

Janvier 2020



Document de travail 49

Promotion des compétences de vie chez les personnes âgées

Document de base

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 4.80 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Dans la série «**Document de travail de Promotion Santé Suisse**», la Fondation publie des travaux réalisés par elle-même ou sur mandat. Ces documents de travail ont pour objectif de soutenir les expertes et experts dans la mise en place de mesures dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les documents de travail de Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles sous forme électronique (PDF).

Le document de travail 49 tient lieu de document de base. La brochure [«Compétences de vie et santé psychique des personnes âgées»](#) se base sur ce document de travail et tient lieu de guide pratique pour les responsables de projets et de programmes des programmes d'action cantonaux.

Impressum

Éditrice

Promotion Santé Suisse

Auteurs

- Dr ès lettres Anne Eschen, domaine spécialisé Gériopsychologie de GERONTOLOGIE CH
- Dr ès lettres Franzisca Zehnder, domaine spécialisé Gériopsychologie de GERONTOLOGIE CH

Nous remercions le comité du domaine spécialisé Gériopsychologie de GERONTOLOGIE CH pour les précieuses informations fournies durant le processus.

Direction de projet Promotion Santé Suisse

Cornelia Waser

Série et numéro

Promotion Santé Suisse, Document de travail 49

Référence bibliographique

Eschen, A. & Zehnder, F. (2020). *Promotion des compétences de vie chez les personnes âgées. Document de base*. Document de travail 49. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.

Travail rédactionnel

Prof. Dr ès lettres Sandrine Pihet, Haute école de santé Fribourg

Crédit photographique page de titre

© iStock

Renseignements et informations

Promotion Santé Suisse, Wankdorffallee 5, CH-3014 Berne, tél. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original

Allemand

Numéro de commande

02.0305.FR 01.2020

Cette publication est également disponible en allemand et en italien (numéros de commande 02.0305.DE 01.2020 et 02.0305.IT 01.2020).

Télécharger le PDF

www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, janvier 2020

Table des matières

Management Summary	4
1 Introduction	5
1.1 Les compétences de vie en tant que domaines cibles pour la promotion de la santé psychique	5
1.2 L'importance des compétences de vie chez les personnes âgées	6
2 Possibilités d'intervention pour la promotion des compétences de vie chez les personnes âgées	8
2.1 Compétences de communication	9
2.1.1 Compétences de communication et santé psychique des personnes âgées	9
2.1.2 Interventions	10
2.2 Régulation des émotions	12
2.2.1 Régulation des émotions et santé psychique des personnes âgées	12
2.2.2 Interventions	14
2.3 Autoréflexion	16
2.3.1 Autoréflexion et santé psychique des personnes âgées	16
2.3.2 Interventions	17
2.4 Compétences sociales	18
2.4.1 Compétences sociales et santé psychique des personnes âgées	18
2.4.2 Interventions	19
2.5 Gestion du stress	20
2.5.1 Gestion du stress et santé psychique des personnes âgées	20
2.5.2 Interventions	22
2.6 Prise de décisions	24
2.6.1 Prise de décisions et santé psychique des personnes âgées	24
2.6.2 Interventions	25
3 Recommandations de mise en œuvre	26
4 Informations complémentaires	28
5 Bibliographie	29

Management Summary

Le document de travail 49 décrit l'importance des compétences de vie pour la santé psychique des personnes du troisième (65 à 80 ans) et quatrième âge (80 ans et plus). Il présente des possibilités d'intervention pour renforcer les compétences de vie dans ce groupe de population dans le cadre des communes. L'introduction définit les compétences de vie et explique leur interaction avec d'autres facteurs qui influencent également la santé psychique, tels que l'auto-efficacité, le soutien social, les milieux de vie et les caractéristiques sociodémographiques de la personne. En outre, le document de travail décrit les défis et les stressors spécifiques auxquels les personnes du troisième et quatrième âge doivent faire face au moyen des compétences de vie. Dans ce contexte, nous attirons l'attention sur la grande diversité des processus et des circonstances de vieillissement ainsi que sur le grand potentiel d'adaptation des personnes âgées. Ensuite, les six compétences de vie suivantes sont chacune présentées dans un chapitre: compétences de commu-

nication, régulation des émotions, autoréflexion, compétences sociales, gestion du stress et capacité à prendre des décisions. Dans chaque chapitre, nous définissons d'abord la compétence de vie traitée. Nous décrivons ensuite comment celle-ci change au troisième et au quatrième âge et comment ceci influence la santé psychique. Des théories du développement, des termes techniques ou des résultats empiriques sont expliqués plus en détail dans les encadrés. Nous présentons aussi des possibilités d'intervention qui peuvent être utilisées pour renforcer chaque compétence de vie au troisième et quatrième âge. Nous décrivons des exemples concrets de mise en œuvre des possibilités d'intervention dans la pratique. Enfin, nous fournissons des recommandations pour la mise en œuvre (p.ex. en ce qui concerne la durée, les locaux et la conception du matériel didactique) ainsi que pour l'information aux participant-e-s potentiel-le-s (canaux et contenus) dans le but de promouvoir les compétences de vie chez les personnes âgées.

1 Introduction

Dans son rapport de base intitulé «La santé psychique au cours de la vie», Promotion Santé Suisse montre à quel point il est important de renforcer les compétences de vie des personnes pour maintenir la santé psychique à tout âge (Amstad & Blaser 2016). Les compétences de vie sont des capacités et des aptitudes qui permettent aux personnes de faire face efficacement aux défis et aux stressors dans leur vie quotidienne (OMS 1997). Ce document de travail sensibilise à l'importance des compétences de vie pour la santé psychique au troisième et quatrième âge (respectivement de 65 à 80 ans et au-delà de 80 ans). Il présente des possibilités d'intervention pour renforcer les compétences de vie chez les personnes âgées dans le cadre des communes. Des exemples de mise en œuvre illustrent les possibilités d'intervention.

1.1 Les compétences de vie en tant que domaines cibles pour la promotion de la santé psychique

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS 1997), les compétences de vie comprennent les compétences de communication, la régulation des émotions, l'autoréflexion, les compétences sociales, la gestion du stress et la capacité à prendre de bonnes décisions.

Ces compétences de vie sont très importantes pour développer et préserver deux ressources qui jouent un rôle essentiel pour la santé psychique: l'**auto-efficacité** comme ressource interne centrale (Abderhalden et al. 2019) et le **soutien social** comme ressource externe centrale (Bachmann 2019). Ainsi, de bonnes compétences en matière de régulation des émotions et de gestion du stress aident par exemple à ressentir de l'auto-efficacité dans les situations de vie difficiles. Des compétences de communication efficaces et de bonnes compétences sociales augmentent la probabilité de maintien du soutien social.

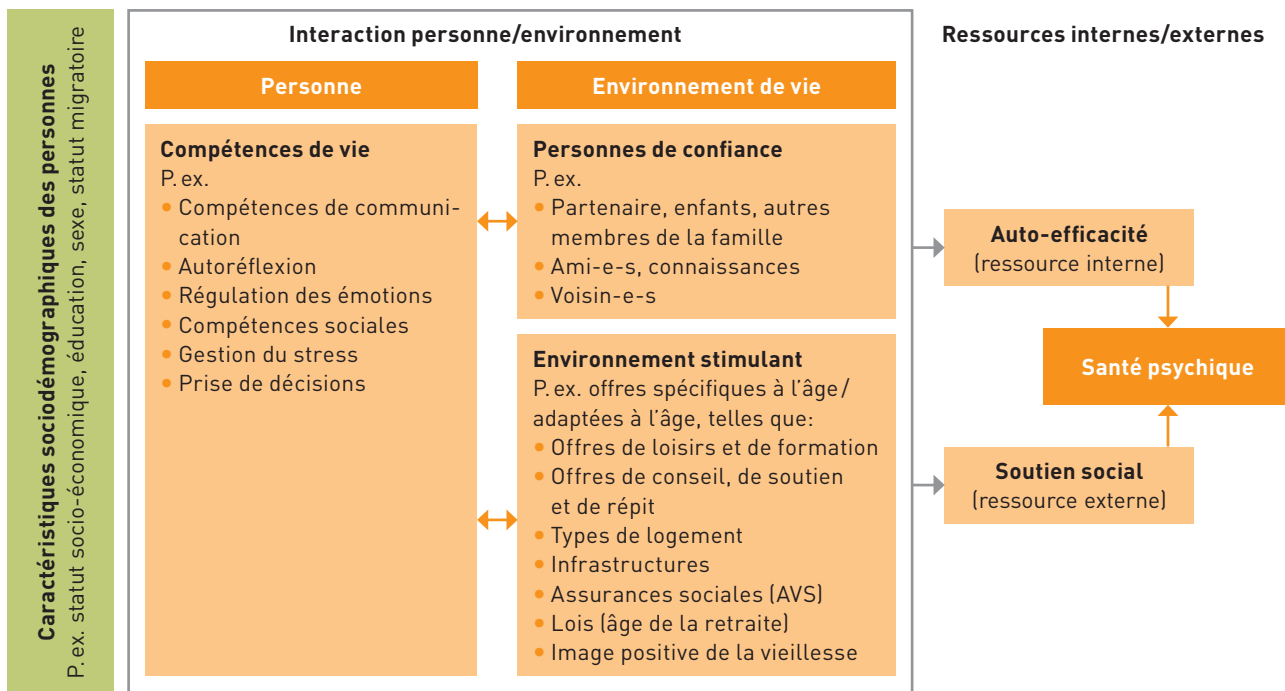
Selon le rapport de base «La santé psychique au cours de la vie» (Blaser & Amstad 2016), le développement des compétences de vie tout au long de la vie est influencé par les **milieux de vie** dans lesquels les personnes évoluent. Dans ce contexte, les caractéristiques sociales, structurelles et sociétales de l'environnement jouent un rôle important. D'autre part, les compétences de vie permettent aussi aux personnes de façonner les caractéristiques de leur environnement. Les interventions visant à promouvoir les compétences de vie ne devraient donc pas uniquement cibler le renforcement des compétences de vie en tant que telles (mesures comportementales), mais aussi l'aménagement de milieux de vie qui favorisent ces compétences (mesures contextuelles).

Le développement des compétences de vie tout au long de la vie est également influencé par les **caractéristiques sociodémographiques** des personnes. Les individus ayant un statut socio-économique faible, un niveau de formation peu élevé ou étant issus de l'immigration, ainsi que les femmes, ont durant toute leur vie un moindre accès à des environnements favorisant les compétences de vie. Les groupes socialement défavorisés ont également moins de possibilités d'influencer leur environnement dans cette direction. Les interventions visant à renforcer les compétences de vie devraient donc spécialement promouvoir les ressources des groupes socialement défavorisés (Amstad & Blaser 2016; Weber et al. 2016).

La figure 1 présente l'interaction des compétences de vie avec d'autres facteurs influençant la santé psychique en tenant compte des caractéristiques des milieux de vie qui sont particulièrement importantes pour l'âge considéré.

FIGURE 1

Les compétences de vie en tant que domaines cibles pour la promotion de la santé psychique chez les personnes âgées (sur la base de Amstad & Blaser 2016, 120)



1.2 L'importance des compétences de vie chez les personnes âgées

Le renforcement des compétences de vie est important pour préserver la santé psychique chez les personnes âgées, et ce, pour les raisons suivantes (Boss 2016): les capacités cognitives, sensorielles et motrices diminuent, les maladies physiques et la fragilité augmentent et le risque d'une diminution du soutien social s'amplifie, les personnes de référence proches étant susceptibles de tomber malades ou de décéder. En outre, les personnes âgées doivent s'adapter à de nouveaux milieux de vie, par exemple après le départ à la retraite ou lorsqu'elles déménagent dans une institution pour personnes âgées. De même, pour permettre aux personnes de vieillir en conservant le meilleur état de santé possible, l'OMS (2015) préconise de promouvoir chez les personnes âgées les compétences qui permettent l'apprentissage, la croissance personnelle, la prise de décisions ainsi que le développement et le maintien des relations sociales.

Cependant, toutes les capacités ne diminuent pas nécessairement lorsque l'âge augmente. Certaines d'entre elles restent stables et d'autres peuvent même s'améliorer. Il existe par ailleurs, et tout particulièrement dans le grand âge, des différences importantes entre personnes de même âge en termes de niveau des diverses capacités. Cela est dû au fait qu'avec l'allongement de la durée de vie, les influences des conditions de vie expérimentées jusque-là et celles liées au mode de vie antérieur se cumulent (Baltes 1990). C'est la raison pour laquelle on constate chez les personnes âgées une plus grande hétérogénéité entre personnes du même âge que dans toutes les phases antérieures de la vie, en termes de santé physique, de relations sociales et d'environnements de vie.

Les différences sociodémographiques jouent un rôle majeur à ce niveau. À titre d'exemple, la génération actuelle de femmes âgées vit en moyenne plus longtemps que les hommes du même âge en raison de leur mode de vie plus sain. À l'heure actuelle, les femmes du troisième et quatrième âge

sont également plus susceptibles d'être seules que leurs homologues masculins. Elles survivent souvent à leur partenaire, non seulement en raison de leur espérance de vie plus longue, mais aussi parce que, en tant que jeunes adultes, elles ont choisi un partenaire plus âgé. Les femmes âgées disposent aujourd'hui de revenus provenant de rentes et d'une fortune nettement inférieurs à ceux des hommes du même âge, car elles ont, d'une part, connu des opportunités de formation plus limitées et ont, d'autre part, interrompu ou abandonné leur activité professionnelle pour s'occuper de leurs enfants (Trilling 2013; Weber et al. 2016). Par rapport aux hommes âgés, les femmes âgées sont aussi plus touchées aujourd'hui par la discrimination fondée sur l'âge en raison de leur sexe (Hellmich 2013). La génération actuelle de personnes âgées issues de l'immigration est en moins bonne santé physique en raison de leur ancienne activité professionnelle, souvent plus pénible physiquement et plus néfaste pour la santé. En raison de ses opportunités de formation plus limitées, elle dispose de rentes et d'une fortune moins élevées et a plus fréquemment fait l'expérience de l'exclusion sociale et de la discrimination au cours de sa vie (www.alter-migration.ch). En raison de l'augmentation de la proportion de personnes issues de l'immigration et de l'acceptation sociale croissante de modes et styles de vie différents, on s'attend même à l'avenir en Suisse à une augmentation de l'hétérogénéité entre personnes âgées ayant le même âge (Weber et al. 2016).

Les personnes du troisième âge (65 à 80 ans) ont tendance à bien compenser les petites pertes de capacités, les quelques maladies physiques ainsi que les rares pertes de personnes proches importantes. Elles y parviennent en faisant appel à des ressources externes telles que le soutien social, des moyens auxiliaires (p.ex. appareils auditifs, lunettes, poignées dans la salle de bains) ou grâce au temps en plus dont elles disposent, arrivées à l'âge de la retraite. De plus, les personnes du troisième

âge utilisent avec succès leurs ressources internes (c'est-à-dire leur expérience de vie et l'adaptation de leurs objectifs ou attentes aux compétences et conditions de vie actuelles). Cela explique aussi le «paradoxe du bien-être»: il s'agit de la stabilité, voire de l'amélioration du bien-être psychique dans cette phase de la vie malgré la diminution des capacités, la réduction des relations sociales proches et les défis particuliers de la vieillesse (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). La prévalence de la plupart des troubles psychiques est également plus faible chez les personnes âgées en comparaison avec les phases antérieures de la vie, à l'exception de la démence, des troubles du sommeil et des suicides qui augmentent avec l'âge, pour ces derniers surtout chez les hommes (Mühlig et al. 2015; Weber et al. 2016).

Au quatrième âge (80 ans et plus), on constate en règle générale des pertes de capacités plus importantes, qui concernent plusieurs compétences. Des polyopathologies surviennent aussi plus fréquemment. Par ailleurs, de plus en plus de personnes proches décèdent. Ces évolutions peuvent de moins en moins être amorties par les ressources externes et internes (Baltes 1990, 1997; Boss 2016). Le bien-être psychique moyen diminue donc au quatrième âge. En outre, dans le groupe d'âge des 80 ans et plus, la proportion de personnes ayant besoin d'aide et de soins augmente considérablement (Weber et al. 2016), tout comme la proportion de personnes vivant dans des centres de soins et des institutions pour personnes âgées (Kaeser 2012).

Malgré les pertes de capacités décrites qui surviennent au cours du troisième et quatrième âge, il est possible d'utiliser non seulement des mesures contextuelles, mais aussi des mesures comportementales pour promouvoir les compétences de vie chez les personnes au cours de ces étapes de la vie. Il n'y a pas de limite d'âge pour apprendre, même si l'ampleur et les conditions d'un apprentissage efficace changent avec l'âge (Martin & Kliegel 2005).

2 Possibilités d'intervention pour la promotion des compétences de vie chez les personnes âgées

Chacun des six sous-chapitres qui suivent traite de l'une des compétences de vie importantes chez les personnes âgées:

- compétences de communication;
- régulation des émotions;
- autoréflexion;
- compétences sociales;
- gestion du stress;
- prise de décisions.

Chaque compétence de vie est d'abord définie. Son évolution avec l'âge et son influence sur la santé psychique de personnes âgées sont ensuite décrites. Enfin, nous présentons des interventions qui permettent de promouvoir la compétence de vie chez les personnes âgées. Certaines interventions choisies, moins connues, sont présentées plus en détail dans l'**annexe** à la brochure [«Compétences de vie et santé psychique des personnes âgées»](#).

Comme les compétences de vie sont des caractéristiques personnelles, nous présentons surtout des **mesures comportementales**. Il va de soi que les **mesures contextuelles** sont tout aussi importantes et elles seront également abordées.

L'accent est mis sur les **interventions de groupe**, car elles renforcent spécifiquement de nombreuses compétences de vie chez les personnes âgées tout en favorisant les contacts sociaux (Boss 2016). Néanmoins, les **interventions basées sur Internet** sont également évoquées parce qu'elles permettent d'atteindre les personnes âgées moins mobiles vivant dans des endroits éloignés. En outre, les personnes âgées sont de plus en plus compétentes en terme d'utilisation des nouveaux médias numériques (Seifert & Schelling 2015). Certaines **offres de conseil** destinées aux personnes individuelles sont également décrites. Celles-ci présentent l'avantage de pouvoir mieux prendre en compte les besoins, les capacités et les milieux de vie spécifiques à chacun-e.

Certaines interventions psychothérapeutiques sont citées. La psychothérapie ne sert pas seulement au traitement des maladies psychiques. Elle favorise également, chez les personnes en bonne santé psychique, les compétences, les comportements, les pensées et les sentiments qui renforcent et entretiennent la santé psychique. Pour de nombreuses **interventions psychothérapeutiques et psychologiques**, il existe des recommandations de mise en œuvre (manuels) pour lesquelles des références bibliographiques sont mentionnées.

Les interventions accompagnées d'un astérisque* doivent être menées par des psychologues, car leur réalisation nécessite des compétences psychologiques spécifiques. Les interventions psychothérapeutiques sont marquées de deux astérisques** et doivent être réalisées par des psychothérapeutes formé-e-s à l'approche psychothérapeutique en question. Pour les deux types d'interventions, la réalisation par des gérontopsychologues est recommandée. Ces spécialistes disposent de connaissances spécifiques pour réaliser des interventions auprès de personnes âgées et enrichissent la mise en œuvre de leurs expériences. Les adresses des spécialistes disposant de qualifications attestées sont indiquées sur les sites Internet ci-après:

- www.gerontologie.ch: domaine spécialisé Gérontopsychologie de GERONTOLOGIE CH;
- www.psychologie.ch: Fédération Suisse des Psychologues;
- <https://sbap.ch>: Association Professionnelle Suisse de Psychologie Appliquée.

Dans la mesure du possible, les interventions tiennent également compte des groupes particulièrement défavorisés de personnes âgées. Nous ne prétendons pas être ici exhaustifs.

2.1 Compétences de communication

2.1.1 Compétences de communication et santé psychique des personnes âgées

Les compétences de communication comprennent la compréhension de la langue (processus sensoriels et cognitifs), la production orale et écrite du langage (parler, lire, écrire) ainsi que les expressions faciales et les gestes. En font également partie la capacité d'utiliser des moyens et des canaux de communication électroniques. Dans le cadre de la digitalisation, leur importance augmente également chez les personnes âgées.

Les compétences de communication restent fondamentalement stables chez les personnes âgées; c'est une capacité à laquelle elles sont très entraînées puisqu'elles l'ont utilisée tout au long de leur vie. Les points forts des personnes âgées en matière de communication sont leur vocabulaire étendu et leur «connaissance du monde».

Les restrictions dans les capacités linguistiques et de communication chez les personnes âgées sont principalement dues à:

- la perte des capacités sensorielles, en particulier les limitations visuelles ou auditives liées à l'âge (voir encadré 1);
- leur moindre compétence dans l'utilisation de nouveaux moyens et canaux de communication;
- la diminution des capacités cognitives, par exemple en raison d'une baisse de la vitesse de traitement de l'information ou des capacités attentionnelles (Ryan & Kwong See 2004);
- les influences sociales: par exemple le comportement verbal stéréotypé des interlocuteur-trice-s basé sur l'âge (p. ex. langage simplifié adressé aux personnes âgées, «elderspeak», voir ci-dessous) ou un manque de possibilités de communiquer avec d'autres personnes.

Encadré 1: pertes auditives et visuelles chez les personnes âgées

Des pertes auditives significatives sont constatées chez environ 30% des plus de 65 ans et environ 60% des plus de 80 ans, principalement sous forme de presbycusis. Des pertes visuelles significatives se retrouvent chez environ 20% des plus de 65 ans et environ 30% des plus de 80 ans, principalement en raison d'affections de la rétine liées à l'âge. Environ 15% des plus de 80 ans présentent des limitations à la fois au niveau de l'ouïe et de la vue (Wahl & Heyl 2015).

Les limitations sensorielles isolées peuvent le plus souvent être compensées. Il est cependant utile d'agir, par exemple même en cas de faible perte auditive, afin que l'ouïe et le cerveau restent stimulés et entraînés de la même façon au quotidien. De nombreux centres spécialisés fournissent des conseils et des aides dans ce domaine. En présence d'une ou de plusieurs déficiences sensorielles simultanées, n'oublions pas que ces limitations peuvent entraîner un stress psychique et un retrait social (Wahl & Heyl 2015).

D'une part, les **limitations visuelles ou auditives** peuvent restreindre ou empêcher l'utilisation de la technologie. D'autre part, les aides, y compris technologiques, peuvent compenser les déficiences visuelles et auditives. Ces aides peuvent également être utilisées comme dispositifs d'entraînement afin de favoriser la compréhension de la langue. Ainsi, les nouvelles technologies de l'information et de la communication peuvent offrir des possibilités de compensation s'adressant à plusieurs sens simultanément (vue, ouïe, toucher). Les nouvelles technologies numériques ouvrent par ailleurs un large éventail de possibilités pour éviter l'isolement social non désiré. Elles peuvent être utilisées pour maintenir la communication avec les proches et d'autres personnes, nouer de nouveaux contacts ou obtenir des informations, y compris lorsque les distances sont importantes et la mobilité limitée. Ces technologies (p. ex. Internet et les smartphones) sont de plus en plus utilisées par la population âgée. Parallèlement, on observe une augmentation du nombre d'offres de formation et de projets intergénérationnels qui favorisent l'inclusion numérique (e-inclusion), à savoir la participation des personnes âgées à la société de l'information (Seifert & Schelling 2015).

Lorsqu'elles souffrent de **restrictions cognitives** affectant la perception et le traitement du langage, les personnes âgées peuvent éprouver davantage de difficultés à ignorer les informations non pertinentes, à comprendre des textes complexes, à distinguer des sons similaires ou à suivre des discussions en présence d'un bruit de fond. D'autres phénomènes plus fréquents chez les personnes âgées sont l'augmentation de la verbosité (un flux de parole incontrôlé avec un manque de focalisation) ou les difficultés à trouver ses mots (avoir un mot «sur le bout de la langue», mais sans être momentanément capable de s'en rappeler) (Abrams & Farrell 2011). Les difficultés associées aux limitations

cognitives peuvent avoir un impact négatif sur les compétences quotidiennes et sur le bien-être subjectif.

En plus des facteurs biologiques, des **facteurs sociaux** comme les images négatives de la vieillesse peuvent influencer la communication intergénérationnelle. Ils débouchent souvent sur l'emploi d'un langage face aux personnes âgées («elderspeak»), qui consiste à s'adresser à elles en parlant trop fort ou trop lentement; les interlocuteur-trice-s simplifient le vocabulaire, utilisent une grammaire de style télégraphique, s'adressent aux personnes âgées sans distance («Comment allons-nous aujourd'hui?»), utilisent des termes qui font référence à l'âge («grand-mère») ou se limitent aux sujets de conversation censés intéresser les personnes âgées. Cela peut mener à une augmentation des comportements stéréotypés liés à l'âge (repli sur soi, demande de plus d'aide que nécessaire), ce qui peut en retour influencer négativement les interactions sociales (p. ex. avec le personnel soignant) et réduire l'estime de soi et l'autonomie des personnes âgées (Nussbaum & Coupland 2004).

Les compétences de communication peuvent également diminuer par un manque d'occasions de les mobiliser. Les contacts sociaux et les interactions sociales créent des opportunités de communiquer et contribuent ainsi à maintenir ces capacités chez les personnes âgées. En outre, ils permettent la participation sociale et ont par ce biais une influence particulièrement positive sur le bien-être psychique des personnes âgées (Keller-Cohen et al. 2006).

2.1.2 Interventions

Comme la probabilité de voir apparaître une limitation visuelle ou auditive augmente avec l'âge, il est judicieux de proposer, dans le cadre des communes, des mesures aidant à s'adapter aux capacités visuelles et auditives réduites. Dans ce contexte, les interventions qui tiennent compte des facteurs psychosociaux sont importantes, par exemple pour aider à faire face à la perte visuelle. Les programmes favorisant l'activité physique pour les personnes malvoyantes, qui mettent l'accent sur la qualité de

vie et les compétences quotidiennes, ont également tout leur sens (Wahl & Heyl 2015). D'autres domaines d'intervention concernent la promotion de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication chez les personnes âgées (e-inclusion), ainsi que l'utilisation d'outils technologiques (Internet, smartphone, etc.) pour s'adapter aux capacités de communication réduites et permettre la participation sociale. Il est aussi nécessaire de sensibiliser à une communication exempte de stéréotypes liés à l'âge. Il est également important de promouvoir l'accès aux interactions sociales en général, car elles permettent d'entraîner les capacités de communication.

Interventions visant l'adaptation aux déficiences visuelles et auditives

Conseils par des organismes spécialisés (exemples):

- Conseils sur les aides visuelles et auditives ainsi que sur les moyens auxiliaires utilisables au quotidien: p. ex. utilisation d'appareils auditifs, adaptation du téléphone et des tactiques d'écoute pour améliorer la communication avec les autres personnes, implication des proches, appareils téléphoniques avec signal optique de sonnerie, utilisation de planches à découper contrastées.
- Conseils en basse vision: ils englobent toutes les mesures qui servent à maximiser l'utilisation du potentiel visuel existant. Cela comprend la mesure du potentiel visuel, l'enregistrement des habitudes visuelles ainsi que la clarification des besoins visuels, le conseil et l'entraînement à l'utilisation de moyens auxiliaires optiques tels que les lunettes-loupes ou les lecteurs d'écran, ainsi que les conseils en matière d'aménagement et d'éclairage.
- Conseil social sur les droits et obligations des personnes souffrant d'une déficience visuelle/auditive par des organismes spécialisés tels que l'Union centrale suisse pour le bien des aveugles (UCBA), la Fédération suisse des aveugles et malvoyants (FSA) ou pro audito Suisse (organisation d'entraide par et pour les personnes sourdes/malentendantes).

Entraînements

- Entraînements à la communication: ils visent à pratiquer la lecture des mouvements des lèvres, intègrent des stratégies d'écoute et de communication, abordent l'articulation, la modulation et la manière de s'exprimer, élargissent le vocabulaire, entraînent à la compréhension du langage parlé et impliquent les proches (pro audito Suisse).
- Thérapie auditive (également à but préventif): elle permet de s'entraîner sur un ordinateur à la compréhension du langage dans des situations difficiles, p. ex. dans un groupe de discussion animé, lorsque le bruit environnant est important ou lorsque la prononciation n'est pas claire (thérapie auditive KOJ).
- *Formations psychoéducatives: «Neun Themen bei Sehverlust» (Neuf thèmes liés à la perte visuelle) pour les personnes âgées malvoyantes (Diesmann & Schacht 2015): information sur les difficultés voire les maladies psychiques qui peuvent survenir en cas de perte visuelle (p. ex. une réaction de stress aiguë, des symptômes dépressifs ou anxieux), ainsi que leurs possibilités de traitement, promotion de la gestion des conflits et de l'autogestion.

Les offres suivantes s'avèrent aussi utiles en cas de déficiences

- Les programmes d'exercice physique adaptés aux malvoyants et aux aveugles, comme p. ex. les programmes de tai chi, qui favorisent l'équilibre, la condition physique et le bien-être.
- Les entraînements de l'orientation et de la mobilité: p. ex. marcher avec ou sans canne blanche, utiliser les transports publics.
- Les entraînements des compétences utiles à la vie de tous les jours: conseils et entraînements pour les activités quotidiennes telles que la cuisine, les soins corporels et l'entretien des vêtements, la communication, les activités de loisirs telles que l'utilisation d'appareils de lecture de livres audio, etc.

Interventions visant à promouvoir l'e-inclusion

- Offres de cours par Pro Senectute: cours sur l'utilisation d'une tablette, d'un téléphone portable, cours sur l'e-banking, etc.
- Computerias: il s'agit de lieux d'apprentissage, de soutien et de rencontre où les personnes âgées sont encouragées à utiliser activement les nouvelles technologies de l'information et les réseaux sociaux. Elles essaient, apprennent et s'exercent à utiliser le matériel et les logiciels, ainsi qu'Internet et les réseaux sociaux. Les utilisateur-trice-s s'entraident mutuellement (www.computerias.ch).
- CompiSternli: des enfants et des jeunes accompagnent des personnes âgées sur le chemin du monde numérique (www.compisternli.ch).

Interventions visant à réduire la communication stéréotypée liée à l'âge («elderspeak»)

- *Formation CHAT: la formation Changing Talk vise à sensibiliser le personnel soignant à travers un changement de perspectives, des séquences audio, une réflexion sur ses propres stéréotypes liés à l'âge et son propre comportement non verbal (Williams 2017).

Interventions visant à promouvoir la communication

- Repas de midi (table d'hôtes, Tavolata), après-midis de jeux, points de rencontre pour les seniors.
- Chaînes téléphoniques: elles visent à permettre la communication et les contacts sociaux et s'inspirent des chaînes d'alerte qui étaient instaurées dans les écoles. Une fois par semaine, les participant-e-s s'appellent les un-e-s les autres pour s'informer mutuellement de leur bien-être et échanger les dernières nouvelles (chaînes téléphoniques de Pro Senectute).

2.2 Régulation des émotions

2.2.1 Régulation des émotions et santé psychique des personnes âgées

La régulation des émotions fait référence aux stratégies par lesquelles les gens influencent les sentiments qu'ils vivent, quand et comment ils les vivent et comment ils les expriment (Gross 1999). On distingue deux types de stratégies de régulation des émotions: anticipatrices et réactives (voir encadré 2). Les déficits de régulation des émotions jouent un rôle central dans l'apparition et le maintien de la plupart des troubles psychiques (Berking 2015).

Encadré 2: stratégies de régulation des émotions (Gross 1999)

Les stratégies **anticipatrices** visent à influencer l'apparition et l'intensité des sentiments avant qu'ils ne puissent se développer pleinement. Les stratégies de régulation des émotions **réactives** visent à influencer les sentiments qui se sont déjà manifestés. Exemples:

Stratégies anticipatrices

- S'exposer consciemment à certaines situations ou les éviter délibérément (p. ex. regarder une comédie à la télévision parce qu'elle procure du plaisir ou ne pas regarder l'actualité parce que cela génère de l'angoisse).
- Orienter intentionnellement le cours d'une situation (p. ex. en agissant de manière à apaiser le conflit).
- Diriger délibérément l'attention sur certains aspects d'une situation (p. ex. en prêtant attention consciemment aux signes d'approbation de l'interlocuteur-trice).
- Modifier son interprétation de certaines situations ou de certains aspects des situations (p. ex.: «Une connaissance ne m'a pas saluée parce qu'elle était pressée, et non pas parce qu'elle ne m'apprécie pas»).

Stratégies réactives

- Intensifier ou atténuer certaines réactions physiologiques (p. ex. modifications du rythme cardiaque, de la tension artérielle, de la fréquence respiratoire et de la tension musculaire) ou réactions comportementales liées aux émotions (p. ex. se détendre délibérément ou contrôler consciemment ses expressions faciales et sa gestuelle).

Depuis le début de l'âge adulte jusqu'au troisième âge, l'expérience des sentiments positifs augmente et l'expérience des sentiments négatifs diminue. En outre, les fluctuations entre les sentiments positifs et négatifs sont de moindre amplitude et se raréfient. Au quatrième âge, on observe à nouveau une légère tendance à moins de sentiments positifs et plus de sentiments négatifs, mais même pendant cette période, les sentiments restent en moyenne plus positifs et moins négatifs qu'entre 20 et 30 ans (Charles 2010; Charles & Carstensen 2009).

On considère que l'**augmentation du ressenti émotionnel positif** depuis la jeunesse jusqu'au troisième âge est due à une application de stratégies anticipatrices de régulation des émotions qui augmente avec l'âge. Ainsi, les personnes âgées évitent les situations émotionnellement difficiles ou nouvelles, et se concentrent sur des relations limitées en nombre mais fortes et positives (Carstensen 2006; Charles 2010; Charles & Carstensen 2009). De même, elles influencent les situations de sorte à ce qu'elles déclenchent moins de sentiments négatifs. À titre d'exemple, les personnes âgées évitent plus souvent les disputes lors de situations tendues que les personnes plus jeunes. Par conséquent, elles vivent moins de stress émotionnel que les personnes plus jeunes (Charles et al. 2009). En outre, les personnes âgées concentrent leur attention sur les aspects positifs plutôt que sur les aspects négatifs d'une situation, et ont tendance à mieux s'en souvenir. Chez les personnes plus jeunes, la situation est inverse: elles accordent plus d'attention aux aspects négatifs qu'aux aspects positifs et se souviennent mieux des informations négatives, car les stimuli négatifs ont un contenu informatif plus important que les stimuli positifs sur le plan de l'évolution. Ces changements dans l'attention et la mémoire observés chez les personnes âgées sont appelés **biais de positivité** (Carstensen 2006). En outre, les personnes âgées évaluent rétrospectivement les expériences ou le comportement de leurs proches de façon souvent plus positive que ce que des expert-e-s estiment de manière objective (Charles 2010).

Encadré 3: théorie de la sélectivité socio-émotionnelle (TSS, Carstensen 2006)

La TSS explique le recours accru par les personnes âgées à des stratégies de régulation des émotions anticipatrices par des changements motivationnels liés au **temps subjectif restant avant la mort**. Si ce temps est considéré comme étant encore très long, les personnes âgées privilégient des activités qui ont un effet bénéfique sur leur bien-être psychique à long terme, mais qui peuvent tout à fait être accompagnées de sentiments négatifs. Il peut s'agir d'activités qui servent à recueillir des informations, à acquérir des compétences, à expérimenter de nouvelles choses et à élargir son propre réseau social. En revanche, si la durée de vie restante est perçue comme limitée, les personnes privilégient des activités qui permettent d'expérimenter des sentiments positifs à court terme, c'est-à-dire des stratégies de régulation des émotions. La TSS est soutenue par le fait que des changements motivationnels et émotionnels semblables à ceux observés chez les personnes âgées se produisent aussi chez les personnes plus jeunes lorsqu'il ne leur reste que peu de temps à vivre. De plus, les différences liées à l'âge concernant l'orientation de l'attention et la mémoire ont pu être annulées en manipulant de manière expérimentale la durée de vie restante subjective.

La baisse du ressenti émotionnel positif au quatrième âge s'explique par des changements dans les stratégies de régulation des émotions (Charles 2010). Les stratégies de régulation des émotions **réactives** fonctionnent souvent moins bien dans le grand âge, car les réactions physiologiques associées aux ressentis négatifs s'atténuent plus lentement que chez les personnes plus jeunes. En outre, les stratégies **anticipatrices** telles que l'orientation de l'attention ou le changement d'interprétation ne peuvent généralement plus être utilisées aussi efficacement par les personnes très âgées. Cela est dû au déclin de certaines capacités cognitives supérieures au quatrième âge. En outre, ces personnes vivent de plus en plus souvent des situations de stress émotionnel plus durables et qui ne peuvent pas être évitées. Il peut s'agir, par exemple, de la perte d'êtres chers, de la prise en charge de proches dépendant-e-s, de la fragilité ou de maladies chroniques.

Les interventions suivantes sont donc particulièrement recommandées pour les personnes âgées:

- les interventions qui leur permettent de réduire plus rapidement les réactions physiologiques liées aux sentiments négatifs;
- les interventions qui les aident à faire face à des situations de stress émotionnel de plus longue durée, spécifiques à leur âge.

Ces dernières comprennent des interventions qui enseignent et entraînent l'application de stratégies pour susciter de manière ciblée des sentiments positifs ainsi que des interventions qui soutiennent les personnes âgées dans le processus de deuil et leur permettent de réduire les angoisses déclenchées par la fragilité. Les interventions visant à renforcer le bien-être psychique des proches aidant-e-s de personnes dépendantes sont décrites en détail dans Kessler et Boss (2019).

Le deuil ne devrait pas être pathologisé, même si la tristesse, la colère, les sentiments de culpabilité, l'émoussement émotionnel, la fatigabilité, les problèmes de sommeil ou le retrait social se manifestent sur une période prolongée. Seule une faible proportion de personnes endeuillées développe un deuil pathologique dit persistant ou compliqué. Celui-ci devrait faire l'objet d'un traitement psychothérapeutique (voir encadré 4). Pour les personnes qui traversent un processus de deuil normal, les interventions psychothérapeutiques se sont révélées inefficaces. Certaines d'entre elles ont même eu des effets négatifs. En revanche, les groupes d'entraide se sont avérés utiles (Wagner 2013).

Encadré 4: un trouble du deuil persistant ou compliqué

se caractérise par le fait que les personnes atteintes souffrent très longtemps d'une douleur intense liée à la séparation, évitent les lieux ou les personnes qui leur rappellent la personne décédée et éprouvent des difficultés à continuer leur vie sans elle (Flüeler & Forstmeier 2013). Des méthodes psychothérapeutiques cognitivo-comportementales spécifiques sont utiles à cet égard (Wagner 2013), y compris dans leurs versions en ligne (Wagner et al. 2006; encore en cours d'évaluation: Brodbeck et al. 2017: www.online-therapy.ch/livia).

La fragilité déclenche souvent une peur de tomber chez les personnes âgées, ou la peur d'être victime d'un crime. La **peur de tomber** provient souvent d'une sous-estimation de sa condition physique et d'une surestimation de son risque de chute personnel ou de la gravité des conséquences d'une chute. Cela conduit souvent à une réduction de l'activité physique, entraînant une perte de force musculaire et une diminution de l'équilibre. Le risque réel de chute s'en trouve ainsi accru. Les interventions qui désamorcent les erreurs de jugement mentionnées précédemment, et qui stimulent la pratique d'activités physiques, se sont révélées efficaces pour réduire la peur de tomber ainsi que pour renforcer l'équilibre (Liu et al. 2018). La **peur** qu'ont les personnes âgées **d'être victimes d'un crime** est également en grande partie infondée. En réalité, les personnes âgées sont moins souvent victimes d'actes criminels comme le brigandage, les atteintes à l'intégrité physique, le vol ou le cambriolage. Les exceptions sont les escroqueries qui ciblent directement les personnes âgées, comme par exemple «l'arnaque des grands-parents». Être informé, recevoir des conseils et appliquer des mesures de précaution peuvent aider les personnes à avoir moins peur de la criminalité et à se sentir plus en sécurité (Greve & Görger 2012).

En outre, les interventions ciblant la régulation des émotions devraient aider les personnes âgées à mieux supporter et accepter leurs sentiments négatifs. Se focaliser trop fortement sur les expériences et les informations positives peut également entraîner des problèmes, tels qu'un rétrécissement massif du cercle de vie, qui limite le maintien et l'apprentissage d'aptitudes cognitives, sociales et physiques. Cette attitude peut aussi favoriser l'évitement de discussions conflictuelles nécessaires, freiner les changements requis de style de vie ou d'environnement de vie (p.ex. un aménagement du domicile adapté à l'âge, le déménagement en institution pour personnes âgées) et augmenter la vulnérabilité face aux manipulations émotionnelles ou aux tentatives d'escroquerie (p.ex. avec «l'arnaque des grands-parents»).

2.2.2 Interventions

Interventions visant à réduire les réactions physiologiques aux sentiments: les méthodes de relaxation

- Relaxation basée sur la respiration (p. ex. Höfler 2015)
- Relaxation musculaire progressive (p. ex. Hofmann 2012)
- Training autogène (spécifiquement pour les personnes âgées: Hirsch & Hespos 2000)

Interventions visant à susciter des sentiments positifs de manière ciblée

- ******Entraînement au plaisir (Koppenhöfer 2004): accroître l'expérience de plaisir en s'exerçant à le percevoir de manière consciente et concentrée à travers tous les sens ainsi qu'en recherchant de manière ciblée les stimuli agréables dans son quotidien
- ******Méthodes basées sur l'imagination: entraînement à la création d'images ou de souvenirs intérieurs agréables (spécifiquement pour les personnes âgées: Erlanger 1997; Reddemann et al. 2013)
- *****Interventions issues de la psychologie positive (Seligman 2002): p. ex. apprendre à connaître les points forts de son caractère et les mobiliser en toute conscience dans la vie quotidienne, écrire trois expériences joyeuses chaque soir, écrire une lettre de remerciement aux personnes importantes (Esch 2017), formation en ligne gratuite, efficace pour les personnes âgées (Proyer et al. 2014): www.staerkentraining.ch
- Entraînements à l'humour: programme d'entraînement «7 Humor Habits»* (McGhee 2016; manuel en allemand: Falkenberg et al. 2013; formateur-trice-s en Suisse: www.psychologie.uzh.ch/de/bereiche/sob/perspsy/trainings/humor-training; scientifiquement, l'efficacité est parfaitement démontrée, y compris chez les personnes âgées), groupes d'humour pour les résident-e-s d'institutions pour personnes âgées (Hänni 2016) ou les personnes âgées souffrant de troubles psychiques ****** (Hirsch 2016; Hirsch et al. 2010; Hirsch & Kranzhoff 2004)

Interventions visant à soutenir les personnes âgées dans le processus de deuil

- Groupes d'entraide: il s'agit de groupes d'entraide avec un encadrement professionnel pour les personnes âgées vivant un deuil en général et pour les grands-parents en deuil en particulier (Schroeter-Rupieper 2013); groupes en Suisse: www.selbsthilfeschweiz.ch; (site répertoriant aussi les groupes francophones), table ronde sur le deuil avec un encadrement professionnel au Friedhof Forum (Forum Cimetière) de Zurich: www.stadt-zuerich.ch/prd/de/index/bevoelkerungs-amt/FriedhofForum/veranstaltungen/trauer-stammtisch, Café-Deuil de l'Association Vivre son Deuil Suisse en Suisse romande: www.vivresondeuil-suisse.ch

Interventions visant à réduire les peurs associées à la fragilité

- ****Peur de tomber:** modification des croyances qui provoquent la peur et motivation pour les activités physiques (Liu et al. 2018)
- **Peur d'être victime d'un crime:** information, conseils et mise en pratique de mesures de précaution; p. ex. cours gratuit de la police municipale de Zurich pour les adultes de 60 ans et plus sur les mesures de protection contre le vol à la tire et l'escroquerie, le vol lors du retrait d'argent aux distributeurs automatiques et l'escroquerie sur Internet: www.parcours60plus.ch

Interventions aidant à supporter et accepter les sentiments négatifs

- Programme d'auto-compassion en pleine conscience (MSC) (Neff & Germer 2018): promotion de trois composantes de l'auto-compassion: la bienveillance envers soi-même en cas d'erreurs et de défaillances ainsi que dans les situations difficiles, la reconnaissance de son humanité (reconnaître que personne n'est parfait et que les difficultés et les souffrances font partie de la vie) et la pleine conscience (percevoir les pensées et les sentiments négatifs sans évaluation et ne pas les réprimer ou les éviter immédiatement); doit être réalisé par des professionnel-le-s spécialement formé-e-s; prestataires en Suisse: www.mindfulselfcompassion.ch, www.ibp-institut.ch/angebot-details/achtsames-selbstmitgefuehl, www.center-formindfulness.ch/kursangebote
- ****Entraînement aux compétences émotionnelles** (Berking 2015): promotion de 7 stratégies de régulation des émotions: 1) percevoir, identifier et nommer les sentiments sans évaluation, 2) accepter et supporter les sentiments désagréables, 3) être capable de faire preuve intérieurement de compassion et de soutien envers soi-même dans les situations émotionnellement stressantes, mais aussi de réduire les réactions émotionnelles physiologiques par 4) la relaxation basée sur la respiration et 5) la relaxation musculaire progressive, 6) l'analyse active des causes du ressenti émotionnel actuel, et sur cette base 7) intervenir activement pour modifier les facteurs qui déclenchent ou maintiennent les sentiments; liste des formateur-trice-s qualifié-e-s pour l'entraînement aux compétences émotionnelles: www.tekonline.info

2.3 Autoréflexion

2.3.1 Autoréflexion et santé psychique des personnes âgées

L'autoréflexion, en tant que compétence de vie, désigne la capacité de se connaître et de s'aimer soi-même (OMS 1997). Les théories sur le développement de l'identité tout au long de la vie (Erikson 1998; Tornstam 1989; voir encadré 5) soulignent que cette compétence est particulièrement nécessaire chez les personnes âgées, car c'est à ce moment que certains rôles fondateurs d'identité disparaissent en raison de la retraite ou du veuvage. De plus, le déclin des capacités cognitives et physiques ainsi que la proximité de sa propre mort peuvent ébranler l'image de soi. En raison de ces évolutions, les personnes âgées sont généralement particulièrement motivées à réfléchir sur elles-mêmes. Cet engagement accru dans un processus d'autoréflexion aboutit souvent au final à une augmentation des compétences dans ce domaine.

Le bien-être psychique peut être altéré jusqu'au désespoir lorsque les croyances et les attitudes personnelles, ou celles des proches, entravent cet accroissement de l'autoréflexion. Les représentations de la vieillesse peuvent jouer un rôle à cet égard en favorisant l'évitement des processus de vieillissement physique et de la mort par une implication intensive dans des activités sociales, sportives ou mentales (Höpflinger 2002; Kruse 2014). Cela permet d'éviter de se confronter mentalement à la fragilité physique grandissante et à la mort qui approche. Selon Erikson (1998) et Tornstam (1989), ce n'est qu'à l'âge de la vieillesse que cette confrontation donne lieu à une autoréflexion accrue. Par ailleurs, s'occuper de sa propre histoire de vie peut être interprété par d'autres comme un égocentrisme excessif et une focalisation sur le passé. De même, le retrait social associé à une autoréflexion accrue peut être perçu de façon négative.

Les interventions qui encouragent à réfléchir à sa propre histoire de vie, aux aspects plutôt douloureux de la vieillesse ainsi qu'aux représentations personnelles de la vieillesse s'avèrent donc particulièrement pertinentes pour les personnes âgées.

Encadré 5: théories de l'autoréflexion chez les personnes âgées

Erikson (1998): théorie sur le développement de l'identité tout au long de la vie

Selon Erikson, le développement de l'identité tout au long de la vie est caractérisé par huit crises psychosociales qui surviennent chacune à un âge spécifique. La satisfaction de vivre à un âge donné est déterminée par la réussite de la gestion des crises lors des phases antérieures de la vie. Chez les personnes âgées, Erikson postule une crise ciblant «l'intégrité personnelle versus le désespoir». Cette crise peut être surmontée par l'autoréflexion au sens d'une confrontation à sa propre histoire de vie, de l'acceptation de ce qui a été vécu, de ce qui n'a pas été vécu, et de la finitude, ainsi qu'en développant un sentiment de continuité et d'appartenance.

Tornstam (1989): théorie de la «gérontotranscendance» (Gerotranszendenz)

Tornstam part du principe que l'autoréflexion accrue chez les personnes âgées ne porte pas seulement sur une **dimension personnelle** (se préoccuper de son propre parcours de vie et de ses qualités personnelles), mais qu'elle touche également à des dimensions cosmique et sociale. Au niveau de la **dimension cosmique**, il s'agit d'arriver à une plus grande intégration du passé, du présent et du futur (p. ex. en mettant en relation sa propre vie avec celle des générations précédentes et suivantes). De plus, il s'agit de s'éloigner d'une vision du monde purement matérialiste et rationaliste pour se confronter davantage aux dimensions mystique et spirituelle de la vie. Cela peut réduire la peur de la mort. La **dimension sociale** requiert une réflexion plus approfondie sur la correspondance de ses propres valeurs, caractéristiques et préférences, avec ses propres rôles sociaux, relations et normes sociales générales. Cela va de pair avec l'abandon des relations superficielles pour intensifier les relations significatives. Cela débouche sur un retrait social plus marqué, mais aussi sur des jugements plus mûrs concernant les questions liées à la vie sociales, ainsi que sur un comportement moins conforme aux normes et plus fidèle à soi-même.

2.3.2 Interventions

Interventions ciblées sur l'histoire de vie (Maercker 2013, l'efficacité des trois premières formes est très bien documentée, voir méta-analyse de Pinquart & Forstmeier 2012 et 2013)

- Réminiscence: collecte au sein d'un groupe de souvenirs sur des thèmes spécifiques tels que les fêtes, le premier jour d'école ou les saisons, p. ex. dans le cadre de «cafés récits»: www.netzwerk-erzählcafé.ch
- Travail biographique: discussion approfondie et ciblée sur toutes les phases de la vie, depuis l'enfance jusqu'au moment présent
- Thérapie ciblée sur l'histoire de vie: discussion approfondie et ciblée sur toutes les phases de la vie, depuis l'enfance jusqu'au moment présent et encouragement à mener une réflexion ciblée sur sa propre biographie (p. ex. questions sur les sentiments, sur l'influence des circonstances de la vie sur le développement personnel et recueil ciblé d'événements positifs et négatifs), p. ex. ** thérapie de groupe «Auf der Suche nach Sinn» (En quête de sens): versions pour les personnes âgées vivant de manière indépendante et pour les résident-e-s d'institutions pour personnes âgées (Pot & van Asch 2013); thérapie individuelle centrée sur la dignité en fin de vie (réflexion sur sa propre histoire de vie avec création d'un document posthume accompagné d'une biographie et de souhaits, d'espoirs et de conseils pour l'avenir des proches [Spang & Züger 2017; Manuel: Chochinov 2017]; prestataires en Suisse: www.andreas-weberstiftung.ch/wirkungsfelder-film, www.kssg.ch/palliativzentrum/leistungsangebot/wuerde-zentrierte-therapie, www.palliativzentrum.insel.ch/fileadmin/zentrum_palliativ/pdf/Dignity_Therapy.pdf)
- Interviews de témoins d'époque: plate-forme en ligne de l'Institut d'anthropologie sociale et des études culturelles empiriques (Institut für Sozialanthropologie und Empirische Kulturwissenschaften – ISEK) de l'Université de Zurich qui rassemble des documents écrits de témoins d'époque avec remise de prix chaque année pour les récits particulièrement réussis (www.meet-my-life.com); ces récits pourraient être intégrés à l'avenir à des projets

sur l'histoire d'une commune ou à des expositions dans des musées; p. ex. des projets sur les expériences de vie de groupes spécifiques de population âgée (p. ex. les personnes âgées issues de l'immigration ou ayant une orientation homosexuelle)

Interventions visant à réfléchir aux aspects douloureux de la vieillesse

- Intégration d'expériences menaçantes au sein de l'image de soi: **Psychothérapie centrée sur la personne selon Carl R. Rogers (spécifiquement pour les personnes âgées: Elfner 2008)
- Réflexion sur des questions de sens: **Logothérapie ou analyse existentielle selon Viktor Frankl (1987)
- Confrontation à des thèmes centraux et existentiels de l'être humain tels que la souffrance et la mort: **psychothérapie existentielle selon Irvin Yalom (1989)
- Confrontation, et éventuellement modification, de ses propres valeurs, des attitudes envers soi-même et de ses habitudes personnelles, ainsi qu'acceptation des expériences douloureuses et des situations de vie immuables: **thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT, Hayes et al. 2014), application chez les personnes âgées voir Wilz et al. (2017); prestataires en Suisse: groupe pour adultes souffrant de douleurs chroniques à Winterthour www.zumbeherztenleben.ch
- Groupes de discussion sur la vie et la mort: cafés mortels www.enviededirelamort.com/activites.html

Interventions visant à promouvoir la réflexion sur ses propres représentations de la vieillesse

- Groupe de discussion ouvert à tous sur les théories philosophiques du vieillissement: Café Dialogue du Département de la Santé de Bâle-Ville: www.gesundheit.bs.ch/gesundheitsfoerderung/psychische-gesundheit/seniorinnen-senioren/cafe-dialogue.html
- Travail artistique sur les représentations personnelles et sociales de la vieillesse: projet tessinois TeatroBenessereAnziani; Tanztheater Dritter Frühling (projet de danse-théâtre pour les seniors): www.dritter-fruehling.ch

2.4 Compétences sociales

2.4.1 Compétences sociales et santé psychique des personnes âgées

Les compétences sociales comprennent les capacités à entrer en contact avec d'autres personnes et à façonner les relations interpersonnelles de manière à ce qu'elles correspondent à ses propres besoins et objectifs (Hinsch & Pflingsten 2007). De bonnes relations sociales sont essentielles à l'intégration sociale durant toutes les phases de la vie; elles constituent une source importante de soutien social et un facteur important pour la santé psychique (Bachmann 2018). De plus amples informations sur le soutien social et l'intégration sociale se trouvent dans la brochure [Ressources sociales](#).

Au fil de leur vie, les individus deviennent de plus en plus sélectifs dans le choix des personnes avec lesquelles ils souhaitent être en contact. Pour le bien-être des personnes âgées, c'est la qualité plutôt que la quantité des relations interpersonnelles qui est décisive (voir l'encadré 3 ainsi que la théorie de la géronto-transcendance de Tornstam 1989). Cela peut expliquer pourquoi la satisfaction procurée par les relations sociales augmente avec l'âge et pourquoi les personnes âgées rapportent moins d'interactions négatives que les personnes plus jeunes: c'est aussi parce qu'elles ont tendance à éviter les conflits et à ignorer les comportements inappropriés de leurs interlocuteur-trice-s, à moins s'en souvenir ou à les considérer comme moins maladroits que ce qu'ils ne sont (Charles & Carstensen 2009). Par ailleurs, dans les relations proches, ceci peut entraîner une prise en compte insuffisante de leurs propres besoins, des difficultés à demander de l'aide aux autres ou à faire valoir leurs droits dans la vie quotidienne.

Les relations sociales chez les personnes âgées se concentrent plus fortement sur la famille nucléaire. Les contacts personnels en dehors de la famille se font plus rares. L'isolement social, défini comme l'absence de relations sociales, n'est souvent pas causé par l'âge lui-même, mais par des lacunes sociales déjà existantes antérieurement (p. ex. chez les personnes seules sans enfant). De telles lacunes peuvent aussi n'apparaître chez les personnes âgées que lors de l'adaptation à de nouveaux rôles, par exemple suite à la retraite ou au veuvage (Höpflinger 2002). La capacité à surmonter efficace-

ment de tels changements de rôle et à nouer de nouvelles relations devient d'autant plus importante chez les personnes âgées en cas d'absence ou de décès de parents proches ou de personnes de confiance. Pour maintenir les relations sociales, une gestion constructive des blessures ou des offenses interpersonnelles est essentielle. Les personnes âgées sont généralement plus disposées à pardonner aux autres que les jeunes. Cette tendance est liée aux changements motivationnels, qui peuvent s'expliquer à leur tour par la durée de vie restante plus courte des personnes âgées (voir encadré 3) et par une plus grande réflexion sur ses propres rôles sociaux, relations et normes (voir théorie de la géronto-transcendance de Tornstam 1989). Cependant, le fait de jeter un regard rétrospectif sur son histoire de vie, qui se produit souvent durant l'âge adulte avancé, peut redonner de l'importance à de «vieux fardeaux», conséquences de blessures anciennes. Cela inclut également les expériences de discrimination que de nombreuses personnes âgées issues de l'immigration ou appartenant à la communauté LGBT¹ ont expérimentées fréquemment au cours de leur vie. Pour ces personnes en particulier, la capacité à retravailler et à pardonner les offenses passées est une compétence sociale particulièrement importante lors de la vieillesse (Martin et al. 2015).

Les personnes âgées éprouvent un grand besoin de prendre soin des générations suivantes (Höpflinger 2002; Kruse 2014). Ce besoin s'appelle la **générativité**. Selon la théorie d'Erikson (1998) sur le développement de l'identité au cours de la vie (voir encadré 5), le terme générativité (par opposition à la stagnation) désigne la crise de l'âge adulte moyen. Ultérieurement, face à l'augmentation de l'espérance de vie, il a été étendu à l'âge adulte avancé (Höpflinger 2002).

La générativité comprend à la fois l'enseignement et la transmission des connaissances, expériences et compétences aux jeunes générations, et les activités par lesquelles les personnes âgées contribuent à la communauté (p. ex. mentorat, prise en charge et éducation, engagement civil, etc.). La pratique de la générativité n'exige pas nécessairement d'être en contact avec des personnes plus jeunes; elle peut aussi se faire à travers des livres, des mémoires, des images ou d'autres produits créatifs (Höpflinger 2002). Des études montrent que vivre la générativité

1 LGBT signifie lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et transgenres (anglais: transgender).

permet de contrecarrer les sentiments négatifs et l'humeur dépressive, qu'elle est porteuse de sens et qu'elle a une influence positive sur le bien-être psychique et le vieillissement (p.ex. Gruenewald et al. 2016).

Les compétences sociales suivantes doivent donc être encouragées, en particulier chez les personnes âgées:

- a) exprimer ses propres besoins aux proches, demander de l'aide aux autres et faire valoir ses propres droits;
- b) gérer les changements de rôle liés à la vieillesse et établir de nouvelles relations sociales;
- c) pardonner les offenses passées;
- d) exercer la générativité et établir et entretenir des relations avec des personnes plus jeunes.

2.4.2 Interventions

Interventions à utiliser pour défendre ses propres intérêts dans les relations existantes, pour gérer les changements de rôles et pour établir de nouvelles relations

- ****Entraînement aux compétences sociales:** est utilisé avec succès chez les personnes âgées (Werheid et al. 2011). Un comportement affirmé dans les situations sociales est encouragé par le biais de la psychoéducation, de l'autoréflexion et de jeux de rôle: exprimer ses propres besoins aux proches, établir un premier contact avec des personnes inconnues (p. ex. pour leur demander une faveur) et faire valoir ses propres droits. Ces types d'exercices pourraient également être intégrés aux cours de préparation à la retraite.
- ****Thérapie interpersonnelle (TIP):** conçue spécifiquement pour les personnes âgées, axée sur la gestion des changements de rôles et des conflits interpersonnels spécifiques à cet âge (Hinrichsen 2008)

Interventions visant à pardonner les offenses

- ***Intervention de groupe** développée pour les personnes âgées et efficace pour elles, visant à pardonner les offenses (Martin et al. 2015): confrontation à des offenses vécues, apprentissage de stratégies pour gérer les conséquences émotionnelles et sociales des offenses

Interventions visant à promouvoir la générativité et les relations intergénérationnelles

- **Génération dans la salle de classe (Pro Senectute):** les personnes âgées agissent en tant que témoins d'époque en fournissant des informations sur des périodes antérieures ou soutiennent le corps enseignant dans les jardins d'enfants ou les écoles.
- **Leih-Grosseltern (grands-parents d'emprunt):** les personnes âgées accomplissent des tâches typiques de grands-parents pour les enfants qui n'ont pas de lien de parenté avec eux, p. ex. «Compagna».
- **Programme de mentorat «MUNTERwegs»:** au travers d'activités communes avec leurs mentors ayant l'âge de la retraite, les enfants et les jeunes reçoivent des idées d'activités de loisirs enrichissantes et bénéfiques pour la santé, www.munterwegs.eu
- **Projets de communes** qui combinent le travail avec les jeunes et les personnes âgées et permettent ainsi aux deux groupes d'entrer en contact: p. ex. en impliquant les personnes âgées dans le catéchisme, avec des cours de téléphonie mobile offerts par des élèves à l'attention des seniors.
- **Projet «Brücke der Erfahrungen» (Passerelle d'expériences):** projet encadré par des professionnels pour favoriser l'échange sur les thèmes de la migration, de l'intégration et du racisme entre jeunes autochtones et immigré-e-s (12-22 ans) ainsi qu'entre adultes âgé-e-s autochtones et immigré-e-s (à partir de 60 ans), www.bruecke-der-erfahrungen.ch
- **Formes de logements intergénérationnels:** «Habiter/Aider» de la Croix-Rouge fribourgeoise: www.croix-rouge-fr.ch/fr/services/habiteraider/
- **Encouragement de projets intergénérationnels** pour les personnes issues de la communauté LGBT; www.queeraltern.ch
- **Réseaux d'échange de services:** échange de services entre personnes d'âges différents, p. ex. «Kiss» (www.kiss-zeit.ch), «Tauscheria» (www.tauscheria.ch)

La brochure [Ressources sociales](#) reprend une sélection intéressante de mesures de soutien aux compétences sociales. L'accent y est mis sur les offres qui favorisent le soutien social.

2.5 Gestion du stress

2.5.1 Gestion du stress et santé psychique des personnes âgées

Le stress survient lorsqu'une situation est jugée néfaste, potentiellement menaçante ou exigeante concernant des besoins, objectifs ou attentes personnels importants, et que les ressources personnelles sont jugées insuffisantes pour éviter les dommages subis ou attendus, ou pour surmonter le défi (Lazarus 1966). Le stress déclenche des réactions émotionnelles, mentales, physiques et comportementales typiques (voir encadré 6). Un stress intense et surtout persistant ou récurrent peut conduire à des états d'épuisement à tous les niveaux de réactions au stress mentionnés et augmente le risque de développer une diversité de maladies psychiques et physiques (Kaluzza 2005).

Encadré 6: réactions au stress (Kaluzza 2005)

Réactions émotionnelles

Peur, colère, impuissance, honte

Réactions mentales

Auto-reproches, ruminations, vide mental, blocages de la pensée

Réactions physiques

Activation physiologique végétative (p. ex. accélération du rythme cardiaque, respiration plus rapide, augmentation de la tension musculaire), activation neuroendocrinienne (p. ex. irrigation sanguine du cerveau, sécrétion accrue de l'hormone cortisol, apport de sucre et de graisses dans le sang) et activation immunitaire (p. ex. augmentation des cellules tueuses dans le sang)

Réactions comportementales

Comportement précipité et impatient (p. ex. engloutir ses repas, ne pas faire de pauses, parler rapidement), comportement désordonné au travail (p. ex. faire plusieurs choses en même temps, manque de planification, de vue d'ensemble et d'ordre, perdre, égarer ou oublier des choses), comportement conflictuel envers les autres (p. ex. s'énerver et se fâcher rapidement pour des futilités, blâmer rapidement autrui, repli sur soi), comportement visant à s'étourdir (p. ex. manger davantage et de manière incontrôlée, fumer, boire de l'alcool, prendre des antidouleurs, des calmants ou des stimulants)

Fondamentalement, on distingue trois types de gestion du stress: instrumentale, mentale et palliative-régénérative (voir encadré 7).

Encadré 7: types de gestion du stress (Kaluzza 2005)

Instrumentale

Diminution des situations génératrices de stress

Mentale

Modification des attentes, des objectifs et des motifs personnels ainsi que des évaluations de la situation et des ressources qui renforcent le stress: depuis les schémas concrets se manifestant dans des situations spécifiques jusqu'aux schémas mentaux récurrents

Palliative-régénérative

Réduction des réactions liées au stress, surtout des réactions émotionnelles et physiques: mesures pour atténuer à court terme les réactions au stress (palliatives) et mesures de détente et de repos émotionnel et physique sur le plus long terme (régénératives)

En ce qui concerne les changements liés à l'âge dans la survenue de situations potentiellement génératrices de stress, la recherche se limite jusqu'à présent essentiellement aux situations suivantes: stress quotidien, événements de vie critiques et traumatismes (voir encadré 8). On présume que celles-ci diffèrent au niveau de l'intensité du stress généré. Elles sont énumérées ici par ordre croissant d'intensité.

Encadré 8: situations potentiellement génératrices de stress

Stress quotidien

Stress qui survient dans la vie quotidienne normale (Kaluza 2005), p. ex. tâches trop nombreuses ou désagréables, querelles ou tensions avec des membres de la famille ou des voisin-e-s, interruptions d'activités, embouteillages, bruit, surcharge d'information ou occupation mentale avec des événements négatifs passés ou avec de possibles événements négatifs futurs

Événements critiques de la vie

Événements qui surviennent habituellement au cours de la vie et qui ont des impacts majeurs sur la vie quotidienne (Kaluza 2005): p. ex. décès d'êtres chers, soins à prodiguer à des personnes proches, déménagement, changement d'emploi, départ à la retraite, naissance d'un enfant, mariage, séparation d'avec la ou le partenaire

Traumatismes

Expériences qui confrontent ou exposent directement ou indirectement à la mort, à des blessures graves ou à de la violence sexuelle (Falkei & Wittchen 2015), p. ex. guerre, catastrophes naturelles, torture, viol, prise d'otages, accidents de voiture

La fréquence du stress quotidien diminue du début de l'âge adulte jusqu'à l'âge adulte avancé. Cela est étonnant compte tenu de la diminution des performances cognitives et physiques chez les personnes âgées. Cependant, sur l'ensemble des stress quotidiens, la proportion de stress qui découle de problèmes de santé augmente avec l'âge. La diminution des autres stress quotidiens dans cette phase de la vie peut s'expliquer par l'arrêt de nombreuses obligations professionnelles et sociales. En raison de leur expérience de vie, les personnes âgées parviennent mieux que les personnes plus jeunes à trouver des solutions efficaces aux problèmes quotidiens. Pour ce faire, ils demandent plus facilement de l'aide à des professionnel-le-s (p. ex. des artisans pour des réparations) ou à des membres de leur fa-

mille (en particulier la conjointe ou le conjoint, mais aussi les enfants adultes) au lieu de régler ces problèmes seuls, comme le font les jeunes adultes (Aldwin 2011). Les événements critiques de la vie montrent aussi une fréquence plus élevée au début de l'âge adulte, qui diminue ensuite continuellement jusqu'à l'âge adulte avancé. Toutefois, en termes d'événements critiques de la vie, les personnes âgées sont plus souvent confrontées à des maladies personnelles ainsi qu'aux maladies et au décès des membres de leur famille et de leurs ami-e-s. En revanche, la fréquence de l'expérience des traumatismes n'est pas liée à l'âge, mais aux caractéristiques sociétales, naturelles et sociales de l'environnement personnel et de l'époque à laquelle on vit. Les **mesures instrumentales de gestion du stress** destinées aux personnes âgées devraient donc surtout viser à surmonter les situations de stress qui surviennent davantage au grand âge, telles que les décès de personnes du même âge, les maladies personnelles ou le stress quotidien lié aux problèmes de santé. Les interventions devraient en outre encourager le recours au soutien d'autrui.

La **gestion mentale du stress** semble être l'une des forces des personnes âgées. Comme expliqué dans la section consacrée à la régulation des émotions, elles privilégient les activités qui permettent d'expérimenter des sentiments positifs à court terme, ciblent leur perception sur les aspects positifs d'une situation, ont plus tendance à s'en souvenir et évaluent les expériences ou le comportement d'autres personnes de façon plus positive qu'ils ne le sont réellement. De même, on observe une diminution de la gestion assimilative du stress (adaptation des conditions de la situation à ses propres objectifs) et une augmentation de la gestion accommodative du stress (adaptation de ses propres objectifs aux conditions de la situation) lors de l'âge adulte avancé (Brandtstädter & Renner 1990; Brandtstädter et al. 1993). Le modèle d'optimisation sélective avec compensation (modèle SOC, Baltes & Baltes 1990) décrit comment, malgré l'augmentation des limitations cognitives et physiques, les adultes âgés parviennent à gérer les défis du quotidien à l'aide des trois processus d'adaptation motivationnels de base que sont la sélection, l'optimisation et la compensation (voir encadré 9).

Encadré 9: modèle SOC (Baltes & Baltes 1990)**Sélection**

Élaborer, choisir et prioriser des objectifs adaptés à la situation et à la personne

Optimisation

Acquérir et améliorer les ressources personnelles importantes pour atteindre les objectifs visés, p. ex. par l'apprentissage de nouvelles compétences, l'entraînement de nouvelles compétences ou de compétences existantes, ou encore par un effort et une attention accrus lors de l'exécution d'actions liées aux objectifs

Compensation

Acquérir et utiliser des moyens de compenser les pertes de capacités personnelles importantes pour les objectifs, p. ex. par l'utilisation de moyens auxiliaires tels que des lunettes ou un rollator, le recours au soutien d'autrui ou l'exécution d'une tâche d'une nouvelle manière en utilisant d'autres capacités

L'utilisation de stratégies de sélection, d'optimisation et de compensation diminue de l'âge adulte moyen à l'âge adulte avancé. Les personnes âgées qui mobilisent ces stratégies sont plus satisfaites, plus équilibrées sur le plan émotionnel et gèrent mieux leur quotidien que celles qui n'appliquent pas les stratégies SOC (Freund & Baltes 2002). Les personnes âgées sont plus compétentes que les personnes plus jeunes dans la sélection des objectifs. Les objectifs qu'elles poursuivent sont moins nombreux, se concurrencent moins et se complètent plus les uns les autres (Riediger et al. 2005; Riediger & Freund 2006). Pour atteindre leurs objectifs elles ont en outre plus tendance à miser sur la compensation plutôt que sur l'optimisation (Ebner et al. 2006).

Les modèles d'évaluation qui renforcent le stress lors du troisième et quatrième âge reposent sur des représentations trop négatives ou trop positives de la vieillesse, dans le sens où elles sous-estiment ou surestiment la capacité personnelle à agir et à apprendre. Les interventions visant la gestion mentale du stress chez les personnes âgées devraient donc viser à faire connaître le modèle SOC, à exercer la mise en œuvre des stratégies SOC ainsi qu'à modifier les représentations de la vieillesse qui favorisent le stress.

La **gestion palliative-régénérative du stress** est particulièrement importante à l'âge adulte avancé. Au fur et à mesure que l'âge avance, les changements physiologiques végétatifs, neuroendocriniens et immunitaires déclenchés par le stress ont besoin de plus de temps pour s'atténuer (voir section 2.2 Régulation des émotions). Le risque d'états d'épuisement et de maladies consécutives au stress augmente donc particulièrement lors du troisième et quatrième âge.

2.5.2 Interventions**Gestion instrumentale du stress**

- Soutien en cas de deuil: voir section 2.2 Régulation des émotions
- Favoriser l'autogestion en cas de maladies chroniques (OFSP et GELIKO 2018):
 - a) en cas de maladies spécifiques: p. ex. cours en groupes «Mieux vivre avec une BPCO» (Steurer-Stey et al. 2018): www.lunge-zuerich.ch/de/kursprogramm
 - b) de façon non spécifique à une seule maladie: p. ex. cours en groupes «Evivo», animé par des personnes formées et elles-mêmes concernées, et destiné aux personnes atteintes de maladies chroniques (Haslbeck et al. 2015), également applicable aux personnes issues de l'immigration (Zanoni et al. 2018)
 - c) des groupes d'entraide pour les personnes touchées et leurs proches: www.selbsthilfe-schweiz.ch
- Douleurs chroniques: **entraînements psychologiques en groupes sur la gestion de la douleur en vue de modifier les attitudes qui stimulent la douleur (p. ex. dire que la douleur ne peut pas être influencée ou qu'en dépit de la douleur, on doit accomplir le même nombre de tâches qu'au paravant) et de modifier les comportements qui favorisent la douleur (p. ex. se préserver ou se surmener) (Dumat et al. 2011; Timmer & Heuser 2013; spécifiquement pour les personnes âgées: Keefe et al. 2013; Lunde et al. 2009). Ces interventions sont proposées dans des services hospitaliers de traitement de la douleur, p. ex. www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppentherapien.aspx

- Implication d'autres personnes dans la résolution de problèmes quotidiens: **entraînements à la résolution de problèmes en groupes (Wiedemann & Fischer 2013; spécialement pour les problèmes liés au stress: Kaluza 2005): résoudre ensemble des problèmes au moyen d'une procédure systématique

Gestion mentale du stress

- *Cours basé sur le modèle SOC (Eicher 2009): programme en groupes pour les personnes âgées en vue de faire connaître et d'appliquer les stratégies SOC au quotidien
- Identification et modification des représentations de la vieillesse qui favorisent le stress: n'existe pas encore actuellement; une possibilité serait d'adapter le **module cognitif de l'entraînement à la gestion du stress de Kaluza (2005)

Gestion palliative-régénérative du stress

- Réactions émotionnelles au stress: voir la section 2.2 Régulation des émotions
- Réactions physiques au stress: méthodes de relaxation
- Toutes sortes de réactions au stress: réduction du stress basée sur la pleine conscience (MBSR) en groupe afin d'apprendre la pleine conscience par des exercices (p. ex. méditation basée sur la respiration, exercices de Hatha-Yoga pour étirer les muscles, réalisation des activités quotidiennes en pleine conscience) (Kabat-Zinn 2013; efficacité démontrée chez les personnes âgées: Creswell et al. 2012; Gallegos et al. 2013; Moynihan et al. 2013; Young & Baime 2010), instructeur-trice-s MBSR en Suisse: www.mindfulness.swiss/home-2/

- Régénération: **module Entraînement au plaisir de l'entraînement à la gestion du stress de Kaluza (2005): cours en groupe avec transmission de connaissances sur les activités régénératives en fonction des réactions de stress (p. ex. épuisement, sous-stimulation) et promotion de la mise en œuvre dans la vie quotidienne d'activités régénératrices adaptées

- **Troubles du sommeil: programmes psychothérapeutiques cognitivo-comportementaux en groupe (p. ex. Hertenstein et al. 2015; spécifiquement pour les personnes âgées: Richter et al. 2016): instructions pour observer ses propres habitudes de sommeil, transmission de connaissances sur et mise en place de comportements favorisant le sommeil, apprendre des techniques de relaxation et des procédures basées sur l'imagination, modifier les croyances qui perturbent le sommeil, réduire les ruminations après s'être couché; prestataires en Suisse: p. ex. www.ksm.ch/de/fuer-unternehmen, également connue en tant que thérapie en ligne: www.ksm-somnet.ch, www.psychiatrie.usz.ch/fachwissen/seiten/ambulante-gruppentherapien.aspx

**Programmes multimodaux de gestion du stress

- Contiennent des combinaisons d'interventions citées précédemment (Bodenmann & Gmelch 2009), p. ex. l'entraînement à la gestion du stress (Kaluza 2005), www.stressfit.ch, l'entraînement à l'inoculation du stress (Meichenbaum 2003)

2.6 Prise de décisions

2.6.1 Prise de décisions et santé psychique des personnes âgées

Une décision implique le choix d'une action parmi au moins deux alternatives existantes, en tenant compte des objectifs principaux (Wikipédia).

La capacité décisionnelle des personnes âgées est étroitement liée à l'autonomie et à l'indépendance (OMS 2015). En principe, cette capacité est jugée comme qualitativement constante au fil de l'avancée en âge. Ceci vaut en particulier pour les décisions fondées sur les connaissances et l'expérience. Plus la complexité et le nombre d'actions possibles augmentent, plus les différences liées à l'âge sont marquées, les personnes plus jeunes étant avantagées dans la prise de décisions (Strough et al. 2015).

Un degré élevé de participation requiert la capacité à prendre des décisions ou à participer à la prise de décisions. Les processus participatifs ou les possibilités de participation sont d'une grande importance pour la santé psychique et pour le comportement de la personne en matière de santé. Ils peuvent motiver les personnes âgées à rester mobiles et à maintenir le contact social (OMS 2015). Par ailleurs, en décidant par elle-même, la personne expérimente l'auto-efficacité, c'est-à-dire la capacité à relever des défis avec succès. Il convient donc d'encourager les décisions conscientes et prises soi-même, ainsi que de renforcer la conviction que l'on est capable de prendre des décisions bonnes et justes (Strough et al. 2015). Cela est particulièrement important pour gérer les transitions biographiques ou les événements de vie critiques, afin de renforcer la conviction de pouvoir être efficace face à de nouveaux rôles ou de nouvelles situations (Abderhalden et al. 2019). Par conséquent, les interventions qui fournissent une aide à la prise de décisions ou des conseils en matière de retraite, de bénévolat, d'aide des proches, ou de santé et de planification anticipée peuvent être utiles.

Encadré 10: définition des compétences en santé (health literacy)

Les compétences en santé sont «la capacité de l'individu à prendre des décisions dans la vie quotidienne qui ont un effet positif sur sa santé» (Kickbusch 2005, 10). Ces compétences sont déterminantes pour exercer en toute autonomie sa liberté d'organiser et de décider pour ce qui concerne sa propre santé.

La capacité décisionnelle est un aspect important des compétences en santé. Face à la multimorbidité qui augmente avec l'âge, les compétences en santé revêtent une grande importance. Les personnes âgées sont de plus en plus amenées à trouver des informations en matière de santé, à utiliser des offres de prévention et à prendre des décisions sur des questions de santé (p. ex. concernant des opérations, des vaccinations, les dépistages de cancers, la prise de médicaments et le respect de la posologie). Cependant, les compétences en santé diminuent au fur et à mesure que l'âge augmente (OMS 2015). La communication entre les médecins et les patient-e-s joue également un rôle important dans la capacité décisionnelle concernant les questions de santé, en particulier la transmission d'informations compréhensibles par les spécialistes (Abel et al. 2015). Il en va de même pour les informations écrites en matière de santé (lisibilité, compréhensibilité, disponibilité, structure, etc.). Il est donc particulièrement important de prévoir un accès à bas seuil aux informations importantes pour la santé et au système de santé, par exemple au travers des réseaux sociaux ou de l'environnement immédiat.

Prendre de manière autonome des décisions liées à la santé implique également de planifier des futurs traitements médicaux à l'avance et de documenter ces décisions («Advance Care Planning»). Les décisions prises à l'avance peuvent améliorer les soins médicaux reçus en fin de vie. Cela peut également augmenter la satisfaction à des patient-e-s à l'égard de la prise en charge médicale. Cela peut aussi permettre de réduire le stress, l'anxiété et la dépression chez les proches (Detering et al. 2010). Les directives anticipées définissent aussi les options médicales souhaitées au cas où un accident ou une maladie limite ou suspende totalement la capacité de prise de décisions. Dans de telles situations, les directives anticipées soulagent les membres de la famille et facilitent la prise de décisions difficiles par les médecins en matière de traitement. En particulier dans le cas d'une perte des facultés cognitives, par exemple en raison d'une démence, la capacité de jugement et de consentement étant alors réduite, il est recommandé d'enregistrer par précaution d'autres décisions (p. ex. les décisions financières ou les décisions relatives au décès).

2.6.2 Interventions

Les interventions peuvent renforcer la capacité à prendre de bonnes décisions dans les domaines de la retraite, de l'aide aux proches, de la participation, des compétences en santé et de la planification anticipée.

Des exemples de mise en œuvre et des suggestions d'interventions dans ces domaines sont présentés ci-après.

Départ à la retraite

Dans le meilleur des cas, la date de la retraite peut être librement choisie. Il est également conseillé de réfléchir à l'avance à la vie après la retraite et de favoriser les contacts avec les personnes se trouvant dans la même phase de la vie.

Exemples de mise en œuvre:

- Les cours de préparation à la retraite en entreprise
- Les entretiens informels avec des personnes partageant les mêmes intérêts
- Les apéritifs sur le thème de la retraite organisés dans la communauté, avec mise à disposition d'informations spécifiques, lors du passage à l'âge de la retraite

Aide aux proches

La décision d'aider un ou une proche doit être prise consciemment, c'est-à-dire en tenant compte de ses propres ressources et de celles de l'environnement.

Exemple de mise en œuvre/outil:

- Contrat d'accueil et de soins avec la personne à aider (contrat d'accueil et de soins de Pro Senectute)

Participation/empowerment

Utilisation des ressources et du savoir-faire de la population âgée dans le cadre de processus de participation et d'implication; mise en place de possibilités de participation.

Exemples de mise en œuvre:

- Élaboration de lignes directrices concernant les personnes âgées (au niveau communal, entre autres)
- Promotion de la santé participative avec des ateliers sur l'avenir
- Aide du voisinage: «[Seniors offrent service!](#)», «Rent a Rentner»
- Engagement bénévole: p. ex. chez Benevol, Pro Senectute

- Conseil de famille pour une vie autonome à domicile (projet 9x0fra): aide la famille à conclure ensemble des accords qui sont portés par tous et qui sont consignés par écrit (puis à les mettre en œuvre)
- Projet AWIQ – Älter werden im Quartier (Vieillir dans son quartier) (www.altersfreundliches-frauenfeld.ch)
- Projet de développement de quartier «Quartiers Solidaires» (www.quartiers-solidaires.ch)
- «GrossmütterRevolution» (la révolution des grands-mères): organisation de femmes ayant l'âge de la retraite qui s'engagent en faveur de questions sociétales concernant ce groupe de population (www.grossmuetter.ch)

Compétences en santé

En ce qui concerne le traitement médical (diagnostic, traitement, soins et encadrement), il importe de rendre possible les codécisions, qui sont favorisées par une communication en matière de santé adaptée à l'âge (www.allianz-gesundheitskompetenz.ch).

Des événements ciblant l'éducation à la santé sont également recommandées pour sensibiliser à des sujets liés à la santé (activité physique, nutrition, santé psychique) et transmettre des connaissances médicales.

Exemples de mise en œuvre:

- [Conseils en matière de santé](#) (Pro Senectute Berne)
- Événements en grands groupes sur des thèmes de promotion de la santé ou Café Balance (Bâle-Ville), [Café Santé](#) (Pro Senectute canton de Berne)
- [Tables rondes sur des thèmes relatifs à la santé pour les personnes âgées issues de l'immigration](#) (ville de Berne)

Planification anticipée

Les demandes, besoins et souhaits personnels en cas d'urgence devraient être consignés.

Exemples de mise en œuvre:

- Dossier de dispositions personnelles [Docupass](#) (Pro Senectute Suisse): comprend le mandat pour cause d'inaptitude, les directives anticipées, les dispositions de fin de vie, le testament
- Dispositions de fin de vie de la [Croix-Rouge suisse](#) (CRS), des hôpitaux cantonaux, de l'[organisation professionnelle du corps médical suisse](#) (FMH)

3 Recommandations de mise en œuvre

En général, il est recommandé d'offrir aux personnes âgées la possibilité de **participer** aux interventions. L'idée directrice est qu'une intervention doit avoir lieu non pas pour, mais avec les personnes âgées. Pour cela, on peut par exemple voir si et comment elles peuvent participer à la planification, à l'organisation, à la mise en œuvre ou au suivi d'une intervention.

Il convient de veiller à ce que les **locaux** soient accessibles aux personnes âgées ayant des difficultés à marcher ou s'aidant de rollators. Le plus approprié est ici des locaux de plain-pied ou accessibles par ascenseur, avec suffisamment d'espace pour les rollators par exemple, y compris dans les toilettes. Une desserte optimale des bâtiments par les transports publics est souhaitable. De plus, le chemin entre l'arrêt des transports publics et le bâtiment ne doit pas être trop raide. Par ailleurs, l'entrée doit être accessible sans escalier. Il est aussi utile de prévoir des services de transport pour les seniors moins mobiles.

L'équipement des locaux doit être en mesure d'atténuer les déficiences visuelles et auditives. L'éclairage doit par exemple être suffisamment intense mais pas éblouissant et les locaux sans bruits de fond sont à privilégier. L'acoustique de la pièce doit répondre aux besoins des personnes malentendantes (y compris celles atteintes de surdité de transmission). Les systèmes de transmission du son peuvent rendre un précieux service aux malentendants.

Le **matériel didactique** doit également être conçu pour compenser les déficiences visuelles et auditives, par exemple en étant contrasté et en utilisant de gros caractères. Dans la mesure du possible, les informations doivent faire appel simultanément à plusieurs sens (p.ex. vue, ouïe, toucher).

En ce qui concerne les **horaires** de ces interventions, il convient de noter que de nombreuses personnes âgées n'aiment pas se déplacer dehors lorsqu'il fait nuit. Il pourrait être intéressant d'organiser les interventions le week-end, car les personnes âgées sont souvent seules à ce moment-là.

Afin d'inciter les personnes du troisième âge à participer aux cours et aux programmes, il est utile de prévoir des **efforts de communication** ciblés via différents canaux. Pour cela les médias habituels ont fait leurs preuves, comme par exemple la publicité à la radio, les annonces dans les journaux ou sur Internet. Il est recommandé de diffuser l'information par l'intermédiaire de médias et d'organisations dédiés aux personnes âgées. Des stands d'information dans les églises ou les pharmacies sont d'autres possibilités. De manière générale, il convient de concevoir les supports d'informations en tenant compte des limitations, par exemple visuelles.

Les personnes du quatrième âge savent souvent peu de choses sur la santé psychique et les possibilités de la promouvoir. Elles sont parfois très réservées vis-à-vis des interventions psychologiques ou du même registre. Si elles sont sensibilisées aux offres et motivées à participer par des établissements et des intervenant-e-s dans le domaine de la santé qu'elles connaissent déjà, les chances qu'elles participent sont plus élevées. Ces intervenant-e-s sont en l'occurrence les médecins de famille, les collaborateur-trice-s de l'aide et des soins à domicile (Spitex) et des hôpitaux, les membres des paroisses, et bien sûr les proches des personnes âgées. Le rapport de base intitulé [«La santé psychique au cours de la vie»](#) de Promotion Santé Suisse (Blaser & Amstad 2016) décrit les **moyens** possibles et éprouvés pour atteindre les personnes âgées. Le guide [«Comment atteindre les hommes de 65 ans et plus?»](#) (Kessler & Bürgi 2019) présente les stratégies spécifiques pour **toucher** les hommes âgés, et Gasser et al. (2015) répertorie celles pour atteindre les personnes âgées fragiles.

En général, il est recommandé de vanter les avantages des interventions à court terme plutôt qu'à long terme, ainsi que leur importance émotionnelle plutôt que leur contenu objectif. Il convient donc de mettre plutôt en avant le plaisir de participer et l'interaction sociale que la possibilité d'acquérir des connaissances et des compétences (voir encadré 3, Théorie de la sélectivité socio-émotionnelle).

En outre, il convient de mentionner tout particulièrement les possibilités de répondre au besoin de générativité, c'est-à-dire les possibilités de transmettre quelque chose à d'autres personnes, de les aider ou de les soulager dans le cadre de l'intervention ou après celle-ci.

Les interventions auprès des résident-e-s d'institutions pour personnes âgées sont particulièrement importantes. Non seulement ces personnes sont généralement déjà très fragiles et peu mobiles, mais elles sont aussi très souvent affectées par des problèmes psychiques tels que la dépression, l'anxiété ou les troubles du sommeil, et sont proches de leur propre décès (Kaeser 2012).

4 Informations complémentaires

- Brochure: [Compétences de vie et santé psychique des personnes âgées](#) (janvier 2020)
- Rapport de base: [La santé psychique au cours de la vie](#) (avril 2016)
- Brochure: [Ressources sociales. La promotion des ressources sociales, une contribution importante à la santé psychique et à une qualité de vie élevée](#) (avril 2019)
- Brochure: [Auto-efficacité. Une brochure destinée aux responsables de projets et de programmes des programmes d'action cantonaux en vue d'encourager l'auto-efficacité et les compétences de vie](#) (mars 2019)
- Brochure: [Guide pratique «Comment atteindre les hommes de 65 ans et plus?». Tenir compte du genre dans la promotion de la santé des personnes âgées. Collecte d'expériences pratiques à l'attention des professionnel-le-s](#) (mise à jour en juillet 2019)
- Rapport de base: [Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux «Promotion de la santé des personnes âgées»](#). Et notamment: «Diversité et égalité des chances en matière de santé» (chapitre 21, p. 98-104) (avril 2016). Basé sur: [Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. \(2011\). Groupes cibles difficilement atteignables et défavorisés. Projet «Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées»](#) (février 2011)
- Brochure: [Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes âgées. Un guide pour la promotion de la santé des personnes âgées](#) (février 2019)
- Rapport: [Promotion de la santé psychique des proches aidant-e-s de personnes âgées: modèles de bonnes pratiques. Aperçu basé sur la brochure de Promotion Santé Suisse du même nom](#) (juin 2019)
- Guide: [Guide de planification: promotion de l'intégration sociale des personnes âgées dans les communes](#) (septembre 2017)
- Document de travail: [Via – Bonnes pratiques de promotion de la santé des personnes âgées. Aide à la mise en œuvre «Recommandations et outils pour les conseils de santé aux personnes âgées»](#) (janvier 2014, en cours de révision)

5 Bibliographie

- Abderhalden, I., Jüngling, K., Beeler, N. & Waser, C. (2019). *Selbstwirksamkeit: Eine Orientierungshilfe für Projekt- und Programmleitende der kantonalen Aktionsprogramme zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Lebenskompetenzen*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Abel, T., Bolliger-Salzmann, H., Benkert, R. & Lehmann, S. (2015): Bericht zu den Zusatzauswertungen der Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015».
- Abrams, L. & Farrell, M. T. (2011). Language processing in normal aging. In J. Guendouzi, F. Loncke & M. J. Williams (Eds.). *Handbook of psycholinguistic and cognitive processes* (pp. 49-74). New York: Psychology Press.
- Aldwin, C. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.). *The Oxford Handbook of Stress, Health, and Coping*. New York: Oxford University Press.
- Amstad, F. T. & Blaser, M. (2016). Empfehlungen für die Förderung der psychischen Gesundheit. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 117-122). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen: Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Baltes, P. B. (1997). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48(4), 191-210.
- Baltes, P. B. (1990). Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: Theoretische Leitsätze. *Psychologische Rundschau*, 41(1), 1-24.
- Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds.). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Berking, M. (2015). *Training emotionaler Kompetenzen*. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.
- Blaser, M. & Amstad, F. T. (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht*. Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bodenmann, G. & Gmelch, S. (2009). Stressbewältigung. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar* (S. 617-629). 3. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage: Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Boss, V. (2016). Psychische Gesundheit bei älteren Menschen. In M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne: Grundlagenbericht* (S. 107-116). Bericht 6. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Brandtstädter, J., Wentura, D. & Greve, W. (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16(2), 323-349.
- Brandtstädter, J. & Renner, G. (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology and Aging*, 5(1), 58-67.
- Brodbeck, J., Berger, T. & Znoj, H. J. (2017). An internet-based self-help intervention for older adults after marital bereavement, separation or divorce: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* (18):21.
- Bundesamt für Gesundheit (BAG) & Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz (GELIKO) (Hrsg.) (2018). *Referenzrahmen Selbstmanagement-Förderung bei chronischen Krankheiten und Sucht: Konzeptuelle Klärung, Umsetzungsbeispiele und strategische Empfehlungen*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312 (578), 1913-1915.
- Charles, S. T. (2010). Strength and vulnerability integration: A model of emotional well-being across adulthood. *Psychological Bulletin*, 136(6), 1068-1091.

- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2009). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, *61*, 383-409.
- Charles, S. T., Piazza, J. R., Luong, G. & Almeida, D. M. (2009). Now you see it, now you don't: Age differences in affective reactivity to social tensions. *Psychology and Aging*, *24*, 645-653.
- Chochinov, H. M. (2017). *Würdezentrierte Therapie: Was bleibt – Erinnerungen am Ende des Lebens*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Creswell, D. J., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Crabb Breen, E. et al. (2012). Mindfulness-based stress reduction training reduces loneliness and pro-inflammatory gene expression in older adults: A small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, *26*, 1095-1101.
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C. & Silvester, W. (2010). The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ*, *340*:c1345.
- Diesmann, F. & Schacht, A. (2015). «Neun Themen bei Sehverlust». Ein Kurs nach psychoedukativem Modell für ältere sehbehinderte Menschen. *Psychotherapie im Alter*, *12*(1), 61-70.
- Dumat, W., Matter, S., Weisskopf, S. & Schleizer, W. (2011). Schmerzpsychotherapie: Stellenwert und Durchführung als Teil der interdisziplinären Schmerzbehandlung. *Ars Medici*, *11*, 478-482.
- Ebner, N.C., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2006). Developmental changes in goal orientation from young to late adulthood: From striving for gains to maintenance and prevention of losses. *Psychology and Aging*, *21*, 664-678.
- Eicher, S. (2009). *Seminar «Erfolgreiches Altern»: Erprobung eines Konzeptes zur edukativen Vermittlung der Strategien aus dem SOK-Modell zur erfolgreichen Lebensgestaltung*. Lizentiatsarbeit an der Universität Zürich.
- Elfner, P. (2008). *Personzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Erikson, E. H. (1998). *The life cycle completed: Extended version with new chapters on the ninth stage by J. M. Erikson*. Norton, New York.
- Erlanger, A. (1997). *Katathym-Imaginative Psychotherapie mit älteren Menschen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Esch, T. (2017). *Die Neurobiologie des Glücks: Wie Positive Psychologie die Medizin verändert*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Falkenberg, I., McGhee, P. & Wild, B. (2013). *Humorfähigkeiten trainieren. Manual für die psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Flüeler, C. & Forstmeier, S. (2013). Normale und prolongierte Trauer: Abgrenzungen, Diagnostik und Modelle. *Psychotherapie im Alter*, *10*(4), 425-437.
- Frankl, V. (1987). *Logotherapie und Existenzanalyse*. München: Piper Verlag.
- Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *82*, 642-662.
- Gallegos, A. M. Hoerger, M., Talbot, N. L., Krasner, M. S., Knight, J. M., Moynihan, J. A. & Duberstein, P. B. (2013). Toward identifying the effects of the specific components of Mindfulness-Based Stress Reduction on biologic and emotional outcomes among older adults. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *19*, 787-792.
- Gasser, N., Knöpfel, C. & Seifert, K. (2015). *Erst agil, dann fragil*. Zürich: Pro Senectute Schweiz.
- Greve, W. & Görden, T. (2012). Kriminalität und Gewalt. In H.-W. Wahl, C. Tesch-Römer & J. Ziegelmann (Hrsg.). *Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen*. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, *13*, 555-573.
- Gruenewald, T. L., Tanner, E. K., Fried, L. P., Carlson, M. C., Xue, Q.-L., Parisi, J. M., Rebok, G. W., Yarnell, L. M. & Seeman, T. E. (2016). The Baltimore Experience Corps Trial: Enhancing Generativity via Intergenerational Activity Engagement in Later Life. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, *71*(4), 661-670.

- Hänni, B. (2016). Humor mit betagten Menschen – ein Praxisbeispiel. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 101-109). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Haslbeck, J., Zanoni, S., Hartung, U., Klein, M., Gabriel, E., Eicher, M. & Schulz, P. (2015). Introducing the chronic disease self-management program in Switzerland and other German-speaking countries: Findings of a cross-border adaptation using a multiple-methods approach. *BMC Health Services Research*, 15: 576.
- Hayes, S. C., Strohsahl, K.-D. & Wilson, K. D. (2014). *Akzeptanz- & Commitment-Therapie: Achtsamkeitsbasierte Veränderungen in Theorie und Praxis*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Hellmich, E. (2013). Die alte Frau: Das unsichtbare Wesen. *Psychotherapie im Alter*, 10, 61-72.
- Hertenstein, E., Spiegelhalder, K., Johann, A. & Riemann, D. (2015). *Prävention und Psychotherapie der Insomnie: Konzepte, Methoden und Praxis der Freiburger Schlafschule*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal Psychotherapy for Late Life Depression: Current Status and New Applications. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther* 26:263-275.
- Hinsch, R. & Pfungsten, U. (2007): *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK). Grundlagen, Durchführung, Materialien*. 5. Auflage. Weinheim/Basel: PVU/Beltz.
- Hirsch, R. D. (2016). Humor in der Behandlung von kranken alten Menschen. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 244-267). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Hirsch, R. D., Junglas, K., Konradt, B. & Jonitz, M. F. (2010). Humorthherapie bei alten Menschen mit einer Depression. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 43, 42-52.
- Hirsch, R. D. & Kranzhoff, E. U. (2004). Humorgruppe mit alten Menschen: Ergebnisse einer therapiebegleitenden Untersuchung. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 40, 106-129.
- Hirsch, R. D. & Hespos, M. (2000). *Autogenes Training bis ins hohe Alter: Basistherapeutikum und Gesundheitsförderung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Höfler, H. (2015). *Atem-Entspannung. Soforthilfe bei inneren und äusseren Spannungen: Über 70 einfache Übungen*. Stuttgart: TRIAS Verlag.
- Höpflinger, F. (2002). *Gerotranszendenz und Generativität im höheren Lebensalter – neue Konzepte für alte Fragen*. Schriftliche Fassung eines Vortrags gehalten am 3. Münsterlinger Symposium zur Alterspsychotherapie «Kreativität, Psychotherapie, Spiritualität» vom 30.5. bis 1.6.2002.
- Hofmann, E. (2012). *Progressive Muskelentspannung: Ein Trainingsprogramm*. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Kabat Zinn, J. (2013). *Gesund durch Meditation: Das grosse Buch der Selbstheilung mit MBSR*. München: Knauer Verlag.
- Kaeser, M. (2012). *Gesundheit von Betagten in Alters- und Pflegeheimen: Erhebung zum Gesundheitszustand von betagten Personen in Institutionen (2008/09)*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Kaluza, G. (2005). *Stressbewältigung: Trainingsmanual zur psychologischen Gesundheitsförderung*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Keefe, F. J., Porter, L., Somers, T., Shelby, R. & Wren, A. V. (2013). Psychosocial interventions for managing pain in older adults: Outcomes and clinical implications. *British Journal of Anaesthesia*, 111, 89-94.
- Keller-Cohen, D., Fiori, K., Toler, A. & Bybee, D. (2006). Social relations, language and cognition in the 'oldest old'. *Ageing and Society*, 26(4), pp. 585-605.
- Kersting, A., Brähler, E., Glaesmer, H. & Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131(1-3), 339-343.
- Kessler, C. & Boss, V. (2019). *Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen: Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, C. & Bürgi, F. (2019). *Wie erreichen wir Männer 65+?* Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kickbusch, I., Maag, D. & Saan, H. (2005). *Enabling healthy choices in modern health societies*. European Health Forum Badgastein.

- Koppenhöfer, E. (2004). *Kleine Schule des Genießens: Ein verhaltenstherapeutisch orientierter Behandlungsansatz zum Aufbau positiven Erlebens und Handelns*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Kruse, A. (2014). Entwicklungspotenziale und Verletzlichkeit im hohen und sehr hohen Alter: Eine theoretisch-konzeptionelle und empirische Annäherung. *Psychotherapie im Alter*, 11(2), 177-198.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw Hill.
- Liu, T.-W., Ng, G. Y. F., Chung, R. C. K. & Ng, S. S. M. (2018). Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 47, 520-527.
- Lunde, L. H., Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioural treatment of chronic pain in the elderly: A quantitative review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 254-262.
- Maercker, A. (2013). Formen des Lebensrückblicks. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 25-46). Springer Verlag Berlin.
- Martin, A. A., Steiner, M. & Allemann, M. (2015). Eine Gruppenintervention für ältere Menschen zur Bewältigung von Kränkungen. *Psychotherapie im Alter*, 12(2), 233-244.
- Martin, M. & Kliegel, M. (2005). *Psychologische Grundlagen der Gerontologie*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- McGhee, P. (2016). Humor als Copingstrategie: Das 7-Humor-Habit-Trainingsprogramm. In B. Wild (Hrsg.). *Humor in der Psychiatrie und Psychotherapie: Neurobiologie-Methoden-Praxis* (S. 208-228). 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Meichenbaum, D. H. (2003). *Intervention bei Stress: Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. 2. Auflage. Bern: Huber.
- Moynihan, J. A., Chapman, B. P., Klorman, R., Krasner, M. S., Duberstein, P. R., Brown, K. W. & Talbot, N. L. (2013). Mindfulness-Based Stress Reduction for older adults: Effects on executive function, frontal alpha asymmetry and immune function. *Neuropsychobiology*, 68, 34-43.
- Mühlig, S., Neumann-Thiele, A., Teichmann, C. & Paulick, J. (2015). Epidemiologie und Versorgungsepidemiologie. In A. Maercker (Hrsg.). *Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie*. 2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin und Heidelberg: Springer Verlag.
- Neff, K. D. & Germer, C. K. (2018). *The Mindful Self-Compassion workbook: A proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive*. New York: Guilford Publications.
- Nussbaum, J. F. & Coupland, J. (2004). *Handbook of Communication and Aging Research*. Lawrence Erlbaum Associates. London.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2013). Wirksamkeitsforschung. In A. Maercker und S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 47-64). Springer Verlag Berlin.
- Pinquart, M. & Forstmeier, S. (2012). Effects of reminiscence interventions on psychosocial outcomes: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 16(5), 541-558.
- Pot, A. M. & van Asch, I. (2013). Lebensrückblick für ältere Erwachsene: Ein gruppentherapeutischer Ansatz. In A. Maercker & S. Forstmeier (Hrsg.). *Der Lebensrückblick in Therapie und Beratung* (S. 171-186). Springer Verlag Berlin.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S. & Ruch, W. (2014). Positive psychology interventions in people aged 50-79 years: Long-term effects of placebo-controlled online interventions on well-being and depression. *Aging & Mental Health*, 18(8), 997-1005.
- Reddemann, L., Kindermann, L.-S. & Leve, V. (2013). *Imagination als heilsame Kraft im Alter*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- Richter, K., Myllymäki, J. & Niklewski, G. (2016). *Schlafschulung für Ältere in der Gruppe: Ein Manual zur Behandlung von Schlafstörungen bei Menschen über 60*. Frankfurt am Main: Malbuse-Verlag.
- Riediger, M. & Freund, A. M. (2006). Focusing and restricting: Two aspects of motivational selectivity in adulthood. *Psychology and Aging*, 21, 173-185.
- Riediger, M., Freund, A. M. & Baltes, P. B. (2005). Managing life through personal goals: Intergoal facilitation and intensity of goal pursuit in younger and older adulthood. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 60B, 84-91.
- Ryan, E. B. & Kwong See, S. T. (2004). Sprache, Kommunikation und Altern. In R. Fiehler & C. Thimm (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 57-71). Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.

- Schroeter-Rupieper, M. (2013). Trauerbegleitung und Trauergruppen für Ältere am Lavia Institut für Familientrauerbegleitung. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 541-548.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Obsan Bericht 72. Neuchâtel: Obsan.
- Seifert, A. & Schelling, H. R. (2015). *Digitale Senioren. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz*. Pro Senectute Schweiz.
- Seligman, M. E. P. (2002). Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.). *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). New York, NY, US: Oxford University Press.
- Sims, T., Hogan, C. L. & Carstensen, L. L. (2015). Selectivity as an emotion regulation strategy: Lessons from older adults. *Current Opinion in Psychology*, 3, 80-84.
- Spang, J., & Züger, A. (2017). Psychologische Kurzintervention am Lebensende: Würdezentrierte Therapie. *Psychotherapie im Alter*, 14(2), 209-220.
- Steurer-Stey, C., Dalla Lana, K., Braun, J., Ter Riet, G. & Puhan, M. A. (2018). Effects of the «Living well with COPD» intervention in primary care: A comparative study. *The European Respiratory Journal*, 51: 1701375.
- Strough, J., Bruine de Bruin, W. & Peters, E. (2015). New perspectives for motivating better decisions in older adults. *Frontiers in Psychology*, 6, 783.
- Timmer, B. & Heuser, J. (2013). Therapie chronischer Schmerzen. *Psychup2date*, 7, 121-138.
- Tornstam, L. (1989). Gero-transcendence: A meta-theoretical re-formulation of the Disengagement Theory. *Aging 1*: 55-63.
- Trilling, A. (2013). Wie gross ist «der kleine Unterschied»? Geschlechterunterschiede im Alter im Spiegel der Statistik. *Psychotherapie im Alter*, 10, 9-20.
- Wagner, B. (2013). Wirksamkeit von Trauerinterventionen und Therapien: Ein Überblick. *Psychotherapie im Alter*, 10(4), 439-452.
- Wagner, B., Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2006). Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: A randomized controlled trial. *Death Studies*, 30(5), 429-453.
- Wahl, H.-W. & Heyl, V. (2015). Die psychosoziale Dimension von Sehverlust im Alter. *Psychotherapie im Alter*, 12(1), 21-43.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, J., Steinmann, R. M. & Widmer Howald F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Bericht 5. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Werheid, K., Lieven, S. & Kischkel, E. (2011). Altersspezifität sozialer Problemsituationen. Grundlage für Sozialkompetenztrainings im höheren Lebensalter. *Psychotherapie im Alter 2011*, 8(1), 111-125.
- Wiedemann, G. & Fischer, A. (2013). Problemlöseverfahren. In A. Batra, R. Wassermann & G. Buchkremer (Hrsg.). *Verhaltenstherapie: Grundlagen-Methoden-Anwendungsgebiete* (S. 114-120). 4. Auflage. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Williams, K. N., Perkhounkova, Y., Herman, R. & Bossen, A. (2017). A Communication Intervention to Reduce Resistiveness in Dementia Care: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Gerontologist*, 57(4), 707-718.
- Wilz, G., Reiter, C. & Risch, A. K. (2017). Akzeptanz- und Commitment-Therapie im Alter: Therapeutisches Vorgehen und klinische Erfahrungen. *Psychotherapie im Alter*, 14, 83-95.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf;jsessionid=8DF7DBD0149EBAEFCDB9C3ECE943B282?-sequence=1
- World Health Organization (1997). *Life Skills Education for children and adolescents in Schools*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).
- Yalom, I. D. (1989). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Young, L. A. & Baime, M. J. (2010). Mindfulness-Based Stress Reduction: Effect on emotional distress in older adults. *Complementary Health Practice Review*, 15, 59-64.
- Zanoni, S., Gabriel, E., Salis Gross, C., Deppeler, M. & Haslbeck, J. (2018). Selbstmanagementförderung bei chronischer Krankheit für Menschen mit Migrationshintergrund: Ein Gruppenkurs mit Peer-Ansatz als Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit. *Das Gesundheitswesen*, 80, 12-19.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berne
Tél. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Lausanne
Tél. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch