personnes âgées en CHSLD et en CJ. Le support d'un intervenant, les échanges de solutions et l'augmentation du réseau social semblent être des éléments favorables au bien-être psychologique des personnes âgées en institution.



Références

- Alain, M. (1985). Traduction française de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Alain, M. (1989a). Traduction française et adaptation du L.H.I. (Learned Helplessness Inventory). Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Alain, M. (1989b). Traduction française de l'échelle de désir de contrôle. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Arling, G., Harkins, E. B., & Capitman, J. A. (1986). Institutionalization and personal control. Research on Aging, 8, 38-56.
- Avorn, J., & Langer, E. (1982). Induced disability in nursing home patients: A controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society, 30, 397-400.
- Baltes, M. M., Burgess, R. L., & Stewart, R. (1980). Independence and dependence in self-care behaviors in nursing home residents: An operant-observational study. International Journal of Behavioral Development, 3, 489-500.
- Barton, E. M. (1978). The social ecology of the nursing home: A naturalistic study of staff reinforcement contingencies for resident behavior. (Doctoral dissertation, Pennsylvania State University). Dissertation Abstracts International, 39, 950B.
- Barton, E. M., Baltes, M. M., & Orzech, M. J. (1980). Etiology of dependence in older nursing home residents during morning care: The role of staff behavior. Journal of Personality and Social Psychology, 38, 423-431.
- Battle, J. (1982). Enhancing self-esteem and achievement: A handbook for professionals. Seattle: Special Child Publications.
- Battle, J. (1991). Self-esteem research: A summary of relevant findings. Edmonton: James Battle and Associates.

- Berkowitz, M. W., Waxman, R., & Yaffe, L. (1988). The effects of a resident self-help model control, social involvement and self-esteem among the elderly. Gerontologist, 28, 620-624.
- Branden, N. (1969). The psychology of self-esteem. Los Angeles: Nash Publishing.
- Brennan, F., Downes, D., & Nadler, S. (1996). A support group for spouses of nursing home residents. Social Work with Groups, 19, 71-81.
- Breslau, L. D., & Haug, M. R. (1983). Depression and aging. New York: Springer.
- Brody, E. M. (1977). Environmental factors in dependency. In A. N. Eton-Smith & J. G. Evans (Éds), Care of the elderly: Meeting the challenge of dependency (pp. 81-95). London: Academic Press.
- Burger, J. M. (1992). Desire for control: Personality, social and clinical perspectives. New York: Plenum.
- Burger, J. M., & Cooper, H. M. (1979). The desirability of control. Motivation and Emotion, 3, 381-393.
- Chowdhary, U. (1990). Notion of control and self-esteem of institutionalized older men. Perceptual and Motor Skills, 70, 731-738.
- Clark, S. E., Jones, H. E., Quinn, Q., Goldney, R. D., & Cooling, P. J. (1993). A support group for people bereaved through suicide. Crisis, 14, 161-167.
- Conway, T. L., Vickers, R. R., Jr., & French, J. R. P., Jr. (1992). An application of person-environment fit theory: Perceived versus desired control. Journal of Social Issues, 48, 95-197.
- de Charms, R. (1968). Personal causation. New York: Academic Press.
- Dubé, M., Bouffard, L., Lapierre, S., & Bastin, E. (1993). Une intervention de groupe axée sur la perspective future comme moyen d'intervention pour maintenir

l'autonomie et la santé mentale des personnes âgées. Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

- Evans, G. W., Shapiro, D. H., & Lewis, A. L. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. British Journal of Psychology, 84, 255-273.
- Fish, M. (1986). The differential relationship of learned helplessness to dementia, pseudodementia, and depression. Dissertation Abstracts International, 46, 3055-B.
- Garant, V., & Alain, M. (1995). Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique. Revue Canadienne des Sciences du Comportement, 27, 251-267.
- Glajchen, M., & Magen, R. (1995). Evaluating process, outcome, and satisfaction in community-based cancer support groups. Social Work with Groups, 18, 27-40.
- Gubrium, J. E. (1975). Living and dying in Murray Manor. New York: St. Martin's Press.
- Haemmerlie, F. M., & Montgomery, R. L. (1987). Self-perception theory, salience behavior, and a control-enhancing program for the elderly. Journal of Social and Clinical Psychology, 5, 313-329.
- Hussian, R. A., & Lawrence, P. S. (1981). Social reinforcement of activity and problem-solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients. Cognitive Therapy and Research, 5, 57-69.
- Kahana, E., Kahana, B., & Riley, K. (1989). Person-environment transactions relevant to control and helplessness in institutional settings. In P. S. Fry (Éd.), Psychological Perspectives of Helplessness and Control in the Elderly (pp. 121-153). North-Holland: Elsevier Science Publishers.

- Kahana, E., Kahana, B., & Young, R. (1985). Social factors in institutional living. In I. W. Peterson & J. Quandagno (Éds), Social bonds in later life: Aging and interdependence (pp. 389-419). Beverly Hills: Sage Publications.
- Langer, E. J., Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. Journal of Personality and Social Psychology, 34, 191-198.
- Lazarus, L. W. (1976). A program for the elderly at a private psychiatric hospital. Gerontologist, 16, 125-131.
- Lester, P. B., & Baltes, M. M. (1978). Functional interdependence of the social environment and the behavior of the institutionalized aged. Journal of Gerontological Nursing, 4, 23-27.
- Leszcz, M. (1987). Group psychotherapy with the elderly. In J. Sadavoy & M. Leszcz (Éds), Treating the elderly with psychotherapy: The scope for change in later life (pp. 325-349). Madison: International Universities Press.
- Leszcz, M., Feigenbaum, E., Sadavoy, J., & Robinson, A. (1985). A men's group: Psychotherapy of elderly men. International Journal of Group Psychotherapy, 35, 177-196.
- Lieberman, M. A., & Videka-Sherman, L. (1986). The impact of self-help groups on the mental health of widows and widowers. American Journal of Orthopsychiatry, 56, 435-449.
- Lund, D. A., Redburn, D. E., Juretich, M. S., & Caserta, M. S. (1989). Resolving problems implementing bereavement self-help group. In D. A. Lund (Éd.), Older bereaved spouses (pp. 203-216). New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Mikulic, M. (1971). Reinforcement of independent and dependent behavior by nursing personnel: An exploratory study. Nursing Research, 20, 162-163.

- Pinder, M. M. (1983). The impact of a short-term training program on learned helplessness among staff and residents of nursing homes. Dissertation Abstracts International, 44, 1298-A.
- Rodin, J., & Langer, E. J. (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. Journal of Social Issues, 36, 12-29.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Schulz, R. (1976). Effects of control and predictability on the psychological well-being of the institutionalized aged. Journal of Personality and Social Psychology, 33, 563-573.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On depression, development and death. San Francisco: W. H. Freeman.
- Solomon, K. (1982). Social antecedents of learned helplessness in the health care setting. The Gerontologist, 22, 282-287.
- Stensrud, R., & Stensrud, K. (1981). Counseling may be hazardous to your health: How we teach people to feel powerless. The Personnel and Guidance Journal, 59, 300-304.
- Strax, T., & Lebedur, J. (1979). Rehabilitating the geriatric patient: Potential and limitations. Geriatrics, 34, 99-101.
- Taft, L. B. (1985). Self-esteem in later-life: A nursing perspective. Advances in Nursing Science, 8, 77-84.
- Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. (1993). Using the support group to respond to the isolation of bereavement. Journal of Mental Health Counseling, 15, 47-54.
- Thornton, J. W. (1982). Predicting helplessness in human subjects. The Journal of Psychology, 112, 251-257.

- Toseland, R. W. (1995). Group work with older adults and family caregivers. New York: Springer Publishing Company.
- Videka-Sherman, L. (1982). Effects of participation in a self-help group for bereaved parents: Compassionate friends. Prevention in Human Services, 1, 69-77.
- Vladek, B. (1980). Unloving care: The nursing home tragedy. New York: Basic Books.
- Waters, E., White, B., Dates, B., Reiter, S., & Weaver, A. (1979). Peer group counselling for older people. Final Report to the Administration on aging, Continuum Center, Oakland University, Rochester, Michigan.
- White, C. B., & Janson, P. (1986). Helplessness in institutional settings: Adaptation or iatrogenic disease? In M. M. Baltes & P. B. Baltes (Éds), The psychology of control and aging (pp. 297-313). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- White, R. W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychological Review, 66, 297-333.
- Yalom, I. D. (1970). The theory and practice of group psychotherapy. New York: Basic Books.
- Zgola, J. (1992). The tea group: A special program for the "difficult" residents in long term care. Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 10, 1-16.

Index des figures

Figure 1. Moyennes de résignation des deux groupes aux deux temps de mesure.

Figure 2. Différence entre l'estime de soi des groupes aux deux prises de mesure.

Figure 3. Différence entre le désir de contrôle des deux groupes aux deux prises de mesure.







